

MIESIĘCZNIK

# BIULETYN INFORMACYJNY



ISSN 1234-0049

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



**III MIĘDZYSZKOLNY KONKURS Z ZAKRESU  
UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ  
"URATOWAĆ ZNACZY ŻYĆ"**

**Wrzesień 2011r**

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

# III MIĘDZYSZKOLNY KONKURS Z ZAKRESU UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ "URATOWAĆ ZNACZY ŻYĆ"



## W NUMERZE:

Uchwały Prezydium  
i rady OIPiP

Kalendarium

Naczelna Izba

Okręgowy Zjazd

Regulamin Dofinansowania  
Kosztów Kształcenia

Opinie prawne

Stanowiska PTP

Zasady cewnikowania

Rys historyczny szpitala -  
Lubliniec

Konferencje

Informacje

### Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)

**Adres Redakcji:**  
UL. PUŁASKIEGO 25 - IV PIĘTRO  
W BUDYNKU FIRMY „PRZEMYSŁÓWKA” S.A.  
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego w pobliżu Akademii Polonijnej)

Tel./fax 34-324-51-12, 34-361-30-18  
503-008-946

**Ośrodek szkoleniowy:**  
tel. 519 86 21 86  
szkolenia@oipip.czest.pl

sekretariat@oipip.czest.pl  
www.oipip.czest.pl

MILLENIUM BANK  
nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

**Redakcja:**  
Redaktor Naczelny Maria Szymanek

Z-ca Redaktora  
Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Piąza

Redakcja zastrzega sobie prawo doboru materiałów do publikacji, jednocześnie redakcja nie zwraca materiałów nie publikowanych. Za błędy powstałe w czasie druku nie ponosimy odpowiedzialności.

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

**Skład i druk:**  
„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13, 42-200 Częstochowa  
birako@o2.pl  
Nakład 1200 szt.



### Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dnia 19 sierpnia 2011 roku

- Zakwalifikowano na dofinansowanie kształcenia podyplomowego:
  - dwie pielęgniarki na studia magisterskie
  - jedną położną na I Międzynarodowy Kongres Położnych
  - jedną pielęgniarkę na kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwa rodzinnego”
- Podjęto jedną decyzję odmowy zakwalifikowania na dofinansowanie kształcenia.
- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie:
  - 500.00 zł dla jednej pielęgniarki za studia magisterskie.
- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla dwóch pielęgniarek na łączną kwotę 5.000 zł.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie cztery pielęgniarki i jednego pielęgniara.

- Wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Skreślono z rejestru i z listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki z powodu przeniesienia się na obszar działania innej OIPiP.
- Skierowano na odbycie przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu jednego pielęgniara.
- Do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek OIPiP wpisano trzy rodzaje kształcenia pielęgniarek.
- Do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych wpisano jedną indywidualną praktykę położnej wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania.
- W zaświadczeniu prawa wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla trzech pielęgniarek.
- W zaświadczeniu prawa wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla jednej położnej.
- Skierowano na konferencję szkoleniową jedną pielęgniarkę i jedną położną. ■

Sekretarz ORPiP  
Barbara Płaza

### KALENDARIUM od 15.08.2011 roku do 30.09.2011 roku



- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>16.08.2011r.</b> W siedzibie OIPiP odbyło się spotkanie Komisji Prawa i Legislacji oraz Komisji Zmian Systemowych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.</p> <p><b>17.08.2011r.</b> W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad opracowaniem projektu Regulaminu Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz nad bieżącymi sprawami.</p> <p><b>18.08.2011r.</b> W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Pozytywnie zaopiniowano cztery wnioski.</p> <p><b>19.08.2011r.</b> W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.</p> <p><b>25.08.2011r.</b> Przedstawicielka ORPiP uczestniczyła w obradach IX zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.</p> <p><b>5.09.2011r.</b> Sekretarz ORPiP na zaproszenie Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublińcu uczestniczyła w uroczystym wręczeniu Certyfikatu Zarządzania Jakością PN – EN ISO 9001 : 2009.</p> <p><b>5-6.09.2011r.</b> Przewodnicząca ORPiP z upoważnienia NRPiP uczestniczyła w kontroli Ośrodka Szkoleniowego przy ORPiP w Zielonej Górze.</p> | <p><b>9.09.2011r.</b> Na zaproszenie ORPiP w Bielsku Białej Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w uroczystych obchodach XX-lecia powstania Samorządu Zawodowego na Podbeskidziu.</p> <p><b>9.09.2011r.</b> W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.</p> <p><b>12.09.2011r.</b> W Filharmonii Narodowej w Warszawie odbyły się uroczystości XX-lecia powstania Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych zorganizowanego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, w których uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP.</p> <p><b>13-15.09.2011r.</b> Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jachrance.</p> <p><b>14.09.2011r.</b> Sekretarz ORPiP na zaproszenie Rektora Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie uczestniczyła w Konferencji zakończenia projektu „Kursy Kwalifikacyjne dla pielęgniarek i położnych”.</p> <p><b>19.09.2011r.</b> Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w obradach IX zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.</p> <p><b>20.09.2011r.</b> W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Pozytywnie zaopiniowano cztery wnioski.</p> <p><b>20.09.2011r.</b> Przewodnicząca ORPiP została powołana w skład Komisji opiniującej kandydatury do</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



- Nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy w dziedzinie ochrony zdrowia na rok 2011. Powołanie wręczył Pan Prezydent Krzysztof Matyjaszczyk.
- 20.09.2011r.** Przedstawiciele OIPIP uczestniczyli w III MIĘDZYSZKOLNYM KONKURSIE Z ZAKRESU UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY PRZED-MEDYCZNEJ „URATOWAĆ ZNACZY ŻYĆ”, który odbył się na terenie Miejskiego Stadionu Żużlowego „Włókniarz” w Częstochowie.
- 21.09.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.
- 22.09.2011r.** Na zaproszenie PTP-u Zarządu Oddziału w Katowicach oraz OIPIP w Katowicach

- Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie uczestniczyła w konferencji naukowej nt. „Niwelowanie różnic- zwiększanie równości w dostępie do opieki medycznej”. Podczas konferencji wręczono wyróżnienie dla oddziału terenowego PTP-u działającego przy WSzS w Częstochowie.
- 22.09.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 23.09.2011r.** Odbyło się ostatnie posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych V kadencji w Częstochowie.
- 24.09.2011r.** Sekretarz ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu komisji kwalifikacyjnej do kursu specjalistycznego „Terapia bólu przewlekłego u dorosłych”. Posiedzenie odbyło się w ZDZ w Częstochowie przy ul. Jagiellońskiej 88. ■



## Naczelną Izba

### NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Warszawa, 13 września 2011 r.

Pani  
Halina Synakiewicz

W związku z zakończeniem piątej kadencji Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i zakończeniem przeze mnie pełnienia funkcji Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pragnę złożyć Pani wyrazy serdecznego podziękowania za cztery lata współpracy na rzecz samorządu zawodowego, rozwoju polskiego pielęgniarstwa, budowania wiarygodności i rzetelności naszej organizacji wobec społeczeństwa, rządu i naszego środowiska zawodowego.

Życzę Pani, aby dalsza praca na zajmowanych stanowiskach i pełnionych funkcjach przynosiła satysfakcję, pozwalała realizować nowe inicjatywy i umożliwiały dalsze wykonywanie zadań i obowiązków dla podnoszenia prestiżu zawodowego i znaczenia samorządności w naszym kraju.

Życzę pomyślności i powodzenia w życiu osobistym. ■

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
Elżbieta Buczkowska

### NACZELNY SĄD PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Warszawa, dnia 13 września 2011 roku  
02-757 Warszawa, ul: Pory 73, lok. 10  
tel. (22) 327 31 77, (22) 327 31 60

Pani  
Halna Synakiewicz  
Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych V kadencji w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca,  
W przeddzień upływu V kadencji samorządu pielęgniarek i położnych bardzo serdecznie dziękują Pani za współpracę i pomoc w realizacji zadań Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych.

Dbałość o przestrzeganie zasad etyki zawodowej, prewencji wykroczeń zawodowych i postępowania niezgodnego z kodeksem etyki jest bardzo ważnym elementem działania samorządu zawodowego i ma wielkie znaczenie dla spójności naszego środowiska.

Rady okręgowe mają liczący się wkład w realizację zadań, w tym zakresie. Organizowane przez Państwa konferencje i szkolenia, dobór tematów oraz duża liczba uczestników świadczą o tym, że przykładają Państwo dużą wagę do szeroko ujętej odpowiedzialności zawodowej, jaka ciąży na pielęgniarkach i położnych.

Jestem przekonana, ten nasz wspólny wysiłek, którego ramy czasowe wyznaczała V kadencja, znacząco podniósł świadomość środowiska w zakresie odpowiedzialności zawodowej i konieczności kierowania się w naszej pracy zasadami etyki.

Członkom Okręgowej Rady, liderom samorządu życzę, aby nadal wierzyli w sens tego co czynią. Życzę również, aby nabyte w minionym okresie doświadczenia owocowały w dalszych Państwa działaniach na rzecz naszego samorządu.

Proszę o przyjęcie życzeń wszelkiej pomyślności w życiu osobistym. ■

Z wyrazami szacunku  
Przewodnicząca  
Naczelnego Sądu  
Pielęgniarek i Położnych V kadencji  
Teresa Fichtner-Jeruzel

**Informacja dla Delegata na VI Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie**

**Szanowny Delegacie**

**W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie zapraszamy na VI Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy Pielęgniarek i Położnych, który odbędzie się w dniu 26 października 2011 roku w sali sesyjnej Urzędu Miasta w Częstochowie przy ul. Śląskiej.**

**Rozpoczęcie o godzinie 9.00.**

**Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.**

**OBECNOŚĆ DELEGATÓW OBOWIĄZKOWA!**

**OKRĘGOWA RADA PIELEŃNIAREK  
I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE**

**Informacja dla Delegata na VI Okręgowy Zjazd  
Sprawozdawczo – Wyborczy Pielęgniarek i  
Położnych w Częstochowie, w dniu 26 października  
2011 roku**

VI Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy VI kadencji Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie zwołany jest Uchwałą Nr 5/ V /08 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 11 grudnia 2008 roku w dniu 26 października 2011 roku o godz. 9:00. Miejscem obrad Zjazdu będzie sala sesyjna Urzędu Miasta w Częstochowie ul. Śląska 11/13.

Na podst. § 2 i § 3 Uchwały Nr 3/ IV / 2004 I Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie IV kadencji z dnia 30 marca 2004 r uprzejmie informuję:

1. Delegata na Zjazd obowiązuje obecność i czynny udział w posiedzeniu Zjazdu i komisji zjazdowej.
2. Delegat może być członkiem tylko jednej komisji zjazdowej.
3. Wiarygodne usprawiedliwienie nieobecności na Zjeździe Delegat składa na piśmie w biurze Okręgowej Izby w ustawowym terminie przed obradami zjazdu.
4. Delegaci na Zjazd i uczestnicy Zjazdu potwierdzają obecność na Okręgowym Zjeździe podpisami na listach obecności sporządzonych oddzielnie dla Delegatów każdego rejonu wyborczego.
5. Po podpisaniu listy obecności delegaci otrzymują mandaty, którymi poprzez podniesienie oddają głos w głosowaniu jawnym.
6. Za nieusprawiedliwioną nieobecność lub nieuzasadnione wcześniejsze opuszczenie obrad delegat może być obciążony proporcjonalną częścią kosztów. ■

Komitet Organizacyjny Zjazdu

Załącznik nr 1 do uchwały nr 3/IV/04 I Okręgowego Zjazdu Delegatów Pi P IV Kadencji z dnia 30.03.04 r

**Regulamin  
okręgowego zjazdu pielęgniarek  
i położnych**

**§ 1.**

1. Okręgowy zjazd jest najwyższym organem okręgowej izby pielęgniarek i położnych.
2. W okręgowym zjeździe biorą udział z głosem stanowiącym jedynie delegaci wybrani w rejonach wyborczych.
3. W okręgowym zjeździe mogą uczestniczyć z głosem doradczym nie będący delegatami członkowie ustępującej okręgowej rady, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego

sądu, okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i jego zastępcy.

4. W zjeździe mogą brać udział także goście zaproszeni przez okręgową radę lub okręgowy zjazd.

**§ 2.**

1. Zawiadomienie o terminie, miejscu i porządku obrad zjazdu, z pouczeniem o obowiązku uczestnictwa, okręgowa rada prześle każdemu delegatowi zjazdu oraz członkom ustępujących organów okręgowej izby co najmniej na 14 dni przed terminem zjazdu.

2. Sprawozdanie z działalności: okręgowej rady, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu i okręgowego rzecznika, a także projekty uchwał, które mają być podjęte za zjeździe okręgowa rada prześle uczestnikom zjazdu wraz z zawiadomieniem o którym mowa w ust.1.

**§ 3.**

1. Delegata na zjazd obowiązuje obecność i czynny udział w posiedzeniach zjazdu i komisji zjazdowej.

2. Delegat może być członkiem tylko jednej komisji zjazdowej.

3. Delegaci potwierdzają obecność na zjeździe podpisami na listach obecności każdego dnia przed rozpoczęciem obrad.

4. Po podpisaniu listy obecności delegaci otrzymują mandaty, którymi poprzez podniesienie oddają głos w głosowaniu jawnym.

5. Za nieusprawiedliwioną nieobecność lub nie uzasadnione wcześniejsze opuszczenie obrad delegat może być obciążony proporcjonalną częścią kosztów zjazdu.

**§ 4.**

1. Zjazd jest władny do podejmowania uchwał i dokonania wyboru organów okręgowej izby przy obecności co najmniej połowy liczby delegatów.

2. Uchwały podejmowane są zwykłą większością głosów.

3. W przypadku braku quorum ponowny termin zjazdu ustala okręgowa rada, przy czym ten termin nie może przypaść później niż 2 miesiące i nie wcześniej niż 3 tygodnie po pierwszym terminie zjazdu.

4. Zjazd może w wyjątkowych wypadkach odbywać się w dwóch turach. Decyzję przerwaniu obrad i kontynuowaniu ich po przerwie podejmuje zjazd na wniosek prezydium zjazdu w głosowaniu jawnym.

5. Przerwa między poszczególnymi turami nie może być dłuższa niż 30 dni

6. Prezydium zjazdu i komisje wybrane na pierwszym posiedzeniu kontynuują swoje czynności na kolejnym posiedzeniu, zgodnie z porządkiem obrad przyjętym na pierwszym posiedzeniu.

**§ 5.**

1. Posiedzenia zjazdu są jawne dla członków samorządu pielęgniarek i położnych.

2. Zjazd może z ważnych powodów uchwalić tajność posiedzenia lub jego części za zgodą co najmniej połowy uczestniczących w zjeździe delegatów.

**§ 6.**

Porządek obrad zjazdu obejmuje w szczególności:

- 1) otwarcie zjazdu i wystąpienie przewodniczącego okręgowej rady oraz zaproszonych gości;

- 2) wybór osób uprawnionych do liczenia głosów oddanych w głosowaniu jawnym;
- 3) wybór przewodniczącego zjazdu;
- 4) wybór zastępców przewodniczącego i sekretarza zjazdu - stanowiących z przewodniczącym prezydium zjazdu;
- 5) wybór komisji mandatowej;
- 6) sprawozdanie przewodniczącego komisji mandatowej;
- 7) przyjęcie porządku obrad;
- 8) przyjęcie regulaminu obrad;
- 9) wybór komisji zjazdowych;
- 10) przedstawienie sprawozdań organów izby;
- 11) podjęcie uchwał w sprawie zatwierdzenia sprawozdań organów izby;
- 12) podjęcie uchwały w sprawie absolutorium ustępującej okręgowej radzie;
- 13) wybory przewodniczących i członków organów izby;
- 14) rozpatrzenie wniosków;
- 15) podjęcie innych uchwał;
- 16) sprawozdanie komisji uchwał i wniosków;
- 17) zamknięcie zjazdu.

## § 7.

Przewodniczący okręgowej rady otwiera zjazd i prowadzi obrady do czasu wyboru przewodniczącego zjazdu.

## § 8.

Przewodniczący zjazdu przy pomocy członków prezydium:

- 1) czuwa nad przestrzeganiem porządku obrad, regulaminu zjazdu oraz dyscypliny na sali obrad;
- 2) kieruje przebiegiem zjazdu zgodnie z porządkiem obrad, udziela głosu delegatom i zaproszonym gościom;
- 3) zarządza głosowanie w sprawach, które wymagają rozstrzygnięcia w tym trybie.

## § 9.

1. Komisjami zjazdowymi są

- 1) komisja mandatowa - która stwierdza czy zjazd jest władny do podjęcia uchwał;
- 2) komisja wyborcza - która informuje o zasadach zgłaszania kandydatur, przyjmuje zgłoszenia kandydatur i w kolejności alfabetycznej sporządza listy kandydatów;
- 3) komisja skrutacyjna - która informuje o zasadach i sposobie głosowania, przygotowuje karty do głosowania, rozdaje je delegatom, zbiera głosy do sprawdzonych i zamkniętych przez nią urn wyborczych, przelicza głosy i ustala wyniki wyborów w protokole, w którym określa:
  - a) liczbę uprawnionych do głosowania,
  - b) liczbę głosów oddanych,
  - c) liczbę głosów ważnych,
  - d) liczbę głosów nieważnych,
  - e) liczbę głosów oddanych na każdego kandydata,
- 4) komisja uchwał i wniosków - która przyjmuje od delegatów propozycje uchwał i wniosków wraz z uzasadnieniem na piśmie oraz opracowuje ich projekty dla zjazdu.

2. Zjazd może zarządzić wybór także innych komisji pracujących na zjeździe.

3. Członkowie komisji skrutacyjnej nie mogą kandydować w wyborach do organów izby.

## § 10.

1. Komisje wybierają ze swego składu: przewodniczącego, zastępcę (zastępców) oraz sekretarza.
2. Przewodniczący komisji kieruje jej pracami i składa zjazdowi sprawozdanie z jej działalności.
3. Komisja sporządza ze swych czynności protokół, który podpisują wszyscy jej członkowie.

## § 11.

1. Przewodniczący zjazdu udziela głosu uczestnikom zjazdu w sprawach objętych porządkiem obrad, według kolejności

zgłoszeń z zastrzeżeniem postanowień § 12 ust. 1 i 2.

2. Uczestnicy zjazdu zgłaszają chęć udziału w dyskusji sekretarzowi.

3. Uczestnik zjazdu nie może zabierać głosu w dyskusji nad tą samą sprawą więcej niż dwa razy, chyba że do kolejnego zabrania głosu wezwie go przewodniczący zjazdu.

4. Przewodniczący zjazdu może zwrócić uwagę zabierającemu głos, który w swoim wystąpieniu odbiega od przedmiotu obrad określonego w porządku obrad, a po dwukrotnym zwróceniu uwagi może odebrać przemawiającemu głos.

5. Zjazd może ograniczyć czas trwania wypowiedzi.

## § 12.

1. Przewodniczący zjazdu udziela głosu przewodniczącym: okręgowej rady, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowemu sądu, okręgowemu rzecznikowi oraz zaproszonym gościom poza kolejnością mówców zapisanych do głosu.

2. Pozostałym uczestnikom zjazdu przewodniczący zjazdu udziela głosu poza kolejnością jedynie dla zgłoszenia wniosku formalnego lub sprostowania. Przemówienie nie może trwać dłużej niż 1 minutę.

3. Do wniosków formalnych zalicza się wnioski o:

- 1) przerwanie, odroczenie lub zamknięcie posiedzenia;
- 2) uchwalanie tajności posiedzenia;
- 3) zamknięcie listy mówców;
- 4) zamknięcie dyskusji;
- 5) odesłanie do komisji celem rozpatrzenia i opracowania;
- 6) głosowanie bez dyskusji;
- 7) zmianę porządku obrad;
- 8) przeprowadzenie głosowania;
- 9) głosowanie imienne;
- 10) ograniczenie czasu przemówienia;
- 11) sprawdzenie quorum;
- 12) reasumpcję głosowania;
- 13) uchwalenie tajności głosowania;
- 14) zamknięcie listy kandydatów.

4. Zjazd rozstrzyga o wniosku formalnym po wysłuchaniu wnioskodawcy i ewentualnie jednego głosu przeciwnego.

## § 13.

1. Po zamknięciu dyskusji nad projektem uchwały lub innymi wnioskami i propozycjami zgłoszonymi w toku obrad, przewodniczący zjazdu oznajmia, że zjazd przystępuje do głosowania. Od tej chwili można zabierać głos tylko dla zgłoszenia wniosku formalnego o sposobie lub porządku głosowania i to jedynie przed zarządzeniem przez przewodniczącego zjazdu przystąpienia do głosowania.

2. Porządek głosowania nad uchwałą jest następujący:

- 1) głosowanie wniosku o odrzucenie projektu w całości, jeżeli wniosek taki został postawiony;
- 2) głosowanie poprawek do poszczególnych postanowień uchwał, przy czym w pierwszej kolejności głosuje się poprawki, których przyjęcie lub odrzucenie rozstrzyga o innych poprawkach;
- 3) głosowanie projektu w całości, ze zmianami wynikającymi z przegłosowanych poprawek.

3. Przewodniczący zjazdu ustala kolejność głosowania projektów uchwał.

4. Głosowanie we wszystkich sprawach przeprowadza się jawnie z zastrzeżeniem ust. 7.

5. Obliczenia oddanych głosów dokonują osoby uprawnione do liczenia głosów w głosowaniu jawnym i podają sekretarzom zjazdu wyniki głosowania.

6. Wynik głosowania ogłasza przewodniczący zjazdu.

7. Zjazd może uchwalić tajność głosowania w określonej sprawie i wówczas głosowanie przeprowadza komisja skrutacyjna.

## § 14.

1. W razie gdy wynik głosowania budzi uzasadnione wątpliwości, zjazd może dokonać reasumpcji głosowania.



2. Wniosek o reasumpcję głosowania w danej sprawie może być zgłoszony wyłącznie na posiedzeniu, na którym odbyło się głosowanie.
3. Reasumpcja głosowania w danej sprawie może być przeprowadzona tylko jeden raz.
4. Zjazd rozstrzyga o reasumpcji głosowania na pisemny wniosek co najmniej 1/5 delegatów biorących udział w posiedzeniu.
5. Reasumpcji głosowania nie podlegają wyniki głosowania imiennego i tajnego.

#### § 15.

- W trybie przewidzianym dla uchwał zjazd może podejmować:
- 1) rezolucje - zawierające wezwanie skierowane do określonego adresata o podjęcie wskazanego w rezolucji jednorazowego działania;
  - 2) oświadczenia - zawierające stanowisko w określonej sprawie;
  - 3) deklaracje - zawierające zobowiązania do określonego postępowania;
  - 4) apele - zawierające wezwania do określonego zachowania się, podjęcia inicjatywy lub realizacji zadania.

#### § 16.

Po wyczerpaniu porządku obrad przewodniczący zjazdu ogłasza jego zamknięcie.

#### § 17.

1. Z przebiegu zjazdu sporządza się protokół, który stanowi stwierdzenie przebiegu obrad.
2. Protokół posiedzenia zjazdu obejmuje szczegółowy zapis przebiegu obrad, a także w załącznikach:
  - 1) protokoły komisji zjazdowych;
  - 2) pełne teksty podjętych uchwał, przedłożonych sprawozdań, wniosków oraz innych dokumentów zjazdu.
3. Przewodniczący zjazdu jest obowiązany w ciągu 30 dni przekazać dokumenty zjazdu okręgowej radzie.
4. Odpis protokołu znajdować się będzie do wglądu zainteresowanych członków samorządu w biurze okręgowej izby. Delegat lub uczestnik zjazdu, biorący udział w dyskusji, może zgłosić zastrzeżenia lub poprawki do sporządzonego protokołu w ciągu 30 dni od daty przekazania przez przewodniczącego zjazdu dokumentów okręgowej radzie
5. O przyjęciu lub odrzuceniu poprawki decyduje prezydium zjazdu większością głosów.
6. Protokół do którego nie wniesiono poprawek lub zastrzeżeń uważa się za przyjęty. Przyjęcie protokołu potwierdzają podpisami wszyscy członkowie prezydium zjazdu. ■

## Regulamin Dofinansowania Kosztów Kształcenia



Projekt

Załącznik nr 1 do uchwały Nr ... Okręgowej Rady z dnia 23.09.2011 roku.

### Regulamin dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego ponoszonych przez członków OIPIP w Częstochowie

#### §1

1. Fundusz Komisji Kształcenia tworzy się z odpisu składek członkowskich ujętych w planie finansowym określonym Uchwałą Okręgowego Zjazdu PiP w Częstochowie.
2. Wysokość funduszu określana jest corocznie w uchwale budżetowej.
3. Niewykorzystane fundusze w danym roku są środkami niewygasającymi i podlegają wykorzystaniu w latach kolejnych.

#### §2

1. O dofinansowanie kształcenia podyplomowego może ubiegać się pielęgniarka, położna będąca członkiem OIPIP w Częstochowie regularnie, comiesięcznie opłacająca składki członkowskie co najmniej przez okres 2 lat.
2. Dofinansowanie kształcenia podyplomowego w zakresie pielęgniarstwa lub położnictwa przysługuje członkom OIPIP w Częstochowie regularnie opłacającym składki członkowskie, będącym:
  - a) absolwentami studiów doktoranckich,
  - b) absolwentami studiów podyplomowych
  - c) słuchaczami studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo, położnictwo (zwanych dalej łącznie studiami zawodowymi),
  - d) uczestnikami kursów specjalizacyjnych organizowanych przez instytucje posiadające zezwolenie wydane przez CKPPIP,
  - e) uczestnikami kursów:
    - kwalifikacyjnych,
    - specjalistycznych,
 organizowanych przez instytucje posiadające zezwolenie wydane przez CKPPIP oraz wpis do rejestru Organizatorów Kształcenia

- i innych organizowanych przez instytucje posiadające zezwolenie i wpis do rejestru wydane przez ORPiP w Częstochowie.
- f) uczestnikami konferencji, sympozjów naukowych i in. organizowanych przez NR, OR, Towarzystwa Naukowe i in. (zwanych dalej łącznie konferencjami)
- 3. Dofinansowanie kształcenia podyplomowego przysługuje wyłącznie w przypadku, gdy szkolenie podnoszące kwalifikacje jest zgodne z zadaniami pielęgniarek i położnych.
- 4. Dofinansowanie kształcenia podyplomowego nie przysługuje w przypadku, gdy szkolenie podnoszące kwalifikacje znajduje się w ofercie ośrodka szkoleniowego i jest organizowane przez OIPIP w Częstochowie, a osoba ubiegająca się o dofinansowanie obiektywnie oceniając miała możliwość skorzystania ze szkolenia organizowanego przez OIPIP w Częstochowie.

#### §3

1. Członkowie Samorządu mogą ubiegać się o dofinansowanie kosztów kształcenia raz na dwa lata z zastrzeżeniem § 4.
2. Wzór wniosku na dofinansowanie stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.
3. Dofinansowaniu podlegają koszty kształcenia ponoszone przez uczestnika szkolenia.
4. Członkowie Samorządu po pozytywnym zakończeniu kształcenia (w przypadku studiów zawodowych: po każdym zakończonym roku akademickim; w przypadku kursów specjalizacyjnych: po upływie 12 miesięcy od daty rozpoczęcia kursu oraz po złożeniu końcowego egzaminu państwowego) składają do komisji do spraw kształcenia poprawnie i czytelnie wypełniony wniosek o dofinansowanie załączając do niego wymagane dokumenty. Wzór wniosku o dofinansowanie zawierający wykaz wymaganych dokumentów stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.
5. Wnioski nie spełniające wymagań określonych w ust. 4 nie są rozpoznawane.

#### §4

- Zasady dofinansowania studiów doktoranckich (§ 2 ust.2 pkt. a) i studiów podyplomowych (§ 2 ust. 2 pkt. b).
1. Dofinansowanie przysługuje wyłącznie 1 raz w ciągu pracy



zawodowej, po obronie kierunkowych studiów doktoranckich i wynosi 1 500 zł.

2. Dofinansowanie przysługuje wyłącznie 1 raz w ciągu pracy zawodowej, po ukończeniu kierunkowych studiów podyplomowych i wynosi 500 zł.

3. Wniosek o dofinansowanie studiów należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie 3 miesięcy licząc od daty zakończenia studiów doktoranckich lub studiów podyplomowych.

## §5

Zasady dofinansowania studiów zawodowych (§2 ust. 2 ppkt. e) i kursów specjalizacyjnych (§ 2 ust. 2 ppkt.d).

1. Dofinansowanie przysługuje w całym okresie trwania studiów i specjalizacji.

2. Dofinansowanie studiów może być przyznane wyłącznie jeden raz w roku akademickim, po pomyślnym zaliczeniu danego roku (udokumentowane wpisem do indeksu lub zaświadczeniem z Dziekanatu o zaliczeniu roku).

3. Dofinansowanie kursów specjalizacyjnych może być przyznane po upływie 12 miesięcy od daty rozpoczęcia kursu, a nadto po złożeniu końcowego egzaminu państwowego.

4. Wniosek o dofinansowanie studiów należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie 3 miesięcy licząc od daty zaliczenia roku akademickiego.

W przypadku kursów specjalizacyjnych wniosek o dofinansowanie pierwszych 12 miesięcy kursu należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie 15 miesięcy licząc od daty rozpoczęcia kursu, a wniosek o dofinansowanie pozostałej części kursu - w nieprzekraczalnym terminie 3 miesięcy licząc od daty złożenia końcowego egzaminu państwowego.

5. Dofinansowanie studiów zawodowych i kursów specjalizacyjnych wynosi 40% poniesionych kosztów, nie więcej niż 700,00 zł.

6. Prawo do dofinansowania studiów zawodowych przysługuje każdemu członkowi wyłącznie jeden raz w ciągu pracy zawodowej. Prawo do dofinansowania kursu specjalizacyjnego przysługuje każdemu członkowi wyłącznie jeden raz w ciągu pracy zawodowej.

7. O dofinansowanie innej niż studia zawodowe i kursy specjalizacyjne formy kształcenia określonej w § 2 ust. 2 z zastrzeżeniem § 7 ust. 6 członek może ubiegać się po upływie dwóch lat kalendarzowych licząc od dnia przyznania dofinansowania studiów zawodowych lub kursu specjalizacyjnego.

## §6

Zasady dofinansowania kursów (§ 2 ust. 2 ppkt.e)

1. Dofinansowanie może być przyznane wyłącznie jeden raz, po pomyślnym ukończeniu kursu i przedłożeniu wymaganych dokumentów.

2. Wniosek o dofinansowanie należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie 1 miesiąca licząc od daty ukończenia kursu.

3. Dofinansowanie kursów wynosi 40% poniesionych przez uczestnika kosztów, nie więcej niż 500,00 zł.

4. Dofinansowanie innej formy kształcenia określonej w § 2 ust. 2 ppkt.e, z zastrzeżeniem §7 ust. 6 członek może ubiegać się po upływie dwóch lat kalendarzowych licząc od dnia przyznania dofinansowania kursu.

## §7

Zasady dofinansowania uczestnictwa w konferencjach (§ 2 ust. 2 ppkt.f)

1. Dofinansowanie przysługuje członkowi wyłącznie w sytuacji, gdy dziedzina konferencji jest zgodna z charakterem świadczeń wykonywanych przez niego w miejscu aktualnego zatrudnienia.

2. Dofinansowanie może być przyznane po ukończeniu konferencji i przedłożeniu wymaganych dokumentów.

3. Wniosek o dofinansowanie należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie 1 miesiąca licząc od daty ukończenia konferencji.

4. Dofinansowanie konferencji wynosi 40% poniesionych kosztów, nie więcej niż 400,00 zł.

5. Koszty uczestnictwa w konferencji, pobytu i dojazdu osobie oddelegowanej przez ORPiP w całości pokrywa OIPiP w Częstochowie.

## §8

1. Przyznanie dofinansowania następuje po przedstawieniu przez wnioskodawcę:

a) oryginałów dokumentów potwierdzających uczestnictwo w danej formie dokształcania i ukończenia jej z wynikiem pozytywnym, a w przypadku kursów specjalizacyjnych potwierdzających uczestnictwo w danej formie dokształcania i złożenia końcowego egzaminu państwowego,

b) oryginałów dokumentów potwierdzających poniesione przez uczestnika koszty dokształcania (wymagany jest rachunek imienny sporządzony zgodnie z obowiązującym prawem),

2. Warunkiem przyznania dofinansowania jest przedstawienie pisemnej pracy dotyczącej problematyki dokształcania. Praca ta winna zostać przekazana w formie pliku tekstowego i obejmować co najmniej 4800 znaków. Praca winna zawierać bibliografię. Praca może zostać przesłana drogą elektroniczną na adres OIPiP w Częstochowie. Autor pracy składając wniosek o dofinansowanie zobowiązany jest wyrazić zgodę na jej opublikowanie w Biuletynie Informacyjnym wydawanym przez OIPiP w Częstochowie. Brak zgody stanowi brak formalny wniosku, postanowienia

§ 3 ust. 5 stosuje się odpowiednio.

3 Decyzję o przyznaniu lub odmowie dofinansowania podejmuje komisja do spraw kształcenia w obecności co najmniej połowy członków oraz w obecności przewodniczącej lub wiceprzewodniczącej tej komisji. W przypadku odmowy dofinansowania decyzja winna zawierać uzasadnienie.

4 O wydanej decyzji odmownej niezwłocznie powiadamia się wnioskodawcę.

5 W przypadku wydania decyzji w całości uwzględniającej wniosek dopuszczalne jest powiadomienie telefoniczne.

6 Od decyzji komisji przysługuje wnioskodawcy odwołanie do ORPiP w Częstochowie w terminie 14 dni licząc od dnia otrzymania decyzji.

7 Niespełnienie któregośkolwiek z warunków określonych w regulaminie lub 8 uul. 1 i ust. 2 skutkuje odmową przyznania dofinansowania.

8 Wyплаты dofinansowania będą dokonywane w miarę posiadanych środków i kolejności złożonych wniosków do wysokości funduszu określonego w § 1 ust. 1.

9 W przypadku nieodebrania środków stanowiących dofinansowanie w terminie miesiąca licząc od dnia powiadomienia o przyznaniu dofinansowania środki te nie będą wypłacone. Środki wracają do funduszu określonego w § 1 ust.1.

## §9

Jeżeli dofinansowanie zostało przyznane na podstawie nieprawdziwych lub fałszywych danych lub/i dowodów osoba, która otrzymała dofinansowanie zobowiązana jest do jego natychmiastowego zwrotu wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia wypłacenia wnioskodawcy dofinansowania.

## §10

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie decyzje podejmuje ORPiP w Częstochowie.

2. Komisja prowadzi rejestr rozpatrywanych spraw i wydanych decyzji, a sprawozdanie przedkłada okresowo OR oraz na Okręgowym Zjeździe PiP.

Wzór wniosku o dofinansowanie określa załącznik nr 1: 1. Wniosek o dofinansowanie kształcenia. ■



## Opinia prawna w sprawie uprawnień pielęgniarki do zakładania cewnika do pęcherza moczowego u mężczyzn.

Warszawa, dnia 18 lipca 2011r.

Ustawa z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.) w art. 6 zawiera delegację ustawową dla Ministra właściwego do spraw zdrowia, do określenia, w drodze rozporządzenia, rodzaju i zakresu świadczeń, o których mowa w art. 4 ust. 2 pkt 5 i art. 5 ust. 2 pkt 10 ustawy, udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, uwzględniając w szczególności: rodzaj świadczeń, do udzielania których wymagane są dodatkowe kwalifikacje uzyskane w toku kształcenia podyplomowego, wraz z określeniem tych kwalifikacji, rodzaje materiałów pobieranych do celów diagnostycznych, wykaz badań diagnostycznych do przeprowadzania oraz wykaz leków, do podawania których samodzielnie bez zlecenia lekarskiego jest uprawniona pielęgniarka i położna.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego zostało wydane w dniu 7 listopada 2007r., po zaopiniowaniu przez Naczelną Radę Lekarską oraz Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych (Dz. U. Nr 219, poz. 1540). Przedmiotowe rozporządzenie w § 1 ust. 1 pkt 3 lit. e wskazuje, że pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego świadczeń leczniczych obejmujących zakładanie cewnika do pęcherza moczowego i usuwanie założonego cewnika. Przepisy rozporządzenia nie ograniczają uprawnień pielęgniarki do pacjenta w osobie kobiety, co oznacza, iż dotyczą one wszystkich pacjentów.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816) w części II załącznika nr 2 „Zakres zadań pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej” – część A pkt 6 ppkt 4 wskazuje wyłącznie cewnikowanie pęcherza u kobiet. Jednakże należy zwrócić uwagę na treść zapisu części III tegoż załącznika, który stanowi, że przepisy załącznika nie naruszają praw i obowiązków pielęgniarki POZ i położnej POZ do realizacji zadań i stosowania procedur wynikających z odrębnych przepisów.

Należy podkreślić, że przepisy ustawy o zawodach oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 219, poz. 1540) są przepisami szczególnymi (lex specialis), które należy stosować w pierwszej kolejności. Fakt, iż Minister Zdrowia ograniczył w rozporządzeniu z dnia 20 października 2005r. zakres zadań pielęgniarki poza w zakresie cewnikowania wyłącznie do kobiet nie stoi w sprzeczności z rozporządzeniem z 2007r., albowiem istotnym jest cytowany wcześniej zapis części III załącznika 2 do w/w rozporządzenia. Powołana częstokroć opinia Konsultanta Krajowego do spraw Urologii – Pana prof. dr hab. Andrzeja Borówki wydaje się być wyjątkowo zachowawcza, skoro konsultant krajowy uzależnia cewnikowanie mężczyzn przez pielęgniarkę od obycia przez w/w „odpowiedniego przeszkolenia” i wyłącznie na pisemne zlecenie lekarza. Powyższa opinia sprzeczna jest z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie, a mianowicie przepi-

sami wspomnianego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 219, poz. 1540). ■

Iwona Choromańska radca prawny

Warszawa, dnia 25 lutego 2008r.

## Wymagalność i egzekucja składek na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych

Zgodnie z art. 59 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41. DOZ. 178 ze zm.) nie opłacone w terminie składki członkowskie i koszty postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Konsekwencją powyższego zapisu jest obowiązek stosowania przez samorząd pip przepisów ustawy z dnia 17 czerwca 1966r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (tekst jednolity Dz. U. z 2005r. Nr 229 poz. 1954 ze zm.) zwanej dalej ustawą egzekucyjną, co znalazło odzwierciedlenie w art. 2 § 1 pkt 5 w/w ustawy.

Właściwy organ samorządu (właściwa izba) jest wierzycielem w rozumieniu przepisów ustawy egzekucyjnej, co oznacza, iż zobowiązań) jest on do stosowania procedury przewidzianej przepisami ustawy egzekucyjnej. Jednakże przed rozpoczęciem całej procedury, należą ustalić kwotę zobowiązania dłużnika (osoby zobligowanej do zapłaty składek).

Wysokość składki oraz termin jej wymagalności określone są Uchwałą nr 13 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 10 grudnia 2003r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

& 2 uchwały wskazuje wysokość składki miesięcznej przysługującej od członka samorządu. Postanowienie to wskazuje cztery grupy osób objętych obowiązkiem odprowadzania składki tj. osoby, które wykonują zawód w ramach umowy o pracę (1% wynagrodzenia zasadniczego), osoby pełniące funkcję w wyboru (1% wynagrodzenia zasadniczego), osoby korzystające z emerytury, rent, świadczenia przedemerytalnego (0.5% świadczenia) oraz osoby prowadzące działalność regulowaną tj. indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarek i położnych (0.5% średniego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw, ogłoszonego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego). W przypadku osób prowadzących grupową praktykę, dla każdej z tych osób ustalana jest składka indywidualnie (wynosi 0.5% średniego wynagrodzenia w sferze przedsiębiorstw). Zasadą jest, że składkę nalicza się z jednego, głównego źródła przychodów.

Termin wymagalności (płatności) składki ustalono do dnia 15 każdego miesiąca za miesiąc poprzedni (§ 3 ust. 1 uchwały). Zgodnie z treścią § 6 ust. 2 uchwały do egzekucji administracyjnej należy przystąpić w przypadku braku wpłaty należnych składek za dwa pełne okresy tj. za nieopłacone dwa pełne miesiące).

Zgodnie z przepisami ustawy egzekucyjnej, pierwszą czynnością jest wysłanie pisemnego upomnienia do dłużnika. Koszty upomnień ponosi dłużnik. Następnie, po upływie 7 dni od daty doręczenia upomnienia, możliwe jest wszczęcie

egzekucji (art. 15 ustawy egzekucyjnej), na wniosek wierzyciela, który zobowiązany jest do wystawienia tytułu wykonawczego. Organem egzekucyjnym jest Naczelnik Urzędu Skarbowego, wykonujący swoje zadania poprzez komornika skarbowego. Wzory upomnień, ewidencji wysłanych upomnień, tytułów wykonawczych oraz ewidencji tytułów wykonawczych zawiera rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 listopada 2001 r. w sprawie wykonania niektórych przepisów ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji Dz. U. Nr 137. po/ 154] ze zm.). Przedmiotowe rozporządzenie szczegółowo określa zasady postępowania egzekucyjnego w zakresie poszczególnych czynności, które zobowiązany jest wykonać wierzyciel. a następnie organ egzekucyjny. ■

r. pr. Iwona Choromańska

## **Opinia dotycząca obliczania składek członkowskich w sytuacji posiadania przez członka samorządu pielęgniarek i położnych więcej niż jednego źródła dochodu**

Niniejsza opinia jest opracowana na wniosek złożony w imieniu Naczelnej Komisji Rewizyjnej przez jej Wiceprzewodniczącego i stanowić ma odpowiedź na następujące pytania:

1. Jakimi kryteriami powinna kierować się pielęgniarka czy położna zatrudniona w więcej niż jednej placówce wybierając źródło przychodu, z którego odprowadza składkę członkowską.
2. Co oznacza określenie „jedno, główne źródło przychodów” przytoczone w § 2 pkt 2 uchwały nr 13 W KZPiP z dnia 10 grudnia 2003 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału?

Zgodnie z art. 31 pkt 11 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych do kompetencji Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych należy określenie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału. Na podstawie tego przepisu wydana została stosowna uchwała nr 13 IV KZPiP z dnia 10 grudnia 2003 r. Zgodnie z § 2 ust. 2 tej uchwały, składka członkowska winna być naliczana z jednego, głównego źródła przychodów. W ust. 1 tego paragrafu (pkt 1-4) określona została wysokość składek, obliczanych jako udział procentowy zależny od rodzaju przychodu. Ten ostatni przepis wyróżnia: „wynagrodzenie zasadnicze pielęgniarek i położnych wykonujących zawód”, wynagrodzenie zasadnicze pielęgniarek i położnych pełniących funkcje z wyboru, „emerytury, renty lub świadczenia emerytalne” oraz „średnie wynagrodzenie dla przedsiębiorstw, ogłoszonego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego”. To ostatnie dotyczy ma „osób prowadzących praktykę indywidualną na własny rachunek”, a także innych członków samorządu posiadających prawo wykonywania zawodu, a nie objętych pozostałymi kategoriami przychodów.

Treść wymienionych wyżej przepisów uchwały rodzić może kilka wątpliwości. Po pierwsze, nie można jednoznacznie stwierdzić, czy pojęcie „źródła przychodów” użyte w ust. 2 oznacza konkretne źródła zarobkowania danego członka samorządu, czy też odnosi się do kategorii przychodów określonych bezpośrednio powyżej w ust. 1. Problem ten pojawia się choćby w sytuacji, gdy dana osoba jest zatrudniona na umowę o pracę u więcej niż jednego pracodawcy. W sytuacji, gdy jako źródło przychodów interpretowane będzie konkretne źródło zarobkowania, osoba taka będzie miała wówczas dwa

źródła przychodu, a w przypadku drugiej możliwej interpretacji - jedno źródło, ponieważ całość uzyskiwanego wynagrodzenia mieści się w kategorii wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek i położnych wykonujących zawód. W tym drugim przypadku składka obliczana byłaby od sumy uzyskiwanych wynagrodzeń. W tym miejscu należy zauważyć, iż w każdym przypadku zatrudnienie na umowę o pracę równocześnie w okręgowej izbie pielęgniarek i położnych czy Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych oraz w innym podmiocie traktowane będzie jako uzyskiwanie przychodów z dwóch źródeł przychodu, gdyż w ust. 1 wyróżnione zostało w pkt 2 „wynagrodzenie zasadnicze pielęgniarek i położnych pełniących funkcje z wyboru”.

Niezależnie od kwestii powyższej, w sytuacji, gdy uznamy, że dana osoba posiada dwa źródła przychodów, problemy może sprawiać ocena, które z tych źródeł jest głównym źródłem przychodów. Możliwe są tu różne interpretacje, z których wydaje się, iż najbardziej naturalne jest przyjęcie albo kryterium wysokości miesięcznych przychodów z danego źródła albo też wymiaru czasu wykonywania zawodu w ramach danego źródła (w przypadku uznania zatrudnienia na umowę o pracę u więcej niż jednego pracodawcy za dwa źródła, byłby to wymiar etatu).

W ocenie sporządzającego niniejszą opinię, bardziej naturalnym jest przyjęcie, iż decydujące znaczenie powinno mieć kryterium miesięcznych przychodów z danego źródła. Oznaczałoby to, iż składka powinna być obliczana od źródła, które przynosi większe przychody. W takim przypadku osoba, która uzyskuje większe przychody mając dwa źródła płaciłaby większe składki, co wydaje się rozwiązaniem dosyć oczywistym. Celem bowiem uchwały jest zapewnienie przychodów dla samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych i w tym świetle należy ją interpretować. W przeciwnym przypadku mogłoby dochodzić do sytuacji, w których osoba osiągająca przez jakiś okres przychody z dwóch źródeł i płacąca składkę od źródła przynoszącego mniejszy przychód, po utracie tego źródła, a zatem uzyskująca od tego momentu mniejsze przychody, płaciłaby większe składki, które obliczane byłyby od tego momentu od jedyne go źródła, które poprzednio przynosiło większy przychód niż to, od którego obliczane były składki.

Na marginesie wskazuje, iż przyjęte w uchwale rozwiązanie budzić może inne jeszcze wątpliwości. Należy tu w szczególności wskazać, iż w przypadku osób prowadzących praktykę na własny rachunek (co należy rozumieć jako prowadzenie indywidualnej, a także grupowej praktyki pielęgniarskiej, położniczej), która to działalność nie jest jedynym źródłem przychodów, w konkretnych przypadkach mogłoby być trudno ocenić co jest głównym źródłem przychodów i to zarówno przy przyjęciu kryterium wysokości przychodów, jak również wymiaru czasu wykonywania zawodu w ramach danego źródła. Zarówno bowiem miesięczne dochody, jak i zakres czasowy wykonywania zawodu w ramach wykonywania praktyki (działalności gospodarczej) mogą się znacznie różnić w zależności od danego miesiąca. Mogłoby okazać się w takiej sytuacji koniecznym ocenianie co jest źródłem przychodów każdorazowo w kolejnym miesiącu, co niewątpliwie byłoby kłopotliwe. Ponadto, w przypadku działalności gospodarczej użyte kryterium „przychodu” przy pojęciu głównego źródła nie wydaje się prawidłowe. Mimo bowiem uzyskiwania nawet relatywnie dużego przychodu, wysokość kosztów prowadzenia działalności gospodarczej może powodować, iż dochód z tej działalności jest niski albo nawet, że działalność przynosi stratę. Bardziej prawidłowe w tym kontekście byłoby użycie sformułowanie. „główne źródło dochodów”.

3. Jakie narzędzie posiadają okręgowe komisje rewizyjne w celu egzekwowania wysokości składki członkowskiej (u osoby zatrudnionej w ramach kilku umów o prace w kilku zakładach pracy) w przypadku, gdy jest ona opłacana ze źródła, z którego pielęgniarka czy położna uzyskuje najniższe dochody? Na wstępie należy zauważyć, iż niniejsze pytanie postawione jest przy założeniu, prezentowanym również powyżej w niniejszej opinii, iż składka powinna być obliczana od źródła, które przynosi większy przychód (czy też dochód, jak to zostało wskazane w pytaniu).

Przechodząc zaś do odpowiedzi na samo pytanie, należy wskazać, iż okręgowa komisja rewizyjna nie ma bezpośrednich kompetencji do podejmowania działań w celu wyegzekwowania składek członkowskich, czy też spowodowania żeby były one obliczane od innego źródła przychodów.

Jedynym środkiem znajdującym oparcie w przepisach regulujących działalność okręgowej komisji rewizyjnej byłoby, w ramach kompetencji do kontrolowania działalności okręgowej rady, formułowanie zaleceń pokontrolnych w tym zakresie. Na marginesie wskazać należy, iż kwestia kontroli prawidłowości wpływu składek do okręgowej izby oraz ich egzekwowania należy do kompetencji skarbnika okręgowej rady pielęgniarek i położnych (zob. § 10 ust. 1 Ramowego regulaminu okręgowej rady pielęgniarek i położnych, załącznik nr 2 do uchwały nr 12 IV KZPiP z dnia 9 grudnia 2003 r.). ■

Warszawa, dnia 16 września 2010 r.

## Kształcenie podyplomowe

Czy ukończenie szkolenia specjalizacyjnego można uznać za równoważne z ukończeniem studiów pierwszego stopnia (licencjackich) na kierunku pielęgniarstwo, w przypadku wnioskowania do pracodawcy o podwyżkę wynagrodzenia za pracę?

Warszawa, 29 czerwca 2011r.

Ustawa z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2009r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.) w art. 10b ust. 1 stanowi, że pielęgniarka, położna ma obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. W art. 10c ustawa przewiduje następujące rodzaje kształcenia podyplomowego: szkolenie specjalizacyjne, zwane "specjalizacją", kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne oraz kursy dokształcające. Najwyższą formą kształcenia podyplomowego jest specjalizacja, która ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną specjalistycznych kwalifikacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie (art. 10c ust. 2 ustawy o zawodach).

Natomiast studia licencjackie są, w myśl art. 2 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 lipca 2005r. Prawa o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365 ze zm.), studiami pierwszego stopnia - umożliwiającymi uzyskanie wiedzy i umiejętności w określonym zakresie kształcenia, przygotowującymi do pracy w określonym zawodzie, kończącymi się uzyskaniem tytułu licencjata.

W obecnym stanie prawnym, pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe wyłącznie po ukończeniu szkoły pielęgniarstwiej w formie studiów wyższych. Zatem obecnie każda pie-

lęgniarka kończąca szkołę zawodową, uzyskuje tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa. Licencjat jest więc podstawowym tytułem zawodowym.

Specjalizacja w rozumieniu przepisów ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej jest kształceniem podyplomowym, tj. po uzyskaniu co najmniej tytułu licencjata pielęgniarstwa. Jest to zatem rodzaj kształcenia podnoszący w sposób istotny kwalifikacje zawodowe pielęgniarki w danej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Po pomyślnym ukończeniu specjalizacji, pielęgniarka uprawniona jest na mocy przepisów ustawowych do posługiwania się tytułem specjalisty, zgodnym z dziedziną kończącej specjalizacji. Dodać należy również, iż zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych do szkolenia specjalizacyjnego, może przystąpić pielęgniarka, położna, która posiada prawo wykonywania zawodu, posiada co najmniej dwuletni staż pracy w zawodzie, została dopuszczona do specjalizacji przez komisję kwalifikacyjną. W celu przystąpienia do specjalizacji, pielęgniarka obowiązana jest spełniać wszystkie trzy wymienione warunki. Powyższy wymóg wskazuje jednoznacznie, że posiadanie tytułu licencjata nie jest równoznaczne z posiadaniem tytułu specjalisty w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Odnosnie możliwości podwyższenia wynagrodzenia za pracę w związku z podwyższeniem kwalifikacji zawodowych stwierdzić należy, iż zasady wynagradzania określone są w obowiązujących u danego pracodawcy przepisach wewnętrznych (Zakładowy Układ Zbiorowy Pracy lub Regulamin Wynagrodzenia). Nie mniej jednak pracodawca powinien docenić podwyższenie przez pracownika kwalifikacji zawodowych, poprzez podwyższenie wynagrodzenia za pracę w odpowiedniej kwocie. ■

Iwona Choromańska  
Radca prawny NRPiP

## Zgoda pracodawcy na podjęcie pielęgniarstkich studiów magisterskich przez pracownika

Warszawa, dnia 15 lutego 2011r.

Ustawą z dnia 20 maja 2010r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. Nr 105, poz. 655), z dniem 16 lipca 2010r. wprowadzone zostały do kodeksu pracy przepisy odnośnie kwalifikacji zawodowych pracowników, które zawierają między innymi podstawowe regulacje w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pracowników.

W myśl art. 1031 § 1 k.p. przez podnoszenie kwalifikacji zawodowych rozumie się zdobywanie lub uzupełnianie wiedzy i umiejętności przez pracownika, z inicjatywy pracodawcy albo za jego zgodą. Zgodnie z art. 1031 § 2 k.p. pracownikowi podnoszącemu kwalifikacje zawodowe przysługuje urlop szkoleniowy i zwolnienie z całości lub części dnia pracy, na czas niezbędny, by punktualnie przybyć na obowiązkowe zajęcia oraz na czas ich trwania, z zachowaniem przez pracownika prawa do wynagrodzenia. Uprawnienia te nabywa pracownik z chwilą uzyskania zgody przez pracodawcę na podjęcie kształcenia. Nie ma wymogu „złożenia zapotrzebowania na



magistra pielęgniarstwa" przez pracodawcę, aby uzyskać prawo do urlopu szkoleniowego lub do zwolnień z całości lub części dnia pracy. Wystarczy, że wyrazi on zgodę na kształcenie pracownika, nawet już po rozpoczęciu przez niego nauki.

Z chwilą wyrażenia przez pracodawcę zgody na kształcenie pracownika, nie ciąży na stronach (pracodawca – pracownik) obowiązek zawierania umowy. Jeżeli jednak pracodawca zamierza zobowiązać pracownika do pozostawania w zatrudnieniu po ukończeniu podnoszenia kwalifikacji zawodowych, należy zawrzeć taką umowę, jedynie w przypadku przyznania przez pracodawcę dodatkowych świadczeń na rzecz pracownika, innych niż urlop szkoleniowy i zwolnienie z całości lub części dnia pracy, na czas niezbędny, by punktualnie przybyć na obowiązkowe zajęcia oraz na czas ich trwania, z zachowaniem przez pracownika prawa do wynagrodzenia. Powyższe wynika z treści art. 1035 kp w związku z art. 1034 § 3 k.p.

W sytuacji braku zgody pracodawcy na podjęcie przez pracownika kształcenia, istnieje możliwość uzyskania zwolnienia z całości lub części dnia pracy bez zachowania prawa do wynagrodzenia, lub urlopu bezpłatnego - w wymiarze ustalonym w porozumieniu zawierającym między pracodawcą i pracownikiem (art. 1036 k.p.). ■

Iwona Choromańska  
Radca prawny NRPIP

### **Czy pielęgniarka oddziałowa, przełożona pielęgniarek, pielęgniarka naczelną może być zatrudniona w wymiarze 1/8 etatu a w pozostałej części jako pielęgniarka odcinkowa wykonywać zawód w formie indywidualnej praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego?**

Odnośnie zatrudnienia pielęgniarki oddziałowej w wymiarze 1/8 etatu a w pozostałym zakresie zawarcie umowy z tą samą osobą na działalność leczniczą w formie indywidualnej praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, podniesienie należy, iż zastosowanie takiej konstrukcji umownej stanowić będzie oczywiście naruszenie przepisów prawa pracy, mające na celu obejście przepisów o czasie pracy. Ponadto w takim przypadku pielęgniarka w niektórych sytuacjach mogłaby być przełożoną samej siebie. Podkreślić należy również, że jedynie przepis art. 47 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej dopuszcza możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych przez kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, pod warunkiem zawarcia takiego zapisu w umowie oraz określenia w niej warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym określenia wymiaru czasu pracy. ■

Iwona Choromańska  
Radca prawny NRPIP



## Stanowiska PTP

### **STANOWISKO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO**

#### **Odpady medyczne - rola pielęgniarek i pielęgniarstwa**

Pielęgniarki dostrzegają istotną rolę środowiska naturalnego w globalnej ochronie zdrowia jak również widzą zagrożenia, powodowane przez odpady powstałe w procesie opieki zdrowotnej. Wszystkie pielęgniarki mają obowiązek eliminowania lub redukcji negatywnego wpływu odpadów medycznych na zdrowie jednostek, grup społecznych i środowiska. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie jako członek Międzynarodowej Rady Pielęgniarek wspiera inicjatywy zmierzające do zredukowania szkodliwego wpływu na zdrowie odpadów medycznych, w tym:

- Decyzje o zakupach, które sprzyjają produktom powstałym w procesie recyklingu,
- redukcja toksyczności używanych produktów oraz ilości materiałów do opakowań;
- Wykorzystanie rynku dla rozwoju produktów o zmniejszonej toksyczności, np. zastąpienie polichlorku winylu (PCV), lateksu i rtęci;
- Ograniczenie użycia pestycydów;
- Segregację odpadów przy użyciu strategicznie rozmieszczonych pojemników w celu redukcji ilości odpadów wymagających specjalnej uwagi oraz ułatwienia recyklingu odpadów, kiedy to tylko możliwe;
- Wybory takich metod utylizacji odpadów, które minimalizują toksyczność środków odkażających i używanych do sterylizacji;
- Wybory takich metod usuwania odpadów, które zmniejszają szkodliwe efekty spopielania w stopniu, jaki jest tylko możliwy;
- Edukację zarówno pacjentów, społeczeństwa, jak i profesjonalistów na temat oddziaływania zanieczyszczonego środowiska;

profesjonalistów na temat oddziaływania zanieczyszczonego środowiska;

- Recykling materiałów, kiedy to tylko możliwe, bez narażania bezpieczeństwa pacjentów.

Pielęgniarki, jako profesjonalistki, muszą być świadome konsekwencji wynikających z produkcji odpadów medycznych przez sektor opieki zdrowotnej.

Dlatego Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, stoi na stanowisku, że do zadań pielęgniarskich organizacji powinno należeć:

- Zdefiniowanie i uregulowanie kompetencji pielęgniarek w dziedzinie zdrowia środowiskowego;
- Ułatwianie dostępu pielęgniarek do programów kształcenia ustawicznego na temat szkodliwości odpadów medycznych dla środowiska naturalnego;
- Przywiązywanie większej uwagi do ewaluacji i doboru produktów medycznych w celu ochrony środowiska;
- Rzecznictwo w sprawie włączenia pielęgniarek w proces podejmowania decyzji w kwestii odpadów medycznych;
- Rzecznictwo w sprawie procedur recyklingu i mechanizmów usuwania odpadów, które nie narażają bezpieczeństwa pacjentów, włączając w to także właściwe oznakowanie pojemników dla celów segregacji odpadów;
- Wzmocnienie zaangażowania pielęgniarek w tworzenie polityki dotyczącej odpadów medycznych, uwzględniając przyjazne dla środowiska i bezpieczne modele niszczenia odpadów w programach kształcenia pielęgniarek i ułatwianie dostępu pielęgniarek do programów edukacji ustawicznej z zakresu szkodliwości odpadów medycznych;
- Promowanie powszechnego wprowadzenia bezpiecznych igieł, polityki bezpiecznych iniekcji oraz strzykawek z zabezpieczeniem przed wysunięciem się tłoka
- Zachęcenie do redukcji nadmiernego i niepotrzebnego używania opakowań;
- Ułatwienie tworzenia zaleceń zarządzania odpadami medycznymi we wszystkich instytucjach zdrowotnych;

- Wspieranie wprowadzenia zachęt (np. finansowych) dla pracowników ochrony zdrowia, aby stosowali zdrowe dla środowiska praktyki w swoich profesjonalnych interwencjach;
- Rozwijanie koalicji z przedstawicielami innych zawodów w celu lobbowania na rzecz bezpiecznego unieszkodliwiania odpadów;
- Lobbowanie rządu na rzecz ratyfikowania Konwencji ONZ na temat Zdrowego Środowiska.

## Tło

System opieki zdrowotnej każdego roku generuje miliony ton odpadów medycznych. W przypadku, gdy nie są właściwie zarządzane i niszczone, odpady te stanowią poważne ryzyko dla środowiska. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek podaje następujące rodzaje odpadów medycznych:

- Odpady zakaźne;
- Odpady patologiczne i anatomiczne;
- Niebezpieczne odpady farmaceutyczne;
- Niebezpieczne odpady chemiczne;
- Odpady o wysokiej zawartości metali ciężkich;
- Pojemniki pod ciśnieniem;
- Odpady bardzo zakaźne;
- Odpady genotoksyczne, cytotoksyczne;
- Odpady radioaktywne.

## Klasyfikacja odpadów medycznych w Polsce:

- odpady bytowo-gospodarcze (odpady bytowe z oddziałów/przychodni niezabiegowych, odpadki powstałe w obrębie kuchni i resztki pokarmowe z oddziałów niezakaźnych);
- odpady medyczne specyficzne przeznaczone do unieszkodliwienia (zakażone drobnoustrojami, pozostałości leków cytostatycznych ze sprzętem i bielizną używaną przy ich podawaniu, przeterminowane leki, opakowania po lekach);
- odpady medyczne specjalne (radioaktywne, zużyte diagnostyki izotopowe, substancje toksyczne w tym środki dezynfekujące, uszkodzone termometry rtęciowe, odczynniki chemiczne, zużyte oleje);
- odpady medyczne wtórne (pozostałości po przeróbce termicznej odpadów specyficznych) [Ustawa o odpadach z dnia 27 kwietnia 2001 r Dz. U. Nr 39, poz. 251 z późn. zm; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 2007 r Dz. U. 07.162.1153 z dnia 8 września 2007 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi oraz Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 r w sprawie katalogu odpadów Dz.U. Nr 112, poz. 1206]

Opieka zdrowotna i stosowana przez nią technologia stanowią główny czynnik przyczyniający się do zanieczyszczenia żywności, wody i powietrza na świecie. Niezabezpieczenie odpadów pochodzących z leczenia jednego pacjenta może powodować chorobę drugiego. Toksyczne i zakaźne odpady stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego, jak również dla zdrowia pracowników opieki zdrowotnej.

Według Krajowego Planu Gospodarki Odpadami wskaźnik powstawania specyficznych odpadów medycznych powstających w szpitalach wynosi 0,30 kg/łóżko/dobę bez rozróżniania specjalizacji szpitala [Fundacja Nasza Ziemia -www.recyklinq.pl] Podstawowa opieka zdrowotna, która koncentruje się na determinantach zdrowia uznaje kluczową rolę środowiska w kształtowaniu stanu zdrowia jednostek, rodzin i społeczności.

Kliniczne i polityczne decyzje mają wpływ na produkcję i utylizację odpadów medycznych. Zamówienia, wykorzystanie oraz utylizacja zasobów opieki zdrowotnej wpływa na ilość, intensywność pracy i koszty związane z niszczeniem odpadów medycznych.

Pielęgniarki produkują odpady medyczne ale także aktywnie uczestniczą w procedurach ich utylizacji. Pielęgniarki na stanowiskach kierowniczych rozwijają zasady dotyczące zamówień materiałów, jak również produkcji i eliminacji odpadów medycznych. Instytucje kształcące pielęgniarki również generują duże ilości zużytego sprzętu, które muszą być efektywnie zarządzane, służąc jako wzór do naśladowania dla innych. Pielęgniarki w Polsce na swoich stanowiskach pracy aktywnie uczestniczą w procedurach segregacji odpadów medycznych. Zasady segregowania, zbierania i magazynowania odpadów reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 roku w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi [Dz.U. nr 139, poz. 940]. ■

Warszawa, 21 lipca 2011 r.

## STANOWISKO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO w sprawie zasad podnoszenia i przemieszczania pacjentów

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, że jednym z kluczowych elementów kształtowania bezpiecznego środowiska pracy dla pielęgniarek jest wyeliminowanie ręcznego podnoszenia i przemieszczania pacjentów. W żadnym przypadku tak w środowisku szpitalnym, domowym czy w Podstawowej Opiece Zdrowotnej personel świadczący opiekę nie powinien podnosić i przemieszczać pacjentów ręcznie bez względu na wagę, wiek.

Ręczne podnoszenie i przemieszczanie pacjentów powinno być dopuszczalne **tylko w przypadkach zagrożenia życia pacjenta, bez uszczerbku na zdrowiu i życiu personelu medycznego**. W przypadku dzieci konieczne jest stosowanie zasad umożliwiających jak najmniejsze narażenie na nadmierne przeciążenie układu mięśniowo-szkieletowego. Należy zupełnie wyeliminować sytuację, kiedy ręczne przemieszczanie i podnoszenie pacjentów zajmuje większość czasu przeznaczonego na opiekę.

Zachęcamy podmioty działalności leczniczej do wprowadzenia polityki bezpiecznego przemieszczania i podnoszenia pacjentów poprzez np. wydzielenie miejsc w oddziałach, w których będzie dostępny odpowiedni sprzęt i prowadzona konsekwentna polityka organizacji pracy na stanowisku, gdzie prowadzone są prace transportowe. Należy je wyeliminować tak w oddziałach chirurgii jednego dnia jak i poradniach.

Wszelkie wózki, stoły i inne wyposażenie, dla utrzymania właściwej pozycji dla personelu, powinny stanowczo posiadać regulowaną wysokość i umożliwiać samodzielne przemieszczanie się pacjenta, jeśli tylko jest to możliwe; stoły operacyjne powinny być przemieszczane na kółkach. Kiedy tylko to możliwe pacjenci powinni być badani i leczeni w wózkach na kółkach, co eliminuje konieczność ich przemieszczania. Konieczne jest spowodowanie dostępności podnośników we wszystkich poradniach; celem wyeliminowania możliwości zaślabnięcia podczas pobierania próbek krwi - krew powinna być pobierana w pozycji leżącej; zapewnienie w poradniach ortopedycznych specjalnych ramek do podtrzymywania kończyn pacjentów; zapewnienie krzeseł o zróżnicowanej wysokości umożliwiających pacjentom niezależność, potrzeba podnoszenia i przemieszczania powinna identyfikować czas konieczny na jej realizację.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie rekomenduje podjęcie następujących działań, spójnych ze **strategią Europejskiej**

**Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy na lata 2006-2012:**

- 1) Identyfikacja cech środowiska pracy personelu medycznego, które mogą oddziaływać w sposób właściwy zagrożeniom.
- 2) Ocena szkodliwości dla zdrowia pojedynczego pracownika i całego sektora.
- 3) Identyfikacja zależności między zagrożeniami a powstającymi szkodami zdrowotnymi.
- 4) Badanie praktyk menedżerskich i sposobów organizacyjnych służących podejmowaniu decyzji oraz dokonywaniu zmian w programach.
- 5) Upowszechnianie wiedzy na temat zagrożeń i sposobów ograniczania ryzyka zawodowego związanego z przeciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego.
- 6) Minimalizowanie oraz wykluczanie ręcznego podnoszenia pacjentów.
- 7) Promowanie używania lekkiego i ciężkiego sprzętu do podnoszenia i przemieszczania pacjenta (ETAG, 2001).
- 8) Poszerzenie programów kształcenia pielęgniarek o zagadnienia dotyczące bezpiecznych sposobów i technik dźwigania ciężarów, w tym pacjentów, z uwzględnieniem zajęć praktycznych (Szałkiewicz, 2000).
- 9) Zmiany legislacyjne służące wzmocnieniu ochrony zdrowia pracowników, szczególnie kobiet wykonujących prace związane z dźwiganiem i przemieszczaniem osób oraz ujęcie w wykazie chorób zawodowych schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego, w szczególności kręgosłupa powodowane dźwiganiem osób podczas sprawowania nad nimi opieki (European Agency for Safety and Health at Work, 2002; GIP, 2009).

Wszelkie działania podejmowane w podmiotach działalności leczniczej dotyczące prac transportowych przy podnoszeniu i przemieszczaniu pacjentów muszą uwzględniać zapisy: Dyrektywy nr 90/269/EWG z 29 maja 1990 r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących ochrony zdrowia i bezpieczeństwa podczas ręcznego przemieszczania ciężarów w przypadku możliwości wystąpienia zagrożenia, zwłaszcza urazów kręgosłupa pracowników (Dz.U. L 156 z 21.6.1990, str. 9), Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych (Dz.U.2000.26.313 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 10 września 1996 r. w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet (Dz.U.1996.114.545 z późn. zm.)

**Podnoszenie i przemieszczanie pacjenta wymaga przestrzegania zasad:**

1. Minimalizowanie i wykluczanie w możliwych przypadkach konieczności ręcznego podnoszenia i przemieszczania pacjentów.
2. Przemieszczanie unieruchomionych pacjentów wykonywać, przez co najmniej dwie osoby.
3. Wykorzystywać optymalny poziom współpracy z pacjentem uwzględniając jego potrzeby i możliwości ruchowe.
4. Utrzymywać optymalną dla danej czynności postawę ciała opiekuna przez możliwość dostosowania wysokości sprzętów.
5. Używać w czasie czynności mięśni nóg i bioder zamiast mięśni górnej połowy ciała.
6. W czasie przemieszczania i podnoszenia pacjenta zaleca się wykorzystać lekki sprzęt pomocniczy (trapez, pas ergonomiczny, płyta lub płachta ślizgowa, obracana podstawka pod stopy) oraz ciężki sprzęt (podnośniki mechaniczne, podnośniki z pozycji siedzącej do pozycji stojącej)

Wdrożenie ww. zasad do polityki bezpiecznego podnoszenia i przemieszczania pacjentów spowoduje pracę pielęgniarek lżejszą i przyczyni się w konsekwencji do zwiększenia zainteresowania zawodem. Każda złotówka przeznaczona na poprawę warunków pracy pielęgniarek zwróci się wielokrotnie w postaci większej liczby personelu i podniesienia jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta.

**Tłó**

Zarządzający podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą przy wprowadzaniu zmian szacują koszty, przy czym należy podkreślić, że w rzeczywistości koszty nie są tak duże, a korzyści to m.in. mniejsza absencja w pracy, nieograniczanie wykonywania zadań przy pacjencie, z uwagi na pogłębiające się dolegliwości przekładające się na obniżenie jakości opieki. Z danych wynika, że zakup specjalistycznego sprzętu do opieki tj. łóżka, podnośniki, ławo ślizgi, czy łóżka do kąpeli to zaledwie 0,3% kosztów jednostki.

W 1992 r. The Wigan and Leigh NHS Trust wprowadził politykę bezpiecznego podnoszenia i przemieszczania pacjentów. Coroczny audyt wykazał na początku 84% redukcję absencji chorobowej spowodowanej urazami w wyniku niebezpiecznej techniki podnoszenia i przemieszczania. Spowodowało to także oszczędności w wysokości 400 000 L w ciągu jednego roku. W sektorze ochrony zdrowia i opieki społecznej znajduje zatrudnienie ok. 10% pracowników, przy czym znacząca część z nich pracuje w szpitalach. Unia Europejska boryka się z narastającym brakiem rąk do pracy w tych sektorach, czego zasadniczą przyczyną są złe warunki pracy. Jak wynika z analizy wieloletnich danych statystycznych, jednym z najistotniejszych problemów stanowią czynniki ergonomiczne (Leuven, 2010).

W porównaniu z przeciętnymi wielkościami dla wszystkich sektorów, sektor ochrony zdrowia i opieki społecznej wykazuje ponadprzeciętną częstotliwość występowania chorób zawodowych, spowodowanych częstym występowaniem schorzeń mięśniowo-szkieletowych. Według danych Bureau of Labor Statistics z 2002 roku, stanowią one 8,8 przypadków na 100 pracowników w warunkach szpitalnych oraz 13,5/100 w opiece środowiskowej. Grupą szczególnie narażoną na powyższe wymieniane dolegliwości są kobiety (Eurostat 63/2009). Przedmiotem największej troski są urazy pleców i nadwężenia barków, których przyczynami są zadania związane z przemieszczaniem, podnoszeniem, przenoszeniem i zmianą pozycji pacjenta.

Zarządzający ochroną zdrowia, dla pozyskania i zatrzymania pracowników muszą zaakceptować fakt, że ręczne podnoszenie i przemieszczanie pacjentów jest czynnością wysoce ryzykowną zarówno dla pracownika jak i pacjenta (McGrail M. i in., 1995). Zagrożenia o charakterze ergonomicznym oraz związane z nimi problemy mięśniowo-szkieletowe uznaje się za główną przyczynę chorób zawodowych personelu pielęgniarskiego (de Castro, 2004). Pomocniczy personel pielęgniarski, sanitariusze i asystentki zajmują drugie, a pielęgniarki dyplomowane - szóste miejsce na liście dziesięciu zawodów najbardziej zagrożonych przeciążeniami i wznienieniami (Bureau of Labour Statistics, 2002). Pracownicy wszystkich specjalności w branży medycznej narażeni są na duże ryzyko urazu pleców związane z pracami ręcznymi (Silvia C. i in., 2002). Według opracowań Kelsey oraz Engkvist, zginanie się i podnoszenie ciężarów o masie przekraczającej 11 kg ponad 25 razy dziennie 6 krotnie zwiększa prawdopodobieństwo wypadnięcia krążka międzykręgowego (Kelsey in., 1984, Engkvist\ in., 2001).

Każdego roku 12% personelu pielęgniarskiego rozważa

zmianę pracy z myślą o zmniejszeniu ryzyka zachorowań, a kolejne 12-18% odchodzi z zawodu z powodu chronicznych bólów pleców (Moses, 1992; Owen, 1989).

Badania prowadzone w Szwecji wykazały większe prawdopodobieństwo odchodzenia z zawodu pielęgniarek, pielęgniarzy oraz pozostałego personelu uskarżającego się na dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego, którzy jak wykazały badania w ograniczonym stopniu korzystali z urządzeń do przemieszczania pacjentów (Fochsen i in., 2006).

Powołując się na dane EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work) z lat 2000-2005, w Polsce na ból pleców oraz dolegliwości bólowe ze strony mięśni skarży się 29,9 % pracowników sektora opieki zdrowotnej.

Główny Inspektorat Pracy w 2009 r. szpitalach przeprowadził kontrolę w 198 w zakresie zagrożeń układu mięśniowo-szkieletowego przy ręcznych pracach transportowych. Stwierdzono, że przy pracach związanych z ręcznym dźwiganiem i przemieszczaniem pacjentów zatrudnionych **było 15 tysięcy pracowników, z czego 12, 5 tysiąca to pielęgniarki**. W kontrolowanej grupie w latach 2005-2007 poszkodowanych zostało 654 pracowników (głównie pielęgniarek). Były to przede wszystkim urazy kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, dyskopatie pourazowe, zerwania ścięgien, mięśni oraz przepuklina pachwinowa. Urazy te w większości skutkowały długotrwałymi zwolnieniami lekarskimi, nawet do roku. Średnio wskaźnik ciężkości tego rodzaju wypadków z lat 2005-2007 wyniósł 56 dni niezdolności do pracy na jednego poszkodowanego i był znacznie wyższy od wskaźnika ciężkości wszystkich wypadków, jakie wydarzyły się w sektorze „ochrona zdrowia i pomoc społeczna”, który wynosił 36. Przyczyny większości wypadków to: wykonywanie pracy w niedostatecznej obsadzie, brak właściwego sprzętu pomocniczego, przekroczenie norm dźwigania oraz brak ostrożności. Brak lub niewystarczająca liczba sprzętu pomocniczego ułatwiającego podnoszenie pacjenta do pozycji pionowej i jego przemieszczanie stwierdzono w 60% szpitali, brak sprzętu do przemieszczania pacjenta w pozycji leżącej (mat ślizgowych, rolek) - w co trzecim szpitalu. Szczególnie brakowało wózków-wanien do mycia pacjentów, co stwierdzono w 81 % szpitali (GIP, 2009). ■

Warszawa, 21 lipca 2011 r.

## STANOWISKO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO W SPRAWIE OBSAD PIELĘGNIARSKICH W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, że **nie do przyjęcia** jest zapis z projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2010 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego - zmieniający § 4, który określa „Świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach hospitalizacji zapewnia całonocną opiekę lekarską oraz pielęgniarską lub położnych we wszystkie dni tygodnia, przy uwzględnieniu minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych ustalonej zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 t.J. z późn. zm.), **z tym że sprawowanie opieki w oddziale szpitalnym przez jedną pielęgniarkę lub położną obejmuje nie więcej niż 20 pacjentów w ciągu jednej zmiany**”.

Kształtowanie norm zatrudnienia powinno: opierać się na wynikach badań naukowych, które jednoznacznie określą wpływ obsad pielęgniarskich na bezpieczeństwo pacjenta, jakość opieki i satysfakcję pacjentów, pielęgniarek; zapobiegać odchodzeniu od zawodu i zachęcać do wyboru zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza.

Normy zatrudnienia to także niezbędny element dla zapewnienia pielęgniarkom bezpiecznego środowiska pracy, środowiska, które spowoduje zatrzymanie personelu w pracy i wpłynie na promocję tego zawodu jako bezpiecznego i atrakcyjnego dla przyszłych jego adeptów.

Świadczenia pielęgniarskie powinny być realizowane dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom z uwzględnieniem realizacji potrzeb wyrażonych i niewyrażonych, niezbędnych dla prawidłowego procesu terapeutycznego - zapewniającego skrócenie okresu leczenia i zapewnienia możliwości realizacji procesu edukacji i przygotowania do samoopieki - dla zwiększenia potencjału pacjenta w realizacji codziennych zadań związanych z pełnieniem ról społecznych, w tym pracą i nauką.

Uważamy, że polityka zdrowotna powinna opierać się na ocenie kosztów nie tylko związanych z zatrudnianiem dodatkowego personelu, ale przede wszystkim ocenie kosztów wynikających z niezatrudniania tego personelu w odpowiedniej liczbie, co m.in. prowadzi do zwiększenia szeroko rozumianych zjawisk - błędów medycznego i zdarzeń niepożądanych.

Uważamy, że liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę w lecznictwie stacjonarnym w Polsce powinna być ustalana w oparciu o badania naukowe i uwzględniać zatrudnienie personelu pomocniczego tzn. opiekunów medycznych.

**Jako Towarzystwo stoimy na stanowisku, że nie można arbitralnie podawać liczby pacjentów w oddziale szpitalnym podlegających opiece jednej pielęgniarki w ciągu zmiany bez uwzględnienia specyfiki tego oddziału i stanu pacjentów, którzy w nim przebywają.**

Biorąc jednocześnie pod uwagę analizy dotychczas przeprowadzonych badań w oparciu o wiarygodną metodykę badawczą proponujemy poziom obsad pielęgniarskich, który zgodnie z wynikami badań może kształtować się następująco:

**Oddziały zabiegowe:** 1 pielęgniarka na 4 pacjentów lub 1 pielęgniarka na 8 pacjentów + 2 osoby personelu pomocniczego (opiekun medyczny). **Docelowo 1 pielęgniarka na 4 pacjentów.**

**Oddziały zachowawcze:** 1 pielęgniarką na 6 pacjentów + 1 opiekun medyczny, lub w zależności od stopnia intensywności opieki, tj.: w przypadku pacjentów niesamodzielnych **w ocenie skali ADL** do 2 pkt. - 1 pielęgniarka na 2 pacjentów + 1 opiekun medyczny; między 2 a 4 pkt Skali ADL 1 pielęgniarka na 4 pacjentów + 2 opiekunów medycznych; w przypadku punktacji od 4 do 5 pkt 2 pielęgniarki na 8 pacjentów + 2 opiekunów medycznych; w przypadku pkt. powyżej 6 pkt - 1 pielęgniarka na 15 - 20 pacjentów + 2 opiekunów medycznych. **Docelowo 1 pielęgniarka na 5 pacjentów.**

**Oddziały intensywnej terapii:** jedna pielęgniarka na 1,2 pacjenta, natomiast odcinki intensywnego nadzoru- jedna pielęgniarka na 2 pacjentów.

**Oddziały dziecięce:** liczba pielęgniarek uzależniona jest od stopnia intensywności opieki pielęgniarskiej, tj.: opieka standardowa - 1 pielęgniarka na 4 dzieci, przy wzmożonej opiece 1 pielęgniarka na 2 dzieci, w intensywnej terapii 1 pielęgniarka na 1 dziecko.

Dodatkowo należy pamiętać, iż w każdym oddziale musi być zatrudniona pielęgniarska kadra kierownicza - pielęgniarka



oddziałowa i z-ca pielęgniarki oddziałowej.

Przyjęcie stanowiska Towarzystwa w przedmiotowej sprawie skutkuje zwiększeniem oszczędności w ochronie zdrowia wynikających ze zmniejszenia wydatków na leczenie zdarzeń niepożądanych wynikających z nieodpowiedniej obsady pielęgniarskiej w zakładach opieki zdrowotnej wskazanych w literaturze naukowej.

Jednocześnie zgadzamy się, że zaproponowana przez A. Ksykiewicz - Dorotę metoda planowania obsad pielęgniarskich bazująca na kategoryzacji pacjentów w 3 kategorie opieki, nie wymaga w praktyce żmudnych wyliczeń i może być istotną pomocą dla praktyków (A. Ksykiewicz-Dorota, 2001). Stąd zawarty w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej wzór planowania obsad pielęgniarskich był poprawny matematycznie i możliwy do zastosowania w praktyce, przy poprawnym postępowaniu metodologicznym.

### Tło

Badania naukowe dowodzą występowania istotnych zależności pomiędzy obsadą pielęgniarek a:

**1. Bezpieczeństwem pacjenta.** Liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę ma bezpośredni wpływ na występowanie zdarzeń niepożądanych m.in. takich jak: zakażenia dróg moczowych, zapalenie płuc, zakończone niepowodzeniem akcje reanimacyjne, zapalenie żył, czy też zakażenia ran pooperacyjnych (Canadian Federation of Nurses Union, 2005). Nieodpowiednia obsada pielęgniarska - to większa śmiertelność i zachorowalność pacjentów, więcej błędów w sztuce i zdarzeń niepożądanych, włączając w to infekcje dróg moczowych, stanowiących 40% wszystkich zakażeń szpitalnych (Hampton, 2004).

Każdy dodatkowy pacjent, powyżej 4, na jedną pielęgniarkę w oddziałach chirurgicznych powoduje 7% wzrost prawdopodobieństwa zgonu w ciągu 30 dni od przyjęcia oraz 7% wzrost prawdopodobieństwa niepowodzeń w działaniach ratujących życie (Aiken, Ciarę, Sloane i wsp., 2002).

Istnieje także związek między małą liczbą pielęgniarek na dyżurach nocnych i wzrostem ryzyka płucnych komplikacji pooperacyjnych (Dimick, Swoboda, Pronovost, Lipsett, 2001). Według Komisji Europejskiej w Polsce 91% badanych ocenia ten problem jako bardzo ważny, a aż 50% obawia się występowania zdarzeń niepożądanych, 51% czytała o nich

często w doniesieniach prasowych, natomiast 28% respondentów doświadczyło powikłań związanych z kontaktem z ochroną zdrowia, które nie były związane bezpośrednio z chorobą, która ich dotyczyła („Medical Errors”, Eurobarometer, Jan.2006).

Według Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej najczęstszą wskazywaną przyczyną powodującą brak możliwości zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom jest zbyt duże obciążenie pracą (83 proc.) (Lisowska, 2005).

**2. Kosztami opieki zdrowotnej.** Występowanie zdarzeń niepożądanych to nie tylko problemy dla pacjenta i ryzyko zgonu lub trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale przede wszystkim ogromne koszty dla systemu ochrony zdrowia (Erwin, 1994; Seago, 1999; Dimick, Swoboda, Pronovost, & Lipsett, 2001, Gelinias & Bohlen, 2002). Z powodu nieodpowiedniej obsady (USA), aż 11% - 13% hospitalizowanych pacjentów cierpi z powodu odleżyn, których leczenie dodatkowo kosztuje od 5 do 75 tys. dolarów na każdego pacjenta (Manley, 1978; Robinson Coghlan, & Jackson, 1978; Reuler & Cooney, 1981; Cowart, 1987). Istnieją dowody naukowe na to, że zatrudnienie pielęgniarki, mimo iż generuje koszty jest w konsekwencji opłacalne z uwagi na redukcję kosztów związanych z leczeniem wynikającym ze zdarzeń niepożądanych (Landon et al., 2006).

**3. Satysfakcją pacjentów.** Ograniczenie liczby pielęgniarek w placówce opieki zdrowotnej obniża satysfakcję pacjentów z otrzymywanej opieki (Canadian Federation of Nurses Union, 2005).

**4. Satysfakcją zawodową pielęgniarek.** Większa liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę przekłada się na wzrost emocjonalnego wyczerpania i braku satysfakcji z wykonywanej pracy. Ponadto, pielęgniarki, które ciągle pracują w nadgodzinach lub pracują bez odpowiedniej rezerwy są bardziej podatne na wyższą absencję i pogorszenie stanu zdrowia. Ma to swoje konsekwencje w ponoszonej odpowiedzialności zawodowej (Sheward, Hunt, Hagen, i wsp., 2005).

Jako Towarzystwo uważamy także, że bardzo ważnym jest wprowadzenie do systemu obsad pielęgniarskich personelu pomocniczego, który wykonywałby proste czynności opiekuńcze pod nadzorem pielęgniarki, która planowałaby opiekę i ustalała jej cele. ■

Warszawa, 22 czerwca 2010 r.



## Zasady cewnikowania

### Cewnikowanie dróg moczowych – zasady profilaktyki zakażeń

Marzenna Bartoszewicz, Anna Przondo - Mordarska,  
Adam Junka

Kontakt: Katedra i Zakład Mikrobiologii AM, ul. Chałubińskiego 4, 50 – 368  
e-mail: m.bartoszewicz@op.pl

praca powstała na podstawie wspólnych wytycznych Towarzystwa Mikrobiologii Klinicznej oraz Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych

Pomimo ogromnego postępu medycyny w rozpoznawaniu i leczeniu chorób infekcyjnych, zakażenia układu moczowego

(ZUM) nadal stanowią częsty problem kliniczny, często wnikając chorobę podstawową, przedłużając hospitalizację pacjentów, co prowadzi również do wzrostu kosztów leczenia.

Zakażenia bakteryjne układu moczowego należą do najczęstszych chorób infekcyjnych wieku dziecięcego, do 2 roku życia częściej (do 5 razy) chorują chłopcy, potem stosunek ten zmienia się i 8-10 razy częściej zachorowania występują u dziewcząt [1].

U dorosłych pacjentów zarówno ambulatoryjnych, jak i hospitalizowanych ZUM, stanowią od 40% do 50% wszystkich rejestrowanych zakażeń, a częstość zakażenia wzrasta wraz ze stosowaniem inwazyjnych procedur cewnikowania dróg moczowych [1],

Układ moczowy jest jałowy z wyjątkiem końcowego odcinka cewki moczowej, z tego powodu najczęstszymi czynnikami etiologicznymi zakażenia dróg moczowych są głównie bakterie





Gram-ujemne z rodziny Enterobacteriaceae: *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae* i inne.

Pałeczka *E.coli* jako drobnoustrój powodujący zakażenie endogenne poprzez zmianę niszy ekologicznej z przewodu pokarmowego jest odpowiedzialna za 60 - 90 % pierwotnych zakażeń układu moczowego. Wśród bakterii Gram dodatnich izoluje się *Staphylococcus saprophyticus*, który wywołuje zakażenia u 20%-30% u młodych kobiet, inne bakterie Gram dodatnie powodujące zakażenia to *Streptococcus spp.*, *Enterococcus spp.*, grzyby z rodzaju *Candida* rzadko, częściej u diabetyków, wirusy (HSV, adenowirusy, poliowirusy, wirus B-19) [2].

U pacjentów hospitalizowanych bakterie własne pacjenta powodujące zakażenie są wypierane przez wielooporne bakterie szpitalne. Pałeczka *E.coli* stanowi początkowo 50% zakażeń u tej grupy pacjentów, a w miarę wydłużania czasu hospitalizacji chorego izoluje się z zakażonych dróg moczowych *Ps.aeruginosa*, *Klebsiella spp.*, *Serratia spp.*, *Citrobacter spp.*

Czynnikami sprzyjającymi zakażeniu dróg moczowych ze strony bakterii są czynniki zjadliwości w postaci fimbrii typu 1 lub 2 wytwarzane przez pałeczki Enterobacteriaceae, a także wytwarzanie ureazy przez pałeczki z rodzaju *Klebsiella sp.* i *Proteus spp.*, co sprzyja alkalizacji moczu i odkładaniu się struwitowych kamieni moczowych.

Dodatkowymi czynnikami ryzyka wystąpienia zakażenia jest obecność receptorów dla uropatogenów na komórkach nabłonka jelit, obecność receptorów dla fimbrii P na komórkach uroepitelium czy też zakażenie dróg moczowych bakteriami w czasie ciąży u matki.

Innymi czynnikami ryzyka sprzyjającym ZUM są nieprawidłowości anatomiczno-czynnościowe czyli wady budowy i funkcjonowania układu moczowego, takie jak odpływy wsteczne pęcherzowo-moczowodowe czy dysfunkcje pęcherza moczowego [3].

Wprowadzenie cewnika do pęcherza określa się mianem cewnikowania i z powodu wysokiego poziomu bólu oraz możliwych późniejszych komplikacji, stosowane powinno być jedynie w sytuacji, gdy wykorzystane uprzednio metody nieinwazyjne okazały się być niewystarczające [4].

Czynnikami ryzyka wystąpienia zakażenia odcewnikowego zależą od rodzaju biomateriału z jakiego jest zbudowany cewnik, czasu pozostawiania cewnika w drogach moczowych (możliwość zakażenia wzrasta średnio o 5 % na każdy dzień utrzymywania cewnika), a także płęć żeńska, przepłukiwanie cewnika moczowego, stosowana antybiotykoterapia, choroby zmniejszające odporność (cukrzyca), niewydolność nerek (zastój moczu, kreatynina > 2mg). Źródłem drobnoustrojów powodujących zakażenia odcewnikowe jest w równych częściach egzogenna flora szpitalna przenoszona na rękach personelu medycznego i flora endogenna pochodząca z przewodu pokarmowego, skóry lub układu moczowo-płciowego pacjenta, gdzie bakterie przemieszczają się na drodze chemotaksji czyli zdolności ruchu w kierunku bodźca chemicznego do powierzchni cewnika już pierwszego dnia po założeniu. Około 20 % drobnoustrojów migruje przez światło cewnika z worka z moczem [5].

Dla zapobiegania zakażeń najważniejszym jest poznanie i kontrola patomechanizmów zakażenia, ponieważ właściwe postępowanie z pacjentem w efekcie może obniżyć częstość zakażeń odcewnikowych. Istotną rolę w patogenezie zakażeń związanych z wprowadzaniem do organizmu materiałów obcych z tworzyw sztucznych w tym cewników moczowych jest zdolność bakterii do tworzenia biofilmu - struktury przy-

gającej do powierzchni stałych, utworzonej przez komórki drobnoustrojów należące do jednego, kilku lub kilkunastu gatunków, otoczone warstwą egzopolisacharydu (śluzu) [6].

Biofilm stanowi idealne środowisko dla wymiany materiału genetycznego między komórkami, co umożliwia przekazywanie istotnych dla przeżycia cech, w tym oporności na antybiotyki i chemioterapeutyki. Powstawanie biofilmu jest procesem złożonym i wielostopniowym, zachodzącym w kilku fazach. Podstawowym mechanizmem zapoczątkowującym tworzenie biofilmu jest adhezja. [6] Planktonowe (pojedyncze, wolne) komórki przypadkowo inicjują kontakt z powierzchnią nieożywioną (cewnik moczowy) na drodze chemotaksji. Konieczna jest duża ruchliwość komórek bakteryjnych (dlatego głównym czynnikiem etiologicznym zakażeń są pałeczki Gram ujemne posiadające rzęski) aby przezwyciężyć siły odpychające pomiędzy bakteriami i powierzchnią, na którą bakterie chcą się przyłączyć.

Początkowymi siłami spajającymi bakterie są: przyciąganie elektrostatyczne, siły van der Waalsa, wiązania kowalencyjne.

Po przyłączeniu do powierzchni drobnoustroje zaczynają produkować zewnątrzkomórkowy śluz, który odpowiedzialny jest za nieodwracalną adhezję, proliferację i akumulację bakterii w wielowarstwowe, wielokomórkowe agregaty. Śluz pokrywa tę uformowaną strukturę również na zewnętrznej powierzchni zabezpieczając ją przed działaniem przeciwciał, przed fagocytozą, utrudnia opsonizację, zaburza chemotaksję, zmniejsza penetrację przeciwciał. Bakterie zorganizowane w strukturę biofilmu chronią się przed dostępem antybiotyków - komórki połączone śluzem znajdują się w fazie zwolnionego metabolizmu i nie prezentują miejsca docelowego przyłączenia się antybiotyków. Badania dowodzą, że ponad 60% zakażeń bakteryjnych jest związanych z tworzeniem biofilmu [7]. Biofilm rozwija się preferencyjnie na powierzchniach nieożywionych oraz martwych tkankach. Obserwacje cewników moczowych w mikroskopie elektronowym podanych in vitro działaniu bakterii wykazały powstawanie biofilmu na zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni i zwięzienia światła, w okresie krótszym niż 3 dni.

Biofilm powstaje powoli, w jednym lub wielu miejscach a zakażenia związane z jego powstawaniem dają późno jawne objawy. Powodzenie w leczeniu tego rodzaju zakażeń bardzo często wiąże się z potrzebą usunięcia cewnika z organizmu chorego.

Infekcje ogólnoustrojowe powstałe w efekcie cewnikowania dróg moczowych (urosepsa) są szczególnie ciężkie do opanowania, ponieważ biofilm bakteryjny jest trudny do wykrycia w rutynowej diagnostyce mikrobiologicznej a z natury jest odporny zarówno na siły obronne organizmu jak i na stosowane antybiotyki.

Ponieważ jest wiele wskazań do cewnikowania dróg moczowych zarówno leczniczych jak i diagnostycznych należy wdrożyć i należycie przestrzegać procedur obowiązujących przy zakładaniu cewnika.

#### Wskazania do cewnikowania [8]

##### Lecznice:

- Pacjent ma problemy z oddawaniem moczu.
- Pacjent oddając mocz nie jest w stanie całkowicie opróżnić pęcherza.
- Pacjent oddaje mocz w sposób niekontrolowany, występują u niego oznaki infekcji pęcherza lub nieprawidłowego funkcjonowania nerek.
- Pacjent oddaje mocz w sposób niekontrolowany, a ponadto



posiada w okolicach genitaliów lub pośladków otwarte rany lub odleżyny, które mogłyby ulec zakażeniu poprzez moczu.

- Pacjent ze zwężeniem cewki moczowej.
- Pacjent z przetoką odbytniczo-pęcherzową.
- Pacjent z przerostem prostaty.
- Pacjent z rakiem prostaty.
- Pacjent z dysfunkcją pęcherza związaną z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.
- Chorzy OIT, w celu monitorowania diurezy (funkcje nerek, stanu nawodnienia, układu krążenia).
- Podanie leku o działaniu miejscowym (tzw. wlewka dopęcherzowa).

Diagnostyka:

- Pobieranie moczu do badań.
- Wsteczne podawanie środków cieniujących (uretrocystografia).
- Badania urodynamiczne.
- Kontrola diurezy godzinowej i dobowej.

Przeciwwskazania:

- Ostre zapalenie gruczołu krokowego.
- Podejrzenie o rozerwanie cewki moczowej związane z tęnym lub drażącym urazem.
- Obecność krwi w ujściu cewki moczowej.
- Krwihak worka mosznowego (haemoscrotum).
- Wybroczony w okolicy krocza.
- Gruczoł krokowy niewyczuwalny w badaniu dotykowym.
- Znaczne zwężenie cewki moczowej.

Rodzaje oraz wybór cewnika moczowego [9]

Cewniki produkuje się obecnie z różnych materiałów, które nadają im odpowiednią elastyczność, takich jak masy poliuretanowe, lateks lub silikon. Cewniki silikonowe lub pokrywane warstwą silikonu służą do długotrwałego utrzymywania w pęcherzu, ponieważ nie powodują inkrustacji i odczynów uczuleniowych. Coraz częściej obserwuje się natomiast odczyny uczuleniowe na lateks, także u najmłodszych dzieci.

Do najczęściej używanych należy prosto zakończony cewnik Nelaton z jednym bocznym otworem. Znacznie rzadziej u dzieci stosowany jest cewnik Couvelaire'a – prosty, z otworem bocznym i na końcu cewnika. Cewnik Tiemann'a z zagiętą końcówką jest polecany przede wszystkim u chłopców, zwłaszcza z zastawką cewki tylnej, u których istnieje nie tylko zwężenie w obrębie zastawki, ale także przerośnięta i uniesiona ku górze szyja pęcherza moczowego utrudniająca wprowadzenie prostego cewnika do pęcherza. Cewniki Malecota i Pezzera – służą głównie do zabezpieczenia prawidłowego odprowadzenia moczu u chorych po zabiegach operacyjnych. Cewnik Foley'a jest najwygodniejszym, samoutrzymującym się cewnikiem do długotrwałego drenażu pęcherza. Najczęściej ten rodzaj cewnika jest wykonywany z lateksu lub silikonu bądź pokrywany warstwą silikonową. Zasady wyboru rozmiaru i rodzaju cewnika przedstawione są w Tabeli 1, natomiast wady i zalety poszczególnych typów cewników w Tabeli 2.

Rola i dobór antyseptyku [10]

Najnowsze badania wskazują na ogromną rolę antyseptyku stosowanego podczas cewnikowania i pielęgnacji miejsca cewnikowanego.

Antyseptyk działa profilaktycznie, ograniczając dostęp flory

własnej pacjenta podczas cewnikowania, ale także pełni rolę leczniczą, jeśli w miejscu cewnikowania dochodzi do uszkodzenia błony śluzowej, co może stać się miejscem początku infekcji. Stosowany antyseptyk powinien penetrować biofilm, niszcząc skutecznie jego strukturę. Większość dotychczas dostępnych środków używanych przy cewnikowaniu była na bazie alkoholu, co prowadziło do drażnienia błony śluzowej i niszczenia naturalnej flory bakteryjnej. Ponadto brak pełnego spektrum działania – rozkład pod wpływem obciążenia białkowego lub też toksyczność u kobiet w ciąży oraz u małych dzieci wykluczały bezpieczne stosowanie środków, które posiadają w swoim składzie nadtlenek wodoru, chlorheksydynę lub związki jodu. Dlatego bardzo istotny jest wybór antyseptyku stosowanego w cewnikowaniu dróg moczowych. Antyseptyk (lek) stosowany w procedurze cewnikowania pęcherza moczowego powinien przede wszystkim posiadać rejestrację dopuszczającą do kontaktu z raną i z błoną śluzową pacjenta. Zgodnie z prawem obowiązującym w naszym kraju antyseptyk powinien być dopuszczony do obrotu i zarejestrowany jako produkt leczniczy (lek).

Tylko taka rejestracja i poprzedzające ją procedury badawcze dają gwarancję, że zostały przeprowadzone rzetelne badania kliniczne potwierdzające skuteczność leczniczą preparatu oraz brak objawów ubocznych, w tym odczynów toksycznych. Ponadto procedury te gwarantują bezpieczeństwo pacjenta i personelu. medycznego w trakcie wykonywania czynności z zastosowaniem antyseptyku. Dlatego antyseptyk stosowany w procesie cewnikowania pęcherza moczowego...

... nie powinien:

- zawierać substancji toksycznych (nie tylko dotyczy to substancji czynnych, ale także substancji występujących często jako środki konserwujące),
- zawierać dużej ilości alkoholu (podrażnienie błony śluzowej, odczucia bólowe pacjentów – zwłaszcza u dzieci),
- powodować reakcji oporności drobnoustrojów,
- powodować uszkodzenia tkanki otaczającej błonę śluzową,
- powodować ból,
- powodować odczynów alergicznych.

... powinien:

- być na bazie roztworu wodnego,
- penetrować i usuwać biofilm bakteryjny,
- posiadać szerokie spektrum działania obejmujące bakterie (w tym bakterie produkujące śluz), grzyby, drożdżaki, pierwotniaki w czasie 1–5 min,
- nie powodować drażnienia błony śluzowej, skóry i ewentualnych ran,
- być dobrze tolerowany przez pacjenta (nie wywoływać bólu),
- być gotowy do użycia z możliwością rozcieńczenia,
- być bezbarwny, nie pozostawiać plam,
- nie powodować narastania oporności,
- nadawać się do długotrwałego stosowania bez jednoczesnego wywoływania skutków ubocznych ani utraty skuteczności
- być bezpieczny dla kobiet w ciąży, wcześniaków, niemowląt i małych dzieci
- mieć możliwość stosowania po otwarciu opakowania min. do 1 roku
- być zarejestrowany jako produkt leczniczy

Rekomendowanym nowoczesnym antyseptykiem spełniającym wyżej wymienione wymogi jest lek na bazie dichlorowodoru oktenidyny (Octenisept®).



## Zasady postępowania w cewnikowaniu pęcherza moczowego [10]

Zabieg cewnikowania pęcherza moczowego powinien być wykonany:

- zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki,
- przez dwie osoby (jedna dezynfekuje okolice ujścia cewki moczowej i zakłada cewnik, łączy go ze sterylnym workiem do zbiórki moczu, druga osoba asystuje – pomaga w otwieraniu opakowań ze sterylnym sprzętem, pomaga w ułożeniu pacjenta, rozmawia z pacjentem).

Przygotowanie pacjenta do zabiegu cewnikowania pęcherza moczowego

a) Pacjent powinien być przygotowany pod względem higieny osobistej:

- pacjent chodzący przed zabiegiem cewnikowania pęcherza moczowego powinien wykonać toaletę krocza – zalecana jest antybakteryjna emulsja do mycia bez zawartości alkoholu – np. na bazie oktenidyny (Octenisan®),
- pacjent leżący – czynność powinna wykonać pielęgniarka lub położna, np. przy użyciu pianki czyszcząco pielęgnacyjnej (Esemtan®).

b) Należy poinformować pacjenta o celu i sposobie wykonania zabiegu.

c) Wyjaśnienie pacjentowi, jak powinien postępować po założeniu cewnika – edukacja pacjenta na temat możliwości zmniejszenia ryzyka zakażenia poprzez prawidłową higienę rąk, ciała i bielizny osobistej.

Należy pamiętać o prawie pacjenta do intymności (zabieg jest krępujący dla chorego, powinien być wykonany w warunkach zapewniających mu intymność) oraz prawie do bezpieczeństwa (postępowanie zgodne z zasadami, aby nie dopuścić do zakażenia lub zminimalizować ryzyko wystąpienia tego powikłania).

### Technika cewnikowania mężczyzny/chłopca

Procedura:

1. Pacjent powinien być przygotowany pod względem higieny osobistej – toaleta krocza.
2. Pacjenta ułożyć na wznak na leżance lekarskiej lub fotelu urologicznym, a następnie podłożyć podkład pod pacjenta.
3. Zestaw ustawić tak, aby umożliwiała to wygodne przeprowadzenie cewnikowania.
4. Odślonić okolice prącia.
5. Przystąpić do dezynfekcji higienicznej rąk.
6. Nałożyć jałowe rękawiczki.
7. Ułożyć jałowy podkład pod udami pacjenta, wsuwając go pod prącie tak, aby nie zabrudzić rękawiczek.
8. Kciukiem i palcem wskazującym ręki niedominującej chwycić z boku prącie i ściągnąć napletek w dół oraz maksymalnie wyciągnąć je w kierunku prostopadłym do powierzchni ciała pacjenta, aby wyprostować przedni odcinek cewki moczowej.
9. Wziąć do drugiej ręki pęsetę (lub bez pęsety, jeśli jest trzecia rękawiczka). Zdezynfekować ujście cewki moczowej trzema gazikami (wcześniej nasączonymi wodnym roztworem antyseptyku dichlorowodoru oktenidyny (Octenisept®), wykonując ruchy od ujścia cewki moczowej na zewnątrz. Za każdym razem stosować świeży gazik. Wykonywać tę czynność co najmniej trzy razy. Przestrzegać zasad jałowości.
10. Przy pomocy strzykawki podać do cewki moczowej 3 ml leku antyseptycznego na bazie dichlorowodoru oktenidyny (Octenisept®), który dzięki dodatkowi glicerolu posiada także właściwości poślizgowe, które ułatwiają, wprowadzenie

cewnika do cewki moczowej pacjenta\*.

11. Cewnik można przytrzymać jałowym narzędziem – pęsetą, kleszczykami, peanem lub bezpośrednio palcami

12. Na koniec cewnika nałożyć jednorazowy, jałowy żel ze środkiem znieczulającym.

13. Stosując stały, ale delikatny ucisk, wprowadzić cewnik do cewki moczowej do połowy jego długości, aż do chwili wycucia lekkiego oporu. W tym momencie zmienić położenie prącia na poziome, dzięki czemu cewnik zmieni swój kierunek i swobodnie wsunie się do pęcherza. Chwilę odczekać, aby zwieracz cewki moczowej rozkurczył się.

14. W momencie wypływu moczu wysunąć cewnik nieco głębiej, ok. 1–1,5 cm. Wypływający mocz skierować do naczynia ustawionego w kroczu. Następnie uszczelnić balonik 10 ml roztworu wody jałowej (objętość zalecana przez producenta cewnika). Delikatnie pociągnąć cewnik, aby sprawdzić, czy balonik jest dobrze wypełniony.

15. Zsunąć napletek z powrotem na żołądz – połączyć cewnik z jałowym zestawem odprowadzającym mocz.

16. Umocować cewnik i worek do uda pacjenta (jeśli do dyspozycji jest odpowiedni worek) lub do łóżka pacjenta. Worek z moczem zawsze musi być umieszczony poniżej poziomu pęcherza moczowego.

17. Zdjąć rękawice i wyrzucić je do pojemnika na odpady medyczne.

18. Umyć i zdezynfekować ręce

\* U chłopców/mężczyzn nadwrażliwych na ból można zastosować dostępny na rynku gotowy jałowy, jednorazowy żel znieczulająco-poślizgowy, który należy podać bezpośrednio do cewki moczowej. Cewka moczowa chłopca/mężczyzny powinna być wypełniona żelem, aby wprowadzony cewnik nie uszkodził wnętrza cewki moczowej. Z tych samych powodów oraz skąpej ilości wydzieliny u kobiet/ dziewczynek można również zastosować jałowy, jednorazowy żel znieczulająco-poślizgowy

### Technika cewnikowania pęcherza moczowego u kobiety/dziewczynki

Pacjentka, która ma być poddana cewnikowaniu, powinna być w sposób prawidłowy przygotowana pod względem higieny osobistej – patrz powyżej Przygotowanie pacjenta do zabiegu cewnikowania pęcherza moczowego [pkt a), b), c)].

Procedura:

1. Pacjentka powinna być przygotowana pod względem higieny osobistej – toaleta krocza.
2. Ułożyć pacjentkę na plecach z nogami odwiedzionymi – „żabie nogi”, lub z nogami zgiętymi w kolanach na leżance lekarskiej lub fotelu urologicznym, następnie podłożyć podkład pod pacjentkę.
3. Stolik z ze statywem ustawić tak, aby umożliwiała to wygodne przeprowadzenie cewnikowania.
4. Odślonić okolice krocza.
5. Przystąpić do dezynfekcji higienicznej rąk.
6. Nałożyć jałowe rękawiczki.
7. Wejście do cewki moczowej obłożyć jałowymi serwetami.
8. Ręką niedominującą (lewa) rozchylić na boki wargi sromowe większe (odstaniają się wtedy wargi sromowe mniejsze i ujście cewki moczowej).
9. Drugą ręką (prawa) wziąć pęsetę i zdezynfekować wargi sromowe i ujście cewki moczowej – 6 gazikami uprzednio nasączonymi obficie antyseptykiem na bazie dichlorowodoru oktenidyny (Octenisept®) z góry na dół od wewnętrznych okolic sromu do zewnętrznych. Za każdym razem należy wziąć



świeży gazik. Czynność wykonywać 5 razy. Ostatni, 6 gazik nasączony antyseptykiem, który w swoim składzie zawiera także glicerol, zostawić u ujścia cewki moczowej. Zapewnia to dodatkową profilaktykę antybakteryjną podczas wprowadzenia cewnika, a także polepsza poślizg cewnika do wnętrza pęcherza.

10. Odłożyć pęsetę

11. Umieścić naczynie do zbiórki moczu w kroczu pacjentki

12. Wziąć cewnik w rękę niedominującą (lewą) – pokryć płynem antyseptycznym z uprzednio przygotowanej strzykawki, który zawiera w swoim składzie oktenidynę i glicerol (Octenisept®). Jeśli w cewce jest skąpa ilość wydzieliny, posmarować jego koniec jałowym żelem znieczulająco-poślizgowym.

13. Wprowadzić cewnik na głębokość ok. 7–9 cm aż do chwili wypłynięcia moczu (wypływający mocz skierować do naczynia ustawionego w kroczu). Następnie uszczelniać balonik cewnika płynem ze strzykawki z wodą jałową. Pociągnąć delikatnie cewnik sprawdzając, czy balonik jest dobrze wypełniony.

14. Połączyć cewnik z jałowym zestawem odprowadzającym mocz.

15. Umocować cewnik do uda przy użyciu przylepca, następnie umocować worek do uda pacjentki (jeśli do dyspozycji jest odpowiedni worek) lub do łóżka pacjentki. Worek z moczem zawsze musi być umieszczony poniżej poziomu pęcherza moczowego.

16. Zdjąć rękawiczki i wyrzucić do pojemnika na odpady medyczne.

17. Umyć i zdezynfekować ręce

U dziewczynek można używać krótszych cewników. Zabieg wykonuje się po rozchyleniu warg sromowych i dokładnym uwidocznieniu ujścia zewnętrznego cewki moczowej. U noworodków płci żeńskiej obrzek warg sromowych niekiedy utrudnia dokładne uwidocznienie ujścia zewnętrznego cewki. Delikatne pociągnięcie warg większych ku górze ułatwia identyfikację ujścia.

Opieka nad pacjentem z cewnikiem w pęcherzu moczowym [11]

### Zalecenia ogólne

- Dwa razy dziennie należy przemyć lub spryskać antyseptykiem miejsce, w którym cewnik wnika do ciała (zalecany Octenisept®)
- Dozwolone jest wykonanie toalety ciała przez pacjenta z zastrzeżeniem, że należy unikać bardzo gorącej i bardzo zimnej wody.
- Pacjent poruszający się o własnych siłach do higieny ciała powinien używać emulsji o działaniu antybakteryjnym bez dodatku alkoholu, o bardzo dobrej tolerancji dla skóry i błony śluzowej – rekomendowany tu jest płyn do mycia na bazie oktenidyny pod nazwą handlową Octenisan®.
- W sytuacji, gdy pacjent jest unieruchomiony, toaletę po wypróżnieniu można wykonać przy użyciu pianki czyszczącej bez spłukiwania – Esemtan® jest rekomendowaną pianką z uwagi na odpowiednie właściwości czyszczące i działanie antygrzybicze i antybakteryjne.
- Zbyt częste, energiczne mycie jest niewskazane i może zwiększyć ryzyko infekcji.
- Podawanie basenów:
  - basen podawać pacjentowi bezpośrednio z miejsca przechowywania basenów czystych, poddanych uprzednio dezynfekcji,
  - niedopuszczalne jest podanie basenu, który wcześniej

leżał na podłodze lub w innych miejscach umożliwiających jego zanieczyszczenie.

- Pościel pacjenta należy zmieniać raz dziennie lub w razie potrzeby.
- Wskazane jest podawanie pacjentowi dużej ilości płynów – od 6 do 8 szklanek wody dziennie (u dzieci zgodnie z ich zapotrzebowaniem na płyny).
- Należy zwrócić uwagę pacjentowi, że odbywanie stosunków seksualnych może utrudnić prowadzenie leczenia.
- W celu uniknięcia zaparcia, należy podawać pacjentowi pokarm bogaty w błonnik oraz dużą ilość płynów – zaparcia mogą prowadzić do zmian w położeniu jelita i uszkodzenia znajdującego się w pęcherzu cewnika.

### Zalecenia szczegółowe

#### 1. Opróżnianie worka zbiorczego mniejszego

Worek zbiorczy mniejszy to worek przyczepiony do nogi pacjenta zdolnego do samodzielnego poruszania się. Worek zbiorczy mniejszy powinien być opróżniany co 3–4 godziny.

W celu opróżnienia worka zbiorczego mniejszego, należy wykonać następujące czynności:

- Umyć i zdezynfekować ręce.
- Nałożyć rękawiczki jednorazowe.
- Odpiąć dolny pasek torby zbiorczej.
- Zdjąć zakrętkę i otworzyć zacisk. Nie dotykać końcówki zlewczej palcami, mocz wylać w taki sposób, by spłynął do pojemnika.

Jeśli wskazane jest zmierzenie objętości moczu, należy użyć przeznaczonego do tego celu pojemnika z miarką, wynik zapisać, mocz wylać do toalety. Gdy pomiar objętości moczu nie jest potrzebny, mocz bezpośrednio wylać do toalety.

Gdy torba zbiorcza mniejsza została opróżniona z moczu, należy przetrzeć końcówkę zlewczą gazikiem nasączonym odpowiednim antyseptykiem. Następnie zamknąć zacisk, zakręcić zakrętkę i przymocować do nogi dolny pasek worka zbiorczego.

- Zdjąć rękawiczki i wyrzucić je do pojemnika na odpady medyczne.
- Umyć i zdezynfekować ręce.

#### 2. Opróżnianie worka zbiorczego większego [12]

Worek zbiorczy większy to worek zakładany pacjentowi na noc i przyczepiany do odpowiedniego stelażyka lub podwieszany pod łóżkiem pacjenta.

W celu opróżnienia worka zbiorczego większego należy wykonać następujące czynności:

- Umyć i zdezynfekować ręce.
- Nałożyć rękawiczki jednorazowe.
- Wyciągnąć końcówkę zlewczą z plastikowej obsadki, naciskając metalowy zacisk.

Jeśli wskazane jest zmierzenie objętości moczu, należy użyć przeznaczonego do tego celu pojemnika z miarką, wynik zapisać, mocz wylać do toalety. Gdy pomiar objętości moczu nie jest potrzebny, mocz bezpośrednio wylać do toalety. Należy zwrócić uwagę, by nie dotknąć końcówką zlewczą toalety.

- Gdy worek zbiorczy większy został opróżniony z moczu, nacisnąć metalowy zacisk. Przetrzeć końcówkę zlewczą gazikiem nasączonym odpowiednim antyseptykiem.
- Nałożyć zakrętkę na końcówkę zlewczą.
- Zdjąć rękawiczki i wyrzucić je do pojemnika na odpady medyczne.
- Umyć i zdezynfekować ręce



### 3. Procedura zmiany worków zbiorczych

Z mniejszego, używanego w trakcie dnia, na większy, stosowany na noc.

- Umyć i zdezynfekować ręce.
- Nałożyć rękawiczki jednorazowe.
- Opróżnić worek zbiorczy mniejszy.
- Odpiąć dolny pasek worka zbiorczego mniejszego.
- Rozłączyć worek z cewnikiem, zamknąć zatyczkę worka, worek odłożyć.

- Przyłączyć zatyczkę nowego worka.

Jeśli przyłączany jest worek większy, używany na noc, należy umieścić go poniżej poziomu łóżka, na którym znajduje się pacjent, gdy ten znajduje się na łóżku.

Jeśli przyłączany jest worek mniejszy, przyczepiany do nogi i używany w trakcie dnia, należy zwrócić szczególną uwagę, czy w trakcie zakładania odzieży nie powstały węzły w przewodzie cewnika.

- Zdjąć rękawiczki i wyrzucić je do pojemnika na odpady medyczne.

- Umyć i zdezynfekować ręce

Jeśli przyłączany jest worek mniejszy, przyczepiany do nogi i używany w trakcie dnia, należy zwrócić szczególną uwagę, czy w trakcie zakładania odzieży nie powstały węzły w przewodzie cewnika.

- Zdjąć rękawiczki i wyrzucić je do pojemnika na odpady medyczne.

- Umyć i zdezynfekować ręce.

### 5. Przygotowanie do snu

- Przewód cewnika umieścić na udzie leżącego w łóżku pacjenta.

- Przewód cewnika przykleić za pomocą hipoalergicznego taśmy do uda pacjenta od tej strony, od której znajduje się worek zbiorczy większy.

- Pacjenta ułożyć w takiej odległości od worka zbiorczego, by rurka cewnika pozwalała pacjentowi na wykonywanie drobnych ruchów w czasie snu.

- Jeśli pacjent jest mężczyzną, należy przyczepić taśmą rurkę cewnika po wewnętrznej stronie uda naprzeciwko żołędzi penisa.

- Jeśli pacjent jest kobietą, należy przyczepić taśmą rurkę cewnika poniżej obszarów waginalnych.

- Sprawdzić, czy na rurce cewnika nie wytworzyły się pętle ani węzły.

- Powiesić worek na stelażyku lub ramie łóżka.
- Upewnić się, czy worek zawsze znajduje się poniżej poziomu pęcherza pacjenta, niezależnie czy ten będzie leżał na łóżku, poruszał się czy siadał.

### 6. Niepokojące objawy

- Przez ponad 4 godziny nie stwierdzono pojawienia się moczu w worku zbiorczym.

- Przez ponad 4 godziny nie stwierdzono pojawienia się moczu w worku zbiorczym, a pacjent skarży się na uczucie pełnego pęcherza.

- Pacjent skarży się na ból w podbrzuszu i/lub w miednicy.

- Pacjent skarży się na ból w miejscu wprowadzenia cewnika.

- Z miejsca wprowadzenia cewnika wycieka ropa lub czuły nieprzyjemny zapach.

- Mocz zmienił kolor, gęstość lub w moczu zaobserwowano krew.

- Temperatura powyżej 38°C

### 7. Decyzja o usunięciu cewnika

Decyzja o usunięciu cewnika zależy od oceny klinicznej lekarza prowadzącego.

### 8. Usunięcie cewnika

- Umyć i zdezynfekować ręce.

- Nałożyć rękawiczki jednorazowe.

- Odpiąć zatyczkę łączącą cewnik z workiem zbiorczym i zatrzaskując zatyczkę.

- Powoli wyjąć cewnik. Nie używać nadmiernej siły.

- W przypadku napotkania oporu, zaprzestać wyciągania cewnika. Przyłożyć gorący okład na 20–30 minut.

- Po upływie tego czasu wznowić procedurę. Jeśli znów występuje opór, zaprzestać procedury i skonsultować się z lekarzem w celu wykonania badania rentgenowskiego.

- Jeśli cewnik został wyjęty, należy zdezynfekować okolicę kroczka odpowiednim antyseptykiem.

- Cewnik wyrzucić do pojemnika na odpady medyczne.

- Zdjąć rękawiczki i wyrzucić je do pojemnika na odpady medyczne.

- Umyć i zdezynfekować ręce.

- Wpisać datę usunięcia cewnika w odpowiednim dokumencie ■

Wiek	Chłopcy	Dziewczynki	Rodzaj cewnika
Noworodki	4 F	4 - 6 F	Nelaton
1–2 lata	6 F	6 - 8 F	Nelaton Foley Tiemann
3–5 lat	8 F	8 - 10 F	j. w.
6–10 lat	8 - 10 F	10 - 12 F	j. w.
Więcej niż 10 lat	12 F	12 - 14 F	j. w.
Dorośli	12 - 22 F	12 - 22 F	j. w.

Tabela 1. Zasady wyboru rozmiaru i rodzaju cewnika. Rozmiar cewników podaje się według skali French (F), która określa obwód cewnika w milimetrach. Po przełożeniu tego wymiaru na średnicę cewnika wiadomo, że 1 F = 0,33 mm – tak więc średnica cewnika 9F wynosi 3 mm, a cewnika 18 F = 6 mm



Materiał	Zalecane używanie	Zalety	Wady
PVC – polichlorek winylu	Krótkoterminowe, maksymalnie 7 dni	Duża średnica wewnętrzna zapewnia sprawny przepływ moczu z pęcherza	Nie nadają się do długotrwałego użycia, mało giętkie
Lateksowy rdzeń powleczony teflonem	Krótkoterminowe, do 28 dni	Gładsze po zewnętrznej stronie, mniej uszkodzają tkankę, bardziej odporne na proces inkrustracji	Pozostawiona zbyt długo <i>in situ</i> powłoka teflonowa może stać się cieńsza; nie nadają się do założenia osobom z alergią na lateks
Sylikon	Długoterminowe, do 12 tygodni	Duża średnica, odpowiednie dla pacjentów z alergią	Występują problemy z usunięciem cewnika u kobiet
Lateks powleczony hydrożelem	Długoterminowe, do 12 tygodni	Mniejsze odczucia bólowe	Nie nadają się dla osób z alergią na lateks
Sylikon powleczony hydrożelem	Długoterminowe, do 12 tygodni	Odpowiednie dla pacjentów z alergią	Sztywne, mogą być niewygodne dla pacjentów
Elastomer sylikonowy powleczony lateksem	Długoterminowe, do 12 tygodni	Niższe ryzyko inkrustracji	Nie nadają się dla osób z alergią na lateks

Tabela 2. Materiał wykonania, wady i zalety poszczególnych typów cewników



## Rys historyczny szpitala - Lubliniec

### RYS HISTORYCZNY SZPITALA

Myśl założenia Zakładu Psychiatrycznego na terenach ziemi lublinieckiej, zrodziła się na przełomie lat 1893-1895. W tym celu przystosowano do potrzeb szpitala psychiatrycznego, siedemnastowieczny zamek, położony na południowo – wschodnim krańcu miasta. Tak więc dziś Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu, może pochwalić się prawie 120-letnią tradycją i doświadczeniem. Choć w okresie swego istnienia przechodził różne koleje losu, jak np. lata okupacji, to jednak zapisał się jako jedna z bardziej nowoczesnych placówek świadczących usługi w zakresie psychiatrii.

Najważniejsze wydarzenia historyczne:

#### lata 1893-1895

- uruchomienie Domu Poprawczego dla osób z zaburzeniami psychicznymi,

#### 1904

- po likwidacji Domu Poprawczego Zakład staje się samodzielną jednostką o nazwie „Zakład Psychiatryczny”,

#### 1913

- zakład po rozbudowie liczy 1100 łóżek – część oddziałów i infrastruktury użytkowana jest do tej pory,

#### 1922

- objęcie Zakładu przez Władzę Polską,

#### lata 1939-1945

- Zakład zarządzany przez władze niemieckie,

#### styczeń 1945

- w dniu wyzwolenia w Szpitalu przebywa, w bardzo trudnych warunkach, ok. 1000 pacjentów,

#### 1951

- uruchomienie pierwszego w Polsce oddziału psychiatrii młodzieżowej, który początkowo funkcjonował w budynku „Stary Zamek”, później w tzw. Czerwonym Bloku, następnie w pawilonach chorych H i G i w końcu został przeniesiony do pawilonu chorych I, gdzie mieści się do tej pory,

#### 1953

- na bazie Szpitala otwarta zostaje I Katedra i Klinika Psychiatrii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach,

#### 1961

- uruchomienie Szkoły Medycznej, która w późniejszych latach zostaje wydzielona ze struktury Szpitala, a w roku 2009, budynek w części zajmowanej przez szkołę, przekazany zostaje Gminie Lubliniec,

#### 1976

- utworzenie Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej,

#### 1992

- utworzenie Oddziału Neurologicznego,

#### 1993

- zmiana nazwy Szpitala na Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana,



- utworzenie Oddziału Psychogeriatrycznego, który swą działalność prowadzi do lipca 2007 roku,

- utworzenie Oddziału Psychiatrycznego Rehabilitacyjnego,

**1995**

- utworzenie pracowni elektrowstrząsów,

- utworzenie poradni neurologicznej,

- utworzenie Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, która swą działalność kończy w 2007 roku,

**1998**

- przekształcenie Szpitala z jednostki budżetowej w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej,

**1999**

- utworzenie pracowni badań metodą Dopplera,

**2000**

- przeniesienie oddziału klinicznego do Katowic – Ochojca,

- wykonanie w ramach „Modernizacji gospodarki cieplnej Szpitala”, dziewięciu układów wentylacji mechanicznej nawiewno – wywiewnej z odzyskiem ciepła (m.in. laboratorium, RTG, kuchnia),

**2001**

- realizacja kolejnych etapów „Modernizacji gospodarki cieplnej Szpitala”, tj. modernizacja pralni i kuchni, montaż węzłów cieplnych na budynkach oraz wykonanie przyłącza gazu,

- uruchomienie nowo wybudowanego budynku kuchni Szpitalnej,

**2002**

- utworzenie Oddziału Leczenia Zaburzeń Afektywnych,

- kontynuacja inwestycji pn. „Modernizacja gospodarki cieplnej Szpitala” i realizacja zadań związanych z wykonaniem centralnej kotłowni gazowo – olejowej, modernizacja instalacji centralnego ogrzewania i ciepłej wody użytkowej we wszystkich budynkach oraz ocieplenie 18 budynków,

**2003**

- utworzenie Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (Oddział Detoksykacyjny),

**2004**

- uruchomienie poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholizmu i Współuzależnienia,

- wznowienie działalności Poradni Neurologicznej, która funkcjonuje przy Poradni Zdrowia Psychicznego,

- realizacja ostatniego etapu „Modernizacji gospodarki cieplnej Szpitala”, polegającego na wymianie sieci cieplnych,

**2006**

- przekształcenie oddziałów psychiatrycznych dla przewlekłych chorych w Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny,

- utworzenie Pracowni USG, neurosonologii i nieinwazyjnej diagnostyki kardiologicznej,

- adaptacja pomieszczeń pracowni RTG wraz z dostawą nowego aparatu,

- kompleksowa komputeryzacja szpitala,

- wykonanie modernizacji pawilonu chorych I,

- rozpoczęcie działań związanych z uruchomieniem Oddziału Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia – pozyskanie dotacji na adaptację pomieszczeń (I etap) z Ministerstwa Zdrowia,

**2007**

- utworzenie Pododdziału Udarowego w Oddziale Neurologicznym,

- kontynuacja zadań związanych z uruchomieniem Oddziału Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia – pozyskanie dotacji na adaptację pomieszczeń (II etap) z Ministerstwa Zdrowia,

- remont elewacji i wymiana okien w pawilonie chorych J, gdzie mieści się Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholizmu,

- realizacja inwestycji pn. „Wykonanie I etapu stacji uzdatniania wody”,

**2008**

- uruchomienie Oddziału Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia,

- przekształcenie Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholizmu w Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholizmu z pododdziałem dla Kobiet,

- wykonanie kompleksowego monitoringu Szpitala,

- wymiana aparatu w pracowni EW (elektrowstrząsów),

- doposażenie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego w sprzęt rehabilitacyjny i aparaturę medyczną,

**2009**

- zwiększenie liczby łóżek o 30, ze 120 do 150 w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Psychiatrycznym,

- doposażenie oraz modernizacja Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholizmu z pododdziałem dla Kobiet,

- wymiana okien w pawilonach chorych E, F i G,

- remont na Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży,

- likwidacja 30- łóżkowego Oddziału leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacyjny),

- likwidacja 34- łóżkowego Oddziału psychiatrycznego internistycznego z pododdziałem psychiatrycznym geriatrycznym,

- likwidacja Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholizmu i Współuzależnienia,

**2010**

- utworzenie 64 łóżkowego Oddziału psychiatrycznego ogólnego 07 z pododdziałem internistyczno- detoksykacyjnym (na bazie zlikwidowanych ww. oddziałów),

- modernizacja Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholizmu z pododdziałem dla Kobiet,

- modernizacja Oddziału psychiatrycznego ogólnego 07 z pododdziałem internistyczno-detoksykacyjnym,

- wymiana okien w pawilonie chorych D i budynku administracji,

- zakup analizatora do laboratorium,

**2011**

- rozpoczęcie realizacji inwestycji pn. „Wykonanie II etapu stacji uzdatniania wody wraz z modernizacją sieci wodociągowej”,

**Plany na przyszłość:**

**2012**

- na bazie oddziału psychiatrycznego ogólnego 03, uruchomienie Oddziału Psychiatrii Sądowej o podstawowym zabezpieczeniu.

Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Lublińcu, aby utrzymać dobrą pozycję na rynku usług zdrowotnych, podejmuje działania dotyczące:

- podnoszenia jakości usług zdrowotnych, których jednym z mierników jest prowadzenie odpowiedniej polityki kadrowej, nastawianej na zatrudnienie wysokospecjalistycznej kadry,

- rozszerzenia oferty działalności podstawowej na bardziej specjalistyczną i zróżnicowaną gamę usług wynikającą z zapotrzebowania społecznego,

- przystępowania do konkursów ofert (poszerzenie wachlarza usług – nowe oddziały),

- leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi przy pomocy nowoczesnej diagnostyki, farmakoterapii i socjoterapii,

- opracowywania standardów procedur medycznych i kontroli kosztów funkcjonowania jednostki,

- przestrzegania i podania do publicznej wiadomości we wszystkich oddziałach i na izbie przyjęć zbioru praw pacjenta,

- poprawy bazy lokalowej,

- uzyskania certyfikatu jakości, którego uroczyste wręczenie nastąpiło 5 września 2011 roku. ■

Dyrektor H. Kromołowski



### Notatka z konferencji

W dniu 22 września 2011r. w sali wykładowej SPSK im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego przy ul. Reymonta 8 w Katowicach odbyła się Wojewódzka Konferencja Naukowa n/t „Niwelowanie różnic – zwiększanie równości w dostępie do opieki medycznej”.

W konferencji udział wzięła Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Pani Halina Synakiewicz, Przewodnicząca Koła Terenowego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Pani Irena Sikora-Mysiek oraz członkowie Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Dorota Orman i Anna Rymkiewicz. Konferencję przewodniczyła dr n. med. Grażyna Franek.

Podczas konferencji dr Grażyna Franek wyróżniła Koło Terenowe PTP przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie za dobrą współpracę i osiągnięcia w rozwoju pielęgniarstwa polskiego oraz wręczyła Przewodniczącej Koła Terenowego Pani Irenie Sikora-Mysiek Honorową Odznakę ICN.

#### Kilka słów na temat historii naszego koła:

Koło Terenowe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie powstało 24.04.2007r., w chwili obecnej liczy 53 członków. Dotychczasowe osiągnięcia koła terenowego PTP to m.in.:

1. Organizacja konferencji „Chroń życie przed rakiem szyjki macicy-lepiej zapobiegać niż leczyć” przy współpracy z Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym - Centrum Onkologii w Gliwicach dn.01.08.2007r.
2. Organizacja konferencji "Profilaktyka alkoholowego zespołu płodowego FAS" dn. 20.11.2007r. W ramach ogólnokrajowej kampanii „Cięża bez alkoholu”.
3. Organizacja konferencji "Etyka zawodowa w obliczu wyzwań XXI wieku" dn. 19.06.2008r.
4. Organizacja konferencji nt.: Cukrzyca -wyzwaniem XXI wieku". 21.05.2011r.
5. Wsparcie Domu Małego Dziecka przy ul. Kazimierza1 w Częstochowie - przekazanie butelek do karmienia niemowląt oraz dla domu Samotnej Matki i Dziecka w Żarkach ul. Częstochowska 15.

Gratulujemy Pani Przewodniczącej Irenie Sikora-Mysiek otrzymania odznaki Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) i życzymy sukcesów w rozwoju koła PTP na terenie Częstochowy. ■

Halina Synakiewicz



## Informacje

**UNIWERSYTET KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W WARSZAWIE  
WYDZIAŁ FILOZOFII CHRZEŚCIJAŃSKIEJ**

przy współpracy z

**CENTRUM EKOLOGII CZŁOWIEKA I BIOETYKI  
WYDZIAŁEM PRAWA I ADMINISTRACJI**

zapraszają na

### **STUDIA PODYPLOMOWE BIOETYKI I PRAWA MEDYCZNEGO**

**Organizacja studiów:** 2 semestry, 1 zjazd w miesiącu (sobota - Niedziela)

**Rozpoczęcie studiów:** rok akademicki 2011 /2012, limit miejsc 100. Elektroniczna rejestracja kandydatów: <https://irk.uksw.edu.pl>

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej  
Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Opieki Paliatywnej  
zapraszają do wzięcia udziału

### **w XVI Jasnogórskiej Konferencji Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych „Praktyka w opiece paliatywnej wyrazem uczuć, troski i empatii”**

która odbędzie się w dniach 27-29 stycznia 2012r.  
na Jasnej Górze w Częstochowie.

Szanowni Państwo!

W imieniu Komitetu Naukowego i Organizacyjnego mamy zaszczyt zaprosić do udziału w XVI Jasnogórskiej Konferencji Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych „Praktyka w opiece paliatywnej wyrazem uczuć, troski i empatii”, która odbędzie się w dniach 27-29 stycznia 2012 roku w Częstochowie.

W Konferencji wykładowcami będą specjaliści z zakresu medycyny paliatywnej, opieki paliatywnej, psychologii, fizjoterapii, teologii praktykujący w jednostkach opieki paliatywnej i ruchu hospicyjnym.

Głównym tematem Konferencji będzie interdyscyplinarna kompleksowa opieka nad chorymi u kresu życia.

Wiodące tematy sesji plenarnych i warsztatów z zakresu:

- medycyny paliatywnej
- pielęgniarstwa opieki paliatywnej
- psychoonkologii
- teologii pastoralnej

Zapraszamy również wszystkich do wzięcia udziału w Pielgrzymce Hospicjów Polskich.

Serdecznie zapraszamy!

#### **Miejsce Konferencji:**

Częstochowa, Dom Pielgrzyma im. Jana Pawła II  
ul. Wyszyńskiego 1/31

#### **Ważne terminy:**

Termin nadsyłania streszczeń i prezentacji do akceptacji przez Komitet Naukowy: 15 grudnia 2011r.

Termin naukowego przyjęcia streszczeń i prezentacji: 30 grudnia 2011r.

Termin zgłaszania uczestnictwa oraz wniesienia opłaty konferencyjnej: do 10 stycznia 2012r.

#### **Biuro Organizatora:**

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej  
42-202 Częstochowa, ul. Krakowska 45a  
tel./fax. 34 360 54 91, tel. 34 360 55 37  
tel. kom. Aneta Długosz – 514 600 204,  
Izabela Kaptacz - 501 046 654  
[www: hospicjum-czestochowa.pl](http://www.hospicjum-czestochowa.pl)  
e-mail: [hospicjum.czestochowa@wp.pl](mailto:hospicjum.czestochowa@wp.pl),  
[konferencja.czestochowa@wp.pl](mailto:konferencja.czestochowa@wp.pl) ■

#### **Więcej informacji:**

Mgr Karolina Smoderek, poniedziałek - czwartek w godz. 10:00 - 14:00 tel. (22) 569 97 48; e-mail: [cecib@uksw.edu.pl](mailto:cecib@uksw.edu.pl)  
[www.cecib.uksw.edu.pl](http://www.cecib.uksw.edu.pl)

**Za udział w studiach przysługują punkty edukacyjne.**

#### **STUDIA PODYPLOMOWE**

Centrum jest współorganizatorem Studiów Podyplomowych Bioetyki i Prawa

Medycznego prowadzonych razem z Wydziałem Filozofii Chrześcijańskiej oraz z Wydziałem Prawa i Administracji.

Grupa docelowa: lekarze, personel medyczny, pracownicy administracji służby zdrowia, duchowni związani ze służbą zdrowia oraz osoby zainteresowane problematyką bioetyczną. Cel studiów: przekazanie słuchaczom aktualnej wiedzy w za-





kresie bioetyki i prawa medycznego oraz nauczenie ich umiejętności aplikacji nabytej wiedzy i rozwiązywania konkretnych problemów etyczno-prawnych w praktyce zawodowej.

Założenia programowe: zapoznanie z kryteriami i zasadami umożliwiającymi ocenę różnego rodzaju problemów bioetycznych w Polsce i na świecie, które łączą się z dylematami etyczno-prawnymi w praktyce medycznej. Zakres tematyczny studiów obejmuje m.in.:

- uwarunkowania antropologiczne i filozoficzne problematyki medycznej
  - klasyfikacja źródeł bioetyki i prawa medycznego
  - kultura bezpieczeństwa w relacjach lekarz - pacjent
  - problematyka zdarzeń niepożądanych i błędów medycznych w lecznictwie
  - prawa pacjenta a prawa lekarza; przedmiot odpowiedzialności zawodowej
  - zasady działania i praktyka komisji bioetycznych
  - prokreacja wspomagana medycznie
  - problemy współczesnej tanatologii i opieki paliatywnej
  - aspekty etyczno-prawne reklamy produktów leczniczych
- Zapraszamy do uczestnictwa! ■

## Szanowni Państwo,

**Radomska Szkoła Wyższa**, zwraca się z uprzejmą prośbą, o rozpropagowanie informacji o zwiększeniu limitu przyjęć w Naszej Uczelni na kształcenie zawodowe pielęgniarek w ramach studiów pomostowych z 200 osób na 400 osób.

W roku akademickim 2011/2012. możemy przyjąć decyzją Ministra Zdrowia, dodatkowo jeszcze 200 osób na bezpłatne studia pomostowe, w formie niestacjonarnej.

Zapraszamy, wszystkie zainteresowane osoby, już pracujące w służbie zdrowia - pielęgniarki i pielęgniarzy, do podjęcia kształcenia i podwyższenia swoich kwalifikacji zawodowych. O przyjęciu decyduje kolejność zgłoszeń.

Uczelnia nasza, prowadząc kształcenia od pięciu lat na kierunku „pielęgniarstwo”, posiada komfortowe, odpowiednie warunki do studiowania dla studentów na Wydziale Nauk o Zdrowiu.

**Wyżej wymieniony kierunek kształcenia „pielęgniarstwo” w Naszej Uczelni posiada także pozytywną akredytację Państwowej Komisji Akredytacyjnej oraz trzykrotnie uzyskiwał już pozytywną akredytację Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego.**

W chwili obecnej trwają przygotowania do uruchomienia studiów uzupełniających magisterskich w Naszej Uczelni, na które nasi absolwenci studiów „pielęgniarstwa” pierwszego stopnia, będą mieli pierwszeństwo w przyjęciu.

Informacje i zapisy na w/w studia prowadzi Sekretariat Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej, Radom ul. 1905 Roku 26/28, tel. (48) 383 66 05. ■

Z poważaniem  
Zbigniew Kwaśnik  
Rektor Radomskiej Szkoły Wyższej

### III MIĘDZYSZKOLNY KONKURS Z ZAKRESU UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ

#### „URATOWAĆ ZNACZY ŻYĆ”,

który odbył się na terenie Miejskiego Stadionu Żużlowego „Włókniarz” w Częstochowie.

W dniu 20.09.2011 roku na terenie Miejskiego stadionu Żużlowego „Arena Częstochowa” odbył się Międzyszkolny

konkurs z zakresu udzielania pierwszej pomocy pt. „Uratować znaczy żyć”.

Organizatorem już III edycji jest Szkoła Podstawowa nr 25 im. Stanisława Staszica w Częstochowie.

Honorowy patronat nad przebiegiem konkursu objęła Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy.

Do współdziałania w konkursie zaproszono również Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, którą reprezentowały: Sekretarz ORPiP Barbara Płaza oraz dwie pielęgniarki Izabela Kwećka i Joanna Kwećka.

Dzieci i młodzież z różnych szkół Podstawowych z Częstochowy a także Wrzosowej, Krakowa i Konopisk podzielone na dwie grupy wiekowe, odpowiadali na pytania teoretyczne z zakresu udzielania pierwszej pomocy a następnie zdawali egzamin praktyczny z zakresu udzielania pomocy osobom poszkodowanym. Komisja Konkursowa wnikliwie oceniała osiągnięcia z zakresu wiedzy teoretycznej i praktycznej a następnie wskazała zwycięzców.

Wyróżnionym i zwycięskim drużynom wręczono nagrody i medale. Podczas przerwy odbyła się prezentacja pojazdów Straży Pożarnej, Pogotowia Ratunkowego, sprzętu ratowniczego oraz odbył się pokaz akcji ratowniczej w wykonaniu Straży Pożarnej i Pogotowia Ratunkowego. ■

**Nowa ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r., z wyjątkiem art. 93 ustawy, który wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia**

**Nowa ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r., z wyjątkiem art. 95 i art. 99 ustawy, które wchodzi w życie z dniem 23 sierpnia 2011 r.**

Tekst jednolity można znaleźć na stronie [www.izbapiel.org.pl](http://www.izbapiel.org.pl) w linku Aktualności ■

## Oferta kursów i szkoleń organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

### KURSY SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje

1. „Pielęgniarstwo chirurgiczne”- Termin: 29.07 2011 r. – 21.04.2013

### KURSY KWALIFIKACYJNE

1. „Pielęgniarstwo zachowawcze” – Termin: 02.09 – 06.01.2012 r.

### KURSY SPECJALISTYCZNE

1. „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” Nr 03/07- kurs dla pielęgniarek położnych – Termin: wrzesień 2011 r.
2. „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa” Nr 02/07 – kurs dla pielęgniarek i położnych – Termin: październik 2011 r.
3. „Szczepienia ochronne” Nr 03/08 – kurs dla pielęgniarek – Termin: po zebraniu grupy 20 osób.
4. „Szczepienia ochronne noworodków” Nr 04.08 – kurs dla położnych – Termin: po zebraniu grupy 15 osób.



5. „Podstawy dializoterapii” Nr 08/07 – kurs dla pielęgniarek – Termin po zebraniu grupy 20 osób.

### SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

1. „Zasady dezynfekcji i sterylizacji” – kurs dla pielęgniarek i położnych – Termin: po zebraniu grupy 20 osób
2. „Cewnikowanie pęcherz moczowego” – kurs dla pielęgniarek – Termin po zebraniu grupy 20 osób.
3. „Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego” – Termin: po zebraniu grupy 20 osób.
4. „Badanie tętna płodu- zapis kardiokografii” – kurs dla położnych – Termin po zebraniu grupy 15 osób.

### SZKOLENIA JEDNODNIOWE

1. „I pomoc w stanach zagrożenia życia” – Termin: po zebraniu grupy 20 osób
2. „Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków” Termin: II połowa 2011 r.
3. „Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę” – Termin: po zebraniu grupy 20 osób

### Ponadto w swojej ofercie OIPIP w Częstochowie posiada kursy:

1. Pielęgniarstwo operacyjne – szkolenie specjalizacyjne
2. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej – kurs kwalifikacyjny
3. Pielęgniarstwo chirurgiczne – kurs kwalifikacyjny
4. Pielęgniarstwo onkologiczne – kurs kwalifikacyjny
5. Pielęgniarstwo rodzinne – kurs kwalifikacyjny dla położnych
6. Pielęgniarstwo rodzinne – kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek
7. Pielęgniarstwo psychiatryczne – kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek
7. Leczenie ran kurs dla pielęgniarek.
8. Leczenie ran kurs dla położnych.

Kursy mogą się odbyć po zebraniu grupy 20 – 25 osób

### Planuje się również uruchomienie kursów:

1. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych.
2. Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych.

**Gdy umiera ktoś bliski, często żałujemy, że nie zdążyliśmy mu czegoś powiedzieć, że nie byliśmy dla niego lepsi.”**

*Czasami brak słów, by wypowiedzieć ból  
Czasami brak łez by wypłakać żal...*

Wyrazy szczerego współczucia  
z powodu śmierci

### Mamy

### Pani Beacie Pogodzińskiej

Składają: Dyrekcja oraz Pielęgniarki i Położne Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego ul. PCK 1 w Częstochowie oraz

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

*Bliscy naszemu sercu, zawsze pozostaną  
głęboko w naszej pamięci...*

Z wielkim żalem i smutkiem, żegnamy  
Naszą drogą Koleżankę

### Ewę Jamorską

Pielęgniarkę pełną ciepła, dobroci serca, oddaną pacjentom,  
życzliwą, serdeczną i koleżeńską.

Pełni zadumy nad ulotnością życia, pozostajemy  
w żalu i łączymy się z Rodziną

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

POLECAMY CIĘ BOŻEJ OPIECE

*„ Odeszłaś tak wcześnie,  
że ani uwierzyć, ani się pogodzić.”*

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość  
o śmierci naszej Koleżanki

### Ewy Jamorskiej Pielęgniarki

Domu Pomocy Społecznej w Blachowni

Mówią, że człowiek żyje tak długo,  
jak żyje o nim pamiętać.

My o Tobie będziemy pamiętać zawsze.

Wyrazy głębokiego współczucia i kondolencje Rodzinie Zmarłej składają:  
Dyrekcja, pracownicy i mieszkańcy Domu Pomocy Społecznej w Blachowni.

*„Żyje ten, kto pozostaje  
w sercach bliskich...”*

Wyrazy współczucia

**Pani Urszuli Janik-Kulej  
z powodu śmierci**

### Mamy

składają Pielęgniarki Oddziału ZOL dla Mechanicznie  
Wentylowanych Szpitala Specjalistycznego ul. PCK 1  
w Częstochowie

oraz

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Wyrazy szczerego współczucia  
z powodu śmierci

### Ojca

Pani Grażynie Matusiak-Kuszplak

Składają: Pielęgniarki i Położne  
z Przychodni ul. Kopernika 45 w Częstochowie

oraz

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

*„Żyje ten, kto pozostaje  
w sercach bliskich...”*

Z głębokim smutkiem i żalem żegnamy naszą Koleżankę

### Panią Danutę Łatka Pielęgniarkę

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie zmarłej składają  
Pielęgniarki i Położne z NZOZ Centrum Medyczne „Amicus”  
oraz Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

## GODZINY PRACY BIURA OIPIP

Przewodnicząca OR	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 408
Sekretarz OR	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 409
Sekretariat	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 410
Biblioteka		
Ośrodek szkoleniowy	pn-śr 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup> , czw-pt 7 <sup>30</sup> -16 <sup>30</sup>	p. 407
Prawo wykonywania zawodu		
Kasa	pn-czw 8 <sup>00</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 405
Skarbnik	wt i czw 15 <sup>00</sup> -19 <sup>00</sup>	p. 405
Okręgowy Rzecznik	I i III środa miesiąca 15 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup>	p. 404
Odpowiedzialności Zawodowej		
Księgowość	pn-pt 7 <sup>30</sup> -13 <sup>00</sup>	p. 406
Radca Prawny	pn 8 <sup>30</sup> -9 <sup>30</sup> i śr 14 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>	p. 404

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

**OIPIP w każdą środę pełni dyżury do godz. 17<sup>00</sup>**

# Certyfikat dla Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublińcu



## Konferencja - Katowice "Niwelowanie różnic – zwiększanie równości w dostępie do opieki medycznej"





**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego  
Zakład Doskonalenia Zawodowego w Katowicach zaprasza na bezpłatne szkolenie w ramach  
Poddziałania 8.1.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

# NA ZDROWIE - KWALIFIKACJE SŁUŻBY ZDROWIA NAJLEPSZĄ INWESTYCJĄ REGIONU

**Projekt jest skierowany** do 300 pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych, zamieszkałych i/lub zatrudnionych na terenie woj. śląskiego, pragnących z własnej inicjatywy, poza godzinami pracy, podwyższać kwalifikacje zawodowe, w tym:

- + co najmniej 45 osób do 25 roku życia
- + co najmniej 15 mężczyzn

## Szkolenia:

- + Podstawy opieki paliatywnej dla pielęgniarek
- + Leczenie ran dla pielęgniarek
- + Leczenie ran dla położnych
- + Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych dla pielęgniarek i położnych
- + Terapia bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych

Programy kursów zostały zatwierdzone przez Centrum Kształcenia  
Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

## Informacje

Centrum Kształcenia Zawodowego w Częstochowie  
ul. Jagiellońska 88, 42-200 Częstochowa  
tel.: 34-365-76-21, fax: 34-365-76-21  
e-mail: [czestochowa@zdz.katowice.pl](mailto:czestochowa@zdz.katowice.pl)  
[www.kursy.czystochowa.zdz.pl](http://www.kursy.czystochowa.zdz.pl)

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie  
ul. Pułaskiego 25, IV Piętro, 42-200 Częstochowa  
tel.: 34 324-51-12, fax: 34 361-30-18  
e-mail: [sekretariat@oipip.czest.pl](mailto:sekretariat@oipip.czest.pl)  
[www.oipip.czest.pl](http://www.oipip.czest.pl)

Człowiek - najlepsza inwestycja

Okres realizacji projektu: 1.07.2011 – 31.07.2012r

