

MIESIĘCZNIK **BIULETYN**  
**INFORMACYJNY**



ISSN 1234-0049

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

**99 rocznica urodzin Pielęgniarki Franciszki Pinis**



**7 kwietnia Dzień Pracownika Służby Zdrowia**

**Marzec 2014r**

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25



# Spotkanie z okazji 99 rocznicy urodzin pielęgniarki Franciszki Pinis



## W NUMERZE:

Życzenia

99 lat

Prezydium

Kalendarium

Opinie

Statuetka Starosty

Prawnik

Prace

Informacje

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

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)  
z dnia 17 lutego 1993r.

**Adres Redakcji (siedziba Izby):**  
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

sekretariat@oipip.czest.pl

www.oipip.czest.pl

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

MILLENNIUM BANK  
nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

**Redakcja:**  
Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora  
Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

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

#### Napisz:

- gratulacje
- podziękowania
- kondolencje
- artykuły,

a MY wydrukujemy bezpłatnie!

ISSN 1234-0049

**Skład i druk:**

„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13,  
42-200 Częstochowa  
birako@o2.pl  
Nakład 1000 szt.



## 7 kwietnia Dzień Pracownika Służby Zdrowia

*Z okazji Dnia Pracownika Służby zdrowia składam wszystkim pracownikom Ochrony zdrowia najserdeczniejsze życzenia, pomyślności i wytrwałości w tej trudnej i odpowiedzialnej pracy. Ratując życie i zdrowie drugiego człowieka zasługujecie na najwyższe uznanie. Życzę dużo zdrowia, radości, uśmiechu i satysfakcji z wykonywanej pracy oraz uznania i szacunku przełożonych.*

*Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie  
Halina Synakiewicz*

## Z okazji Świąt Wielkanocnych

życzę

*Wszystkim Pielęgniarkom, Pielęgniarzom, Położnym i ich najbliższym dużo radości, milej świątecznej atmosfery i dużo wiosennego optymizmu. Przede wszystkim jednak życzę pogodnych Świąt Wielkiej Nocy, serdecznych spotkań rodzinnych oraz tradycyjnie Smacznego Jajka i Mokrego Dyrngusu.*

*Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie  
Halina Synakiewicz*

99 lat



## 99 urodziny Pani Franciszki

W dniu 03.03.2014 r. Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Pani Halina Synakiewicz oraz Sekretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Barbara Płaza odwiedziły Dom Pomocy Społecznej przy ul. Wieluńskiej z okazji wspianego jubileuszu, jakim były 99 urodziny pielęgniarki Pani Franciszki Pinis. W imieniu OIPIP w Częstochowie Pani Przewodnicząca złożyła jubilatce najserdeczniejsze życzenia i wyrazy podziwu dla tak pięknego wieku w dobrym zdrowiu.

Korzystając z okazji zadałyśmy Pani Franciszce kilka pytań:

**HS:** Kiedy i gdzie się Pani urodziła? Proszę powiedzieć coś o sobie.

**FP:** Urodziłam się 9 marca 1915 roku w Częstochowie. W tych latach większość terenów były gospodarstwami rolnymi, na dzień dzisiejszy na terenie przeze mnie zamieszkiwanym powstaje kościół. Moja mama pochodziła stąd z Częstochowy, natomiast tata był przyjezdny.

**HS:** Jaką szkołę pielęgniarską Pani ukończyła?

**FP:** Szkołę pielęgniarską we Wrocławiu.

**HS:** Co skłoniło Panią do wyboru szkoły pielęgniarskiej?

**FP:** W zasadzie był to przypadkowy wybór, w tym czasie byłam bardzo młoda, niedoświadczona, moje zainteresowania nie były jeszcze ściśle ukierunkowane. Po ukończeniu szkoły rozpoczęłam pracę w Przychodni Lekarskiej przy ul. Kościuszki.

Pamiętam tę datę jak dziś - 15 kwietnia. Nie ukrywam, że miałam „szczęście do ludzi”, trafiałam na osoby przychylne i po prostu dobre. Było to moje pierwsze zatrudnienie i ostatnie. Przepracowałam tam wszystkie lata, aż do emerytury. Byłam pielęgniarką dziecięcą, wykonywałam szczerpienia, w tym czasie brakowało dokumentacji medycznej, musiałyśmy ściągać je z ewidencji dzieci do 10 lat, czasem naprawdę była to „okropna harówka”.

**HS:** Proszę opowiedzieć o okresie który spędziła Pani w szkole pielęgniarskiej we Wrocławiu? Jak długo trwał cykl nauczania w tym okresie?

**FP:** To był ciężki okres powojenny. Szkoła we Wrocławiu trwała 2 lata, natomiast potem jeszcze kształciłam się przez pół roku w Warszawie.

**HS:** Czy obowiązywały Panie określone procedury przy podawaniu szczepionek, obecnie mamy kalendarz szczepień, a wtedy?

**FP:** Również prowadziłyśmy taki kalendarz, co jakiś czas przeglądane były kartoteki dzieci, które w najbliższym czasie miały mieć podane szczepionki i wzywałyśmy rodziców na określony termin.

**HS:** Czy jest takie wydarzenie w okresie Pani pracy jako pielęgniarki, które utkwiło w Pani głowie do dziś?

**FP:** Moje nastawienie do dzieci zawsze było ciepłe i empatyczne, do dziś jak widzę małe dziecko „moje serce rośnie”. Pamiętam jednego chłopca, który chodził na serię zastrzyków i za każdym razem ten „sześćioletni zuch” przyjmował zastrzyk z uśmiechem na twarzy. Oczywiście starałyśmy się być delikatne, żeby każda nasza ingerencja była jak najmniej bolesna. Ale ten chłopiec był wyjątkowy, przychodził z uśmiechem i wychodził z uśmiechem.

**HS:** W którym roku ukończyła Pani pracę zawodową?



**FP:** Dokładnie nie pamiętam, ale chyba było to w 1972 r.

**HS:** Wiemy, że dawniej pielęgniarki nosiły na głowach czepki, jak wyglądały w tamtych czasach pielęgniarki?

**FP:** Szczerze mówiąc nikt z nas się nad tym nie zastanawiał tak było, tak należało. Pielęgniarki musiały mieć spięte włosy pod czepkiem: dyplomowane miały czepkę z paskiem czarnym, położne z czerwonym natomiast pielęgniarki niedyplomowane nosiły czepki bez pasków. Paznokcie zawsze musiały być krótko obcięte i niepomalowane.

**HS:** Czy przywiązywana była uwaga przez przełożonych do relacji pielęgniarki z pacjentem?

**FP:** Oczywiście, tym bardziej, że przychodziła oferowała świadczenia przede wszystkim dla najmłodszego pacjenta, dla dziecka.

**HS:** Jak Pani ocenia dzisiejszą pracę pielęgniarki?

**FP:** Myślę, że dawniej nasza praca opierała się na bardziej restrykcyjnych zasadach. Z własnych obserwacji mogę powiedzieć, że zauważam brak zaangażowania w opiece nad pacjentem i „taką zmniejszoną” chęć niesienia pomocy. Oczywiście nie chciałabym generalizować, z pewnością nie dotyczy to wszystkich pielęgniarek. Uważam również, że na podejście do pacjenta wpływa wiele innych czynników, choćby podejście lekarza do pielęgniarki, atmosfera na oddziałach, satysfakcja i motywacja pracownika.

**HS:** Czy ma pani receptę na długowieczność?

**FP:** Każdy człowiek sam sobie wyznacza receptę na życie, ważne jest, aby życie szanować i dbać o nie, nie stosować używek.

**HS:** Pani Franciszko serdecznie dziękuje za rozmowę i chciałabym Panią serdecznie zaprosić na uroczystość z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej, który odbędzie się w Filharmonii Częstochowskiej w dniu 10 maja 2014r.

**FP:** Bardzo dziękuję.

**HS:** Pani obecność uświetni tę piękną uroczystość i oczywiście żywię ogromną nadzieję, że w tak wspaniałej formie spotkamy się za rok, czyli z okazji 100 - lecia Pani urodzin. Jeszcze raz serdecznie dziękuję za rozmowę i życzę dużo zdrowia. ■

Wywiad przeprowadziła:  
Halina Synakiewicz



## Prezydium

### Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 20 lutego 2014 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Wydano nowe prawo wykonywania zawodu dla jednej pielęgniarki.
- Wpisano pięć pielęgniarek do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla sześciu pielęgniarek.
- Anulowano adnotacje urzędowe o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony trzem pielęgniarkom i jednej położnej.

- Przyznano dofinansowania kształcenia podyplomowego za kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo onkologiczne dla pielęgniarek” dla 3 pielęgniarek na kwotę 1 500.00 zł oraz dla jednej pielęgniarki za szkolenie specjalizacyjne „Pielęgniarstwo epidemiologiczne” 700.00 zł.
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla dwóch pielęgniarek na kwotę 3 500.00 zł.
- Stwierdzono posiadanie przez trzy pielęgniarki kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej.
- Skierowano na odbycie przeszkolenia pielęgniarkę po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
- Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych:
  - pod numerem 2/2014 kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo ratunkowe” dla pielęgniarek, organizatorem kształcenia jest Agencja Usług Oświatowych „Omnibus”,
  - pod numerem 3/2014 kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo rodzinne” dla pielęgniarek, organizatorem kształcenia jest SPÓŁDZIELNIA PRACY „OSWIATA”,
  - pod numerem 4/2014 kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo rodzinne” dla położnych, organizatorem kształcenia jest SPÓŁDZIELNIA PRACY „OSWIATA”.
- Podjęto dwie decyzje w sprawie odmowy udzielenia pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych (wnioski niezgodne z regulaminem). ■



## Kalendarium - Luty - marzec 2014 rok

**20.02.2014r.** Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie uczestniczyła w XLIX obradach zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.

**21.02.2014r.** W siedzibie OIPIP był się egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa rodzinnego” zorganizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy OIPIP w Częstochowie.

**03.03.2014r.** Przewodnicząca oraz Sekretarz ORPiP odwiedziły pielęgniarkę Franciszkę Pinis z okazji jej 99 rocznicy urodzin. Spotkanie odbyło się w miejscu zamieszkania Pani Franciszki.

**04.03.2014r.** W UM odbyło się pierwsze robocze spotkanie osób powołanych w skład Komisji opiniującej kandydatury do nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy. W spotkaniu uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP, podczas tego spotkania omówiono również uroczyste obchody Dnia Pracownika Służby Zdrowia, które odbędą się 6 kwietnia 2014 roku w Filharmonii Częstochowskiej.

**04.03.2014r.** W siedzibie OIPIP odbyło się pierwsze w 2014 roku posiedzenie OR. Podczas posiedzenia podjęto pięć uchwał, omówiono sprawozdanie finansowe za 2013 rok oraz plan budżetu na rok 2014.

**10.03.2014r.** W Urzędzie Miasta Częstochowy odbyło się kolejne spotkanie Komisji opiniującej kandydatury do nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy.

**11.03.2014r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła we wspólnym spotkaniu Komisji Prawa i Legislacji oraz Komisji Nauki, Kształcenia i Rozwoju Zawodowego, przedmiotem spotkania była analiza wymogów dla organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w zakresie szkoleń specjalizacyjnych oraz kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych. Spotkanie odbyło się w siedzibie NIPIP w Warszawie.



**13.03.2014r.** Przewodnicząca ORPiP wraz z kierowniczą kadrą pielęgniarską uczestniczyła w szkoleniu dotyczącym sposobu obliczania minimalnych norm zatrudnienia - planowania obsad pielęgniarek i położnych w lecznictwie stacjonarnym. Szkolenie odbyło się w siedzibie NIPiP Warszawie.

**18-20.03.2014r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu NRPiP w Warszawie.

**24.03.2014r.** W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

**24.03.2014r.** W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.

**26.03.2014r.** W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**26.03.2014r.** IV Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych VI kadencji. ■

## Opinie



### Opinia w sprawie dyżurów pracowniczych pełnionych w domu przez pielęgniarki

W odpowiedzi na zapytanie z dnia 7 października 2013 r. uprzejmie przedstawiam opinię prawną dotyczącą dyżurów pracowniczych pełnionych w domu przez pielęgniarki, zwanych dalej: „dyżurami”:

Tytułem wstępu pragnę wskazać, iż na terenie różnych okręgowych izb istnieje różna praktyka w zakresie wypłaty wynagrodzenia za czas dyżuru.

Dalej trzeba wskazać, iż po myśli art. 9 § 1 k.p. ilekroć w Kodeksie pracy jest mowa o prawie pracy, rozumie się przez to przepisy Kodeksu pracy oraz przepisy innych ustaw i aktów wykonawczych, określające prawa i obowiązki pracowników i pracodawców, a także postanowienia układów zbiorowych pracy i innych opartych na ustawie porozumień zbiorowych, regulaminów i statutów określających prawa i obowiązki stron stosunku pracy.

Zgodnie zaś z § 2 cyt. przepisu, postanowienia układów zbiorowych pracy i porozumień zbiorowych oraz regulaminów i statutów nie mogą być mniej korzystne dla pracowników niż przepisy Kodeksu pracy oraz innych ustaw i aktów wykonawczych. Konsekwencją powyższych zapisów jest norma wynikająca z art. 18 k.p., który w § 1 stanowi, iż postanowienia umów o pracę oraz innych aktów, na których podstawie powstaje stosunek pracy, nie mogą być mniej korzystne dla pracownika niż przepisy prawa pracy. Stosownie zaś do dyrektyw wpływających z art. 18 § 2 k.p., postanowienia umów i aktów, o których mowa w § 1, mniej korzystne dla pracownika niż przepisy prawa pracy są nieważne; zamiast nich stosuje się odpowiednie przepisy prawa pracy.

Jak z powyższego wynika, w sytuacji, w której przepisy regulaminów, czy też umów o pracę byłyby dla pracownika (tu: pielęgniarki) mniej korzystne aniżeli wynika to z przepisów prawa pracy (np.: ustawy), tego rodzaju postanowienia są nieważne, a w ich miejsce stosować należy odpowiednie przepisy prawa pracy.

Powyższa uwaga jest istotna w kontekście poniższych rozważań.

Otóż jak stanowi art. 95 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. 2013 r. poz. 217) -

dalej zwanej: „ustawą” - pracownicy wykonujący zawód medyczny (a więc także pielęgniarki i położne - por.: art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy) i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne mogą być zobowiązani do pełnienia w przedsiębiorstwie tego podmiotu dyżuru medycznego.

Stosownie zaś do treści art. 98 ust. 1 tej ustawy, pracownicy, o których mowa w art. 95 ust. 1, mogą zostać zobowiązani do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Z powyższego wynika, iż pielęgniarka (spełniająca warunki określone art. 95 ust. 1) może zostać zobowiązana do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych. Kwestia wynagrodzenia za czas pozostawania w tego rodzaju gotowości określona została w art. 98 ust. 2 ustawy. Stanowi on, iż za każdą godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego. Zgodnie zaś z ust. 3 tego przepisu, godzinową stawkę wynagrodzenia zasadniczego oblicza się, dzieląc kwotę miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego wynikającą z osobistego zaszeregowania pracownika przez liczbę godzin pracy przypadających do przepracowania w danym miesiącu.

Inne zasady naliczenia i wypłaty wynagrodzeń stosować należy w przypadku wezwania do podmiotu leczniczego. W takim bowiem przypadku, w myśl art. 98 ust 4 ustawy zastosowanie mają przepisy dotyczące dyżuru medycznego.

A skoro tak, to w myśl art. 95 ust. 3 ustawy czas pełnienia dyżuru medycznego wlicza się do czasu pracy.

Ponadto, stosownie do treści art. 95 ust. 5 ustawy, do wynagrodzenia za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego stosuje się odpowiednio przepisy art. 151<sup>1</sup> § 1-3 k.p.

W tej sytuacji, istotne jest odesłanie do art. 151<sup>1</sup> § 3 k.p., zgodnie z którym za czas dyżuru pracownikowi przysługuje wynagrodzenie wynikające z jego osobistego zaszeregowania, określonego stawką godzinową lub miesięczną, a jeżeli taki składnik wynagrodzenia nie został wyodrębniony przy określaniu warunków wynagradzania - 60 % wynagrodzenia.

Reasumując tę część rozważań dotyczących pielęgniarek spełniających wymogi art. 95 ust. 1 ustawy: za każdą godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje im wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, a w przypadku wezwania do podmiotu leczniczego - wynagrodzenie wynikające z jego osobistego zaszeregowania, określonego stawką godzinową lub miesięczną, a jeżeli taki składnik wynagrodzenia nie został wyodrębniony przy określaniu warunków wynagradzania - 60 % wynagrodzenia.

Jak wskazano powyżej, regulaminy czy umowy o pracę mogą regulować powyższe kwestie w sposób bardziej korzystny dla pielęgniarek. W sytuacji, w której czyniłyby to w sposób mniej korzystny - tego rodzaju postanowienia będą nieważne, a w ich miejsce wejdą odpowiednie (powyższe) przepisy prawa pracy.

Jeżeli chodzi o pielęgniarki nie spełniające wymogów art. 95 ust. 1 ustawy (np.: nie legitymujące się wykształceniem wyższym) zastosowanie mieć będą przepisy ogólne.

I tak, art. 151<sup>5</sup> § 1 k.p. stanowi, że pracodawca może zobowiązać pracownika do pozostawania poza normalnymi godzinami pracy w gotowości do wykonywania pracy wynikającej z umowy o pracę w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę (dyżur). Po myśli § 2 cyt. przepisu, czasu dyżuru nie wlicza się do czasu pracy, jeżeli podczas dyżuru pracownik nie wykonywał pracy (ale czas

pełnienia dyżuru nie może naruszać prawa pracownika do odpoczynku (...).

O wynagrodzeniu za czas dyżuru (ewentualnie czasie wolnym za dyżur) traktuje art. 151<sup>5</sup> § 3 k.p. który mówi, iż za czas dyżuru, z wyjątkiem dyżuru pełnionego w domu, pracownikowi przysługuje czas wolny od pracy w wymiarze odpowiadającym długości dyżuru, a w razie braku możliwości udzielenia czasu wolnego - wynagrodzenie wynikające z jego osobistego zaszeregowania, określonego stawką godzinową lub miesięczną, a jeżeli taki składnik wynagrodzenia nie został wyodrębniony przy określaniu warunków wynagradzania - 60% wynagrodzenia. Przepisu tego - stosownie do treści § 4 cyt. przepisu - nie stosuje się do pracowników zarządzających w imieniu pracodawcy zakładem pracy.

W kontekście powyższego przepisu warto wskazać na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 grudnia 2011 r. sygn. II PK 115/11, publ.: OSNP 2013 r. Nr 9-10, poz. 103 w którym wyjaśniono, że „Pozostawanie pracownika w gotowości do wykonywania pracy po wezwaniu go przez pracodawcę za pomocą środków porozumiewania się na odległość ("pod telefonem"), jeżeli pracownik ma obowiązek stawić się do pracy w wyznaczonym czasie, jest dyżurem w innym wyznaczonym miejscu w rozumieniu art. 151<sup>5</sup> § 1 k.p.”

W uzasadnieniu przywołanego judykatury wyjaśniono, iż „regulacje zawarte w Kodeksie pracy dotyczące czasu pracy i pełnienia dyżurów mają charakter bardziej korzystny dla pracownika niż przepisy prawa wspólnotowego. W rozumieniu Kodeksu pracy czasem dyżuru jest czas, w którym pracownik jest zobowiązany do pozostawania poza normalnymi godzinami pracy w gotowości do wykonywania pracy wynikającej z umowy o pracę w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę (art. 151<sup>5</sup> § 1 k.p.). Jeżeli podczas dyżuru pracownik nie świadczył pracy, to czasu dyżuru nie wlicza się do czasu pracy. Jednak czas pełnienia dyżuru nie może naruszać prawa pracownika do odpoczynku, o którym mowa w art. 132 i 133 k.p. (art. 151<sup>5</sup> § 2 in fine k.p.). Analiza przepisów Kodeksu prowadzi do wniosku, że uregulowane zostały trzy przypadki dotyczące tego problemu: po pierwsze - czas pracy, a więc czas w którym pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy (w tym dyżur zakładowy) lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy (art. 128 § 1 k.p.), po drugie - czas odpoczynku, czyli czas, którym pracownik może dysponować całkowicie swobodnie (czas prywatny), oraz po trzecie - czas dyżuru poza zakładem pracy, w ramach którego pracownik nie wykonuje pracy, niebędący czasem pracy, ale też niebędący czasem odpoczynku w rozumieniu art. 132 i 133 k.p. (por. A. Zwolińska: Dyżur [w:] Czas pracy, pod red. L. Florka, Warszawa 2011, s. 168). Czas dyżuru pełnionego poza zakładem pracy (niekoniecznie w domu pracownika), w ramach którego pracownik nie wykonuje pracy (art. 151<sup>5</sup> k.p.), nie jest więc ani czasem pracy, ani czasem odpoczynku pracownika. Miejsce dyżurowania (inne miejsce poza zakładem pracy) może być wyznaczone przez pracodawcę w różny sposób (podobnie, jak miejsce wykonywania pracy - art. 29 § 1 pkt 2 k.p.). Może to być adres (punkt) albo pewien obszar geograficzny. Taki obszar może też być określony w sposób pośredni przez zobowiązanie pracownika do stawienia się w pracy w odpowiednim czasie po wezwaniu go przez pracodawcę. Pozostawanie pracownika w gotowości do wykonywania pracy po wezwaniu go przez pracodawcę za pomocą środków porozumiewania się na odległość ("pod telefonem"), jeżeli pracownik ma obowiązek stawić się do pracy w wyznaczonym czasie, jest więc dyżurem w innym wyznaczonym miejscu w rozumieniu art. 151<sup>5</sup> § 1 k.p. Dyżurem pozazakładowym jest więc także dyżur "pod tele-

fonem komórkowym", w trakcie którego pracownik musi mieć włączony telefon, licząc się z koniecznością świadczenia pracy po wezwaniu przez pracodawcę i stawieniu się w miejscu świadczenia pracy w określonym czasie. Pracownik dysponuje wówczas dość znacznym marginesem swobody co do sposobu spędzania tego czasu. Musi być jednak przez cały czas gotowy do świadczenia pracy, a więc nie może podejmować żadnych czynności wyłączających zarówno gotowość do pracy, jak i gotowość do stawienia się w określonym czasie w miejscu jej wykonywania pracy (por. A. Chobot: Czas pracy w znowelizowanym kodeksie pracy, Poznań 2003, s. 324; A. Sobczyk: Zasady prawnej regulacji czasu pracy, Warszawa 2005, s. 140; Ł. Pisarczyk [w:] Kodeks pracy. Komentarz, wyd. VI, pod red. L. Florka, Warszawa 2011, komentarz do art. 151<sup>5</sup> k.p.).”

Powyższe oznacza, że w omawianej sytuacji, minimum należnym pielęgniarkom za czas pełnienia dyżuru pod telefonem jest czas wolny od pracy w wymiarze odpowiadającym długości dyżuru, a w razie braku możliwości udzielenia czasu wolnego - wynagrodzenie wynikające z jego osobistego zaszeregowania, określonego stawką godzinową lub miesięczną, a jeżeli taki składnik wynagrodzenia nie został wyodrębniony przy określaniu warunków wynagradzania - 60% wynagrodzenia.

Podobnie jak w przypadku pielęgniarek, o których mowa w art. 95 ust. 1 ustawy, o których mowa wyżej, zasadą jest, iż regulaminy czy umowy o pracę mogą regulować powyższe kwestie w sposób bardziej korzystny dla pielęgniarek. W sytuacji, w której czyniłyby to w sposób mniej korzystny - tego rodzaju postanowienia będą nieważne, a w ich miejsce wejdą odpowiednie przepisy prawa pracy. ■

Z wyrazami szacunku

Prezes

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

## **Opinia w sprawie możliwości pisemnego upoważnienia pielęgniarki do wykonywania czynności zabiegowych w oddziale chirurgii przez ordynatora oddziału z dnia 23.05.2013 r.**

W nawiązaniu do zapytania o możliwość pisemnego upoważnienia pielęgniarki do wykonywania czynności zabiegowych (np. usuwania drenów) w oddziale chirurgii przez ordynatora oddziału uprzejmie informuję, że w świetle obowiązujących przepisów prawnych dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej (Ustawa o Zawodach Pielęgniarki i Położnej z dn. 15 lipca 2011 r. Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039) ordynator nie może udzielić pielęgniarkom pisemnego upoważnienia do wykonywania takich czynności. Kwalifikacje do wykonywania określonych czynności zawodowych (specjalistycznych) pielęgniarka uzyskuje po ukończeniu odpowiedniego szkolenia (w formie specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego lub kursu specjalistycznego). Ponadto zakres samodzielnych czynności wykonywanych przez pielęgniarkę reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540).





Pielęgniarka pracująca w oddziale chirurgii (również onkologicznej) może na zlecenie lekarza usuwać dren założony do rany operacyjnej (znajdujący się w powłokach ciała/łoży po usunięciu narządu), jeśli posiada ukończony kurs specjalizacyjny (specjalizację) lub kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa chirurgicznego. Pielęgniarka nie posiada kompetencji w zakresie usuwania drenów założonych, np. do narządów (np. dren Kehra). ■

Z poważaniem,  
Konsultant krajowy w dz. pielęgniarstwa  
chirurgicznego i operacyjnego  
Dr hab. med. Maria T. Szewczyk, prof. UMK

Opinia Specjalisty w Kancelarii NRZOZ

## W jakich sytuacjach można odmówić wykonania zlecenia lekarskiego?

Zgodnie z art. 11 ust.1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2011.174.1039) pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Cytowana wcześniej ustawa nakłada na pielęgniarkę, położną obowiązek realizacji zleceń lekarskich zawartych w dokumentacji medycznej. Obowiązek ten nie jest obowiązkiem bezwarunkowym, albowiem ustawodawca w art. 12 ust.2 w/w ustawy założył, możliwość wystąpienia sytuacji, gdy **pielęgniarka i położna może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, z niezwłocznym podaniem przyczyny odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej.**

Niektóre z przeszkód uniemożliwiających wykonanie zlecenia lekarskiego:

- Narażenie życia i zdrowia pacjenta na skutek realizacji nieprawidłowo wydanego zlecenia lekarskiego np. nieprawidłowo oznaczone dane pacjenta uniemożliwiające prawidłową identyfikację chorego, nieczytelna nazwa leku, nieprawidłowa dawka leku lub określona w złych jednostkach, niezgodna z zaleceniami producenta droga podania leku, nie określone dawkowanie w ciągu doby, nieprawidłowo wskazane miejsca wykonania zlecenia jeżeli zabieg ma być zrealizowany poza oddziałem szpitalnym.
- Narażenie życia i zdrowia pacjenta poprzez realizację zlecenia niezgodnego ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej lub narażającego pacjenta na niebezpieczeństwo np. w sytuacji, gdy bezpośrednio przed wykonaniem iniekcji pacjent zgłasza uczulenie na dany lek.
- Brak posiadania kwalifikacji do wykonania zlecenia lekarskiego np. wykonywanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarstwach przez położną i świadczeń położniczych przez pielęgniarkę.
- Brak posiadania kwalifikacji wymaganych do realizacji świadczenia uzyskanych w czasie kształcenia podyplomowego tzn. w czasie kursów specjalistycznych, kwalifikacyjnych czy też specjalizacji np. wykonywanie szczepień ochronnych, instrumentowanie do zabiegów operacyjnych, podawanie leków cytostatycznych, itp.
- Naruszenie praw pacjenta w związku z realizacją zlecenia lekarskiego np., podanie leku, pobranie materiału biologicznego do badania przy wyraźnym sprzeciwie pacjenta.

- W sytuacji gdy, wykonanie zlecenia lekarskiego naruszałoby przepisy dotyczące wykonywania zawodu i łączyłoby się z popełnieniem przestępstwa np. udział w aborcjach wykonywanych niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, czy też nielegalnych eksperymentach medycznych.
- Wykonanie świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem bądź zasadami wyznawanej religii, osoby je wykonującej np. udział w aborcji, udział w transfuzji krwi.
- Brak podpisu lekarza zlecającego.
- Zlecenie wydane w formie ustnej, w sytuacji gdy, nie ma stanu zagrożenia życia pacjenta.
- Zlecenie sporządzone w formie nieczytelnej, pozbawiające pewności co do prawidłowości odczytania.

Zawody pielęgniarki i położnej zgodnie z art. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi. Wiąże się to z koniecznością ponoszenia odpowiedzialności zawodowej za działania zawodowe podejmowane w czasie pracy w tym także za realizację zleceń wydanych przez lekarza. ■

Małgorzata Kilarska  
Specjalista w Kancelarii NRZOZ

## Statuetka Starosty



### Statuetka Starosty za Zasługi dla Powiatu Częstochowskiego 2013



W dniu 22 lutego 2014r w Filharmonii Częstochowskiej odbyła się uroczystość wręczenia Statuetki Starosty za zasługi dla Powiatu Częstochowskiego.

**Anna Kaptacz** - Prezes Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej. Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej.

Pielęgniarka z 38 – letnim stażem pracy. Pedagog i nauczyciel aka-

demicki. Współorganizator oraz pełnomocnik Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej powołana do utworzenia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Inicjatorka, założycielka, a następnie prezes Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, które prowadzi działalność w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie miasta Częstochowy, powiatu ziemskiego częstochowskiego, a także powiatów: myszkowskiego, kłobuckiego i lublinieckiego. Od 2006 roku pełni również funkcję prezesa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej. Aktywnie działa w organizacjach ogólnopolskich z dziedziny ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Ponadto do osiągnięć zawodowych Prezes Anna Kaptacz należy





zaliczyć zorganizowanie i zabezpieczenie całodobowej opieki paliatywnej dla 1500 chorych rocznie w tym 50 dzieci oraz ich rodzin. Dzięki jej inicjatywie i zaangażowaniu powstał w Częstochowie dzienne oddział opieki paliatywnej oraz 15 – łóżkowy, stacjonarny, całodobowy oddział opieki paliatywnej. Stworzyła miejsca pracy dla 150 wyspecjalizowanych pracowników medycznych, podnosząc ich kwalifikacje poprzez edukację i szkolenia. Dzięki Annie Kaptacz działa w Częstochowie Akademia Walki z Rakiem, która zrzesza 50 chorych rocznie. Od 1994 roku aktywnie prowadzi wolontariat hospicyjny. Organizator siedemnastu ogólnopolskich i międzynarodowych konferencji o tematyce związanej z opieką paliatywną w Częstochowie. ■



## Prawnik

Przedruk z Dziennik Gazeta Prawna, 20.02.2014, nr 35

### NFZ nie rezygnuje ze zmian w finansowaniu pomocy w domu

Nowe zasady pracy pielęgniarek w opiece długoterminowej opracuje specjalny zespół, w którego skład wchodzi przedstawiciele NFZ, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz świadczeniodawcy. Komisja ma czas do końca br., bo nowe reguły finansowania będą obowiązywały od 1 stycznia 2015 r. Poinformował o tym Aleksander Soplński, wiceminister zdrowia podczas wczorajszego posiedzenia sejmowej komisji zdrowia. Posłowie rozpatrywali informację na temat zmian w zarządzeniu prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania umów na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Chodzi o projekt zarządzenia, który fundusz przekazał do konsultacji w listopadzie ub. r. Przewidywał: od stycznia 2014 roku różnicowanie stawek dla pielęgniarek świadczących usługi opieki długoterminowej w domu chorego w zależności od wykonywanych przez nie czynności. Został jednak oprotestowany przez świadczeniodawców, którzy wskazywali, że wyceny są zbyt niskie i spowodują rezygnację personelu. Fundusz ostatecznie wycofał się z tego projektu. ■

BL

Przedruk z Dziennik Gazeta Prawna, 12.02.2014, nr 29

### Elastyczny czas pracy nie dla szpitali

Nie wszyscy pracodawcy mogą wydłużać okresy rozliczeniowe. Bolesnie przekonały się o tym placówki medyczne z Olecka i Pasłęka.

Od połowy ubiegłego roku pracodawcy mogą na stałe korzystać z rozwiązań, które sprawdziły się w trakcie obowiązywania pierwszej ustawy antykrzysowej. Dzięki temu zyskali możliwość rozliczania czasu pracy w długich, nawet 12-miesięcznych okresach rozliczeniowych. Wprowadzając takie rozwiązania, ustawodawca zapomniał jednak o tym, że nie mogą ich stosować pracodawcy, których obowiązują przepisy branżowe.

#### Nieważne porozumienie

Taki przypadek dotyczy zatrudniających z branży ochrony zdrowia, których obowiązuje ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 217). Do Państwowej Inspekcji Pracy (PIP), której trzeba przekazać porozumienia zawierane z pracownikami dotyczące przedłuża-

### Zasady stosowania elastycznego czasu pracy

- Wydłużanie okresów rozliczeniowych w dialogu ze związkami jest możliwe

w układzie zbiorowym

.....  
w porozumieniu zawartym z zakładowymi organizacjami związkowymi; jeżeli nie jest możliwe uzgodnienie treści porozumienia ze wszystkimi organizacjami, pracodawca uzgadnia treść porozumienia z tymi reprezentatywnymi

- Wydłużanie okresów u pracodawcy bez związków jest możliwe na podstawie

porozumienia z przedstawicielami zatrudnionych

- Procedura wydłużania okresów rozliczeniowych

- ① Inicjatywa pracodawcy lub załogi dotycząca wprowadzenia elastycznego czasu pracy
- ② Negocjacje zmian w układzie lub treści porozumienia
- ③ Zawarcie porozumienia w sprawie wydłużenia okresu rozliczeniowego
- ④ Dostarczenie porozumienia do Państwowej Inspekcji Pracy w ciągu 5 dni

### 469 POROZUMIEŃ O PRZEDŁUŻENIU OKRESÓW ROZLICZENIOWYCH ZAREJESTROWAŁA PIP DOS STYCZNIA

nia okresów rozliczeniowych, napłynęły też te zawarte przez placówki medyczne z Pasłęka i Olecka. Inspekcja je zakwestionowała.

– Placówki medyczne, które takie porozumienia zawarły, nie mogą ich stosować, bo są one z mocy prawa nieważne. Kwestie okresów rozliczeniowych zostały dokładnie uregulowane w ustawie o działalności leczniczej i nie ma możliwości, by stosować w tym zakresie wybiórcze rozwiązania przewidziane przez kodeks pracy – uzasadnia Teresa Cabała z PIP, ekspert ds. służby zdrowia.

– Jesteśmy bardzo rozczarowani, że nie możemy skorzystać z 12-miesięcznych okresów rozliczeniowych. Dużo łatwiej byłoby nam organizować pracę np. w okresie urlopowym czy w przypadku długotrwałych absencji. Obecnie po otrzymaniu pisma z inspekcji przywróciliśmy 4-miesięczny okres rozliczeniowy, czyli ten maksymalny wynikający z ustawy o działalności leczniczej – mówi Teresa Cierachowska ze Szpitala Powiatowego Sp. z o.o. w Pasłęku.

Olsztyńska inspekcja pracy, do której trafiło porozumienie m.in. z pasłęckiego szpitala, podkreśla, że przedłużanie okresu rozliczeniowego na mocy przepisów kodeksu pracy jest możliwe jedynie w stosunku do zatrudnionych, do których ma on zastosowanie (lub wobec których stosuje się wspomniane przepisy ze względu na odesłanie zawarte w art. 5 k.p.).

– Ustawa o działalności leczniczej w dziale III reguluje czas pracy zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Zawiera on przepisy dotyczące możliwych do zastosowania okresów rozliczeniowych. Są to rozwiązania szczególne, które mają pierwszeństwo przed kodeksem. Na mocy art. 5 k.p. jeżeli stosunek pracy określonej kategorii pracowników regulują przepisy szczególne, to te kodeksowe stosuje się jedynie w zakresie nieuregulowanym – informuje Andrzej Słowik, zastępca okręgowego inspektora pracy w Olsztynie.





### Lex specialis

Ocenę inspekcji podzielają także specjaliści. Ich zdaniem placówki medyczne nie mogą korzystać ze wszystkich korzystnych dla pracodawców rozwiązań wprowadzonych do k.p. w ubiegłym roku, mimo iż wcześniej robiły to na podstawie ustawy antykrzysowej.

– W tym wypadku przy rozstrzygnięciu wątpliwości dotyczących stosowania np. wydłużonych okresów rozliczeniowych w placówkach służby zdrowia należy stosować zasadę lex posterior generalis non derogat legi priori speciali, która mówi, że ustawa ogólna późniejsza nie uchyla ustawy szczególnej wcześniejszej – przypomina Sławomir Paruch, radca prawny, partner w kancelarii Raczkowski i Wspólnicy.

– Przepisy o działalności leczniczej stanowią lex specialis w stosunku do regulacji k.p. określających zasady rozliczania czasu pracy. Zatem placówki medyczne nie mają podstaw do wydłużania – w drodze porozumienia – okresu rozliczeniowego do 12 miesięcy, jeśli miały on dotyczyć pracowników, do których ma zastosowanie ustawa o działalności leczniczej – podkreśla Tomasz Rek, radca prawny.

Przypomina on, że nieobowiązująca już incydentalna ustawa antykrzysowa dawała taką możliwość wszystkim podmiotom, w tym np. szpitalom, które z tego rozwiązania korzystały. Znacznie ułatwiało ono prowadzenie działalności. ■

Tomasz Zalewski

Przedruk z Dziennik Gazeta Prawna, 20.02.2014, nr 35

## Przekazywanie zmian

Zatrudnienie w zmianowej organizacji pracy ma na celu zapewnienie ciągłości wykonywanych zadań, czyli w przypadku personelu medycznego stałą pieczę nad pacjentami. W podmiotach leczniczych zmianowość ta obejmuje przeważnie następowanie po sobie pracowników na tych samych stanowiskach pracy. Warto jednak pamiętać, że z uwagi na specyfikę pracy szpitali przejęcie zmiany nie może ograniczać się jedynie do przekazania narzędzi pracy i stanowiska. Gwarancją prawidłowej opieki zdrowotnej nad pacjentami jest np. przepływ informacji dotyczących zaleceń lekarskich odnośnie do konkretnych pacjentów, ich diety, przypisanych leków, zaplanowanych zabiegów. To zaś wymaga wcześniejszego rozpoczęcia pracy przez pracownika następującego na stanowisku lub późniejszego opuszczenia miejsca pracy przez pracownika schodzącego ze zmiany.

### Rada eksperta

Przekazanie najistotniejszych informacji nie jest procesem długim, lecz można przyjąć, że w każdej dobie zajmuje to od 5 do 15 minut. Zjawisko to występuje jednak regularnie, w każdym dniu pracy więc w skali miesiąca może skutkować kilkoma nadgodzinami. Roszczenie o wynagrodzenie i dodatek za nadgodziny przedawnia się z kolei po upływie 3 lat od daty jego wymagalności, nie są to więc niebagatelne kwoty. Rozwiązanie tego problemu jest jednak banalnie proste i korzystne dla obu stron za trudnienia.

### Bez ryzyka nadgodzin

Pracodawca prowadzący szpital zatrudnia pielęgniarki w systemie równoważnym na zmiany, (trwające od 8:00 do 20:00 i od 20:00 do 8:00). Mając świadomość tego, że przepływ informacji między pielęgniarkami poszczególnych zmian ma kluczowy wpływ na poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych, pracodawca wprowadził zasadę, zgodnie z którą raz w miesiącu pielęgniarki wypisują wniosek o czas wolny za

nadgodziny, który jest udzielany w uzupełnianej dniówce, w ramach której pracodawca planuje godziny pozostające do zaplanowania po zaplanowaniu maksymalnej liczby 12-godzinnych zmian. W styczniu 2014 r. pielęgniarkom zaplanowano 13 dni pracy po 12 godzin i jedną dniówkę w wymiarze 3 godzin 15 minut. Dzięki stosowaniu przedstawionej zasady pracodawca ma gwarancję, że nie zostanie pozwany o wynagrodzenie za nadgodziny wynikające z przekazywania zmian, a pielęgniarki nie muszą, przychodzić do pracy na uzupełniającą dniówkę, gdyż skorzystają w jej ramach z 3 godzin i 15 minut czasu wolnego za nadgodziny powstałe z tytułu przekazywania zmian. ■

Prace



## DIAGNOSTYKA NOWOTWORÓW PIERSI

Rak piersi zajmuje pierwsze miejsce pod względem występowania i umieralności wśród kobiet w Polsce. Pomimo wprowadzania coraz to nowocześniejszych metod leczniczych, co roku drastycznie wzrasta liczba nowo wykrywanych przypadków tej choroby. Możliwości naprawy istniejącej sytuacji można upatrywać w profilaktyce, która jako metoda prewencyjna jest podstawowym działaniem współczesnej medycyny. Dzięki skutecznie podanej informacji, rozsądnym ustosunkowaniem się do niej, wprowadzeniem zdrowego trybu życia oraz stosowaniem profilaktyki wtórnej tj. samobadania piersi i zgłaszania się na badania przesiewowe można zmniejszyć umieralność z powodu tego nowotworu. Niewątpliwie profilaktyka przyczynia się do obniżenia zachorowalności na nowotwory złośliwe, a przede wszystkim prowadzi do obniżenia umieralności w krajach wysoko rozwiniętych.

### Diagnostyka raka piersi

W onkologii można rozróżnić dwa etapy rozpoznania zmian nowotworowych. Pierwszym z nich jest stwierdzenie nieprawidłowości, czyli wykrycie guza, a drugim określenie charakteru zmian nowotworowych.

Wstępna diagnostyka raka piersi powinna obejmować pełne badanie podmiotowe i przedmiotowe wraz z badaniem palpacyjnym piersi.

Badanie palpacyjne z uwzględnieniem obrazu klinicznego oraz badanie mammograficzne i ultrasonograficzne nie są metodami pozwalającymi na rozpoznanie jednoznaczne nowotworu, a w szczególności na rozpoznanie jego złośliwego charakteru. Podstawowym badaniem, które pozwala na postawienie takiego rozpoznania w przypadku zmian w piersi jest badanie mikroskopowe. Wszystkie pozostałe metody badawcze pozwalają zbliżyć się do ostatecznego rozpoznania, ale żadna z nich nie dopuszcza wystarczającego dowodu istnienia raka. Każde badanie kobiety w kierunku schorzenia piersi powinno być poprzedzone zebraniem szczegółowego wywiadu. Pozwala on stwierdzić istnienie ewentualnych czynników ryzyka oraz ustalić rodzaj i nasilenie objawów klinicznych.

### Objawy kliniczne

W początkowym okresie rozwoju rak nie daje objawów klinicznych. Najbardziej typowymi objawami klinicznymi raka piersi są:

- guz
- wyciek krwisty z brodawki
- owrzodzenie brodawki

**Tabela 1. Schemat badań kobiet bez objawów i dodatkowych czynników ryzyka**

Wiek kobiety	Samobadanie	Badania lekarskie	Mammografia
20-40 rok życia	Co 1 miesiąc	Co 36 miesięcy	Nie
40-49 rok życia	Co 1 miesiąc	Co 12 miesięcy	Nie
Powyżej 49 roku życia	Co 1 miesiąc	Co 12 miesięcy	Co 12-24 miesięcy

Źródło: Krzakowski M. (red.): *Zalecenia postępowania diagnostyczno – terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych*, Polska Unia Onkologii, 2003

- wciągnięcie brodawki
- wciągnięcie skóry
- objaw „skórki pomarańczy” (zaczerwienienie, pogrubienie i stwardnienie skóry)
- powiększenie węzłów chłonnych

#### Badania obrazowe

Wśród obrazowych badań piersi można wyróżnić:

- badanie przedmiotowe
- mammografię

Badanie przedmiotowe jest niezwykle ważnym elementem oceny piersi. Powinno ono być przeprowadzone u wszystkich kobiet zgłaszających niepokojące objawy, ale również u kobiet zdrowych, w ramach rutynowej kontroli stanu zdrowia. Badanie przedmiotowe składa się z oglądania i badania palpacyjnego. Zawsze dotyczy obu piersi, okolicznych węzłów chłonnych – pachowych i nadobojczykowych oraz innych narządów, które mogą mieć związek z chorobą sutka.

Mammografia stanowi natomiast w przypadku niewyczuwalnych zmian przedklinicznych w badaniach przedmiotowych jedyną podstawę podejrzenia nowotworu. Najlepszą metodą wykrywania raka piersi we wszystkich stopniach zaawansowania jest prowadzenie badań przesiewowych, które polegają na badaniu mammograficznym kobiet bez objawów klinicznych. Warunkiem racjonalnego programu jest możliwość monitorowania i oceny zgodnie z przyjętymi standardami jakości.

Badanie przesiewowe prowadzi do zwiększenia częstości wykrywania zmian subklinicznych. Rutynowe badanie mammograficzne wykonuje się w dwóch podstawowych projekcjach – skośnej i kraniokaudalnej. Dla oceny charakteru wykrytej zmiany stosuje się różne metody badania: palpacyjną, ultrasonografię oraz dodatkowe zdjęcia mammograficzne. W programie screeningowym ponad 90% kobiet ma prawidłowy wynik badania mammograficznego.

Z uwagi na gęstszy miąższ piersi u młodych kobiet, badanie mammograficzne jako badanie screeningowe zaleca się u kobiet dopiero powyżej 45 roku życia. W tym wieku, z powodu zwiększonej tkanki tłuszczowej w piersi, istnieje możliwość bardziej wiarygodnej oceny obrazu rentgenowskiego i wykrycie mniejszych zmian nowotworowych. W przypadkach mammograficznie stwierdzonego podejrzenia rozrostu nowotworowego konieczne jest wykonanie biopsji cienko lub gruboigłowej.

W procesie diagnostycznym dąży się do uzyskania jak najwyższego odsetka rozpoznań przedoperacyjnych, za pomocą mniej inwazyjnych technik (biopsje przeskórne). Schemat postępowania w odniesieniu do kobiet bez objawów nowotworu oraz bez dodatkowych czynników ryzyka wystąpienia raka piersi został zamieszczony w tabeli 1.

W grupie kobiet między 40 a 49 rokiem życia należy zbierać dokładny wywiad rodzinny, uzyskać informacje na temat

objawów oraz czynników ryzyka, a decyzję o rozpoczęciu badań mammograficznych wykonywanych co 12 – 24 miesiące uzależnić od przedyskutowania z zainteresowanymi, ewentualnych korzyści i ryzyka.

#### Badania ultrasonograficzne i biopsje

Ultrasonografia jest najważniejszą metodą wspomagającą badanie mammograficzne, a u młodych kobiet podstawową metodą diagnostyczną. Jest to badanie subiektywne, którego wartość zależy od doświadczenia badającego, jakości aparatury oraz budowy gruczołu piersiowego. Ultrasonografia jest badaniem decydującym w różnicowaniu zmian litych i torbielowatych.

Biopsją natomiast określa się badanie stanowiące pobranie materiału do analizy mikroskopowej. Wyróżnia się biopsję aspiracyjną cienkoigłową, gruboigłową oraz biopsję chirurgiczną.

Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC) jest metodą stosowaną od wielu lat, która jest łatwo dostępna wobec wyczuwalnych zmian sutka. Pozwala ona na rozstrzygnięcie, czy wykryta zmiana w sutku ma charakter torbielowaty, czy lity, ale przede wszystkim ma na celu pobranie materiału do badania cytologicznego.

Biopsja gruboigłowa jest metodą, która pozwala pobrać materiał do badania dokonywanego przeskórnie. Wykonuje się ją, jeżeli w sutku stwierdza się obecność zmiany litej, budzącej w badaniu klinicznym lub mammograficznym podejrzenie raka, a kilkukrotna biopsja cienkoigłowa nie potwierdza tego rozpoznania.

Biopsję chirurgiczną wykonuje się, jeżeli biopsja gruboigłowa jest przeciwwskazana lub nie udaje się z jej pomocą uzyskać materiału do badania histopatologicznego. Do badania pobiera się małe guzki sutka, które budzą podejrzenie wraz z marginesem tkanek zdrowych. Zaletą tej metody jest możliwość oceny makroskopowej i mikroskopowej całej usuniętej zmiany.

Warto podkreślić, iż w procesie diagnostycznym dąży się do uzyskania jak największej liczby rozpoznań przedoperacyjnych za pomocą mniej inwazyjnych technik. ■

Olga Wilk

## ZAKAŻENIA SZPITALNE

Zakażenia szpitalne są związane z codziennym funkcjonowaniem szpitali na całym świecie. WHO ocenia, że na świecie zakażenia związane z leczeniem występują u około 10% leczonych. W Europie ulega im ponad 4 mln. osób rocznie, średnio około 7% leczonych i powodują 16mln. dodatkowych



dni hospitalizacji. Zakażenia te są bezpośrednią przyczyną 37tyś. zgonów. Występowanie zakażeń powoduje niepożądane cierpienie, pogorszenie przebiegu choroby podstawowej, wydłużenie okresu hospitalizacji i zwiększenie kosztów leczenia. Do zakażeń szpitalnych należą także zakażenia, jakim ulega personel szpitala w czasie wykonywania swej pracy. Tylko świadomość istnienia zakażeń i ich następstwa może doprowadzić do prawidłowej ich kontroli i zwalczania.

**ZAKAŻENIE SZPITALNE-** to zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba w czasie udzielania świadczeń nie była w okresie wylegania (np.: zakażenia bakteryjne) lub gdy choroba wystąpiła po udzieleniu tych świadczeń w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres wylegania tej choroby (WZW typ B, WZW typ C)

Określając całość **zakażenie szpitalne** to rozpoznane klinicznie i potwierdzone laboratoryjnie zakażenie, które powstaje w czasie hospitalizacji ujawnia się podczas pobytu w szpitalu lub po wypisaniu chorego do domu.

Postaci kliniczne zakażeń są różne a ich prawidłowe rozpoznanie umożliwia definicje opracowane przez Center for Disease Control (CDC). Ujednolicenie zasad ich rozpoznania jest podstawą rejestracji zakażeń szpitalnych i daje szansę na porównywanie częstości występowania w różnych ośrodkach medycznych.

#### POSTACIE KLINICZNE ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

Zakażenie miejsca operowanego (ZMO)

-zakażenie miejsca nacięcia chirurgicznego (powierzchniowe i głębokie)

-zakażenie narządu lub jamy ciała

Zakażenie skóry i tkanek miękkich (obejmuje zakażenia owrzodzeń odleżynowych i ran oparzeniowych)

Zakażenie układu moczowego (ZUM)

Zapalenie płuc

Zakażenie krwi

Zakażenia związane z obecnością cewników naczyniowych

Wystąpienie zakażenia jest uwarunkowane współistnieniem wielu czynników predysponujących do rozwoju infekcji. Ryzyko wystąpienia zakażenia szpitalnego jest zależne od:

-drobnoustroju

-pacjenta (jego stanu zdrowia, stosowanych metod diagnostyki i leczenia)

-środowiska szpitalnego

#### CZYNNIKI ETIOLOGICZNE ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH to:

Bakterie, wirusy, grzyby

W grupie bakterii odpowiedzialnych za zakażenia szpitalne wyróżniamy:

-„stare” patogeny np: Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes

-szczyepy wielooporne wyselekcjonowane z grupy „starych” patogenów np: gronkowce metycylinooporne (MRSA), penicylinooporne pneumokoki (PRSP)

-„nowe” patogeny, nie występujące wcześniej w zakażeniach np.: Legionella

-patogeny oportunistyczne, wywołujące zakażenia tylko u osób z obniżoną odpornością np: atypowe prątki oraz bakterie wchodzące w skład flory naturalnej pacjenta.

Największym problemem są szczepy szpitalne o wysokiej oporności powstałej w wyniku stałej presji antybiotyków i chemioterapeutyków. Do najczęściej występujących czynników etiologicznych infekcji wśród chorych hospitalizowanych należą: szczepy **MRSA** (30- 60% izolowanych szczepów gronkowca złocistego), szczepy **HLAR** (30- 40% izolowanych enterokoków); pałeczki syntezujące beta- laktamazy typu **ESBL** (stanowią 20- 60% szpitalnych szczepów Klebsiella i Escherichia coli).

Szerokie stosowanie cefalosporyn prowadzi min. do wyselekcjonowania enterokoków i Gram- ujemnych pałeczek wytwarzających beta- laktamazy typu **ESBL** i **IBL**. Leczenie zakażeń wywołanych przez takie drobnoustroje jest trudne i często kończy się niepowodzeniem terapeutycznym.

Wirusy stanowią 5- 6% drobnoustrojów odpowiedzialnych za zakażenia szpitalne.

-wirusy HBV, HCV (zakażenia krwiopochodne)

-wirusy RSV (zakażenia układu oddechowego)

-rotawirusy (biegunki zimowe u niemowląt i małych dzieci)

-wirusy CMV, HSV (zakażenia u noworodków, osób po transplantacji narządów)

Czynnikami etiologicznymi w zakażeniach grzybiczych są:

-grzyby z rodzaju Candida i Aspergillus

W przypadku izolowania szczepów z **listy „ alert- patogenów”** laboratorium jest zobowiązane do powiadomienia Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych a personel oddziału jest zobowiązany do ścisłego przestrzegania zasad izolacji barierowej.

#### REZERWUARY I ŹRÓDŁA ZAKAŻEŃ

Rezerwuarem szczepów szpitalnych jest środowisko ożywione (pacjenci, personel) jak i nieożywione (woda). To właśnie z rezerwuaru drobnoustroje w sposób czynny (ręce personelu) lub bierny (sprzęt, powietrze) są przenoszone do źródeł zakażenia lub bezpośrednio na pacjenta.

#### ŹRÓDŁA ZAKAŻEŃ

ZAKAŻENIA ENDOGENNE- źródłem zakażeń jest zawsze sam pacjent, a drobnoustroje odpowiedzialne za zakażenia należą do flory fizjologicznej lub flory endogennej wymiennej.

Flora fizjologiczna pacjenta kolonizująca w sposób stały jego skórę i błony śluzowe jest odpowiedzialna za wczesne endogenne zakażenia szpitalne, tworząc endogenną florę wymienną. Kolonizacja następuje już w pierwszym tygodniu pobytu pacjenta w oddziale. Szpitalne szczepy kolonizujące pacjenta należą zwykle do wieloopornych i są odpowiedzialne za późne endogenne zakażenia. Własna flora pacjenta wywołuje infekcje w przypadku:

-przemieszczenia się (tzw. translokacji drobnoustrojów) z miejsca naturalnego bytowania do np: do obszarów naturalnie jałowych

-w miejscu bytowania u osób z obniżoną odpornością (zakażenia oportunistyczne)

Translokacja jest wynikiem uszkodzenia naturalnych barier anatomicznych a przede wszystkim błon śluzowych jamy ustnej i jelit. Uszkodzenie to może być spowodowane procesem chorobowym (choroba wrzodowa) lub stosowaną metodą leczenia (zabieg chirurgiczny, chemioterapia, zabieg intubacji, drenaż pęcherza moczowego i endoskopia).

Pewną formą translokacji jest także kolonizacja ciał obcych, takich jak cewnik naczyniowy lub cewnik moczowy, przez bakterie obecne w miejscu wprowadzenia cewnika. Zakażenia

występujące u chorych z obniżoną odpornością mogą być wywołane przez wszystkie drobnoustroje wchodzące w skład flory endogennej zarówno po translokacji jak i w miejscu ich występowania. W tym przypadku infekcjom sprzyja zastosowanie w terapii antybiotyków, zwłaszcza o szerokim spektrum działania (cefalosporyn, karbapenemów), które zaburzają skład flory naturalnej prowadząc do nadmiernego namnażania się określonej grupy (gatunku) drobnoustrojów. Przykładem są biegunki poantybiotykowe lub rzekomobłoniaste zapalenie jelit.

**ZAKAŻENIA EGZOGENNE**- źródłem zakażeń jest pacjent (chory, nosiciel) lub personel szpitala (nosiciel).

Zarówno pacjenci, jak i osoby zatrudnione w szpitalu mogą być nosicielami patogennych drobnoustrojów np: *Staphylococcus aureus*, *Salmonella* spp. Blisko 1/3 populacji to nosiciele gronkowca złocistego. W środowisku szpitalnym kolonizującym szczepem gronkowca jest często MRSA.

Źródłem zakażeń egzogennych może też być środowisko nieożywione (sala chorych, wyposażenie, sanitariaty, sprzęt medyczny).

### WYSTĘPOWANIE PATOGENNYCH DROBNOUSTROJÓW W ŚRODOWISKU SZPITALNYM

(opracowane na podstawie badań przeprowadzonych przez Katedrę i Zakład Mikrobiologii AM we Wrocławiu)

Miejsce izolacji:

1. ręczniki wielorazowe (*Staphylococcus aureus*, *Enterobacter*, *Staphylococcus aureus* MR)
2. umywalki, wanny (*Enterobacter*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter*, *Klebsiella Pneumoniae*, *E. coli*, *Serratia*, *Enterococcus fecalis*, *Staphylococcus ureus*, *Enterobacter Cloacae*)
3. aparatambu (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus*)
4. ssak elektryczny (*Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Pseudomonas aeruginosa*)
5. stół zabiegowy (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus*, *Enterobacter*)
6. wózek z opatrunkami (*Staphylococcus aureus*)
7. szafka na sprzęt endoskopowy (*Staphylococcus aureus*)
8. materace, koce (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus*, *Enterobacter*, *E. coli*, *Candida*)
9. fartuch lekarza (*Staphylococcus aureus*, *Enterobacter*, *Serratia*)
10. słuchawki lekarskie (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus*)
11. ręce pielęgniarki (*Staphylococcus aureus*, *Enterobacter*)
12. woda destylowana (*E. coli*, *Pseudomonas*, *Candida*)
13. kanał wentylacyjny (*Aspergillus*)
14. powietrze (*Staphylococcus haemolyticus* MR, *Acinetobacter*, *Staphylococcus aureus*, grzyby pleśniowe)

### DROGI SZERZENIA SIĘ ZAKAŻEŃ

- kontakt pośredni, w tym (zanieczyszczone drobnoustrojami) ręce personelu i niesterylny lub źle zdezynfekowany sprzęt zabiegowy
- droga parentalna (zabiegi związane z naruszeniem ciągłości tkanek, przetaczaniem krwi sprzyjają zakażeniom wirusami HBV, HCV, CMV i HIV)
- droga powietrzno- kropelkowa i powietrzno- pyłowa (przenoszenie wirusów grypy, RSV, prątków gruźlicy, pałeczek Legionella)
- droga pokarmowa (w oddziałach pediatrycznych przenoszenie rotawirusów, enteropatogennych pałeczek *E. coli*)

### PRZERWANIE DRÓG SZERZENIA SIĘ ZAKAŻEŃ obejmuje:

- dekontaminację pomieszczeń szpitalnych (zabiegi sanitaryzacji, dezynfekcji i dezynsekcji)
- dekontaminacja sprzętu medycznego i narzędzi (dezynfekcja, sterylizacja)
- higiena rąk personelu
- aseptyczne i antyseptyczne postępowanie w procedurach medycznych
- przestrzeganie zasad higieny w kontakcie z żywnością

Higiena rąk stanowi podstawowy środek ograniczający rozprzestrzenianie się zakażeń. Jest to prosta czynność, ale brak konsekwentnego jej przestrzegania stanowi ogólnosiątkowy problem w sektorze opieki zdrowotnej. Dzięki badaniom analizującym różne czynniki oddziałujące na przestrzeganie higieny rąk i najlepsze strategie jej promocji możliwe było wskazanie nowych sposobów postępowania o udowodnionej skuteczności. W związku z tym zaproponowano szereg strategii promocji higieny rąk i poprawy przestrzegania jej zasad. Zorganizowana przez WHO Pierwsza Światowa Inicjatywa na rzecz Bezpieczeństwa Pacjenta „Higiena rąk to bezpieczna opieka” – podjęła działania w celu podniesienia na wyższy poziom standardów i praktyki w zakresie higieny rąk oraz wdrożenia skutecznych sposobów ich realizacji. Transmisja za pośrednictwem skażonych rąk personelu medycznego stanowi najpowszechniejszy model przenoszenia patogenów występujący w większości placówek opieki zdrowotnej. Liczne badania dowiodły, że ręce lub rękawice pracowników ochrony zdrowia mogą być skażone pałeczkami gram-ujemnymi, bakteriami gronkowca złocistego (*S. aureus*), enterokokami lub bakteriami *Clostridium difficile*, nawet wtedy, gdy wykonują „czyste procedury” lub tylko dotykają skóry hospitalizowanych pacjentów. Czas przeżycia drobnoustrojów na rękach personelu po kontakcie z pacjentem i/lub jego skażonym otoczeniem jest różnicowany (od 2 do 60 minut). Ręce pracowników ochrony zdrowia opiekujących się pacjentem kolonizuje flora komensalna, jak również potencjalne patogeny. W przypadku braku higieny rąk, im dłuższy jest czas wykonywania czynności przy pacjencie tym większy stopień skażenia rąk. Higiena rąk jest podstawowym środkiem zapobiegającym zakażeniom związanym z opieką zdrowotną i rozprzestrzenianiu się antybiotykooporności. Jednakże wykazano, że pracownicy ochrony zdrowia mają trudności w przestrzeganiu właściwej higieny rąk na różnych poziomach.

Zarówno w krajach rozwiniętych jak i rozwijających się stwierdzono niewystarczające lub bardzo ograniczone stosowanie właściwych procedur higieny rąk. Przestrzeganie przez personel medyczny zalecanych procedur higienicznych jest zróżnicowane przy czym wskaźniki bazowe wahają się w przedziale 5%-89% a ogólna średnia wynosi 38,7%. Właściwa higiena rąk w praktyce zależy od intensywności pracy oraz kilku innych czynników. W badaniach obserwacyjnych prowadzonych w szpitalach stwierdzono, że pracownicy ochrony zdrowia czyścili ręce przeciętnie od 5 do aż 42 razy w ciągu zmiany i z częstotliwością 1,7 – 15,2 razy na godzinę. Ponadto zróżnicowany jest czas trwania czynności czyszczenia rąk i trwa od 6,6 do 30 sekund. Główne czynniki mające wpływ na niewłaściwą higienę rąk obejmują zarówno czynniki ryzyka związane z nieprzestrzeganiem zasad - co zaobserwowano podczas badań epidemiologicznych - jak również powody podawane przez samych pracowników ochrony zdrowia wyjaśniających dlaczego nie stosują się do zalecanych procedur higieny rąk



## Czynniki mające wpływ na przestrzeganie zalecanych procedur higieny rąk

**A.** Czynniki ryzyka związane z niewłaściwym przestrzeganiem zalecanych praktyk higieny rąk:

- Status lekarza (a nie pielęgniarki)
- Status pomocy pielęgniarstwu (a nie pielęgniarki)
- Fizjoterapeuta
- Technik
- Płeć męska
- Praca na oddziale intensywnej terapii
- Praca na oddziale chirurgicznym
- Praca na oddziale SOR
- Praca na oddziale anestezjologii
- Praca w tygodniu (a nie w weekendy)
- Noszenie fartuchów / rękawic
- Przed kontaktem z otoczeniem pacjenta
- Po kontakcie ze środowiskiem pacjenta np. z urządzeniami
- Opieka nad pacjentami poniżej 65 roku życia
- Opieka nad pacjentami po zabiegach czystych/czystych-skażonych na oddziale pooperacyjnym
- Opieka nad pacjentem w sali ogólnej – nie w izolacie
- Czas trwania kontaktu z pacjentem (< lub 2 minuty)
- Przerwa w czynnościach wykonywanych przy pacjencie
- Automatyczna umywalka
- Czynności związane z wysokim ryzykiem krzyżowego przenoszenia patogenów
- Niedobór personelu / zagęszczenie łóżek
- Duża liczba sytuacji wymagających procedur higienicznych przypadająca na jedną godzinę opieki nad pacjentami

**B.** Czynniki związane z niewłaściwym przestrzeganiem zasad higieny rąk zgłaszane przez personel:

- Środki do mycia rąk powodują podrażnienia lub wysuszenie skóry
- Umywalki znajdują się w niedogodnych miejscach / brak umywalk
- Brak mydła i ręczników jednorazowych
- Częsty nadmiar zajęć / brak wystarczającej ilości czasu
- Potrzeby pacjenta są ważniejsze
- Higiena rąk przeszkadza w relacjach między pacjentem a personelem ochrony zdrowia
- Niskie ryzyko zakażenia się od pacjenta
- Używanie rękawic / przekonanie, że używanie rękawic eliminuje potrzebę zachowania higieny rąk
- Brak znajomości wytycznych / protokołów
- Brak wiedzy, doświadczenia i edukacji
- Brak systemu nagród / zachęt
- Brak wzorca postępowania wśród kolegów lub przełożonych
- Niemyślenie / zapomnianie o higienie rąk
- Sceptyczne podejście do znaczenia higieny rąk
- Niezgadanie się z zaleceniami
- Brak informacji naukowych na temat stwierdzonej zależności między poprawą higieny rąk a zakażeniami związanymi z opieką zdrowotną

**C.** Dodatkowe postrzegane przeszkody utrudniające właściwą higienę rąk:

- Brak aktywnego udziału w promocji higieny rąk na poziomie indywidualnym i instytucjonalnym
- Brak wskazania higieny rąk jako priorytetu instytucjonalnego
- Brak sankcji administracyjnych dla osób nieprzestrzegających zasad higieny rąk i brak nagród dla tych, którzy przestrzegają

- Brak atmosfery / kultury bezpieczeństwa instytucjonalnego i osobistej odpowiedzialności personelu ochrony zdrowia za wykonywanie czynności higieny rąk

## WSKAZANIA DO HIGIENY RĄK

**A.** W przypadku widocznego zabrudzenia lub poplamienia krwią lub innymi płynami ustrojowymi lub po skorzystaniu z toalety, ręce należy umyć mydłem i wodą

**B.** W przypadku **zdecydowanego podejrzenia lub potwierdzenia ekspozycji na organizmy przetrwalnikujące, w tym ogniska Clostridia difficile, preferowane jest mycie rąk mydłem i wodą**

**C.** We wszystkich pozostałych sytuacjach klinicznych opisanych w punktach od D(a) do D(f) poniżej, do rutynowego odkażania rąk, jeśli nie są w sposób widoczny zabrudzone, preferuje się przecieranie rąk środkami na bazie alkoholu

**D.** Odkażanie rąk:

- a. przed i po kontakcie z pacjentem
- b. przed obsługą inwazyjnych urządzeń w opiece nad chorym bez względu czy rękawiczki ochronne są używane czy nie
- c. po kontakcie z płynami ustrojowymi, wydzielinami, błoną śluzową, naruszoną powłoką skórną lub opatrunkami
- d. przechodząc od zakażonej części ciała do innej części ciała chorego
- e. po kontakcie z powierzchniami i obiektami nieożywionymi (w tym urządzeniami medycznymi) znajdującymi się w bezpośrednim otoczeniu pacjenta
- f. po zdjęciu sterylnych lub niesterylnych rękawic

**E.** Przed przygotowaniem i podaniem leków lub żywności należy przeprowadzić odkażanie rąk używając preparatu odkażającego na bazie alkoholu lub umyć ręce zwykłym albo antybakteryjnym mydłem i wodą

**F.** Mydło i środki odkażające do rąk na bazie alkoholu nie powinny być stosowane łącznie

## POZOSTAŁE ASPEKTY HIGIENY RĄK

**A.** Mając bezpośredni kontakt z pacjentem nie należy nosić sztucznych paznokci ani przedłużać paznokci

**B.** Naturalne paznokcie należy krótko obcinać (końcówki paznokci nie mogą być dłuższe niż 0,5 cm)

**C.** Do chorób wykluczających personel z zabiegów przy chorym należą: zastrzał lub zankocica (opryszczkowa lub gronkowcowa), czyraki, egzema, trądzik, liszajec, opryszczka wargowa, biegunka, ostra infekcja dróg oddechowych, aktywna postać gruźlicy.

## Najczęściej popełniane błędy w zakresie higieny rąk

- praca w biżuterii (pierścionki, zegarki)
- zbyt rzadkie mycie rąk w odniesieniu do potrzeb
- zbyt krótki czas mycia
- niedokładne mycie
- brak mycia i dezynfekcji pojemników na mydło płynne
- niedokładne osuszenie rąk przed dezynfekcją
- niedokładna dezynfekcja; zbyt mała ilość preparatu
- zbyt krótki czas dezynfekcji
- brak stosowania kremów, balsamów nawilżających skórę i chroniących ją przed pękaniem
- praca przy pacjencie mimo obecności zmian chorobowych skóry rąk.

## KIERUNKI ZWALCZANIA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

Istotny kierunek zwalczania zakażeń szpitalnych obejmuje: system rejestracji i kontroli epidemiologicznej oraz laboratoryjnej zakażeń szpitalnych [przegląd chorych oraz kart rejestracji zakażeń szpitalnych w celu wyszukania źródeł

zakażenia oraz chorych szczególnie narażonych na zakażenie, przegląd środowiska pozwalający na ocenę flory bakteryjnej szpitala (powietrze, podłogi, umywalki, sprzęt medyczny, odzież ochronna, czystość rąk personelu itp.), szczegółową analizę powstałego ogniska epidemicznego, wykrycie źródeł i dróg szerzenia się zakażenia, podjęcie środków do jego opanowania, szkolenie całego personelu, odpowiednią organizację rutynowej pracy. Znaczny zakres tych czynności dotyczy szpitalnego zespołu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych.

- Kontrola zakażeń szpitalnych jest uznawana we współczesnym szpitalnictwie za najważniejsze kryterium jakości pracy.
- Problem prawny dotyczy konieczności uznania odpowiedzialności szpitali za zakażenia szpitalne i wszystkie jego skutki.
- Dążenie do ograniczenia liczby zakażeń szpitalnych należy do podstawowych, etycznych i profesjonalnych obowiązków kierownictwa i personelu służby zdrowia.
- Nie jest możliwe uzyskanie pełnej eliminacji zakażeń szpitalnych jako zjawiska, natomiast można i trzeba czynić wszelkie wysiłki dla:
  - zmniejszania kosztów leczenia,
  - skrócenia czasu hospitalizacji,
  - ograniczenia ryzyka związanego z procesem leczenia i skutków odpowiedzialności prawnej. ■

Teresa Prandzioch



## Violetta Plaskacz

ZOZ Kłobuck;  
Oddział Chorób Wewnętrznych  
Koło Terenowe PTP w Kłobucku

## Aspekty leczenia i pielęgnowania pacjentów z astmą

### Astma – istota schorzenia

Astma jest chorobą definiowaną na podstawie cech klinicznych, fizjologicznych i patologicznych. W wywiadzie chorobowym dominują epizody duszności, szczególnie występujące w nocy, którym często towarzyszy kaszel. Najczęstszym stwierdzonym objawem przedmiotowym są świsty słyszane podczas osłuchiwania klatki piersiowej. Główną cechą czynnościową astmy są epizody obturacji oskrzeli powodującej ograniczenie wydechowego przepływu powietrza. Główną cechą patologiczną jest zapalenie dróg oddechowych.

W patogenezie astmy istotną rolę odgrywają czynniki genetyczne i środowiskowe. Wśród czynników środowiskowych można wymienić: alergeny występujące wewnątrz pomieszczeń (roztocze kurzu domowego, alergeny zwierząt domowych, grzyby pleśniowe i drożdżopodobne), alergeny środowiska zewnętrznego (m.in. płytki roślin), czynniki zawodowe o działaniu uczulającym, dym tytoniowy (palenie czynne i bierne), zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego i we-

wnątrz pomieszczeń, zakażenia układu oddechowego infekcje pasożytnicze, otyłość.

Wyróżnia się dwie główne postacie etiopatogenetyczne astmy: astma atopowa i nieatopowa. Pierwsza jest zawsze astmą alergiczną, natomiast w astmie nieatopowej udział alergenów (czynników prowadzących do wytwarzania przeciwciał) jest na razie dyskusyjny, chociaż czasami udaje się go wykazać. Istotą choroby jest przewlekły stan zapalny oskrzeli (zwłaszcza nacieki eozynofiliów, mastocytów, limfocytów T), powodujący ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe i ich nadreaktywność. Ograniczenie przepływu powietrza jest spowodowane przez skurcz mięśni gładkich oskrzeli, obrzęk błony śluzowej oskrzeli, tworzenie czopów śluzowych i przebudowę oskrzeli.

### Profilaktyka

Prewencja pierwotna polega na określonych działaniach stosowanych wobec potomstwa osób atopowych. Stwierdzono, że im wcześniej niemowlę zetknie się z czynnikami alergizującymi, tym większe ryzyko wystąpienia później choroby alergicznej. Istotny może być nawet miesiąc urodzenia. W prewencji pierwotnej duże znaczenie ma okres prenatalny. Udowodnionym czynnikiem wpływającym na zagrożenia powstania astmy u dziecka jest palenie tytoniu przez matkę w ciąży, jak również narażenie na bierne palenie w okresie niemowlęcym.

Karmienie niemowląt mieszankami z nieprzetworzonego mleka krowiego lub białek sojowych wiąże się z większą zapadalnością na choroby przebiegające ze świszczącym oddechem we wczesnym dzieciństwie. Karmienie wyłącznie pierśią przez pierwsze miesiące po urodzeniu ma istotny wpływ na rzadsze występowanie astmy w dzieciństwie.

Najczęstszą przyczyną astmy atopowej są roztocza, ponieważ żyją i rozmnażają się w różnych miejscach domu. Ich całkowita eliminacja jest niemożliwa, dlatego powstały liczne sposoby ograniczenia ich liczby w mieszkaniu: powłoczenie materacy, poduszek i kołder materiałami nieprzepuszczalnymi dla roztoczy, pranie pościeli w wysokiej temperaturze (55 – 60°C), usunięcie dywanów i wykładzin dywanowych, unikanie wysokiej wilgotności (wilgotność względna nie powinna przekraczać 40-45%), odkurzanie przy użyciu worków podwójnej grubości, najlepiej odkurzacze z filtrem HEPA (wysoko skuteczny system oczyszczania powietrza ze stałych cząstek, usunięcie, pranie w gorącej wodzie lub zamrażanie pluszowych zabawek, stosowanie środków roztoczobójczych.

Prewencja wtórna polega na określonych działaniach zapobiegawczych wówczas, gdy doszło już do wystąpienia astmy. Składają się na nią elementy: unikanie kontaktu z czynnikami przyczynowymi i zwalczanie czynników przyczynowych. Zwalczać można w zasadzie jedynie czynniki biologiczne, takie jak roztocza i drobnoustroje uszkadzające nabłonek oddechowy, a jedynie w ograniczonym zakresie – szkodliwe czynniki środowiska.

Chorzy na astmę wykazują po zakażeniach wirusowych, bakteryjnych, a zwłaszcza mikoplazmatycznych, znaczne nasilenie nadreaktywności oskrzeli i dlatego walka z zakażeniem jest istotnym elementem prewencji wtórnej. Zmiany w górnych drogach oddechowych (głównie polipowość) należy leczyć bardzo intensywnie. Do postępowania zapobiegawczego należy również stosowanie leków zwiększających nadreaktywność oskrzeli (np. inhibitory konwertazy).



### Postępowanie terapeutyczne

Celem leczenia astmy są: osiągnięcie i utrzymanie kontroli objawów, utrzymanie normalnej aktywności życiowej, w tym zdolność podejmowania wysiłku fizycznego, utrzymanie wydolności układu oddechowego na poziomie jak najbardziej zbliżonym do prawidłowego, zapobieganie zaostrzeniom astmy, unikanie skutków niepożądanych stosowanych leków przeciwastmatycznych, niedopuszczenie do zgonu z powodu astmy. Badania kliniczne wykazały, że astmę można skutecznie kontrolować, hamując zapalenia, znosząc skurcz oskrzeli i jego objawy. Leki stosowane w leczeniu astmy można podzielić na leki kontrolujące przebieg choroby i leki doraźne. Te pierwsze przyjmuje się codziennie. Są to: glikokortykosteroidy podawane wziewnie lub ogólnoustrojowo, leki przewlekukotrikinowe, długo działające B2 – mimetyki wziewne w połączeniu z glikokortykosteroidami wziewnymi, teofilina w postaci o przedłużonym uwalnianiu, hormony, przeciwciała anty – JgE i inne leki – steroidy stosowane ogólnoustrojowo. Obecnie najskuteczniejszymi z dostępnych leków kontrolujących są glikokortykosteroidy wziewne.

Leki doraźne są przyjmowane w razie potrzeby w celu szybkiego zniesienia skurczu oskrzeli i jego objawów podmiotowych. Do tej grupy należą: szybko działające B2 – mimetyki wziewne, wziewne leki przeciwholinergiczne, krótko działające preparaty teofiliny oraz krótko działające B2 – mimetyki doustne.

Leki przeciwastmatyczne można podawać różnymi drogami: wziewnie, doustnie lub pozajelitowo (we wstrzyknięciach podskórnych, domięśniowych lub dożylnych). Droga inhalacyjna daje możliwość dostarczenia leku bezpośrednio do dróg oddechowych, w ten sposób unika się lub zmniejsza ogólnoustrojowe działania niepożądane. Wziewne leki przeciwastmatyczne są dostępne w inhalatorach ciśnieniowych z dozownikiem (MDI) wyzwalanych wdechami, inhalatorów proszkowych (DPI), inhalatorów „miękkiego” aerozolu (soft mist inhalers). Mogą być też podawane za pomocą nebulizatora. Urządzenia do inhalacji różnią się skutecznością dostosowania leku do dolnych dróg oddechowych, która zależy od typu urządzenia, preparatu leku, wielkości wytwarzanych cząstek, prędkości aerozolu oraz łatwości posługiwania się urządzeniem przez pacjentów. Używanie MDI ciśnieniowych i pMDI (pressurized metered dose inhalers) inhalatorów ciśnieniowych z dozownikiem wymaga przeszkolenia pacjenta. Chory musi nabyć umiejętność koordynacji wyzwalania dawki z inhalatora i wdechu. Mimo skrupulatnych instrukcji i szkolenia około 20% chorych nie umie poprawnie używać MDI, niezależnie od wieku.

Alternatywą dla inhalatorów ciśnieniowych z dozownikiem są inhalatory proszkowe. Skuteczność DPI zależy od formy przygotowania leku, konstrukcji przyrządu podającego oraz od chorego, a zwłaszcza od zdolności wytwarzania przez niego możliwie wysokiego szczytowego przepływu wdechowego, który uruchamia uwalnianie proszku z przyrządu.

Nebulizatory napędzane są gazem (tlenem) sprężonym kompresorem elektrycznym, wyrzucanym przez przewód o małym otworze. Zakłada się, że nebulizacja lekiem, ażeby była skuteczna i nie męcząca dla chorego nie może przekraczać 10 minut. W systemie napędu sprężarką, jak i tlenem przy dyszy powinien znajdować się przycisk, którego naciśnięcie włącza przepływ przez dyszę. Wówczas chory wdycha aerozol, natomiast w czasie wydechu chory zwalnia przycisk i przepływu nie ma.

Nebulizatory ultradźwiękowe z kolei wytwarzają cząstki penetrujące głęboko do obwodowych części układu oddechowego. Pracują cicho i nie oziębiają wdychanego aerozolu. Są idealnym źródłem aerozolu nawilżającego. Istnieją jednak pewne zastrzeżenia dotyczące podawania przez nie leków, ponieważ niektóre z nich mogą pod wpływem ultradźwięków ulec rozkładowi, a nawet wzbudzić skurcz oskrzeli, dlatego w leczeniu astmy przynoszą niewielką korzyść.

### Opieka pielęgniarska w astmie

Ważnym celem opieki nad chorym jest przede wszystkim poprawa jego samopoczucia, pozwalająca mu wypełniać role zawodowe i społeczne. Jeśli znane są czynniki wywołujące ataki astmy, pacjent musi być informowany o konieczności unikania kontaktu np. z pierzem, zwierzętami domowymi, niektórymi roślinami. Powinien unikać zapylenia, zadymienia, mgły i wilgotności.

Ponadto należy absolutnie zabronić palenia tytoniu, gdyż nikotynizm powoduje m.in. zwiększone wydzielanie śluzu w drogach oddechowych i tym samym sprzyja rozwojowi przewlekłych stanów zapalnych (nieżytów) oraz bezpośrednio drażni błonę śluzową oskrzeli. Ważną kwestią jest systematyczność w leczeniu, ponieważ wielu chorych w okresie remisji choroby zaniedbuje leczenie prowadząc do zaostrzeń choroby. Istotną w opiece jest edukacja: postępowanie w czasie ataku duszności, właściwa technika podawania leków wziewnych, rozpoznanie czynników wywołujących kaszel, zabiegi pozwalające na efektywne wykrztuszenie wydzieliny, zasady higieny podczas kaszlu i odkaszczania i inne.

Astma to powracające ataki duszności, czemu towarzyszy lęk, strach i przerażenie. Stąd tak ważne jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, informowanie o wszystkich podejmowanych działaniach i profesjonalne, spokojne postępowanie. ■

Violetta Plaskacz

## Janina Warzycha

ZOZ Kłobuck,  
Poradnia Ogólna Nr 2 w Kłobucku  
Koło Terenowe PTP w Kłobucku



## ROLA PIELĘGNIARKI W LECZENIU I PIELĘGNOWANIU PACJENTA Z AIDS

### Istota choroby

AIDS – Zespół Nabytego Upośledzenia Odporności jest chorobą wywołaną zakażeniem wirusem HIV objawiającą się ostrą niewydolnością układu odpornościowego. Chory traci zdolności odpornościowe i nie potrafi walczyć z infekcją, dlatego nawet pozornie niegroźne choroby mogą zakończyć się śmiercią. Istnieją trzy główne drogi zakażenia: płciowa, pozajelitowa przez przedostanie się zakażonej krwi do krwioobiegu osoby zdrowej po użyciu zakażonego sprzętu (igieł i strzykawek u narkomanów; maszynek do tatuażu, transfuzja

zakazanej krwi) oraz wertykalna (wewnątrzmaciczna – przejście wirusa przez łożysko; w czasie porodu – przez ekspozycję płodu na krew; w okresie poporodowym – w czasie karmienia piersią). Choroba może przybrać postać ostrej choroby retrowirusowej, bezobjawowego zakażenia HIV lub uogólnionej limfadenopatii.

### **Pielęgnowanie pacjenta zakażonego HIV/z AIDS**

Ocena pielęgnarska obejmuje rozpoznanie aktualnych problemów chorego. Podstawą dobrej opieki pielęgnarskiej jest zapewnienie osobom zakażonym HIV opieki takiej samej jakości, jak w przypadku innych pacjentów. Edukacja i poradnictwo dla osób z grup ryzyka stanowi ważny element w profilaktyce i opiece pielęgnarskiej. Osoby zakażone należy uczyć nowego stylu życia i odpowiedzialności za własne zdrowie i zdrowie innych. Dlatego pielęgniarka powinna zapewnić dostęp do wiedzy z zakresu: istoty choroby, sposobu ograniczenia występowania zakażeń oportunistycznych, prowadzenie aktywnego i higienicznego stylu życia, celowości wyzbycia się nałogów, bezpiecznych zachowań seksualnych. Celem opieki jest zapobieganie pierwotnemu zakażeniu, oraz psychologiczne wsparcie osób zakażonych, ich rodzin i przyjaciół. Stan zdrowia zakażonych lub chorych przyjętych do szpitala w celu wykonania badań lub leczenia zakażeń oportunistycznych może ulegać szybkiej zmianie, dlatego należy codziennie prowadzić ocenę i planować opiekę pielęgnarską. Pielęgniarka musi pełnić rolę łącznika między pacjentem, a personelem szpitalnym.

Problemem dla chorego mogą być: lęk o własne zdrowie i życie wynikające z zakażenia, niechęć do nawiązywania kontaktów z personelem i bliskimi (poczucie wstydu, obniżenie własnej wartości), unikanie aktywności w życiu zawodowym i społecznym, obawy związane z aktywnością seksualną, obniżenie nastroju psychicznego, depresja, uczucie bólu spowodowane zmianami grzybiczymi na błonach śluzowych jamy ustnej, skórze i paznokciach, osłabienie i niska masa ciała, trudności z utrzymaniem czystości skóry, biegunki i zaburzenia wodno-elektrolitowe spowodowane upośledzeniem wchłaniania substancji odżywczych, osłabienie podwyższoną temperaturą ciała, uczucie duszności spowodowane zapaleniem płuc, oskrzeli, kłopoty z samodzielnym poruszaniem, powikłania z powodu długotrwałego unieruchomienia, występowanie bezsenności, lęk przed śmiercią, ból, duszność, gorączka, strach, niepokój, osamotnienie, brak akceptacji nadchodzącej śmierci.

Wiadomość o tym, że jest się zakażonym jest bolesna i zawsze trudna do zaakceptowania, powstaje pytanie, komu można o tym powiedzieć, gdzie znaleźć akceptację, pocieszenie i wsparcie. Takie wyznaczenie często wiąże się z ujawnieniem spraw najbardziej osobistych, ale niejednokrotnie ważniejsza jest potrzeba rozmowy od zachowania swoich tajemnic. Istotne znaczenie ma fakt, aby od początku zakażenia być pod stałą opieką medyczną.

Najwięcej czasu przy chorym spędza pielęgniarka wynika to z charakteru jej pracy, dlatego najczęściej to ją pacjent czyni swoim powiernikiem oraz oczekuje wsparcia emocjonalnego. Pierwsze reakcje po rozpoznaniu HIV są bardzo różne ze strony zakażonego, jak i jego najbliższych. Pojawia się lęk, bezradność, złość, rozpacz, przygnębienie. Zdarza się, że wyniki zostają zatajane przed partnerem czy najbliższymi, wynika to z obawy przed odrzuceniem. Reakcje najbliższych bywają bardzo różne, poczynając od współczucia po nie-

nawiść. Chory tracąc siły staje się zależny od pomocy innych. Rodzina czy przyjaciele często przestają go odwiedzać, zwłaszcza, gdy zmienia się jego wygląd, obawiają się zarażenia, trudnych rozmów czy widoku cierpienia. Opieka nad chorymi w stanach terminalnych wiąże się z dużym zaangażowaniem czasowym i emocjonalnym rodziny oraz z dużym nakładem środków finansowych (materiały opatrunkowe i dieta). W tych momentach ważną rolę odgrywa pomoc pielęgniarki, która winna polegać na wsparciu emocjonalnym rodziny, na przystosowaniu się i zaakceptowaniu nowej sytuacji. Wraz z rodziną, po zorientowaniu się w jej sytuacji wydolności opiekuńczej i ekonomicznej należy utworzyć indywidualny plan wsparcia. Rodzina ma prawo wiedzieć, jaki jest stan chorego, jeżeli nie istnieją przeszkody prawne. Należy zaangażować rodzinę do zadań opiekuńczych, nauczyć czynności związanych np. z karmieniem, techniką zmiany pozycji ciała, toaletą, profilaktyką przeciwoleżynową. Prawidłowa relacja pacjent-pielęgniarka powinna mieć charakter wspomagająco-leczniczy. Pielęgniarka pomaga w opanowaniu bezradności, przywracaniu nadziei, pobudza do aktywności i współdziałania, przygotowuje do samodzielnego dbania o własne zdrowie.

Głównym celami opieki nad chorym jest zapewnienie możliwie jak najlepszej jakości życia chorych i ich rodzin. Opieka powinna być sprawowana zespołowo poprzez lekarza, pielęgniarkę, rehabilitanta, psychologa, pracownika socjalnego, duchownego, wolontariusza. Jednym z wielu celów opieki jest także akceptacja nieuchronnego cierpienia i śmierci. Pielęgniarka powinna poznać w pewnym stopniu życie zawodowe i osobiste pacjenta, co pozwoli jej na zrozumienie pewnych reakcji ze strony chorego. Często pacjenci mają poczucie winy, wstydu, nie widzą dalszego sensu życia, czasami traktują swoją chorobę jako karę za ich postępowanie. Głęboko ludzkim gestem będzie utworzenie więzi międzyludzkiej między chorym a pielęgniarką, która szanuje jego godność i towarzyszy mu w trudnych momentach.

### **Specyfika pracy pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej**

Ogromną rolę odgrywa pielęgniarka środowiskowa, która powinna zostać przeszkolona pod kątem opieki nad pacjentami z HIV/AIDS. Wykonując swoją pracę współpracuje z lekarzem rodzinnym, poradniami specjalistycznymi, organizacjami społecznymi, grupami wsparcia oraz całym zespołem terapeutycznym po to, aby zaplanować wspólną strategię działania. Jej zadaniem jest wykrywanie osób zakażonych, bądź zagrożonych zakażeniem. Jest odpowiedzialna za promowanie zdrowia, czyli mobilizowanie swych podopiecznych do dbania o własne zdrowie, szczególnie w sytuacjach zagrożenia HIV. Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna, ze względu na swoją pracę, ma szczególnie sprzyjające warunki, aby zmienić mentalność społeczeństwa i świadomość dotyczącą HIV/AIDS, by móc zapobiegać rozprzestrzenianiu się tej choroby. Aby sprostać temu zadaniu wiedzę należy nieustannie pogłębiać i aktualizować, ponieważ każdy dzień może przynieść nowe doniesienia o sposobie zapobiegania i leczenia osób zakażonych HIV i chorych na AIDS. Pielęgniarka obejmuje opieką całą rodzinę, poszczególnych ich członków, oraz osoby samotne. Wszystkich należy traktować z godnością i zrozumieniem. Chętnych do niesienia pomocy należy zapoznać z technikami wykonywania prostych zabiegów pielęgnacyjnych i jak zachować środki ostrożności. Dobiera właściwy proces pielęgnacyjny, w zależności od stanu zdrowia, ogólnej





sytuacji rodzinnej i materialnej. Każdy pacjent wymaga indywidualnego procesu pielęgnowania dostosowanego do jego potrzeb i aktualnego stanu zdrowia.

#### Podsumowanie

W obecnych czasach wiedza na temat HIV/AIDS jest niezbędna każdemu człowiekowi, gdyż ciągle wzrasta liczba zakażonych, a migracja ludności jest ogromna. Każdy człowiek może ulec zakażeniu, dlatego istotne jest zapoznanie się z drogami zakażenia oraz ze stosowaniem profilaktyki. Problem ten dotyczy osób zakażonych HIV, chorych na AIDS, jak i pracowników służby zdrowia niosących pomoc. Personel pielęgniarski, świadczący pomoc, coraz częściej spotyka się z tym problemem na wszystkich oddziałach szpitalnych, jak i w środowisku pacjenta. Nadrzędną zasadą ochrony zdrowia jest sprawowanie fachowej i efektywnej opieki, propagowanie higienicznego trybu życia, oraz podniesienie poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS wśród społeczeństwa i personelu medycznego, co ułatwi pracę z zakażonymi i chorymi. W trakcie leczenia i pielęgnacji pacjent powinien czuć się bezpieczny i akceptowany przez personel medyczny jak i swoich najbliższych. Należy pamiętać również o zagrożeniu zakażeniem i podejmować odpowiednie środki ostrożności wobec siebie, oraz uświadamiać pacjenta i jego otoczenie. Osoby żyjące z HIV/AIDS mają takie same prawa do opieki medycznej jak wszyscy. Część problemów chorych związana jest z negatywnym odbiorem społeczeństwa, a czasami i personelu medycznego. Dlatego nasza postawa powinna opierać się na zasadach szacunku do drugiego człowieka i poszanowania jego praw.

Janina Warzycha

## Informacje



### 40 lat działalności NFOZ „NFOZ” - o nas

Stowarzyszenie „Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia” jest organizacją charytatywną, pozarządową, nie prowadzącą działalności gospodarczej.

Organizacja jest prawnym następcą i kontynuatorem ruchu społecznego, działającego od 1973 roku pod nazwą „Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia”.

#### Trochę historii

„Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia” utworzony został w 1973 r., w okresie wielkich nadziei, kiedy całe społeczeństwo zgodziło się pomagać w zmienianiu ówczesnej rzeczywistości.

W pierwszych latach istnienia funduszu społeczne zlotówki inwestowano w "kubaturę"; budowano obiekty służby zdrowia i opieki społecznej.

Dzięki zbieranym środkom pieniężnym ulegało przyspieszenie budowy obiektów lecznictwa publicznego oraz ich wyposażenie, a w szczególności budowa nowoczesnych szpitali i pawilonów szpitalnych oraz zakładów lecznictwa otwartego, zwłaszcza gminnych i wiejskich ośrodków zdrowia a także żłobków i domów opieki społecznej.

W latach 1973-1989, ze środków funduszu lub przy jego udziale, „NFOZ” przekazał społeczeństwu w Polsce **1834 obiekty**. W tej liczbie: **1320** były to obiekty nowo wybudowane, w tym **88 obiektów szpitalnych z 14.764 łóżkami, 190 przychodni zdrowia, 665 ośrodków zdrowia na**

**terenach wiejskich, 112 żłobków, 64 domy opieki społecznej oraz 201 innych obiektów służących ochronie zdrowia.**

Do czerwca 1975 r. działalność NFOZ była prowadzona w układzie „starych” województw.

Dnia 1 czerwca 1975 r., w związku z reorganizacją terenowych organów administracji państwowej powstał **Wojewódzki Komitet NFOZ w Częstochowie** i przejął całość rozpoczętej wcześniej działalności „NFOZ” na terenie nowo utworzonego Województwa Częstochowskiego (tj. rozlicznie zbiórki, dotacje udzielane na budowę obiektów służby zdrowia oraz niezrealizowane zobowiązania względem zadań w budowie).

W latach 1975-1989 zbiórka środków na „NFOZ” w województwie częstochowskim wyróżniała się bardzo wysokim stopniem powszechności we wnoszeniu dobrowolnych świadczeń. W tym okresie najwyższe kwoty zbiórki (ponad 80%) uzyskiwano od pracowników uspołecznionych zakładów pracy i instytucji. Wynikało to z największej liczebności tej grupy społecznej, prawie pełnej powszechności oraz systematyczności w przekazywaniu świadczeń.

W tworzeniu Funduszu współuczestniczyli także: indywidualni rolnicy, rzemieślnicy, członkowie Zrzeszeń Prywatnego Handlu i Usług oraz Transportu, osoby wykonujące wolne zawody. Na rzecz Funduszu przekazywane były środki od zbiorowości społecznych, m.in.: spółdzielczości (z wypracowanego zysku), organizatorów imprez kulturalno-rozrywkowych oraz młodzieży szkolnej.

Po transformacji ustrojowej w grudniu 1989 r. „NFOZ”, będący ruchem społecznym, uzyskał status osobowości prawnej stowarzyszenia.

W 1990 r., w wyniku transformacji ustrojowej, **Wojewódzki Komitet „NFOZ” przekształcił się w Wojewódzki Komitet Stowarzyszenia „NFOZ”, a od 1998 r. - Komitet Oddziału Stowarzyszenia „NFOZ” w Częstochowie.**

Stowarzyszenie „NFOZ” jest organizacją charytatywną, pozarządową, nie prowadzącą działalności gospodarczej. Organizacja jest prawnym następcą i kontynuatorem ruchu społecznego, działającego od 1973 r. pod nazwą „NFOZ”.

Wszyscy Członkowie NFOZ, Komitetu i Prezydium Stowarzyszenia NFOZ, organizatorzy zbiórki publicznej pracują na rzecz „NFOZ” społecznie.

Od początku istnienia NFOZ gromadzone środki były przeznaczone zgodnie ze „**Statutem NFOZ / Stowarzyszenia NFOZ**” na poprawę bazy materialnej służby zdrowia, tj.: szpitali, ośrodków zdrowia, domów pomocy społecznej itp.

**Całość środków gromadzonych przez Komitet NFOZ / Oddziału Stowarzyszenia NFOZ w Częstochowie była i jest nadal wykorzystywana na terenie byłego województwa częstochowskiego.**

W ciągu minionych 40. lat zrealizowano ze społecznych pieniędzy:

- budowę **szpitala** w Oleśnie
- rozbudowę i modernizację **6 szpitali**:  
Krzepice, Częstochowa: 2 szpitale (im. T. Chałubińskiego, im. Rydygiera),  
Myszków - Osińska Góra, Kłobuck, Olesno
- budowę: **12 przychodni**:  
(w tym **6 rejonowych**: Blachownia, Gorzów Śląski, Koniecpol, Lisów, Praszka, Szczekociny)  
w Częstochowie: Wojewódzka Przychodnia Matki i Dziecka, Przychodnia Hutnicza,  
Przychodnia Chorób Płuc i Gruźlicy, Przychodnie Specjalistyczne przy Szpitalu im. Rydygiera

- budowę i adaptację budowy **29 gminnych i wiejskich ośrodków zdrowia**: Bieganów, Borowno, Cykarzew, Dąbrowa Zielona, Gidle, Kalej, Kłomnice, Kochanowice, Kruszyna, Lelów, Ludwinów, Moskorzew, Mykanów, Mysłów, Nowa Brzeźnica, Olsztyn, Ostrowy, Pińczycze, Poraj, Rudniki Wielkie, Rudniki Zawodzie, Secemin, Starcza, Starokrzepice, Strzelce Wielkie, Włodowice, Zdów, Punkt Lekarski w Hadrze)
- powstało **13 innych obiektów służby zdrowia**, m. in.:  
**lądowisko dla helikopterów** przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Cz-wie;  
**pralnie**: Szpital im. Biegańskiego w Cz-wie, Szpital Psychiatryczny w Lublińcu;  
**Dom Seniora** w Częstochowie;  
**domy pomocy społecznej**: w Blachowni, Turowie, Lublińcu;  
**Stacja Pogotowia Ratunkowego** w Szczekocinach, **żłobek** w Oleśnie i in.

Przekształcenia systemowe - upadek dużych zakładów pracy lub ich prywatyzacja, narastające bezrobocie – spowodowały znaczny, postępujący spadek wpływów ze zbiórki publicznej. W związku z tym, Komitet Oddziału Stowarzyszenia NFOZ zmienił zasady wydatkowania gromadzonych środków finansowych, przeznaczając ww. środki w całości na zakup aparatury medycznej dla szpitali i placówek służby zdrowia (kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia).

#### **Aparatura medyczna przekazana w użytkowanie placówkom służby zdrowia to m.in.:**

- \*analizatory równowagi kwasowo-zasadowej, sodu i potasu, biochemiczne (5);  
\*analizatory hematologiczne (4); \*artroskop z wyposażeniem (1) i \*torem wizyjnym (1)
- \*densytometr (1); \*diatermia urologiczna (1); \*duodenoskopy (4)
- \*gastrofibroskopy (5); \*inkubatory i ogrzewacze dla noworodków (6)
- \*kardiotokografy ( ) i \*elektrokardiografy (10); \*kardiomonitory (4) i \*„Bobo” (2)  
\*kolonofibroskopy operacyjne z oprzyrządowaniem ( )
- \*laparoscopies (2); \*lithotripter EL-27 (1)
- \*przewoźny aparat rtg „Mobilax 201”(1); \*respirator Beneta (1)
- \*spirometr „Lungtest” z rhinotestem (1); \*synoptofor (1); \*stół chirurgiczny i zestaw narzędzi chirurgicznych (1); \*sterylizatory ASVE i autoklawy z drukarką (3)
- \*sztuczne nerki Gambro (2)
- \*ultrasonografy z oprzyrządowaniem ( ); \*unity stomatologiczne (2);
- \*USG (4) i \*USG okulistyczny (1)
- \*wózki reanimacyjne (2)
- \*inna aparatura i sprzęt medyczny.

Dzisiaj, z perspektywy minionych 40. lat i przeobrażeń jakie nastąpiły po roku 1989, pozostały trwałe i pożyteczne symbole społecznej ofiarności i zaangażowania.

Dokonana transformacja ustrojowa obnażyła m.in. niedostatki w wyposażeniu zakładów leczenia w nowoczesny sprzęt i aparaturę diagnostyczno-leczniczą. Jej uzupełnienie stało się pilną koniecznością, toteż po roku 1989 zmieniła się strategia inwestowania środków „NFOZ”. Począwszy od 1990 r. zdecydowaną większość gromadzonych środków Fundusz przeznacza na zakup sprzętu i aparatury diagnostyczno-leczniczej.

Zmiana strategii wydatkowania środków była również wynikiem zmniejszenia się wpływów na konta funduszu z powodu zubożenia społeczeństwa oraz powstania szeregu nowych organizacji odwołujących się do ofiarności społecznej.

Najtrudniejszą, ale i najważniejszą rzeczą było znalezienie trafnej formuły odpowiedzi na pytanie, jakie podejmować działania, aby utrzymać świadczenia społeczne na rzecz funduszu w sytuacji, kiedy rosły potrzeby leczenia, a malała zasobność społeczeństwa.

„NFOZ” od 40. lat wypełnia misję, której celem jest ochrona najważniejszego dobra człowieka - zdrowia. Zadanie to realizujemy nieprzerwanie poprzez tworzenie nowoczesnej bazy usług medycznych, ostatnio - finansując zakupy specjalistycznej aparatury oraz sprzętu medycznego.

Z wieloletnich doświadczeń Funduszu wynika, że w działaniach na rzecz pozyskiwania środków powinni uczestniczyć ludzie, którzy potrafią stanąć ponad podziałami politycznymi, odnoszący satysfakcję ze społecznej działalności, którym w życiu przyświeca idea "Tyle jesteś wart, ile pomogłeś innym". A zdrowie jest wartością najważniejszą dla każdego!

Dziękując za dotychczasowe zaangażowanie prosimy, bądźcie Państwo nadal z nami! Cytując Senekę Młodsze, powtarzamy: "Często dar jest niewielki, ale skutek z niego ogromny".

Na koniec zachęcam Państwa do skorzystania z możliwości zostania członkiem Stowarzyszenia. Roczna składka członkowska to tylko... 12,00 zł.!

Przewodnicząca K.O. Stowarzyszenia „NFOZ” w Częstochowie  
Wiesława Leśnikowska-Ścigalska

## **INFORMACJE SKARBNIKA O PŁACENIU SKŁADEK CZŁONKOWSKICH**

Obowiązek opłacania składek w określonej wysokości mają wszystkie pielęgniarki i położne, które posiadają prawo wykonywania zawodu i są wpisane na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Składki członkowskie przekazuje się na konto Okręgowej Izby do 15 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Dopuszcza się opłacanie składek członkowskich „z góry” za okres nie dłuższy niż 3 miesiące.

### **Wyciąg z uchwały Nr 19, VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. określa miesięczną składkę członkowską w wysokości:**

- 1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego.
- 2) 0,5% miesięcznej emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego,
- 3) 1% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw bez wypłat z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.





### Składka członkowska

wynosi od dnia **01.01.2014r 40,00 zł miesięcznie**

(tj. 1% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2013r. - Obwieszczenie Prezesa GUS z dnia 20 stycznia 2014 r.)

**Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:**

- 1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy,
- 2) przebywające na urlopie wychowawczym lub pobierające zasiłek rehabilitacyjny,
- 3) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu.

• Informuję, że opłaty związane z wpisem do rejestru OIPiP podmiotów zamierzających wykonywać działalność w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych **wynoszą od dnia 01.01.2014r. 230 zł**

(tj. 6 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku),

• oraz opłaty związane z wpisem do rejestru pielęgniarek i położnych zamierzających wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej

**wynoszą od dnia 01.01.2014r. 77 zł**

(tj. 2 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku).

Składki oraz opłaty można wpłacać na konto :

**MILLENNIUM BANK 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101** ■

Skarbnik ORPiP w Częstochowie  
Anna Ociepa

### Szanowni Państwo,

Wojewódzki Ośrodek Koordynujący "Populacyjne programy wczesnego wykrywania raka piersi oraz profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy" zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz zarządzeń Prezesa NFZ: nr 69/2013/DSOZ z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz nr 81/2013/DSOZ z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, będzie organizować bezpłatne kursy dla położnych POZ oraz AOS w zakresie pobierania rozmazów cytologicznych. W związku z powyższym zwracam się z uprzejmą prośbą o zamieszczenie informacji dot. ww. kursu na Państwa stronie internetowej oraz jeśli to możliwe w wydawanym przez Państwa biuletynie pn. "Nasze sprawy". ■

Z poważaniem  
Anna Cuber

Wojewódzki Ośrodek Koordynujący

"Populacyjne programy wczesnego wykrywania raka piersi oraz profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy"  
Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie  
ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15  
44-101 Gliwice  
Tel.: (0-32) 278-97-58

### Uwaga położne POZ/AOS

W związku z rozpoczęciem procedur związanych z realizacją zadania „Organizacja szkoleń specjalistycznych w zakresie pobierania rozmazów cytologicznych” Wojewódzki Ośrodek Koordynujący „Populacyjne programy wczesnego wykrywania raka piersi oraz profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy” zwraca się do wszystkich zainteresowanych położnych o zapoznanie się z dokumentem pn.: **Zasady Rekrutacji Położnych POZ/AOS do Uczestnictwa w Kursie Doksztalającym w Zakresie Pobierania Rozmazów Cytologicznych w Skryningu Raka Szyjki Macicy** (plik w załączeniu), Rozporządzeniem MZ oraz z następującymi Zarządzeniami NFZ:

Zarządzenie Prezesa NFZ nr 81/2013/DSOZ z dnia 17 grudnia 2013 r.

Zarządzenie Prezesa NFZ nr 69/2013/DSOZ z dnia 27 listopada 2013 r.

Rozporządzenie MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Zainteresowane położne, które spełniają wymagane warunki do udziału w ww. kursie proszone są o wstępne zgłoszenie swojego uczestnictwa e-mailowo: acuber@io.gliwice.pl, biurowo-sm@io.gliwice.pl

**Terminy wraz z harmonogramem kursu będą zamieszczone na stronie internetowej niezwłocznie po ich ustaleniu.**

**Po podaniu terminu każda z zainteresowanych Pań będzie zobowiązana do wysłania do WOK oficjalnego zgłoszenia na kurs wraz ze wszystkimi niezbędnymi dokumentami.**

### Kurs jest bezpłatny!

#### ZASADY REKRUTACJI POŁOŻNYCH POZ / AOS DO UCZESTNICTWA W KURSIE DOKSZTAŁCAJĄCYM W ZAKRESIE POBIERANIA ROZMAZÓW CYTOLOGICZNYCH W SKRYNINGU RAKA SZYJKI MACICY

1. Zgłoszenia kandydatów do uczestnictwa w ww. KURSIE przyjmowane są wyłącznie na formularzu ZGŁOSZENIA WOKu opracowanym przez COK.
2. Dokumenty wymagane do uczestnictwa w szkoleniu:
  - FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
  - dokument potwierdzający co najmniej trzy miesięczny staż w zawodzie,
  - kserokopia PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU (proszę zwrócić uwagę na to by aktualne nazwisko było zgodne z nazwiskiem na ww. dokumencie, ewentualnie dołączyć kopię aktu małżeństwa informujące o zmianie nazwiska),
  - ZAŚWIADCZENIE Z MIEJSCA PRACY o aktualnym zatrudnieniu wraz z informacją o liczbie świadczeniobiorców na danej liście aktywnej (dotyczy położnej POZ),
  - Podpisane OŚWIADCZENIE zobowiązania do pokrycia kosztów organizacji szkolenia w przypadku niezusadnionej nieobecności (podpisuje osoba zakwalifikowana ostatecznie do uczestnictwa w KURSIE).
3. Organizator szkolenia ma prawo odmówić przyjęcia zgłoszenia z powodu:
  - Braku wymaganego kompletu dokumentów,
  - Braku wolnych miejsc,
  - Uczestnictwa osoby składającej zgłoszenie w kursie doksztalającym organizowanym w latach 2007-2013.

4. Organizator KURSU ma prawo odwołać szkolenie w przypadku zbyt małej liczby zgłoszeń. Informacja ta zostanie przekazana wszystkim zgłaszającym chęć uczestnictwa w szkoleniu nie później niż 10 dni roboczych przed planowanym rozpoczęciem szkolenia. Organizator niezwłocznie poinformuje o proponowanym kolejnym terminie szkolenia.
5. Istnieje możliwość anulowania zgłoszenia bez ponoszenia kosztów szkolenia na maximum 7 dni przed planowanym terminem szkolenia - wyłącznie drogą pisemną (fax lub e-mail). O zachowaniu terminu decyduje data wpływu informacji do organizatora KURSU.
6. Pisemna, nieuzasadniona rezygnacja w terminie równym/krótszym niż 7 dni przed datą rozpoczęcia szkolenia wiąże się z koniecznością wniesienia opłaty w wysokości 100% jego ceny (koszt organizacji szkolenia rozumiany jako koszt poniesiony przez organizatora KURSU w przeliczeniu na 1 osobę).
7. Odstępując od udziału w KURSIE uczestnik ma prawo wskazać na swoje miejsce osobę spełniającą warunki udziału w szkoleniu, pod warunkiem zachowania terminu o którym mowa powyżej.

#### **UWAGA**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia (Dz. U. 2013, poz. 1505) w warunkach wymaganych od świadczeniodawców, wymaga od położnej podstawowej opieki zdrowotnej posiadanie:

- dokumentu potwierdzającego pozytywny wynik egzaminu przeprowadzonego przez COK w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu, wydany po 31 grudnia 2010 r. lub,
- dokument potwierdzający ukończenie kursu dokształcającego przeprowadzonego przez Centralny Ośrodek Koordynujący lub Wojewódzki Ośrodek Koordynujący w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu.

Zatem ww. Rozporządzenie przewiduje dwie równoległe ścieżki uzyskiwania dokumentu potwierdzającego posiadanie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu

- pozytywny wynik egzaminu organizowanego przez COK (po 31 grudnia 2010 roku, bez konieczności odbycia kursu),
- lub ukończenie kursu na poziomie wojewódzkim lub przeprowadzonym przez COK (bez konieczności zdawania egzaminu).

Należy pamiętać, iż zgodnie z ww. Rozporządzeniem MZ położne, które ukończyły kurs dokształcający w latach 2011 – 2013, aby uzyskać możliwość zawierania umów z NFZ zobligowane są do uzyskania pozytywnego wyniku egzaminu centralnego organizowanego przez COK (muszą podejść do egzaminu). ■

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

#### **SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje**

1. Pielęgniarstwo chirurgiczne
2. Pielęgniarstwo operacyjne
3. Pielęgniarstwo geriatryczne
4. Pielęgniarstwo zachowawcze
5. Pielęgniarstwo neonatologiczne
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo ginekologiczne
8. Pielęgniarstwo położnicze

9. Pielęgniarstwo kardiologiczne
10. Pielęgniarstwo nefrologiczne
11. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
12. Pielęgniarstwo pediatryczne

#### **KURSY KWALIFIKACYJNE**

1. Pielęgniarstwo zachowawcze
2. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
3. Pielęgniarstwo chirurgiczne
4. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
5. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo pediatryczne
8. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
9. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
10. Pielęgniarstwo ratunkowe
11. Pielęgniarstwo onkologiczne
12. Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania

#### **KURSY SPECJALISTYCZNE**

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 01/11
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka Nr 01/07
4. Leczenie ran Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarek
5. Leczenie ran Nr 12/07 – dla położnych
6. Szczepienia ochronne Nr 03/08
7. Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08
8. Podstawy dializoterapii Nr 08/07
9. Podstawy opieki paliatywnej Nr 05/07
10. Edukator w cukrzycy Nr 02/11
11. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Nr 06/07
12. Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych
13. Prowadzenie porodu w wodzie
14. Pielęgniowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10
15. Leczenie ran – odleżyny Nr 11/07
16. Wykonanie konikopunkcji, odbarczenia odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpicowego

#### **SZKOLENIA DOKSZAŁCAJĄCE**

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherza moczowego
3. Badanie tętna płodu- zapis kardiotokografii
4. Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego

#### **SZKOLENIA JEDNODNIOWE**

1. Postępowanie w stanach zagrożenia zdrowotnego
2. Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę
4. Dokumentowanie świadczeń pielęgniarskich w świetle obowiązującego prawa
5. Kompresjoterapia w przewlekłej niewydolności żylną i obrzęku limfatycznym
6. Diagnostyczne i profilaktyczne pacjentów ze skłonnościami samobójczymi

**Warunkiem rozpoczęcia każdego z kursów jest uczestnictwo min. 20 osób.**

#### **UWAGA!**

**Zgodnie z § 2 pkt.4 Regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego ponoszonych przez członków OIPIP w Częstochowie w przypadku ukończenia kursu podnoszącego kwalifikacje zorganizowanego przez inną jednostkę, a znajdującego się w ofercie ośrodka szkoleniowego OIPIP w Częstochowie, dofinansowanie kształcenia podyplomowego nie przysługuje.** ■





## OGÓLNOPOLSKI PROGRAM ZWALCZANIA GRYPY

Organizatorzy akcji i konkursu pod hasłem  
Placówka Medyczna - Partner Ogólnopolskiego Programu  
Zwalczania Grypy  
mają zaszczyt przyznać

### Nagrodę Główną Przychodni Lekarskiej „Południe” w Częstochowie

za zasługi w wieloletniej i konsekwentnej promocji  
profilaktyki grypy oraz wzorową współpracę ze  
społecznością lokalną ■

Włodzimierz Jezierski  
Prezes Polskiego Towarzystwa Oświaty Zdrowotnej

prof. UM w Łodzi dr hab. med. Adam Antczak  
Przewodniczący Rady Naukowej Instytutu Oświaty  
Zdrowotnej

**Serdecznie gratulujemy**

## Kącik edukacyjny!

### Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Kontynuujemy publikację kącika sprawdzającego naszą wiedzę z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa. W każdym numerze Biuletynu Informacyjnego będziemy zamieszczać 10 pytań z różnych dziedzin pielęgniarstwa. Uwaga! Jedna odpowiedź jest poprawna.

Życzymy powodzenia w rozwiązywaniu zadań i udzielaniu odpowiedzi.

#### Zadanie 1.

Głównym czynnikiem ryzyka rozwoju zakażenia w obrębie cewnika naczyniowego są:

- A. heparynizacje,
- B. stosowanie koreczków jednorazowego użycia,
- C. stosowanie tradycyjnych opatrunków,
- D. częste, zbędne manipulacje.

#### Zadanie 2.

Po przetoczeniu krwi i preparatów krwiopochodnych pojemnik z resztkami preparatu krwi należy przechowywać w temperaturze +4° C, przez:

- A. 24 godziny,
- B. 18 godzin,
- C. 5 dni,
- D. 7 dni.

#### Zadanie 3.

Najbardziej niebezpiecznym źródłem zakażenia wirusami HIV, HBV, HCV jest:

- A. mleko kobiece,
- B. płyn otrzewnowy,
- C. wydzielina pochwowa,
- D. krew.

#### Zadanie 4.

Wprowadzenie i utrzymywanie cewnika w żyłę głównej większa przede wszystkim ryzyko wystąpienia powikłań:

- A. egzogennych,
- B. zakrzepowo - zatorowych,
- C. endogennych,
- D. nieswoistych.

#### Zadanie 5.

U osób starszych początek działania leku jest:

- A. opóźniony, a działanie wydłużone,
- B. przyśpieszony, a działanie krótkotrwałe,
- C. opóźniony i działanie krótkotrwałe,
- D. zależne od rodzaju podawanego leku.

#### Zadanie 6.

Poziom samodzielności chorego przewlekłe, w zakresie podstawowych czynności życia codziennego, można ocenić stosując skalę:

- A. Lawton,
- B. NYHA,
- C. Norton,
- D. Barthel.

#### Zadanie 7.

W planowaniu działań opiekuńczych, mających na celu zapobieganie skutkom długotrwałego unieruchomienia wobec obłożnie chorych, pielęgniarka powinna uwzględnić:

- A. zmianę pozycji ułożeniowej oraz masaż i natłuszczenie miejsc narażonych na występowanie odleżyn przy każdej zmianie pozycji,
- B. ćwiczenia oddechowe i ćwiczenia bierne,
- C. prawidłowe odpowiedzi A i B,
- D. żadna z podanych odpowiedzi nie jest prawidłowa.

#### Zadanie 8.

Objawami przedawkowania opioidów (morfiny) u pacjenta przewlekłe chorego NIE jest:

- A. zwolnienie oddechów < 10 / min,
- B. słaba reakcja na światło,
- C. zaburzenie świadomości,
- D. biegunka.

#### Zadanie 9.

Opis zdrowia, najbliższy współczesnej definicji zdrowia WHO, ujęła:

- A. Nightingale,
- B. Henderson,
- C. Neuman,
- D. Orem.

#### Zadanie 10.

Palce pałeczkowate występują u osób z:

- A. siniczą wadą wrodzoną serca,
- B. zawałem mięśnia sercowego,
- C. migotaniem przedsionków,
- D. chorobą niedokrwienną serca. ■

## Pielęgniarki z większym prestiżem niż lekarze

**Lekarze i pielęgniarki są w pierwszej dziesiątce zawodów o największym poważaniu społecznym. Na jakich miejscach? Kto ich wyprzedza?**

Największym poważaniem społecznym cieszy się zawód strażaka, profesora uniwersytetu oraz robotnika wykwa-

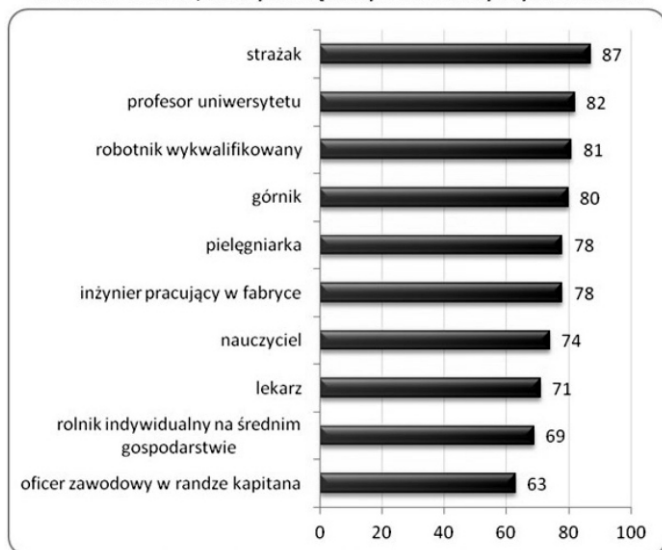
likowanego. Ponad 80 proc. badanych twierdziło, że darzą tę zawody dużym poważaniem. W pierwszej dziesiątce profesji o najwyższym prestiżu zawodowym znaleźli się ponadto: górnik, pielęgniarka, inżynier pracujący w fabryce, nauczyciel, lekarz, rolnik oraz oficer zawodowy w randze kapitana.

- W ostatnich latach nastąpiły wyraźne zmiany – zawody oparte na pracy fizycznej zyskały na poważaniu. Wynikać to może z faktu, iż Polacy coraz bardziej cenią profesje dające konkretne kwalifikacje – komentuje Diana Turek, specjalista ds. rynku pracy z Sedlak & Sedlak.

Najgorzej oceniany jest działacz partii politycznej – co piąty badany stwierdził, iż zasługuje on na duże poważanie.

Tylko ok. jedna trzecia respondentów badania CBOS wskazywała jako zawód związany z poważaniem: posła na Sejm, radnego gminy oraz maklera giełdowego.

**Dziesięć zawodów o największym poważaniu społecznym - odsetek Polaków, którzy darzą dany zawód dużym poważaniem**



Opracowanie Sedlak & Sedlak na podstawie komunikatu z badań CBOS-u, Prestiż zawodów, 2013

Aleksandra Kurowska  
11 lutego 2014

### Nowości w zbiorach Biblioteki działającej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych:

Tytuł: **Standardy domowej pielęgniarskiej opieki długoterminowej**

Autorzy: Dorota Czajka, Beata Czekala  
Numer inwentarzowy: **750, 751**

Tytuł: **Wybrane procedury postępowania pielęgniarskiego w warunkach domowych**

Autorzy: Dorota Czajka, Beata Czekala  
Numer inwentarzowy: **752, 753**

Tytuł: **Anna Rydlówna (1884-1969) organizatorka szkolnictwa pielęgniarskiego, działaczka społeczna i niepodległościowa**

Autorzy: Urszula Perkowska  
Numer inwentarzowy: **754**

**Zapraszamy pielęgniarki i położne do korzystania z fachowej literatury!**

## DYREKTOR WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W CZĘSTOCHOWIE PRZY UL. BIALSKIEJ 104/118 ZAMIERZA OGŁOSIĆ KONKURSY NA STANOWISKA PIELEŃNIAREK ODDZIAŁOWYCH:

- 1) Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla wentylowanych mechanicznie **przy ul. PCK 7,**
- 2) Oddziału Pediatrii **przy ul. Bialskiej 104/118,**
- 3) Oddziału Pediatrii **przy ul. PCK 7,**
- 4) Oddziału Neurochirurgii **przy ul. Bialskiej 104/118,**
- 5) Oddziału Chorób Wewnętrznych **przy ul. PCK,**
- 6) Oddziału Nefrologii z Pododdziałem Dializ Otrzewnowych i Stacji Dializ **przy ul. Bialskiej 104/118,**
- 7) Oddziału Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałem Patologii Ciąży **przy ul. Bialskiej 104/118,**
- 8) Oddziału Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych **przy ul. Bialskiej 104/118.**

Kandydaci na w/w stanowisko/a winni posiadać kwalifikacje zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20.07.2011r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151 poz. 896)

Więcej informacji u organizatora konkursów. ■

### Uwaga Koleżanki i Koledzy! Odwołujemy wycieczkę do Lwowa w związku z trudną sytuacją na Ukrainie.

### W zamian OIPiP w Częstochowie organizuje wycieczkę do Pragi.

Wycieczka odbędzie się w dniach 16-18 maja 2014 roku. Cena wycieczki 460 zł od osoby przy min 45 uczestnikach, istnieje możliwość zabrania osoby towarzyszącej. Cena nie zawiera kosztów wstępów do zwiedzanych obiektów. W cenie wycieczki opłacone są świadczenia:  
- przejazd luksusowym autokarem (wc, bar, video),  
- opiekę pilota na całej trasie,  
- 2 noclegi ze śniadaniem,  
- 2 obiadowe kolacje,  
- ubezpieczenie.

Osoby chętne – zapraszamy do biura OIPiP ul. Pułaskiego 25.

W razie pytań prosimy o telefon pod nr. 343245112, 503008946. ■



Szanowni Państwo,  
serdecznie zapraszam na uroczyste obchody z okazji

## DNIA PRACOWNIKA SŁUŻBY ZDROWIA

W ramach obchodów wręczone zostaną  
Nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy  
im. Doktora Władysława Biegańskiego  
w dziedzinie ochrony zdrowia.

Uroczystości towarzyszyć będzie koncert Orkiestry  
Symfonicznej Filharmonii Częstochowskiej  
pod Dyrekcją Adama Klocka, którego solistą będzie  
Zbigniew Wodecki.

Obchody odbędą się w dniu 6 kwietnia 2014 r.  
o godz. 18.00 w Filharmonii Częstochowskiej



## OPIEKA PALIATYWNA W POLSCE 2014

WARSZAWA, 4–5 kwietnia 2014 r.

### Opieka Paliatywna w Polsce 2014

Polska zajmuje wysoką pozycję w świecie pod względem rozwoju opieki paliatywnej, co wynika głównie z dużej liczby hospicjów domowych. Nie zawsze jednak przekłada się to na dostępność świadczeń, gdyż większość jednostek ma małe kontrakty. Z analiz przeprowadzonych przez organizacje międzynarodowe wynika, że opieka paliatywna nadal nie zaspokaja potrzeb mieszkańców Europy i konieczne są dalsze działania w kierunku rozwoju tej dziedziny medycyny, z uwzględnieniem zwiększających się potrzeb wynikających z uwarunkowań demograficznych.

W Polsce medycyna paliatywna jest niedoszacowana, jej finansowanie jest niewystarczające, brakuje także poradni medycyny paliatywnej. Pomimo dostępności wielu silnych leków przeciwbólowych pacjenci nadal cierpią z powodu bólu.

O tych problemach, a także o najnowszych metodach terapeutycznych oraz o jakości w opiece paliatywnej będziemy rozmawiać podczas konferencji.

**Termin:** 4-5 kwietnia 2014 r.

**Miejsce:** Warszawa

Hotel Westin, Aleja Jana Pawła II 21

**Konferencja pod patronatem** redakcji czasopism *Medycyna Paliatywna* i *Menedżer Zdrowia* oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej

**Organizatorzy:**

wydawnictwo Termedia, Redakcja czasopisma *Medycyna Paliatywna*,

Pracownia Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**Kierownik naukowy:** dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz

### Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

Biuro organizacyjne:

Termedia sp. z o.o.

ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00  
szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl



## PRAKTYKA HEMATOLOGICZNA 2014

WARSZAWA, 11–12 kwietnia 2014 r.

### Praktyka Hematologiczna 2014

Pod naukowym kierownictwem konsultanta krajowego w dziedzinie hematologii prof. Wiesława Jędrzejczaka odbędzie się konferencja Praktyka Hematologiczna 2014. Zapraszamy do Warszawy 11-12 kwietnia 2014 r.! Program wydarzenia będzie poświęcony najważniejszym schorzeniom krwi i układu krwiotwórczego. W trakcie konferencji zaplanowano spotkanie konsultantów wojewódzkich w dziedzinie hematologii.

**Termin:** 11–12 kwietnia 2014 r.

**Miejsce:** Warszawa

Hotel Novotel Warszawa Centrum, ul. Marszałkowska 94/98

**Kierownik naukowy:** prof. dr hab. Wiesław W. Jędrzejczak

**Organizatorzy:**

Katedra i Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  
wydawnictwo Termedia

**Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.**

Biuro organizacyjne:

Termedia sp. z o.o.

ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00  
szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

## Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu

Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania  
w Opiece Zdrowotnej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego  
w Poznaniu

Instytut Architektury, Urbanistyki i Ochrony Dziedzictwa  
Wydział Architektury Politechniki Poznańskiej

Serdecznie zapraszają na Konferencję Naukową

### Zdrowie a styl życia w rodzinie

Poznań, 27 czerwca 2014r

#### I KOMUNIKAT

Uczestnicy za udział w konferencji otrzymają 12 pkt. edukacyjnych



### Problematyka:

1. Środowiska kształtujące styl życia i zachowania zdrowotne człowieka.
2. Zagrożenia zdrowotne w różnych okresach życia.
3. Czas wolny a zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne współczesnego człowieka.
4. Wpływ odżywiania się na zdrowie człowieka.
5. Architektura a styl życia. Architektura służby zdrowia.
6. Prawo i styl życia w rodzinie.
7. Ekonomiczne wyznaczniki stylu życia w rodzinie.
8. Perspektywy e-usług dla rodziny.
9. Modele zdrowego stylu życia – profilaktyka i edukacja.
10. Varia

### Informacje dla uczestników:

1. Obrady odbędą się w Centrum Wykładowo-Konferencyjnym Politechniki Poznańskiej, ul. Piotrowo 2, 60-965 Poznań
2. Nadesłane artykuły zostaną zrecenzowane i opublikowane (po uzyskaniu pozytywnych recenzji) w czasopiśmie naukowym „Pielęgniarstwo Polskie” (3 punkty MNiSW) lub monografii (4 punkty MNiSW).
3. Przestrzeganie wymogów edytorskich jest koniecznym warunkiem dopuszczenia artykułu do recenzji. Teksty, w których wymogi edytorskie nie zostaną uwzględnione, nie będą przekazane do recenzji i druku.
4. Artykuły w wersji elektronicznej należy przesłać na adres: knoz@ump.edu.pl lub orgzarz@ump.edu.pl
5. Opłata za udział w konferencji wynosi 300 zł (dla członków PTNoZ koszt wynosi 200zł) i obejmuje udział w sesjach naukowych oraz materiały konferencyjne.
6. Istnieje możliwość opublikowania artykułu bez udziału w konferencji (po uzyskaniu pozytywnych recenzji). Opłata za publikację bez uczestnictwa wynosi 150 zł.

Wniesienie opłaty konferencyjnej jest warunkiem udziału w konferencji. Opłata na konto:

BZ WBK 60 1090 1346 0000 0001 1347 1664,  
z dopiskiem PTNoZ.

### Kalendarium

1. Nadsyłanie wypełnionych kart zgłoszeniowych do 31 marca 2014 roku.
2. Ostateczny termin nadsyłania artykułów do 15 kwietnia 2014 roku.
3. Ostateczny termin uiszczenia opłaty konferencyjnej do 31 maja 2014 roku. ■

**W dniach 1 – 3 października 2014 roku  
odbędzie się  
VI Konferencja Naukowo- Szkoleniowa  
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa  
Ratunkowego**

**pod przewodnim hasłem**

### **Współpraca z jednostkami wyspecjalizowanymi**

Temat tegorocznej Konferencji jest szeroki, bo i wachlarz jednostek z jakimi przychodzi nam współpracować coraz bardziej się poszerza

Najważniejszy w przyrodzie łańcuch – DNA nie istniał by bez wzajemnej harmonii i uzupełniania się jego elementarnych ogniw. Podobnie wysiłki zintegrowanego ratownictwa medycznego nie byłyby efektywne bez współdziałania z jednostkami, do których trafia pacjent celem ostatecznego leczenia.

Nasza rola w łańcuchu ratowniczym, choć niezwykle ważna, pozostaje tylko jednym z jego ogniw. Z tego też powodu na Konferencję zaprosiliśmy wybitnych specjalistów z Polski i zagranicy oraz profesjonalistów i praktyków z dziedzin reprezentujących specjalistyczne jednostki.

Chcemy na polu interdyscyplinarnej dyskusji poruszyć tematy, które nas interesują.

Liczymy, że taka forma doskonalenia może przynieść największe korzyści zdrowotne dla pacjentów, a dla nas poczucie dobrze spełnionych zadań i satysfakcji z wykonywanej pracy.

Program konferencji przewiduje cykl wykładów, warsztatów ćwiczeniowych i symulacji. Corocznie bierze w nich udział ok. 250 pielęgniarek, pielęgniarzy, ratowników i lekarzy z całej Polski. Liczymy, że i w tym roku liczba ta będzie, co najmniej taka sama.

Miejscem Konferencji jest malowniczo położony hotel Czarny Potok\*\*\*\* w Krynicy Zdroju. Mamy nadzieję, że ten, nieprzypadkowy wybór, spełni oczekiwania także pod względem relaksu i wypoczynku po intelektualnych zmaganiach.

Jesteśmy przekonani, że organizacja kolejnego spotkania na skalę międzynarodową przyczyni się do podnoszenia prestiżu i poziomu wykonywanych świadczeń przez pielęgniarki systemu, oraz poruszania najważniejszych dla naszego środowiska pielęgniarskiego tematów. ■

**Serdecznie zapraszamy**

**BiRaKo®**  
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:  
tel. 34 365 16 86  
DOSTAWA GRATIS

Częstochowa  
ul. Kościuszki 13 p.28  
pn-pt, godz. 8<sup>00</sup> - 16<sup>00</sup>

**DRUKI MEDYCZNE  
ARTYUŁY BIUROWE  
KUPONY REKUS**



## Zaproszenie

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

ma zaszczyt zaprosić  
na uroczyste obchody

## Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej,

które odbędą się w Filharmonii Częstochowskiej im.  
Bronisława Hubermana  
w dniu **10 maja 2014r. o godz. 16.30**

**Osoby zainteresowane prosimy zgłaszać się do pełnomocników w poszczególnych rejonach wyborczych lub do Biura OIPiP!** ■



## Życzenia

Najlepsze życzenia to marzeń spełnienia.  
Bo cóż piękniejszego, niż własne marzenia?  
Wiek emerytalny po to jest nam dany, by  
realizować niespełnione plany...

Pani

## Alicji Witas

w związku z zakończeniem pracy zawodowej i  
zasłużonym odejściem na emeryturę,  
podziękowania za długoletnią pracę,  
zaangażowanie na rzecz środowiska  
pielęgniarskiego, wspieranie chorych  
życzenia radości i dobrego zdrowia na dalsze lata  
składają

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w  
Częstochowie,  
Personel Powiatowej Stacji Sanitarno-  
Epidemiologicznej w Lublińcu  
oraz  
Pielęgniarki i Pielęgniarze SPZOZ w Lublińcu. ■

## NZOZ Przychodnia Lekarska „Księżycowa”

NZOZ Przychodnia Lekarska; Księżycowa; Sp. z o.o. mieści się w piętrowym budynku wkomponowanym w zabudowę jednego z częstochowskich osiedli Tysiąclecia w bezpośrednim sąsiedztwie Politechniki Częstochowskiej i Akademii i J. Długosza. Przychodnia działa na rynku usług medycznych od 1964r. od 1998r jako SPZOZ a od 2005 jako NZOZ sp. z o.o. Budynek został poddany remontom dzięki czemu uzyskał estetykę i funkcjonalność pomieszczeń. W 2012-2013 r budynek został powiększony o nową część. Uroczyste otwarcie nastąpiło 26.10.2013 r. W nowej części znajduje się Rehabilitacja pełnoprofilowa z salami ćwiczeń dla pacjentów, autoryzowany salon kosmetyczny Dermiki, apteka, sklep medyczny. Przychodnia to przede wszystkim personel wysoko wykwalifikowany. Zatrudniamy lekarzy specjalistów, pielęgniarki, położne, mgr fizjoterapii, mgr kosmetologii. Przychodnia Lekarska: Księżycowa; to przede wszystkim placówka podstawowej opieki zdrowotnej. W ramach tej placówki działają poradnie dla dorosłych, dla dzieci zdrowych, dla dzieci chorych. Świadczenia w tych zakresach wykonują lekarze specjaliści medycyny ogólnej, medycyny rodzinnej oraz chorób wew. i pediatrii. W zakresie POZ działają również piel. i położne POZ. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna to poradnie; neurologiczna, ginekologiczno-położnicza, kardiologiczna, okulistyczna, audiologiczno- foniatryczna, laryngologiczna, a także stomatologiczna, higiena szkolna, rehabilitacja, medycyna pracy, punkt pobrań materiałów do badań laboratoryjnych. Na terenie przychodni znajdują się również- punkt optyczny, dobór aparatów słuchowych, badania USG/ przepływy żylny, tętnicze, tarczycy, sutków, jamy brzusznej, położniczo- ginekologiczne, UKG/.

Odczuwamy dumę i satysfakcję z nowo otwartego salonu Dermika Salon& Spa, gdzie klienci mogą skorzystać z wyjątkowej pielęgnacji swojego ciała. Naszym celem było harmonijne połączenie wyjątkowej oferty firmy Dermika z wysokiej jakości obsługą, tak aby stworzyć atmosferę sprzyjającą sprostaniu potrzebom ciała i ducha. Idea ta powstała dzięki świadomości, że prawdziwe piękno idzie w parze z radością życia. Oferujemy zabiegi na twarz i ciało zarówno dla pań jak i panów. Nasze zabiegi m.in. na twarz to dotyk czystego złota, ukryte pragnienie, ukojenie, życiodajne misterium. Kompleksowa pielęgnacja ciała to: egzotyczne chwile, żurawinowa uczta, satynowa gładkość stóp, zabiegi antycellulitowe, wyszczuplające. Salon Spa to również medycyna estetyczna, mezzoterapia, zabiegi laserowe, wypełnianie zmarszczek, doradztwo dietetyczne. Pacjenci wykazują zadowolenie z kompleksowości usług. ■

Maria Szymanek

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA. <sup>1)</sup>

z dnia 12 grudnia 2013 r.

**w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne**

Na podstawie art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:



§ 1.

1. Specjalizacje dla pielęgniarek mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa:

- 1) anestezjologicznego i intensywnej opieki;
- 2) chirurgicznego;
- 3) geriatrycznego;
- 4) internistycznego;
- 5) onkologicznego;
- 6) operacyjnego;
- 7) opieki długoterminowej;
- 8) opieki paliatywnej;
- 9) pediatricznego;
- 10) psychiatrycznego;
- 11) ratunkowego;
- 12) rodzinnego.

2. Specjalizacja dla pielęgniarek może być prowadzona w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia – w ochronie zdrowia pracujących.

3. Specjalizacja dla położnych może być prowadzona w dziedzinach pielęgniarstwa: 1) ginekologiczno-położniczego; 2) rodzinnego.

4. Specjalizacja dla pielęgniarek i położnych może być prowadzona w dziedzinie pielęgniarstwa:

- 1) epidemiologicznego;
- 2) neonatologicznego.

§ 2.

1. Kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa:

- 1) anestezjologicznego i intensywnej opieki;
- 2) chirurgicznego;
- 3) diabetologicznego;

- 4) geriatrycznego;
- 5) internistycznego;
- 6) kardiologicznego;
- 7) nefrologicznego z dializoterapią;
- 8) neonatologicznego;
- 9) neurologicznego;
- 10) onkologicznego;
- 11) operacyjnego;
- 12) opieki długoterminowej;
- 13) opieki paliatywnej;
- 14) pediatricznego;
- 15) psychiatrycznego;
- 16) ratunkowego;
- 71) rodzinnego;
- 18) środowiska nauczania i wychowania;
- 19) transplantacyjnego.

2. Kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek może być prowadzony w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia – w ochronie zdrowia pracujących.

3. Kursy kwalifikacyjne dla położnych mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa:

- 1) anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii;
- 2) operacyjnego;
- 3) rodzinnego.

4. Kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek i położnych może być prowadzony w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.

§ 3.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 24 sierpnia 2015 r.<sup>3)</sup>

**MINISTER ZDROWIA**

## Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Pułaskiego 25, 42-200 Częstochowa

### GODZINY PRACY BIURA

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	Środa 11 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup> , Piątek 15 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup>	p. 405
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	I i III środa miesiąca 15 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup>	p. 404
Księgowość	pn-pt 7 <sup>00</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>**



## Uroczystości wręczenia Statuetek Starosty „Za zasługi dla powiatu Częstochowskiego” – 2013



## Egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek „Pielęgniarstwo rodzinne” Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dnia 21 lutego 2014 roku





**Egzamin końcowy kursu specjalistycznego Leczenie ran – odleżyny Nr 11/07 dla pielęgniarek  
Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie - Częstochowa dnia 25 Luty 2014 roku.**



## **NZOZ Przychodnia Lekarska „Księżycowa”**

