

MIESIĘCZNIK

# BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



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



**Egzamin państwowy  
szkolenie specjalizacyjne  
w dziedzinie  
„Pielęgniarstwa zachowawczego”**

**Wrzesień 2014r**

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25



# Egzamin państwowy szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie „Pielęgniarstwa zachowawczego”



## W NUMERZE:

OIPiP

NIPiP / Konsultant  
Krajowy

Apel ORL

Prawo

Prace autorskie

Informacje

Kondolencje

### 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.czyst.pl

[www.oipip.czyst.pl](http://www.oipip.czyst.pl)

**Ośrodek szkoleniowy:**  
tel. 519 86 21 86  
szkolenia@oipip.czyst.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 mate-  
riałów do publikacji, jednocześnie redakcja nie  
zwraca materiałów nie publikowanych. Za błędy  
powstałe w czasie druku nie ponosimy odpowie-  
dzialności.

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.



## Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 27 sierpnia 2014 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dziesięć pielęgniarek i dwie położne.
- Wpisano do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Skreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie cztery pielęgniarki.
- Wniosek o zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony złożyły dwie pielęgniarki.
- Anulowano zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla jednej pielęgniarki.
- Wydano dwa Zaświadczenia o uznaniu kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej.
- Pod numerem 8/2014 dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych - kurs kwalifikacyjny w dziedzinie „Pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania” dla pielęgniarek.
- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla czterech pielęgniarek - na kwotę 6,500.00 zł.
- Przyznano dofinansowanie kształcenia podyplomowego za studia - magister pielęgniarstwa dla 2 osób - na kwotę 1,400.00 zł. ■

## KALENDARIUM

Sierpień - wrzesień 2014 rok

**29.08.2014r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu LIV zwyczajnej Sesji Rady Miasta, która odbyła się w sali sesyjnej Urzędu Miasta Częstochowy.

**03.09.2014r.** W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym odbyły się konkursy na stanowisko: Pielęgniarki Oddziałowej Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego dla wentylowanych mechanicznie, Pielęgniarki Oddziałowej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Przedstawiciele ORPiP brali udział w posiedzeniu komisji konkursowej na ww. oddziałach. Nowo wybranym Oddziałowym serdecznie gratulujemy.

**03.09.2014r.** W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym odbyły się konkursy na stanowisko: Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chorób Nefrologii z Pododdziałem Dializy Otrzewnowej i Stacji Dializ, Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych ul. PCK 7. Przedstawiciele ORPiP brali udział w posiedzeniu komisji konkursowej na ww. oddziałach. Konkursów nie rozstrzygnięto.

**03.09.2014r.** Przewodnicząca ORPiP spotkała się z Panią Dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Barbarą Magnuszewską Pankiewicz. Tematem spotkania było podjęcie współpracy dotyczącej szkoleń dla pielęgniarek i położnych.

**04.09.2014r.** W Hospicjum przy ul. Krakowskiej 45 odbyło się zebranie koła Terenowego PTP. W zebraniu uczestniczyła Przewodnicząca OIPiP.

**08.09.2014r.** W siedzibie OIPiP odbyło się spotkanie robocze Zespołu ds. opieki długoterminowej i hospicyjnej.

**12.09.2014r.** W siedzibie OIPiP odbył się egzamin z modułu „Badania fizyczne” uczestniczek szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwa położniczego.

**15.09.2014** W Warszawie odbył się egzamin państwowy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa zachowawczego”. Organizatorem szkolenia była OIPiP w Częstochowie.

**16.09.2014r.** W Ośrodku szkoleniowym OIPiP odbył się kurs doszkalcający „Długoterminowe dostępy naczyniowe- użytkowanie portów naczyniowych”.

**17.09.2014r.** W Ośrodku szkoleniowym OIPiP rozpoczął się kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych „Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów”.

**16-17.09.2014r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu NRPiP oraz Komisji Nauki, Kształcenia i Rozwoju Zawodowego przy NIPiP w Warszawie.

**18.09.2014r.** W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

**18.09.2014r.** W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.

**18.09.2014r.** W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**20-21.09.2014r.** Odbyło się szkoleniowe posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**22.09.2014r.** W Warszawie odbył się egzamin państwowy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa psychiatrycznego”. Organizatorem szkolenia była OIPiP w Częstochowie.

**23.09.2014r.** Na terenie Komendy Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej odbył się VI Konkurs Pierwszej Pomocy Przedmedycznej „Uratować znaczy życie”. Współorganizatorem konkursu była OIPiP w Częstochowie ■

## 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 pediatriczne

### 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 pediatriczne
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. Prowadzenie porodu w wodzie
13. Pielęgowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10
14. Leczenie ran –odleżyny Nr 11/07
15. Wykonanie konikopunkcji, odbarczenia odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszypikowego
16. Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów

#### **SKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE**

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherza moczowego
3. Badanie tętna płodu – zapis kardiokardiofografii
4. Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego
5. Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych

#### **SKOLENIA 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 żylniej i obrzęku limfatycznym
6. Diagnozowane i profilaktyka pacjentów ze skłonnościami samobójczymi

**Warunkiem rozpoczęcia każdego z kursów jest ucze-**  
**stnictwo 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.** ■

## **NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych  
Warszawa, dnia 17 lipca 2014 r.

Pan  
Donald Tusk  
Prezes Rady Ministrów

Niniejszym pragniemy uprzejmie poinformować, iż Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża sprzeciw wobec kolejnego przejawu lekceważenia przez Ministra Zdrowia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Wobec powyższego, w imieniu wszystkich członków naszego samorządu zawodowego wyrażamy wotum nieufności Ministrowi Zdrowia Bartoszowi Arłukowiczowi.

Pragniemy zwrócić uwagę Pana Premiera, iż z racji ustrojowego usytuowania, samorząd pielęgniarek i położnych wykonuje zadania władzy publicznej w zakresie ochrony zdrowia społeczeństwa i jest za nie odpowiedzialny. Tego rodzaju sytuacja daje mu szczególny tytuł do równoprawnego udziału m.in. w pracach nad przygotowywaniem rozwiązań prawno-systemowych dotyczących organizacji ochrony zdrowia.

Z przykrością jednak konstatujemy, iż od dłuższego już czasu, postawa prezentowana przez obecnego Ministra Zdrowia, który nie traktuje samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych jako partnera społecznego, budziła z naszej strony narastający niepokój. Był on tym większy, że podejście i stanowisko Ministra Zdrowia w poszczególnych kwestiach, nie dawały się pogodzić z deklarowanymi przez Pana Premiera rozwiązaniami i sposobem działania.

Potraktowanie grupy zawodowej pielęgniarek i położnych przez Ministra Zdrowia w toku obecnych prac nad zmianami ustaw tzw. „kolejkowych” odbieramy jako przejaw lekceważenia i braku poszanowania konstytucyjnych prerogatyw samorządu zawodowego. Przejawem tego rodzaju zachowań jest chociażby przebieg posiedzeń Sejmowej Komisji Zdrowia w dniach 8 - 9 lipca 2014 r., podczas których Minister Zdrowia arbitralnie odrzucił wszystkie uwagi zgłoszone przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, nie przedstawiając jakiegokolwiek merytorycznego uzasadnienia. Analogiczna sytuacja miała miejsce na etapie tworzenia projektów rządowych.

W tej sytuacji, samorząd Pielęgniarek i Położnych nie widzi możliwości dalszej współpracy z Bartoszem Arłukowiczem, jako że sprowadza on rolę naszego samorządu do funkcji fasadowego akceptanta jego działań.

Trzeba z całą mocą podkreślić, że swe umocowanie do działania samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych czerpie z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, z którego wypływa prerogatywa ustawodawcy do tworzenia samorządów zawodowych reprezentujących osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, który to samorząd - jako osoba prawa publicznego - ma przede wszystkim chronić interes publiczny w granicach obowiązującego prawa. Nadto, zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.), samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.



Wszelkie swe prerogatywy zatem, co wynika wprost z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych realizuje w celu ochrony dobra wyższego, jakim jest szeroko pojęty interes publiczny, a w szczególności dobro tych, których życie i zdrowie jest zagrożone i którzy w tym trudnym czasie potrzebują pomocy.

Minister Zdrowia po myśli art. 34 ust. 1 i art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (tj.: Dz. U. z 2013 r. poz. 743 ze zm.) jest obowiązany do inicjowania i opracowywania polityki Rady Ministrów w stosunku do działu zdrowie, a także przedkładania w tym zakresie inicjatyw oraz projektów aktów normatywnych na posiedzenia Rady Ministrów, a wreszcie, zobowiązany jest do współdziałania z organami samorządu zawodowego. Jednak dotychczasowa postawa Ministra Zdrowia, ignorująca wszelkie propozycje wypracowania rozwiązań służących dobru publicznemu, w ocenie Pielęgniarek i Położnych, wskazuje, że Minister tego obowiązku nie wykonuje.

Brak dialogu w kwestii tak ważnej zarówno dla środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, jak i pacjentów, zmusza nas do skierowania do Pana Premiera wniosku o dokonanie pogłębionej analizy zaistniałego stanu rzeczy oraz wyciągnięcie konsekwencji wobec osób, których działania mogą mieć z jednej strony poważne konsekwencje w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a z drugiej konsekwencje polityczne dla osób sprawujących obecnie władzę w Rzeczypospolitej Polskiej.

Pragniemy podkreślić, że nie jest naszą intencją wywieranie presji, dla zagwarantowania jakichkolwiek przywilejów czy poprawy sytuacji określonej grupy zawodowej. Intencją naszą jest zwrócenie uwagi Pana Premiera na problem, który skutkować może w niedalekiej przyszłości narażeniem zdrowia lub życia tych, którzy z powodu swego stanu zdrowia wymagają opieki i zagwarantowania należytego poziomu świadczeń zdrowotnych.

Mając na uwadze powyższe argumenty, zmuszeni jesteśmy zgłosić do Premiera RP, swoiste votum nieufności dla Ministra Zdrowia oraz rozważenie zmiany na tym stanowisku. ■

## Konsultant Krajowy

### **Opinia Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie uprawnień pielęgniarki do uzupełniania druku skierowania lekarskiego na badania diagnostyczne lub konsultacje o dane pacjenta albo druku obejmującego zlecenia lekarskie, które następnie podpisuje lekarz oraz kompetencji pielęgniarki w tym zakresie**

Zasady prowadzenia przez lekarza i pielęgniarkę dokumentacji medycznej reguluje kilka aktów prawnych między innymi: ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 roku z późn. zm. (Dz. U. z 2011 Nr 277, poz.1634), ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz. U. z 2011 Nr 174, poz.1039), ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku (Dz. U. z 2009 Nr 52, poz. 417) i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2010 r. z późn.zm. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania Dz. U. 2010 Nr 252, poz.1697).

Art. 41.1. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry i art.18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej nakłada na lekarza i pielęgniarkę obowiązek prowadzenia indywidualnej

dokumentacji medycznej pacjenta. Przepisy rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej określają zasady jej prowadzenia. § 18 pkt 4 wspomnianego rozporządzenia określa, że wpisu w karcie zleceń lekarskich dokonuje lekarz prowadzący lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem, natomiast wpisu o wykonaniu zlecenia dokonuje osoba wykonująca zlecenie (np. pielęgniarka, położna). Punkty 3 i 6 § 18 określają, że wpisy w karcie obserwacyjnej i wpisy dotyczące monitorowania bólu są dokonywane przez lekarza i pielęgniarkę. Pielęgniarka jest uprawniona do wykonania zlecenia lekarskiego, które jest zapisane w dokumentacji medycznej (art. 15.ust. 1. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej). Zapis w dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wpisu do dokumentacji medycznej dokonuje się w niezwłocznie po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym, a każdy wpis opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu. Osoba kierująca na badanie lub konsultację przekazuje podmiotowi, do którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem, informacje z dokumentacji indywidualnej wewnętrzne pacjenta niezbędne do przeprowadzenia tego badania lub konsultacji.

Art. 24 ust.2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wskazuje, że lekarz i pielęgniarka są uprawnieni do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, które obejmują:

1. oznaczenie pacjenta:
  - a) pozwalające na ustalenie jego tożsamości tj.: nazwisko i imię (imiona), data urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL-rodzaj numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość,
  - b) w przypadku gdy pacjentem jest osobą małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego i adres jego miejsca zamieszkania.
2. oznaczenie podmiotu udzielającego świadczenie zdrowotne ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych,
3. opisu stanu pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych,
4. datę sporządzenia.

Brak któregośkolwiek z tych elementów oznacza, że dany dokument nie jest dokumentem medycznym.

Przepisy rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania stanowią, że dokumentacja medyczna może być prowadzona w formie pisemnej i elektronicznej. Zgodnie z art. 58 w zw. z art. 11 ust.1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 z późn.zm.) podmioty lecznicze i praktyki zawodowe (lekarskie i pielęgniarskie) będą miały obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w postaci elektronicznej już od dnia 1 sierpnia 2014 roku (art. 24 ust.1a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Podstawowe warunki prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej dla podmiotów leczniczych oraz lekarskich i pielęgniarskich praktyk zawodowych reguluje § 80 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania. Wynika z niego, że każda pielęgniarka ponosi odpowiedzialność za prawidłowe



prorowadzenie dokumentacji medycznej w zakresie prowadzonego procesu pielęgnowania chorego, wykonywanych działań medycznych zleconych i wpisanych przez lekarza, jak i bez zlecenia lekarskiego zgodnie z uprawnieniami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarza (Dz.U. Nr 210, poz.1540).

Zarówno pielęgniarka wykonująca zawód w ramach podmiotów leczniczych, jak i w ramach pielęgniarskiej praktyki zawodowej, jest uprawniona do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, z uwagi na zaliczenie podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych do podmiotów przetwarzających dane osobowe w związku z wykonywaną działalnością zarobkową, zawodową lub dla realizacji celów statutowych, jak również realizowanych zadań publicznych (art. 3 ust.2 pkt 1 i 2 ustawy o ochronie danych osobowych). Przez przetwarzanie danych osobowych rozumie się jakiegokolwiek operację wykonywaną na danych osobowych takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych począwszy od etapu ich zbierania, a następnie fazy przechowywania i niszczenia (art. 7 pkt 2 ustawy o ochronie danych osobowych). Dane zawarte w dokumentacji medycznej mogą być przetwarzane przez pielęgniarkę tylko na zasadach ściśle określonych w przepisach prawa (art. 27 ust. 2 ustawy o danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r, Nr 101, poz.926 z późn.zm.)). ■

Kraków 28.06.2013 r.

dr hab. Maria Kózka

Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa

## **Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych**

### **Apel samorządów zawodów medycznych do Prezydenta RP, Premiera RP, Marszałków Sejmu, Marszałków Senatu o pilną debatę w sprawie narastających zagrożeń dla bezpieczeństwa leczenia pacjentów w Polsce**

Polski system ochrony zdrowia od lat jest przedmiotem uzasadnionej krytyki ze strony obywateli, organizacji pacjentów, pracowników ochrony zdrowia, zarządzających placówkami medycznymi, samorządów zawodowych, działaczy samorządu terytorialnego, przemysłu medycznego i ekspertów. Wskaźniki dostępu do opieki i jej jakości, a w rezultacie także wskaźniki zdrowia, lokują Polskę na najgorszych miejscach w statystykach europejskich. Najlepiej, obok samych pacjentów korzystających z opieki zdrowotnej, znają te problemy pracownicy ochrony zdrowia udzielający na co dzień tzw. „świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia”.

W związku z narastającym niezadowoleniem społecznym, powodowanym wydłużającymi się kolejkami w placówkach medycznych po uzyskanie tzw. świadczeń „gwarantowanych”, problem ten stał się bodźcem do pospiesznego projektowania i wprowadzania kolejnego „pakietu” zmian w funkcjonowaniu ochrony zdrowia.

Niestety, działania polityków podtrzymują niedofinansowanie systemu, postępującą biurokratyzację i piętrzą utrudnienia

w dostępie do leczenia chorych. Są one dobitnymi przykładami na to, że proponowane przez rząd i jego agendy sposoby poprawy sytuacji wywierają efekt odwrotny do oczekiwanego, a jeżeli coś poprawiają, to głównie stan budżetu płatnika, czyli NFZ. Twierdzenia autorów kolejnych niefortunnych zarządzeń, że działają „dla dobra pacjenta” oraz oparte na tym dyskredytowanie osób i środowisk proponujących inne rozwiązania lub sprzeciwiających się złym pomysłom, są w istocie tylko chwytami propagandowymi.

Jeszcze bardziej niepokojący i nie do zaakceptowania jest pośpiech we wprowadzaniu nowych, rzekomo dobrych rozwiązań. W procesie legislacyjnym praktycznie nie uwzględnia się propozycji i uwag samorządów zawodów medycznych. Uchwalanie „pakietu kolejkowego” było pod tym względem szczególnie jaskrawym przykładem postępowania niezgodnego z zasadami obywatelskiego państwa prawa. Pod hasłami skracania kolejek, wprowadzono w ogromnym pośpiechu przepisy podporządkowujące Ministrowi Zdrowia kolejne elementy systemu ochrony zdrowia, zrywając w ten sposób całkowicie z podstawowymi kierunkami reformy ochrony zdrowia, którą miano decentralizować i uniezależniać od polityki.

Za przejaw nieliczenia się z rzeczywistością i faktycznymi potrzebami pacjentów oraz placówek medycznych należy uznać pominięcie zagadnień finansowania świadczeń, które miałyby uzyskać priorytet (np. świadczeń onkologicznych). Organizacje pracowników medycznych od lat wskazują na zbyt niski poziom finansowania ochrony zdrowia. Wiedzą oni z własnego doświadczenia, że system można w nieskończoność „poprawiać”, „uszczelniać”, „racjonalizować”, czy reorganizować, ale bez zwiększenia nakładów na leczenie i ustalenia przejrzystych zasad finansowania, działania te nie przyniosą zadowalających efektów. Współczesna medycyna wymaga coraz liczniejszego wysoko wykwalifikowanego personelu, drogich środków i urządzeń. Nie zastąpi ich rozbudowywana sprawozdawczość i biurokratyczny nadzór.

Ochrona zdrowia nie może być elementem przetargów politycznych ani wyborczego konkursu popularności. Pracownicy ochrony zdrowia oczekują, że ich doświadczenie zostanie wykorzystane w tworzeniu zasad funkcjonowania systemu. Niezrozumiałe i nieuzasadnione przekonanie administratorów o nieomyślnej trafności niedopracowanych, dyktowanych polityczną potrzebą pośpiesznych rozwiązań, szczególnie widoczne podczas uchwalania ustaw „pakietu kolejkowego”, musi ustąpić miejsca rzeczowej dyskusji. Dlatego też apelujemy do Prezydenta RP, Premiera RP, Marszałków Sejmu, Marszałków Senatu o zorganizowanie pilnej debaty z przedstawicielami samorządów zawodów medycznych w sprawie narastających zagrożeń dla bezpieczeństwa leczenia pacjentów w Polsce. Wnosimy także o powołanie grupy ekspertów składającej się z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia oraz samorządów zawodów medycznych.

Samorządy zawodów medycznych, reprezentujące kilkaset tysięcy pracowników ochrony zdrowia, jak zawsze, tak i teraz są gotowe do merytorycznej debaty, która pacjentom zapewni odpowiedni dostęp do bezpiecznej opieki medycznej o wysokiej jakości, a pracownikom medycznym godne warunki leczenia chorych. ■

Maciej Hamankiewicz  
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Grażyna Rogala - Pawelczyk  
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.





**Apel Prezydiów Okręgowych Rad Lekarskich  
w Katowicach, Częstochowie, Bielsku-Białej do  
społeczeństwa i organów wymiaru sprawiedliwości  
z dnia 30 maja 2014r. O niedostatecznej walce  
z szarlatanami, zagrażającymi życiu i zdrowiu,  
z apelem do chorych i ich bliskich o ostrożność  
i rozwagę.**

Apel

Prezydiów Okręgowych Rad Lekarskich w Katowicach,  
Częstochowie, Bielsku-Białej do społeczeństwa i organów  
wymiaru sprawiedliwości z dnia 30 maja 2014r.  
O niedostatecznej walce z szarlatanami, zagrażającymi życiu  
i zdrowiu, z apelem do chorych i ich bliskich o ostrożność  
i rozwagę.

Prezydium Okręgowych Rad Lekarskich w Katowicach, Częstochowie i Bielsku-Białej zwracały uwagę na działalność osób uważających się za uzdrowicieli, które z powodu niekompetencji oraz braku wiedzy medycznej, swoim postępowaniem powodowały pogorszenie stanu zdrowia osób korzystających z ich usług. W skrajnych przypadkach, działania „znachorów” polegające na nieuprawnionych i nieudolnych próbach leczenia, bądź też na namowach do zaprzestania korzystania przez chorych z pomocy lekarskiej, prowadziły do śmierci. Prezydium ORL w Katowicach, Częstochowie i Bielsku-Białej z ubolewaniem stwierdzają, że organy wymiaru sprawiedliwości wielokrotnie bagatelizowały działalność tych osób, odmawiając wszczęcia wobec nich postępowania karnego, bądź też je umarzając. Decyzje te były niezrozumiałe z uwagi na fakt, że zgodnie z obowiązującymi przepisami świadczenie usług zdrowotnych stanowi działalność regulowaną, zarezerwowaną wyłącznie dla osób posiadających wykształcenie medyczne i odpowiednie kwalifikacje. Podejmowanie się leczenia przez osoby nieposiadające uprawnień, zgodnie z przepisem z art. 58 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, stanowi wykroczenie zagrożone karą grzywny.

Ze smutkiem stwierdzamy, że dopiero nagłośnienie przez media śmierci półrocznej Magdy, której życie i zdrowie rodzice powierzyli osobie uważającej się za uzdrowiciela i zarzut przyczynienia się do jej śmierci „znachora” z Nowego Sącza Marka H., (organy ścigania postawiły mu zarzut sprawstwa kierowniczego nieumyślnego spowodowania śmierci dziecka) prowadzi do szerszej dyskusji na ten temat i zwrócenia uwagi opinii społecznej oraz organów wymiaru sprawiedliwości na niebezpieczną, a czasem przestępczą działalność tych osób. Apelujemy do organów wymiaru sprawiedliwości, aby zwróciły szczególną uwagę na prowadzoną przez te osoby działalność i wyciągały wobec nich konsekwencje prawne, a także podejmowały kroki, zgodne z posiadanymi uprawnieniami, w celu zapobieżenia podobnym tragediom.

Zwracamy się także z apelem do społeczeństwa o zachowanie rozwagi i należytej ostrożności przed podjęciem decyzji o powierzeniu zdrowia swojego i bliskich osobom, które zdobywają zaufanie, bazując na nieświadomości, wykorzystując ból i cierpienie. Mimo nieposiadania odpowiednich kompetencji, osoby te podejmują się, jak do tej pory bezkarnie i bez ograniczeń, działań, które w wielu przypadkach są przyczyną ludzkich nieszczęść.

dr n. med. Jacek Kozakiewicz  
prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach  
dr Zbigniew Brzezina  
prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Częstochowie  
dr Klaudiusz Komor  
prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Bielsku - Białej

**MINISTERSTWO ZDROWIA**

Podsekretarz Stanu  
Cezary Rzemek

Pan  
dr n. med. Jacek Kozakiewicz  
Prezes  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Katowicach

W nawiązaniu do przekazanego do wiadomości Ministra Zdrowia Apelu Prezydiów Okręgowych Rad Lekarskich w Katowicach, Częstochowie, Bielsku-Białej do społeczeństwa i organów wymiaru sprawiedliwości z dnia 30 maja 2014 r. o niedostatecznej walce z szarlatanami, zagrażającymi życiu i zdrowiu, z apelem do chorych i ich bliskich o ostrożność i rozwagę, proszę o przyjęcie podziękowań za zaangażowanie się samorządu lekarskiego w sprawę ochrony pacjentów przed skutkami postępowania osób, które podejmują się prób leczenia nie posiadając stosownych, określonych przepisami prawa uprawnień, wiedzy i umiejętności.

Również Ministerstwo Zdrowia stoi na stanowisku, że fundamentem opieki zdrowotnej jest działalność osób wykonujących zawody medyczne w granicach i na podstawie prawa oraz zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, a także posiadających wymagane kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami.

Jestem przekonany, że Państwa apel zostanie z uwagą przyjęty przez organy wymiaru sprawiedliwości jako ważny głos reprezentacji środowiska lekarzy i lekarzy dentystów. Będę zobowiązany za przekazanie niniejszego pisma również pozostałym sygnatariuszom wspomnianego na wstępie Apelu.

z poważaniem  
Podsekretarz Stanu  
w Ministerstwie Zdrowia  
Cezary Rzemek

**Dyrektor Samodzielnego Publicznego  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
w Myszkowie zamierza ogłosić  
konkursy na stanowiska:**

- 1) Przełożonej Pielęgniarek Szpitala Powiatowego w Myszkowie
- 2) Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Ginekologiczno - Położniczego Szpitala Powiatowego w Myszkowie
- 3) Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neonatologicznego Szpitala Powiatowego w Myszkowie

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.



## Jak długo pozostaje ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu specjalistycznego?

Przepisy ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) nie przewidują terminu ważności uprawnień uzyskanych w wyniku ukończenia określonej formy kształcenia podyplomowego, w tym w szczególności kursu specjalistycznego.

Ponadto obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922) nie zawiera postanowień odnośnie terminu ważności wydawanych zaświadczeń o ukończeniu szkoleń. W szczególności we wzorze zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego, stanowiącym załącznik nr 10 do ww. rozporządzenia, brak jest treści wskazującej na dokonywanie wpisu daty ważności takiego zaświadczenia.

Wobec powyższego należy wskazać, iż zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego są wydawane bezterminowo. Nie ma więc podstaw do twierdzenia, iż ukończenie ww. kursu jest ważne tylko przez okres 5 lat. ■

## Na kim ciąży obowiązek aktualizacji danych dotyczących rejestracji uzyskanych kwalifikacji?

Art. 44 ust. 1 ustawy o z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U.2011.174.1039 z późn. zm.) stanowi, że rejestr pielęgniarek i położnych zawiera m.in.:

- datę i rodzaj ukończonego kształcenia podyplomowego, nazwę organizatora kształcenia wydającego zaświadczenie oraz w przypadku szkolenia specjalizacyjnego - numer dyplomu oraz datę jego wystawienia.

Pielęgniarka i położna wpisane do rejestru, są obowiązane do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, o których mowa w art. 44 ust. 1, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania (art. 46 ww ustawy).

Pielęgniarka i położna mogą wykonywać zawód m.in.: w ramach umowy o pracę, stosunku służbowego, na podstawie umowy cywilnoprawnej.

Pielęgniarka i położna wykonujące zawód w formach, o których mowa powyżej są obowiązane, w terminie 14 dni od dnia nawiązania stosunku służbowego lub zawarcia umowy, poinformować o tym fakcie okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu, wskazując:

- numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu;
- datę zatrudnienia i stanowisko, a w przypadku umów na czas określony - datę zakończenia umowy;
- miejsce wykonywania zawodu.

Są także obowiązane poinformować okręgową radę pielęgniarek i położnych, właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu, o rozwiązaniu albo wygaśnięciu umowy, w terminie 14 dni od dnia rozwiązania albo wygaśnięcia umowy (art. 19 ww ustawy).

Jak widać z powyższych przepisów ogólnie obowiązującego prawa, to na pielęgniarkę/ położną ciąży obowiązek aktualizowania powyższych danych. ■

## Informacje o szczególnych warunkach lub szczególnym charakterze pracy zamieszczane w świadectwie pracy

**Treść listu nadesłanego do NIPiP:** Czy na świadectwie pracy musi być informacja o tym, że pracowałam w narażeniu na promieniowanie jonizujące?

**Odpowiedź NIPiP:** W odpowiedzi na pytanie dotyczące umieszczenia na świadectwie pracy wzmianki o pracy pod wpływem promieniowania jonizującego, wyjaśniam, co następuje:

Zgodnie z treścią Załącznika do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. **w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz.U. 1983.8.43 z późn. zm.)** do ww. prac należą prace narażające na działanie promieniowania jonizującego oraz prace narażające na działanie pól elektromagnetycznych w zakresie od 0,1 do 300.000 MHz w strefie zagrożenia (Dział XIV. Prace różne pkt. 4). Praca taka winna być wymieniona na świadectwie pracy wraz z wyszczególnieniem okresu wykonywania pracy oraz jej rodzaju i zajmowanego stanowiska. ■

Z poważaniem  
( - ) Joanna Walewander  
Sekretarz NRPIP

## Czy pielęgniarka, położna, która odbywa przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu może być uczestnikiem kursu specjalistycznego?

Pielęgniarka, położna, która odbywa przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, położnej (zgodnie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) może być uczestnikiem kursu specjalistycznego.

Należy bowiem wskazać, iż zgodnie z art. 72 ust. 2 ww. ustawy do kursu specjalistycznego mogą przystąpić pielęgniarka lub położna, które:

- 1) posiadają prawo wykonywania zawodu;
- 2) zostały dopuszczone do kursu specjalistycznego po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego.

Wobec powyższego nie ma żadnych przeszkód prawnych, aby pielęgniarka, położna, która spełnia ww. warunki, a jest w trakcie odbywania przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu mogła być uczestnikiem kursu specjalistycznego. ■

## Od jakiego momentu liczona jest przerwa w wykonywaniu zawodu? W przypadku ukończenia kształcenia w 2013 r.

Podstawą prawną przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu stanowi art. 26 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.)

Opierając się na programie przeszkolenia w przypadku nie wykonywania zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, szkolenie nie może trwać krócej niż trzy miesiące i nie



dłużej niż sześć miesięcy. Program i czas trwania przeszkolenia ustala właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych indywidualnie dla każdego wnioskodawcy, biorąc pod uwagę przedstawione dokumenty.

Na podstawie ramowego programu przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, zaleca się, aby czas przeszkolenia był ustalony w zależności od długości niewykonywania zawodu i wynosił:

- od 5 do 10 lat – przeszkolenie w wymiarze nie mniej niż 3 miesiące,

Ponadto pragnę wskazać, iż niewykonywaniem zawodu obligującym pielęgniarkę lub położną do odbycia przeszkolenia jest nie podejmowanie czynności zawodowych przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat od:

- ukończenia szkoły zawodowej,
- ukończenia stażu podyplomowego,
- ustania ostatniego stosunku zatrudnienia, bez względu na jego formę,
- zaprzestania prowadzenia indywidualnej lub grupowej praktyki zawodowej.

Zatem, w niniejszej sytuacji czas niewykonywania zawodu liczony jest od daty ukończenia kształcenia, a nie od wydania prawa wykonywania zawodu. ■

(MK)

### **Czy należy wykonywać polecenia lekarskie, które są wydawane na kilka minut przed zakończeniem zmiany?**

Jak zaznaczono w pytaniu dotyczącym czasu pracy Kodeks Pracy stanowi, że pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy w ciągu całego swojego czasu pracy. W Pani przypadku do godziny 19:00. Zlecenie lekarskie wydane na kilka minut przed końcem zmiany, nadal należy traktować jako jeden z Pani obowiązków, mimo że jego wykonanie spowoduje przekroczenie przez Panią czasu pracy.

Zgodnie z art. 12 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pielęgniarka i położna zgodnie z zasadami etyki powinny dbać o dobro pacjenta, dlatego pomimo zakończenia przez Panią zmiany, zlecenie lekarskie powinno zostać wykonane, jeśli nie jest możliwe przekazanie takiego zlecenia innej pielęgniarce (z następnej zmiany), ze względu na konieczność natychmiastowej pomocy pacjentowi. Tak jak zostało zaznaczone powyżej czas na wykonanie takiego zlecenia oraz przekazanie raportu zmieniającej pielęgniarki stanowi nadgodziny. ■

Prezes NRPIP

(-) dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

### **Czy pielęgniarka podając lek choremu powinna poinformować go o nazwie tego farmaceutyka?**

Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2007.174.1039),

pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

Z art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159), wynika prawo pacjenta do informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Ponadto z Załącznika do Uchwały nr 9 KZPiP z dnia 9 grudnia 2003 r. kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, wynika, iż pielęgniarka pełniąc rolę zawodową zobowiązana jest do udzielenia pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania.

W związku z powyższym pacjent powinien zostać poinformowany przez pielęgniarkę w sposób zrozumiały o lekach jakie są mu podawane. ■

### **Czy pielęgniarka może samodzielnie przy podawaniu leku dokonać zmiany handlowej leku z zachowaniem nazwy chemicznej?**

Zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2011.174.1039), pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. Nie dotyczy to zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jedynie w przypadku wątpliwości pielęgniarka ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, uzasadnienia potrzeby jego wykonania.

Jednakże z §3 i §4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, (Dz.U.2007.210.1540), wynika, że pielęgniarka może samodzielnie wyznaczać odpowiednie leki dla pacjenta w szczególnych przypadkach. W odniesieniu do tych sytuacji, sama może dokonać zamiany nazwy handlowej leku bez zmiany jego zawartości chemicznej.

Podsumowując:

W sytuacji, kiedy pielęgniarka realizuje zlecenie lekarskie to lekarz winien dokonać zmiany leku na zamiennik.

W sytuacji podania leku do którego uprawniona jest pielęgniarka, ma ona prawo podać zamiennik, dokonując odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej. ■

Prezes NRPIP

(-) dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

### **Czy możliwe jest spóźnianie się koleżanki, która twierdzi, że czas jej pracy jest liczony od momentu wejścia do szpitala a nie od rzeczywistego rozpoczęcia wykonywania czynności pielęgniarskich?**

Zgodnie z art. 128 § 1 Kodeksu Pracy czasem pracy jest czas, w którym pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy. Pozostawanie w dyspozycji pracodawcy ozna-

cza stan fizycznej i psychicznej gotowości pracownika do wykonywania pracy w wyznaczonym miejscu. Z całą pewnością można stwierdzić, że gdy o godz.: 7:00 pielęgniarka dopiero wchodzi na teren szpitala i musi jeszcze pójść do szatni, zdjęć kurtkę, przebrać się w odzież „do chodzenia w szpitalu”, nie pozostaje ona w gotowości do wykonywania pracy, do czego jest zobowiązana dokładnie od godziny 7:00 ■

## Powrót do wykonywania zawodu pielęgniarki po okresie jego niewykonywania

Zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) pielęgniarka lub położna, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, a zamierzają podjąć jego wykonywanie, mają obowiązek zawiadomić o tym właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych i odbyć trwające nie dłużej niż 6 miesięcy przeszkolenie pod nadzorem innej osoby uprawnionej do wykonywania odpowiednio zawodu pielęgniarki lub położnej, legitymującej się co najmniej 5-letnim doświadczeniem zawodowym, zwanej dalej "opiekunem". Opiekuna wskazuje kierownik podmiotu, w którym odbywa się przeszkolenie.

Ponadto jak wynika z art. 26 ust. 2 ww. ustawy okręgowa rada pielęgniarek i położnych określi miejsce, czas trwania i program przeszkolenia dla pielęgniarki i położnej, o których mowa w ust. 1.

Reasumując, pielęgniarka powinna zgłosić się do okręgowej izby pielęgniarek i położnych, w której jest zarejestrowana, a następnie złożyć wniosek o skierowanie na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w ciągu ostatnich 6 lat. ■

Prezes NRPiP

(-) dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Przedruk z Dziennika Gazeta Prana 14-17 sierpnia 2014 nr 157

## Jakie prawa ma pacjent u lekarza, który kieruje się klauzulą sumienia

**Specjalista nie może odmówić ubezpieczonemu udzielenia świadczenia zdrowotnego, którego sam nie chce wykonać ze względu na przekonania, nie wskazując innego miejsca, gdzie można skutecznie uzyskać pomoc**

### Czy lekarz musi wskazać innego świadczeniodawcę

**Pacjentce przysługuje prawo do legalnej aborcji, ponieważ badania prenatalne wykazały, że płód jest znacząco uszkodzony. Dziecko najprawdopodobniej urodzi się martwe lub umrze wkrótce po urodzeniu. Ginekolog odmówił jej wykonania zabiegu przerwania ciąży, ponieważ twierdzi, że nie pozwalają mu na to jego przekonania religijne. Nie wskazał jednocześnie innego lekarza lub placówki, gdzie takie świadczenie**

## zainteresowana mogła uzyskać. Czy lekarz złamał prawo?

### TAK

Lekarze są grupą zawodową, która ma prawo korzystać ze szczególnej regulacji prawnej - klauzuli sumienia, która pozwala im powstrzymać się od udzielenia niektórych świadczeń zdrowotnych, jeśli są one niezgodne z ich przekonaniami. Uprawnienie takie przyznaje im ustawa regulująca zasady wykonywania ich zawodu. Klauzula nie upoważnia lekarza do zaniechania leczenia pacjentki w ogóle, lecz wyłącznie do rezygnacji z tych procedur, które kłócą się z jego sumieniem. Jedną z nich może być aborcja. Medykowi w takiej sytuacji przysługuje ograniczone prawo do odmowy leczenia. Zezwala mu na to także kodeks etyki lekarskiej. Zgodnie z jego art. 7 w szczególnie uzasadnionych wypadkach może się nie podjąć lub odstąpić od leczenia chorego, jednakże z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Odmowa ta może dotyczyć tylko określonego świadczenia zdrowotnego, a nie osoby pacjenta. Ustawodawca przyznając lekarzom takie prawo, nałożył jednak na nich obowiązki. Osoba, która powołuje się na klauzulę sumienia, musi uzasadnić odmowę świadczenia i wskazać pacjentowi realne możliwości uzyskania go u innego medyka lub w innej placówce. W przypadku legalnej aborcji nie wystarczy, że lekarz ogólnie poinformuje pacjentkę np. o tym, iż zabieg taki wykonają specjaliści z kliniki uniwersyteckiej. Powinien wskazać konkretnie miejsce, skąd zainteresowana na pewno nie zostanie odesłana. Odmowę i spełnienie obowiązku poinformowania pacjenta o docelowym miejscu udzielenia świadczenia powinien odnotować w dokumentacji. W omawianym przypadku lekarz dopuścił się złamania prawa, ponieważ nie dopełnił wspomnianych obowiązków.

### Podstawa prawna

Art. 39 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2011 r. nr 277, poz. 1634 ze zm.).

### Czy medyk bez etatu powiadomi szefa o odmowie

**Ginekolog był zatrudniony w szpitalu na kontrakcie. Trafiła do niego pacjentka w ciąży. Lekarz odmówił wykonania badań prenatalnych, ale nie powiadomił o tym przełożonego, czy miał taki obowiązek? NIE**

Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty zobowiązuje osoby wykonujące obie te profesje, które odwołują się do klauzuli sumienia, aby powiadamiały o tym przełożonych. Zgodnie z przepisami takie powiadomienie powinno się odbyć na piśmie i mieć miejsce uprzednio. Przepisy nie precyzują jednak, czy chodzi o przekazanie takiej informacji np. zanim lekarz odmówi udzielenia świadczenia, czy raczej o to, aby pracodawca wiedział, że jego podwładny odwołuje się do klauzuli sumienia i odpowiednio zorganizował mu pracę. Jednak przepisy obligują do powiadamiania przełożonych o odmowie wykonania pewnych świadczeń tylko tych medyków, którzy wykonują swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby. To oznacza, że lekarz zatrudniony na podstawie umowy cywilnoprawnej nie mają takiego obowiązku. Tym samym pacjentka nie może mu zarzucić złamania prawa.

### Podstawa prawna

Art. 39 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2011 r. nr 277, poz. 1634 ze zm.).



### Czy specjalista zawsze musi ratować chorego

Pacjent z wypadku został przywieziony do szpitala. Na dyżurze przebywał lekarz, który jest świadkiem Jehowy. Pacjent zmarł na stole operacyjnym. Rodzina zmarłego obwinia medyka, że ze względów religijnych nie przetoczył ich bliskiemu krwi choć ta procedura mogła mu uratować życie. Czy zarzuty krewnych zmarłego są zasadne?

#### TAK

Lekarz nie może się zasłaniać klauzulą sumienia, gdy zagrożone jest życie ludzkie. Ustawa o wykonywaniu zawodu zobowiązuje go do udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia. Jeżeli jakaś procedura jest niezbędna do ratowania chorego, nie może odmówić jej wykonania, powołując się na swój światopogląd.

#### Podstawa prawna

Art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2011 r. nr 277, poz. 1634 ze zm.).

### Czy aptekarz może stosować klauzulę sumienia

**Farmaceuta odmówił kobiecie zrealizowania recepty na środki antykoncepcyjne. Twierdził, że w jego aptece nie są one w ogóle wydawane, ponieważ byłoby to niezgodne z jego przekonaniami religijnymi. Odesłał pacjentkę do innej placówki. Czy miał do tego prawo?**

#### NIE

Polskie przepisy przyznają prawo do powoływania się na klauzulę sumienia przedstawicielom tylko trzech zawodów medycznych. Oprócz lekarzy uprawnienie to przysługuje także pielęgniarkom i położnym. Na klauzulę nie mogą się powoływać farmaceuci, ponieważ nie przewiduje jej prawo farmaceutyczne regulujące zasady funkcjonowania aptek. Te są zobowiązane do posiadania pełnego asortymentu leków niezbędnych do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych. Farmaceuta nie może decydować o tym, jakie leki chce sprzedawać. Apteka ta jest w praktyce jedynym miejscem, gdzie można nabyć tego typu produkty lecznicze. Gdy brakuje w niej jakiegoś leku, farmaceuta zobowiązany jest sprowadzić go w terminie uzgodnionym z pacjentem. Regulacje te mają zagwarantować chorym dostęp do wszystkich środków leczniczych, które są dopuszczone do obrotu w Polsce.

#### Podstawa prawna

Art. 39 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2011 r. nr 277, poz. 1634 ze zm.).

Art. 12 ust. 2 ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2011 r. nr 174, poz. 1039 ze zm.).

Art. 95 ustawy z 6 września 2001 r. -Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2008 r. nr 45, poz. 271 ze zm.).

#### Czy przysługuje skarga na lekarza

**Pacjentka jest w ciąży. W jej rodzinie występuje rzadka choroba genetyczna. Jest nią zagrożone także jej dziecko. Poprosiła lekarza o skierowanie na badania prenatalne. Ten odmówił, powołując się na klauzulę sumienia. Czy może zaskarżyć taką decyzję?**

#### TAK

Pacjentka powinna złożyć skargę na piśmie do kierownika danej placówki medycznej, który jest pracodawcą lekarza. Ten

zaś wskazać jej możliwość uzyskania danego świadczenia u innego lekarza w tym podmiocie. Skargę można też skierować do NFZ i rzecznika praw pacjenta. RPP ma prawo zbadać, czy powstrzymanie się od wykonania świadczeń zdrowotnych przez lekarza odbyło się z zachowaniem wymogów formalnych. W przypadku stwierdzenia naruszenia prawa może wystąpić do osoby kierującej podmiotem leczniczym o wyciągnięcie konsekwencji służbowych w stosunku do danego specjalisty. Ponadto placówki medyczne są związane z NFZ umowami na udzielanie konkretnych świadczeń i są zobligowane do przestrzegania kontraktów. Jeśli tego nie robią, NFZ po wyjaśnieniu sprawy może nałożyć na nie karę finansową.

#### Podstawa prawna,

Art. 47 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.).

### Czy chory ma prawo podważyć opinię lekarza

**Ciężarna kobieta, której grozi utrata wzroku, dwukrotnie spotkała się z odmową aborcji. Prawo do świadczenia potwierdził okulista, lecz dwóch ginekologów nie stwierdziło podstaw do wykonania zabiegu. Czy jakieś niezależne gremium może ocenić, czy kobiecie przysługiwało prawo do legalnego zabiegu?**

#### TAK

Pacjent może zaskarżyć opinię lub orzeczenie lekarza do specjalnej komisji lekarskiej działającej przy rzeczniku praw pacjenta (RPP). Powinien tego dokonać w ciągu 30 dni od wydania spornej opinii albo orzeczenia. Komisja została powołana na podstawie art. 32 ust. 5 ustawy o prawach pacjenta. W jej skład wchodzi trzech lekarzy, w tym dwaj tej samej specjalności co ten, który wydał kwestionowaną opinię albo orzeczenie. Komisja powinna być bezstronna. Sprzeciwu wniesionego przez pacjenta nie może rozpatrywać lekarz, którego decyzja jest przedmiotem skargi. Tę składa się na piśmie za pośrednictwem RPP. W celu skutecznego wniesienia sprzeciwu należy poprosić lekarza o sformułowanie odmowy wykonania świadczenia na piśmie. Przepisy nie przewidują możliwości zgłoszenia sprzeciwu wobec decyzji lekarza wyrażonej ustnie. W przypadku niespełnienia tych wymagań sprzeciw jest zwracany osobie, która go wniosła. Do wniosku należy dołączyć dokumentację medyczną. Komisja ma prawo zlecić ponowne przebadanie chorego i na jego podstawie podjąć ostateczną decyzję. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą uczestniczyć we wszystkich posiedzeniach komisji z wyjątkiem tego końcowego, podczas którego odbywają się narada i głosowanie nad orzeczeniem. Chory ma także prawo udzielać informacji i wyjaśnień w sprawie. Komisja wydaje orzeczenie w ciągu 30 dni od wniesienia sprzeciwu przez pacjenta. Jest wydawane w formie pisemnej i powinno zawierać uzasadnienie. Do postępowania przed komisją nie stosuje się przepisów kodeksu postępowania administracyjnego. Tym samym decyzja jest ostateczna i nie można się od niej odwołać do organu wyższej instancji.

#### Podstawa prawna

Art. 31-32 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.). Rozporządzenie ministra zdrowia z 10 marca 2010 r. w sprawie komisji lekarskiej działającej przy rzeczniku praw pacjenta (Dz.U. nr 41, poz. 244).

## Czy lekarz może odmówić antykoncepcji

**Pacjentka poprosiła lekarza rodzinnego o przepisanie tabletek antykoncepcyjnych, które zlecił jej ginekolog. Medyk odmówił jej, powołując się na ogólne przeciwwskazania do stosowania. Czy miał do tego prawo?**

### NIE

Klauzula sumienia przyznaje lekarzowi prawo do odmowy leczenia, a nie innych świadczeń które nim nie są, takich jak zlecenie antykoncepcji. Ponadto medyk nie może odmówić przepisania środków antykoncepcyjnych, tłumacząc się jakimiś ogólnymi przeciwwskazaniami do ich stosowania. Metody te zostały bowiem dopuszczone do użycia, a więc można je stosować, chyba że występują przeciwwskazania u konkretnej pacjentki. Wtedy jednak decydują względy medyczne, a nie klauzula sumienia.

### Podstawa prawna

Art. 39 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2011 r. nr 277, poz. 1634 ze zm.). ■

Beata Lisowska

Przedruk z Dziennika Gazeta Prawna 5 sierpnia 2014 nr 150

## Agresja pacjenta nie upoważnia szpitala do zamykania drzwi

### Ochrona zdrowia

Placówka prowadząca izbę przyjęć lub nocną i świąteczną pomoc medyczną nie może być zamykana na noc. Musi być dostępna dla pacjentów, którzy mogą tam trafić w stanie nagłym. Obawa personelu przed agresją pacjentów nie jest żadnym wytłumaczeniem. Niektóre szpitale ze względu na bezpieczeństwo personelu, a także pacjentów są zamykane w godzinach wieczornych. Konsekwencje mogą być dotkliwe. W ubiegłym tygodniu przed zamkniętymi drzwiami Powiatowego Centrum Medycznego w Wołowie (w woj. dolnośląskim) zmarł mężczyzna, który dobijał się do lecznicy o 3 nad ranem. Pielęgniarki twierdzą, że pacjent zachowywał się agresywnie i bały się go wpuścić do środka. Nie otworzyły mu drzwi, a zamiast tego wezwały policję.

Śledztwo w sprawie śmierci mężczyzny wszczęła Prokuratura Rejonowa w Wołowie.

Nikommu jeszcze nie postawiono zarzutów. Kontrolę w placówce prowadzi też dolnośląski oddział NFZ. Fundusz ma m.in. zastrzeżenia do zamkniętych drzwi.

### Szpital, który utrudnia pacjentowi dostęp do lekarza, może być ukarany finansowo

- W Powiatowym Centrum Medycznym w Wołowie nie ma izby przyjęć, jest jedynie oddział wewnętrzny. Jednak placówka prowadzi również nocną i świąteczną opiekę medyczną, gdzie udziela się pomocy w godz. od 18 do 8 rano. Nie ma więc wątpliwości, że te drzwi na pewno powinny być otwarte. Nasza kontrola wykaże, czy wejście do budynku prowadzące do ambulatorium było w nocy zamknięte - podkreśla w rozmowie z DCP Joanna Mierzińska.

Beata Szymanek rzeczniczka świątokrzyskiego oddziału NFZ,

dodaje, że szczegółowe kwestie dotyczące dostępności szpitala w godzinach nocnych nie są uregulowane.

- W przepisach nie mówi się o zamykaniu drzwi. Zgodnie jednak z ustawą o państwowym ratownictwie medycznym pacjent w stanie zagrożenia życia ma prawo zgłosić się do najbliższej placówki i musi być ona dostępna - podkreśla Beata Szymanek. Ponadto zgodnie z art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2011 r. nr 277, poz. 1634 ze zm.) lekarz ma obowiązek udzielać pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. ■

Beata Lisowska

## Praca w ramach wolontariatu

Zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2011 r., poz. 213 ze zm.) świadczenia zdrowotne mogą być udzielane w ramach wolontariatu, na zasadach określonych w porozumieniu, o którym mowa w art. 44 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz.U. z 2010 Nr 234, poz. 1536 ze zm.), zawartym z wolontariuszem. Na mocy art. 42 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie wolontariusze mogą wykonywać, na zasadach określonych w rozdziale niniejszej ustawy, świadczenia na rzecz:

- 1) organizacji pozarządowych oraz podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 w zakresie ich działalności statutowej, w szczególności w zakresie działalności pożytku publicznego, z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej,
- 2) organów administracji publicznej, z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej,
- 3) jednostek organizacyjnych podległych organom administracji publicznej lub nadzorowanych przez te organy, z wyłączeniem prowadzonej przez te jednostki działalności gospodarczej,
- 4) podmiotów leczniczych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w zakresie wykonywanej przez nie działalności leczniczej - zwanych dalej „korzystającymi”.

Wolontariusz powinien posiadać kwalifikacje i spełniać wymagania odpowiednie do rodzaju i zakresu wykonywanych świadczeń, jeżeli obowiązek posiadania takich kwalifikacji i spełniania stosownych wymagań wynika z odrębnych przepisów.

Porozumienie, o którym mowa w art. 21 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2011 r., poz. 213 ze zm.), określa zakres, sposób i czas wykonywanych świadczeń wolontariuszy. Ponadto art. 44 cytowanej ustawy stanowi, iż porozumienie powinno zawierać postanowienie o możliwości jego rozwiązania. Co więcej na żądanie wolontariusza korzystający jest obowiązany potwierdzić na piśmie treść porozumienia, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, a także wydać pisemne zaświadczenie o wykonaniu świadczeń przez wolontariusza, w tym o zakresie wykonywanych świadczeń.

Nadto jeżeli świadczenie wolontariusza wykonywane jest przez okres dłuższy niż 30 dni, porozumienie powinno być sporządzone na piśmie. ■



## Diagnostyka inwazyjna w chorobach serca

Częstość występowania chorób układu krążenia w krajach wysoko rozwiniętych, a zwłaszcza choroby wieńcowej serca osiągnęły poziom epidemii. Spowodowało to dynamiczny rozwój inwazyjnych metod badawczych oraz leczniczych.

Koronarografia i angioplastyka wieńcowa są dla wielu chorych zabiegami ratującymi życie. Są to jednak procedury inwazyjne, które nie mogą być wykonane bez zgody pacjenta. Decyzja o nich powinna być każdorazowo podjęta wspólnie przez lekarza i pacjenta po omówieniu zarówno spodziewanych korzyści jak i potencjalnych powikłań zabiegu.

W Pracowni Hemodynamiki przeprowadza się ocenę naczyń wieńcowych (koronarografia) i podejmuje decyzję o dalszym postępowaniu:

- leczeniu zachowawczym – farmakologicznym
- leczeniu inwazyjnym – zabiegi przezskórne (PCI)
- leczeniu chirurgicznym – pomostowanie aortalno – wieńcowe (CABG).

Pracownia radiologii zabiegowej (Pracownia Hemodynamiki) jest specyficzną pracownią, która oprócz spełnienia wymogów dotyczących sali zabiegowej musi także spełniać wymogi zapewniające bezpieczeństwo pacjentom i personelowi w związku z narażeniem na promieniowanie jonizujące (określone w Ustawie Prawo Atomowe i aktach wykonawczych).

**Angiografia wieńcowa (koronarografia)** polega na obrazowaniu tętnic wieńcowych za pomocą promieniowania rentgenowskiego po podaniu środka cieniującego przez cewnik wprowadzony przezskórnie do ujścia tętnicy wieńcowej.

Cewnik wprowadza się przez tętnicę obwodową (najczęściej udową wspólną poniżej więzadła pachwinowego), po jej nakłuciu igłą oraz założeniu na okres badania koszulki naczyniowej wsuwanej do tętnicy po specjalnym metalowym przewodniku. Koronarografia może być wykonywana zarówno u stabilnych chorych jako badanie planowe, jak i u pacjentów z objawami ostrego zespołu wieńcowego jako badanie w trybie nagłym bądź pilnym.

Najczęstsze **wskazania** do koronarografii to:

1. rozpoznanie lub wykluczenie choroby wieńcowej:

- nasilone dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, utrzymujące się pomimo stosowania leków w odpowiednich dawkach
- nagły początek bólów w klatce piersiowej lub nasilenie dotychczasowych dolegliwości (ból pojawiają się częściej i przy coraz mniejszych wysiłkach)
- istotne odchylenia w wynikach nieinwazyjnych badań diagnostycznych
- (np. elektrokardiogram (EKG), test wysiłkowy, echo serca (UKG), echokardiograficzna próba obciążeniowa)

objawy niewydolności serca o niewyjaśnionej przyczynie

2. ocena tętnic wieńcowych przed planowaną inną operacją sercową (np. wymianą uszkodzonej zastawki) lub poważną operacją pozasercową

3. ocena zaawansowania i lokalizacji zmian w tętnicach wieńcowych w celu ustalenia wskazań do leczenia inwazyjnego i wyboru metody (angioplastyka tętnic wieńcowych PTCA, chirurgiczne pomostowanie aortalno – wieńcowe CABG):

- chory przyjęty do szpitala z objawami ostrego zespołu wieńcowego.

**Jedynym bezwzględnym przeciwwskazaniem do koronarografii jest nieuzyskanie od pacjenta świadomej zgody na wykonanie badania.**

**Przeciwwskazania** względne:

- zaawansowana niewydolność nerek (ze względu na konieczność podania środka cieniującego, który może wywołać niewydolność nerek lub ją nasilić)
- obrzęk płuc, uniemożliwiający pozostawanie chorego w pozycji leżącej
- ciężka skaza krwotoczna
- czynne krwawienie z przewodu pokarmowego
- świeży udar mózgu
- niedokrwistość (hemoglobina <8 g/dl)
- źle kontrolowane, ciężkie nadciśnienie tętnicze
- zakażenie lub niewyjaśniona gorączka, prawdopodobnie związana z zakażeniem
- duże zaburzenia elektrolitowe
- zatrucie glikozydami naparstnicy
- uczulenie na radiologiczne środki cieniujące
- brak zgody pacjenta na ewentualny zabieg rewaskularyzacyjny (PCI lub CABG)
- zaawansowana miażdżycza ograniczająca dostęp naczyniowy
- współistniejąca choroba o krótkim spodziewanym czasie przeżycia
- zapalenie wsierdza na zastawce aortalnej
- brak współpracy pacjenta.

Koronarografia, jako procedura szeroko stosowana we współczesnej diagnostyce kardiologicznej, jest badaniem względnie bezpiecznym. Należy jednak pamiętać, że jak w przypadku wszelkich zabiegów inwazyjnych, mogą zdarzyć się powikłania. Najczęściej mamy do czynienia, z zazwyczaj niegroźnymi powikłaniami miejscowymi w rejonie wkłucia:

- krwawienie lub krwiak w okolicy wkłucia
- zakrzep tętnicy
- zaczerwienienie lub wzmożone ocieplenie w miejscu wkłucia (objawy zakażenia)
- tętniak rzekomy lub przetoka (bolesność i tętnienie w okolicy wkłucia).

Poważne komplikacje po koronarografii zdarzają się bardzo rzadko i dotyczą głównie chorych starszych lub obciążonych innymi schorzeniami (cukrzyca, przewlekła choroba nerek, choroba tętnic mózgowych). Do tej grupy powikłań należą:

- ciężka reakcja uczuleniowa (anafilaktyczna) na środek kontrastowy
- groźne zaburzenia rytmu serca spowodowane drażnieniem tętnicy wieńcowej przez umieszczony w niej cewnik
- uszkodzenie tętnicy wieńcowej przez cewnik – może wówczas zająć potrzeba pilnej operacji kardiologicznej
- pogorszenie funkcji nerek, spowodowane toksycznym oddziaływaniem środka kontrastowego
- zawał serca
- udar mózgu
- zgon pacjenta wskutek poważnych, wyżej wymienionych powikłań.

Angiografia wieńcowa pozwala ustalić stopień nasilenia miażdżycy tętnic wieńcowych i wybrać najlepszą dla danego pacjenta formę terapii. Część chorych zostanie zakwalifikowana do dalszego leczenia zachowawczego (modyfikacja stylu życia, przyjmowanie leków), inni natomiast wymagali będą bardziej agresywnego leczenia zabiegowego (tzw. rewaskularyzacji) metodą przezskórną (tzw. angioplastyka wieńcowa PCI) lub operacyjną (tzw. by – passy CABG).

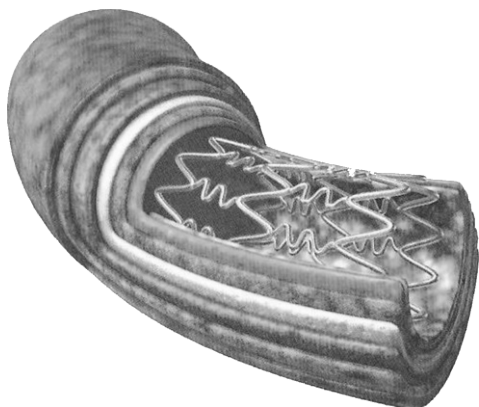
**Przezkórna śródnacyniowa plastyka tętnic wieńcowych (PTCA)** jest niechirurgicznym zabiegiem stosowanym w leczeniu choroby wieńcowej. Istotą zabiegu jest poszerzenie zwężonych tętnic wieńcowych, dzięki czemu więcej krwi dopływa do obszarów serca położonych za miejscem zwężenia, a objawy choroby wieńcowej zmniejszają się lub całkowicie ustępują. Wprowadzenie PCI do codziennej praktyki klinicznej spowodowało przełom w leczeniu choroby wieńcowej. Uzyskano tym samym możliwość rewaskularyzacji mięśnia sercowego, bez konieczności stosowania chirurgicznych metod leczenia. Do grupy przezkórnych interwencji na naczyniach wieńcowych zalicza się angioplastykę balonową i implantowanie stentów.

Zasadniczymi celami PCI są:

- uzyskanie ustąpienia dolegliwości dławicowych
- przywrócenie prawidłowego ukrwienia mięśnia sercowego
- zmniejszenie częstości nowych incydentów sercowych
- wydłużenie i poprawa jakości życia chorych.

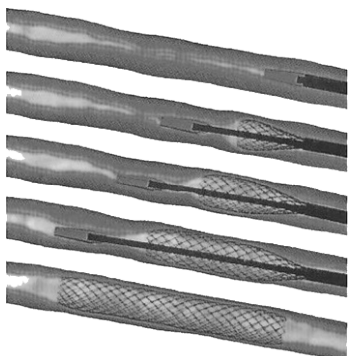
Zabieg najczęściej wykonuje się z dojścia przez nakłucie tętnicy udowej. Polega on na poszerzeniu zwężonych przez blaszkę miażdżycową tętnic wieńcowych. Poszerzenie uzyskuje się poprzez cewnik balonowy wprowadzony za pomocą przewodnika i rozprężonego ciśnieniem w miejscu zwężenia. Rozprężenie balonu powoduje zmiażdżenie blaszki miażdżycowej. W efekcie dochodzi do mechanicznego rozciągnięcia ściany tętnicy i poszerzenia jej światła.

W trakcie zabiegu istnieje możliwość założenia stentu. Stent to proteza wewnątrznacyniowa, stanowiąca rodzaj „rusztowania” wzmacniającego ścianę naczynia.



Stent

Stent stosuje się w celu utrzymania poszerzonego światła naczynia wieńcowego. Zbudowany jest najczęściej z siateczki włókien metalowych. Może mieć różne wymiary, może być pokrywany różnymi substancjami (np. lekami antymitotycznymi). Istnieją dwa typy systemów dostarczania stentu: za pomocą balonów i samorozprężalne. Rozprężenie balonu powoduje trwałe rozciągnięcie włókien stentu i jego przyleganie do ściany naczynia. Implantacja stentu wiąże się z koniecznością stosowania leków blokujących aktywność płytek krwi.



Fazy rozprężania stentu

Wpływ na **kwalifikację pacjenta** do zabiegu angioplastyki wieńcowej mają następujące elementy:

- angiograficzny typ zmiany miażdżycowej
- wyposażenie i normy, które powinna spełniać pracownia
- doświadczenie operatora i zespołu pomocniczego.

PCI jest **wskazana** u spełniających określone kryteria chorych:

- w niestabilnej chorobie wieńcowej
- w ostrym zawał serca jako leczenie z wyboru
- ze stabilną chorobą wieńcową, gdy stosowana farmakoterapia jest nieskuteczna lub jej skuteczność jest ograniczona
- gdy istnieje mała rezerwa wieńcowa i duży obszar mięśnia sercowego jest zagrożony niedokrwieniem.

Ostry zespół wieńcowy z uniesieniem odcinka ST jest wskazaniem do pilnego udrożnienia zamkniętej przez zakrzep tętnicy dozawałowej. Terapia inwazyjna u chorych z zawałem mięśnia serca z uniesieniem odcinka ST stanowi najistotniejszy element postępowania terapeutycznego, ponieważ istotnie wpływa na krótkoterminowe i odległe wyniki leczenia. W trybie planowym wskazaniem do PTCA jest, co najmniej jedna, angiograficznie istotna zmiana miażdżycowa w tętnicy wieńcowej oraz inne dowody (objawy kliniczne, badania dodatkowe), świadczące o niedokrwieniu w obszarze mięśnia sercowego zaopatrywanego przez tę tętnicę. Wskazaniem do zabiegu jest także nawracająca dławica piersiowa, powstająca w wyniku zwężenia światła w pomostach aortalno – wieńcowych.

Skuteczny zabieg PTCA charakteryzuje się:

- brakiem groźnych powikłań w okresie hospitalizacji (zgon, zawał serca, konieczność pilnej CABG)
- istotną redukcją zwężenia.

Jednak nie w każdej sytuacji angioplastyka może być wykonana – istnieją dwie grupy przeciwwskazań do wykonywania przezkórnych interwencji wieńcowych.

Do **bezwzględnych przeciwwskazań** do zabiegu PTCA należą:

- brak istotnego przewężenia w angiografii
- brak niedokrwienia w testach prowokacyjnych
- czynniki techniczne, np. brak stentów w pracowni hemodynamicznej.

Do **przeciwwskazań względnych** zalicza się:

- poszerzenie dystalnego odcinka i niezabezpieczonego chirurgicznie rozwidlenia pnia lewej tętnicy wieńcowej, szczególnie u pacjentów z cukrzycą i znacznie upośledzoną kurczliwością lewej komory
- brak zabezpieczenia kardiokirurgicznego w szpitalu
- przewlekłą niedrożność żylnego pomostu aortalno – wieńcowego
- niedrożność tętnicy powyżej 6-miesięcy i/lub obraz angiograficzny przemawiający za niską skutecznością zabiegu
- występowanie koagulopatii (zaburzenia krzepnięcia, stany nadkrzepliwości krwi).

Pomimo coraz lepszej skuteczności zabiegów, odległe wyniki są obarczone ryzykiem wystąpienia **powikłań**.

Do najpoważniejszych powikłań należy zaliczyć:

- zamknięcie, zator tętnicy wieńcowej
- rozwarstwienie tętnicy wieńcowej lub aorty
- tamponadę serca
- częstoskurcz komorowy lub migotanie komór.

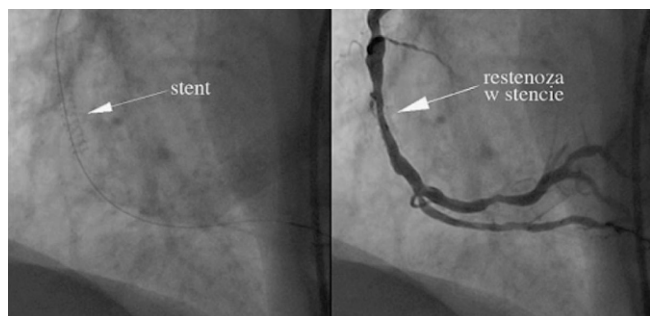


Powikłaniami w miejscu nakłucia naczynia są:

- krwawienie
- krwiak
- tętniak rzekomy
- przetoka tętnicza – żylna.

Powikłania późne to ponowne zwężenie tętnicy (restenoza) i nefropatia kontrastowa (pogorszenie funkcji nerek związane z podaniem środków kontrastujących).

Proces restenozy jest biologiczną odpowiedzią naczynia na uszkodzenia wywołane balonem i/lub obecnością stentu. Rozwijają się zwykle w ciągu pierwszych 6-12 miesięcy od wykonania zabiegu. Jednym z głównych mechanizmów prowadzących do ponownego zwężenia jest przerost błony wewnętrznej spowodowany proliferacją komórek mięśni gładkich. Za angiograficzne kryterium restenozy przyjmuje się zwężenie poszerzonej uprzednio zmiany o ponad 50% światła. Szczególnie narażone na tworzenie skrzeplin są naczynia z implantowanym stentem. Stent wywołuje wykrzepianie w większym stopniu niż obnażona ze śródbłonna ściana naczyniowa. W przypadku wystąpienia zakrzepicy w stencie może dojść do zamknięcia światła naczynia. Największe ryzyko tego typu zdarzeń występuje bezpośrednio po interwencji. Jak wynika z literatury, powikłania zakrzepowe występują najczęściej w ciągu pierwszych 6 godzin po PCI. Zakrzepica w stencie dotyczy około 2% chorych poddanych interwencji wieńcowym. Stenty pokrywane lekami zmniejszają istotnie częstość restenozy w porównaniu ze stentami niepokrywanymi. Jednak po ich implantacji wzrasta częstość występowania późnej zakrzepicy – stąd konieczność przedłużonego (co najmniej 6-12 miesięcy) stosowania leków przeciwplatektykowych.



Restenoza w stencie

Zabieg wszczepienia pomostów do tętnic wieńcowych – zwany w skrócie by – *passem* (CABG) – polega na wytworzeniu połączenia naczyniowego omijającego zwężone miejsce tętnicy wieńcowej naczyniem żylnym, pobranym z żyły podudzia, lub tętniczym wykonanym z tętnicy piersiowej wewnętrznej, co odbywa się podczas zabiegu operacyjnego. Po metodę tę sięga się najczęściej w przypadku braku technicznej możliwości przeprowadzenia PTCA.

Obie metody, PTCA i CABG, dają podobne odległe wyniki leczenia, dlatego obecnie preferuje się leczenie PTCA w leczeniu wczesnego zawału serca. Wskazaniem do rozpoczęcia leczenia CABG jest choroba wielu naczyń wieńcowych oraz duży stopień zwężenia w pniu lewej tętnicy wieńcowej. ■

Barbara Chudy

Bibliografia u autora.

## NADCIŚNIENIE TĘTNICZE

### Zarys historyczny.

Początków wiedzy o ciśnieniu krwi należy szukać w czasach starożytnych. Wysokie ciśnienie było rozpoznawane jako mocny puls. Pierwsza wzmianka o pulsie pochodzi z chińskiej książki, której napisanie datuje się na około 2600 rok p.n.e. Autor Huang – Ti określił, iż ludzie spożywający dużą ilość soli mają „twarde tętno”.

W 1628r. Wiliam Harley opublikował swoje odkrycia dotyczące układu krążenia i wyjaśnił mechanizm krążenia krwi. Pierwszego bezpośredniego pomiaru ciśnienia tętniczego dokonał angielski pastor Stephen Hales u kłacz w 1733r. On jako pierwszy zauważył zmienność ciśnienia krwi.

Richard Wright w 1827r. wykazał, iż, obrzęki i białkomocz są objawami choroby nerek. Wprowadził do terminologii medycznej określenie „ciśnienie”. Wysunął hipotezę, że „Choroba nerek jest pierwotną przyczyną przerostu serca oraz uszkodzeń innych narządów”.

Koncepcje nieinwazyjnej metody pomiaru ciśnienia krwi wprowadził w życie Samuel Ritter von Bosh w 1880r. Polegało ono na połączeniu manometru z gumowym zbiornikiem. W 1896 roku włoski lekarz Scipione Riva-Rocci przedstawił swój wynalazek na Włoskim Kongresie Medycyny Wewnętrznej i artykule zamieszczonym w *Gazecie Medica di Torino*. Było to połączenie wynalezione przez Samuelavon Basha sfigmomanometru z nadmuchiwanym mankietem. Metoda ta była metodą palpacyjną, dzięki której można było wykonać pomiar tylko ciśnienia skurczowego.

Wybitni znawcy problematyki nadciśnienia Albert Zanchetti i Giuseppe Mancina zauważyli, że zasady opracowania pomiaru ciśnienia przed stu laty i służący do tego przyrząd nie uległy istotnym zmianom i są stosowane do dnia dzisiejszego.

Przełomowy w diagnozowaniu nadciśnienia był rok 1905, kiedy rosyjski chirurg Mikołaj Korotkow zamiast przykładać do tętnicy palce, przyłożył słuchawki lekarskie. Osluchując tętnice zauważył zmniejszającemu się ich uciskowi towarzyszącą zjawiska dźwiękowe. Wykorzystał to przy mierzeniu ciśnienia skurczowego i rozkurczowego.

Skonstruowany przez Riva-Rocciego aparat oraz zaproponowaną przez Korotkova metodę auskultacyjną uważa się za wzorcowe i nadal używa się do pomiaru ciśnienia tętniczego.

Amerykański lekarz i uczonec Theodore Caldwell Janeway jako pierwszy zaczął swoim chorym mierzyć ciśnienie krwi. Zauważył, iż wysoką wartością ciśnienia towarzyszą udary mózgu i niewydolność nerek i serca. Badania te prowadził do 1915r. Okazało się, iż im wyższe ciśnienie krwi tym wyższa śmiertelność. W 1925 roku oceniano ryzyko związane z podwyższonym ciśnieniem krwi, ustalono u mężczyzn zależność bezpośrednią pomiędzy przedwczesną śmiercią a wysokością ciśnienia.

### Etiologia i patogeneza nadciśnienia tętniczego.

Około 90% przypadków choroby to nadciśnienie pierwotne, a więc bez uchwytnej przyczyny. Patogeneza jest prawdopodobnie wieloczynnikowa, a obecność zaburzeń fizjologicznych procesów kontroli ciśnienia tętniczego uwarunkowana jest środowiskowo i genetycznie. Podczas normalnego

cyklu pracy serca wyróżniamy jego skurcz i rozkurcz. W ciągu minuty serce kurczy się ok. 60 - 80 razy i z każdym uderzeniem wyrzuca krew do naczyń tętniczych. Podczas wyrzutu krwi z lewej komory do aorty, ciśnienie jest największe i stopniowo maleje w mniejszych tętnicach, naczyniach włosowatych i żyłach. Dzięki temu możliwy jest transport krwi zgodnie z kierunkiem spadku ciśnienia i zaopatrzenie wszystkich narządów w tlen oraz składniki odżywcze. Podczas rozkurczu ciśnienie krwi osiąga najmniejszą wartość. Wówczas powracająca układem żylnym krew jest tłoczona z prawego przedsionka do prawej komory, skąd transportowana jest do płuc, by ponownie wzbogacić się w tlen. Ciśnienie krwi podczas rozkurczu nigdy nie spada do zera. Dzieje się tak dzięki sprężystości ścian tętnic, które przyjmują siłę uderzenia krwi podczas skurczu i oddają ją podczas rozkurczu. Wielkość ciśnienia, czyli nacisku krwi na ściany tętnic, jest zmienna i waha się między wartością maksymalną i minimalną. Krótkotrwały wzrost ciśnienia jest zjawiskiem naturalnym i może przydarzyć się np. podczas wysiłku fizycznego, w sytuacji stresowej, podczas pomiaru ciśnienia przez personel medyczny tzw. nadciśnienie „białego fartucha”. Wówczas ciśnienie rośnie, ale organizm jako całość pozostaje w stanie równowagi. Jednak zbyt wysokie wartości ciśnienia krwi, które utrzymują się w kilku kolejnych pomiarach, wskazują już na nadciśnienie tętnicze. Świadczy to o tym, że jeden lub więcej czynników ryzyka doprowadził do trwałego wzrostu ciśnienia tętniczego.

### Klasyfikacja nadciśnienia tętniczego

Za nadciśnienie uznano wartości przekraczające 140 dla ciśnienia skurczowego lub 90 dla ciśnienia rozkurczowego. Wyznaczenie wartości progowych ułatwia postępowanie diagnostyczne i lecznicze oraz rzutuje na rokowanie. Wartość progową rozpoznania nadciśnienia tętniczego należy rozpatrywać indywidualnie, na podstawie poziomu i profilu ryzyka sercowo – naczyniowego. Na przykład wartość ciśnienia uznawana za nadmiernie wysoką i wymagającą leczenia farmakologicznego u chorych z grupy ryzyka zwiększonego może być akceptowana u pacjenta z grupy małego ryzyka.

### Klasyfikacja nadciśnienia tętniczego wg ESH/ESC

Kategoria	Ciśnienie skurczowe (mmHg)	Ciśnienie rozkurczowe (mmHg)
Ciśnienie optymalne	< 120	< 80
Ciśnienie prawidłowe	120–129	80–84
Ciśnienie wysokie prawidłowe	130–139	85–89
Nadciśnienie stopień 1 (łagodne)	140–159	90–99
Nadciśnienie stopień 2 (umiarkowane)	160–179	100–109
Nadciśnienie stopień 3 (ciężkie)	≥ 180	≥ 110
Nadciśnienie izolowane skurczowe	≥ 140	< 90

Podane wartości dotyczą osób, które nie przyjmują leków przeciw nadciśnieniowych.

### Stopnie zaawansowania nadciśnienia tętniczego.

Klasyfikacja ta nie jest prezentowana w oficjalnych wytycznych leczenia nadciśnienia tętniczego, ma jednak duży walor praktyczny, pozwala bowiem na orientacyjne oszacowanie ryzyka sercowo – naczyniowego u pacjenta leczonego hipotensyjnie.

- I – brak zmian w narządach,
- II – przerost lewej komory serca lub retinopatia nadciśnieniowa I°/II° lub białkomocz, pogrubienie kompleksu błony środkowej i wewnętrznej tętnicy szyjnej.
- III – nadciśnieniowe uszkodzenie serca (niewydolność lewo-komorowa) niewydolność nerek, mózgu i oka (retinopatia III°/IV°).

### Definicja i rodzaje nadciśnienia tętniczego

Nadciśnienie tętnicze to choroba społeczna, która dotyczy blisko 40% populacji krajów rozwiniętych. Ciśnienie tętnicze człowieka nie jest wartością stałą, lecz ulega wahaniom w czasie poszczególnych faz czynności serca. Ulega też pewnym modyfikacjom pod wpływem wielu dodatkowych czynników wpływających na organizm ludzki z zewnątrz np. ciśnienie atmosferyczne, temperatura otoczenia, oraz wewnątrz ustrojowych np. opór obwodowych naczyń, objętość krwi krążącej. Najważniejsze znaczenie w kształtowaniu ciśnienia tętniczego w zdrowym organizmie ma pojemność minutowa serca, oraz całkowity opór obwodowy.

Czynnikami kształtującymi ciśnienie krwi znaczenie mają:

- siła kurczowa lewej komory serca,
- objętość minutowa serca,
- elastyczność ścian dużych naczyń tętniczych,
- opór stawiany przez przedwłosowate naczynia tętnicze.

Wzrost ciśnienia jest w przypadku wzrastania oporów obwodowych krążenia na skutek zwężenia się światła drobnych tętniczek. Powodem tego typu nadciśnienia może być: przewlekłe zapalenie nerek lub guzkowe zapalenie tętnicy. Najczęstszą przyczyną stale utrzymującego się nadciśnienia tętniczego jest choroba nadciśnieniowa. W drugiej kolejności znajduje się nadciśnienie spowodowane chorobami tętnic nerkowych i mięszu nerkowego.

Nadciśnienie najczęściej przebiega skrycie, wykrywane jest przypadkowo.

Przez wiele lat istniejącemu nadciśnieniu mogą nie towarzyszyć żadne objawy.

U niektórych chorych na nadciśnienie może mieć charakter chwiejny i nie powodować żadnych powikłań narządowych przez wiele długi okres czasu. Natomiast jest grupa osób, u których od momentu rozpoznania ma charakter utrwalaony i prowadzi do powikłań dużo wcześniej.

### Nadciśnienie tętnicze pierwotne (samoistne) Hipertomia Essentials

Ten rodzaj charakteryzuje się podwyższonym ciśnieniem tętniczym skurczowym i rozkurczowym, zmianami w układzie krążenia i innych narządach.

Istotą choroby nadciśnieniowej, czyli nadciśnienia tętniczego pierwotnego, jest nadmierny wzrost ciśnienia bez



uchwytnej przyczyny. Powszechnie przyjmuje się, że przyczyną jego są czynniki dziedzicznie -genetyczne oraz zaburzenia nerwicowe, stałym napięciem psychicznym, otyłością. Występuje ono dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn, przebiega jednak łagodniej i wykazuje mniejszą skłonność do powikłań.

Chorobę nadciśnieniową rozpoznaje się zazwyczaj przypadkowo podczas pomiaru ciśnienia tętniczego lub przy badaniach okresowych. Ujawnienie objawów choroby zależy od warunków środowiskowych, sytuacji konfliktowych, środowisku rodzinnym i zawodowym, stałego napięcia i poczucia odpowiedzialności, nieregularnego trybu życia, wysoko energetycznego odżywiania prowadzącego do otyłości, defektu metabolicznego lub enzymatycznego, który powoduje nadmierną kurczliwość błony środkowej naczyń lub jej zmienione oddziaływanie na bodźce.

W początkowym okresie może mieć charakter chwiejny i ujawniać się tylko w określonych sytuacjach. Do wstępnych objawów nadciśnienia należy zwiększona pobudliwość, zaburzenia snu, uczucie przemijającego ucisku w głowie, kołatanie serca, szumu i zawrotów głowy. Nadciśnienie pierwotne wymaga racjonalnego, uregulowanego trybu życia. Jeżeli ciśnienie tętnicze nie jest należycie kontrolowane i obniżane, dochodzi niekiedy do ostrej niedomogi serca pod postacią obrzęku płuc, niedowładu lub wylewów do mózgu.

### Nadciśnienie tętnicze wtórne

W nadciśnieniu tętniczym wtórnym w przeciwieństwie do nadciśnienia pierwotnego jest wykryta uchwytana przyczyna powstania choroby. Nadciśnienie wtórne jest związane z patologią organizmu. Na ten typ nadciśnienia może sugerować nagły początek, wyjściowo wysokie jego wartości oraz oporność na leczenie farmakologiczne.

Nadciśnienie tętnicze wtórne może być związane z następującymi chorobami:

- nowotwory wydzielające reninę,
- zwyrodnienie wielotorbielowe nerek,
- ostre i przewlekłe zapalenie kłębuszków nerkowych,
- przewlekły stan zapalny miąższu nerkowego, odmiedniczkowe zapalenie nerek,
- nieprawidłowości układu naczyniowego w nerkach,
- nadciśnienie związane z zaburzeniami gruczołów wydzielania wewnętrznego,
- gruczolak kory nadnerczy,
- zespół Cushinga,
- zespół nadnerczowo płciowy,
- akromegalia,
- nadczynność tarczycy,
- okres przekwitania (climacterium).

Przyczyny neurologiczne:

- guz mózgu,
- uraz mózgu,
- zwiększone ciśnienie wewnątrz czaszkowe,
- tetraplegie.

Nadciśnienie wywołane ciążą:

- stres,
- hipergolemia.

Choroby układu krążenia:

- nadmierna sztywność tętnic,
- zwiększona pojemność minutowa serca,
- niedomykalność zastawki aortalnej.

Leki:

- hormony (estrogeny, kortykosteroidy, erytropoetyna)

Substancje toksyczne:

- amfetamina, kokaina.

Abstynencja alkoholowa u osób uzależnionych.

Nadciśnienie izolowane występujące u osób starszych.

Środki antykoncepcyjne, leki niesteroidowe, przeciwzapalne.

Nadmierne spożywanie alkoholu, zespół bezdechu sennego.

### Nerkowe nadciśnienie tętnicze

W wielu zestawieniach choroby mięszone nerek zajmują pierwsze miejsce wśród przyczyn wtórnego nadciśnienia tętniczego. Uszkodzenie nerek często rozwija się z powodu nadciśnienia i może powodować dalszy wzrost ciśnienia. Dlatego w niektórych przypadkach może być trudne zróznicowanie, czy choroba nerek jest przyczyną, czy konsekwencją nadciśnienia. Szczególnym przypadkiem nadciśnienia nerkowego jest występowanie guza wydzielającego reninę. Wykrycie jest trudne, ponieważ wysokie stężenie reniny nie zawsze jest wykrywalne przez standardowe testy laboratoryjne.

Nefropatia nadciśnieniowa, to przewlekła choroba nerek, powstaje w następstwie złośliwej fazy nadciśnienia. Może pojawiać się zarówno w przebiegu pierwotnej, jak i wtórnej postaci nadciśnienia tętniczego. Charakterystyczne dla tego typu uszkodzenia nerek to złośliwe stwardnienie naczyń i nefroangioskleroza złośliwa.

### Nadciśnienie złośliwe

To ciężka postać nadciśnienia tętniczego. Wartości 120-140 mmHg rozkurczowego, jest to stan zagrożenia życia nie leczony prowadzi do zgonu w ciągu kilku dni lub kilkunastu miesięcy. Przebiega ono z uszkodzeniem małych naczyń w siatkówce z szybko postępującą niewydolnością nerek i serca a także innych narządów. Typowymi objawami mogą być: ból głowy w okolicy potylicy, zaburzenia widzenia, myślenia i orientacji, świadomości, parestezie, drgawki, śpiączki. Mogą występować bóle brzucha, osłabienie, duszność, wielomocz. Leczenie nadciśnienia złośliwego powinno odbywać się szpitalu przy ciągłym monitorowaniu ciśnienia.

### Nadciśnienie tętnicze u kobiet w ciąży i dzieci

Nadciśnienie tętnicze w okresie ciąży pozostaje wciąż głównym powodem zachorowalności i śmiertelności matki, płodu i noworodków nie tylko w krajach rozwijających się, lecz także rozwiniętych. Kobiety ciężarne z nadciśnieniem tętniczym są obciążone wyższym ryzykiem poważnych powikłań, takich jak odklejenie łożyska, incydenty naczyniowo – mózgowie, niewydolność narządowa czy zespół rozsianego krzepnięcia wewnątrznaczyniowego. Płód jest zagrożony

opóźnieniem wzrostu wewnątrzmacicznego, wcześniactwem lub śmiercią wewnątrzmaciczną. Nadciśnienie tętnicze jest najczęstszym problemem medycznym w okresie ciąży: może wkląć do 15% cięż.

Wartości większe lub równe 140mmHg / 90 mmHg są wskazaniem do rozpoznania nadciśnienia tętniczego u kobiety ciężarnej. Zmiany ciśnienia tętniczego u ciężarnej są zjawiskiem fizjologicznym. W I i II trymestrze obserwuje się spadek ciśnienia, które najniższe wartości osiąga około 23 tygodnia ciąży.

Od tego momentu ciśnienie tętnicze ponownie wzrasta i do 6 tygodni po rozwiązaniu wraca do stanu sprzed ciąży.

Klasyfikacja nadciśnienia tętniczego u kobiet w ciąży:

- przewlekłe nadciśnienie tętnicze – występujące przed ciążą lub przed 20 tygodniem ciąży (i utrzymujące się powyżej 42 dni po porodzie),
- nadciśnienie wywołane ciążą – rozwijające się po 20 tygodniu,
- nieokreślone nadciśnienie tętnicze (objawowe lub bezobjawowe), rozpoznane po 20 tygodniu ciąży (wymaga ponownej oceny, po co najmniej 42 dniach od rozwiązania, co umożliwia zaliczenie do jednego z dwu wyżej wymienionych typów).

Nadciśnienie u ciężarnej może być powodem stanu przedrzucawkowego i rzucawkowego, a u płodu może zahamować jego wzrost. Może być przyczyną niedotlenienia wewnątrzmacicznego a nawet zgonu. Wzrasta ryzyko przedwczesnego odklejenia się łożyska i wcześniactwa. Nadciśnienie ciążowe jest spowodowane ciążą z towarzyszącym białkomoczem lub bez niego. U kobiet z nadciśnieniem tętniczym w pierwszej ciąży występuje zwiększone ryzyko nadciśnienia w kolejnych ciążach. Im wcześniejszy rozwój nadciśnienia w pierwszej ciąży, tym większe ryzyko jego nawrotu w kolejnych.

Nadciśnienie tętnicze u dzieci występuje rzadko około 1%. Najczęściej ma charakter wtórny. Po 10 roku życia ujawnia się nadciśnienie pierwotne. W grupie wiekowej >12. roku życia jest to główna postać nadciśnieniowa. Uważa się, że ten ogólnoswiatowy trend jest bezpośrednio związany z populacyjnym wzrostem średnich wartości masy ciała oraz częstości występowania otyłości i nadwagi u dzieci. Wartości upoważniające do stwierdzenia nadciśnienia tętniczego to przekroczenia 95 procentyli dla danego wieku i płci. Ważnym argumentem jest odpowiedni dobór mankietu. Stwierdzenie nadciśnienia tętniczego u dziecka jest wskazaniem do przeprowadzenia specjalistycznych badań, aby wykluczyć nadciśnienie wtórne, którego powodem może być koarkcja aorty, zwężenie tętnic nerkowych, niewydolność nerek, nefropatia oraz zaburzenia hormonalne. Należy sprawdzić czy dziecko nie stosuje narkotyków lub hormonów anabolicznych. Leczenie jest podobne jak u dorosłych, różni się jedynie wielkością dawki. Dzieci, u których nie stwierdza się powikłań narządowych powinny czynnie uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego i nie ograniczać swojej aktywności fizycznej.

Podwyższone ciśnienie w dzieciństwie i młodości często przenosi się w wiek dorosły. W przygodnym wzroście wartości ciśnienia w dzieciństwie i młodości znane są dwa fakty: ciśnienie zwiększa się wraz ze wzrostem i dojrzewaniem dzieci, a okres szkolny jest okresem szybkiego wzrostu, w którym

masa ciała szybko się zmienia.

Jeżeli ciśnienie jest nie uregulowane i w spoczynku dochodzi do 200/120 mmHg nie wolno jest podejmować żadnej aktywności fizycznej. Najpierw należy skontaktować się z lekarzem i obniżyć ciśnienie.

Ewa Gołąbek

Bibliografia u autora.

## **TERAPIA RESYNCHRONIZUJĄCA JAKO NOWOCZESNA METODA STYMULACJI W LECZENIU NIEWYDOLNOŚCI SERCA**

„Z licznych rytmów pulsujących w naszym ciele, bicie serca jest nam najbliższe. Zapewne dlatego, że zawsze było ono znakiem rozpoznawczym życia- zarówno biologicznego, jak i uczuciowego.”

Rejestrowanie rytmu serca jest powszechnie stosowaną metodą w leczeniu i rozpoznawaniu chorób sercowo-naczyniowych. Pozwala określić min. rodzaj arytmii spowodowanych zaburzeniami w układzie bodźcoprzewodzącym serca. Stymulacja serca stosowana jest w leczeniu zaburzeń rytmu serca od ponad 50 lat.

Liczne badania naukowe i praktyka kliniczna dowiodły jej skuteczności i potwierdziły korzystny wpływ na jakość życia chorych i śmiertelność. Jako terapia kompleksowa wspomaga osłabione serce mechanicznie i elektrycznie.

Rozwój elektrostymulacji w ostatnich latach doprowadził do narodzin nowej dziedziny- resynchronizacji komór (CRT). Stymulacja przedsionkowo- komorowa okazała się korzystna u chorych z objawową niewydolnością serca i zaburzeniami przewodnictwa komorowego.

W Polsce pionierem CRT jest prof. Andrzej Kutarski.

CRT ( Cardiac Resynchronization Therapy- terapia resynchronizująca serca) polega na wielopunktowej stymulacji lewej komory przez elektrodę wprowadzoną do zatoki wieńcowej. Kandydatami do CRT są osoby z objawową niewydolnością serca, u których obserwuje się poszerzenie zespołu QRS w elektrokardiogramie oraz małą frakcję wyrzutową lewej komory serca.

Do przewlekłej niewydolności serca (PNS) prowadzi kilka mechanizmów uszkadzających serce: niedokrwienie lub uszkodzenie komórek np. w przebiegu procesu zapalnego, uszkodzenia toksycznego, czy też skutek przeciążenia ciśnieniowego. CRT ma na celu łagodzenie objawów i zahamowanie postępu choroby.

Pacjenci poddani terapii resynchronizującej to chorzy wysokiego ryzyka, zagrożeni nagłym zgonem sercowym. W uszkodzonym, niewydolnym sercu istnieje duże ryzyko powstawania niebezpiecznych dla życia tachyarytmii komorowych. Zachodzi wtedy konieczność wszczepienia kardio-wertera-defibrylatora. Choć zwiększenie długości życia chorego jest najważniejszym celem terapii, równie istotna jest poprawa jakości życia.



## PRZEWLEKŁA NIEWYDOLNOŚĆ SERCA

Niewydolność serca jest zespołem objawów chorobowych, które wynikają z niewystarczającego w stosunku do potrzeb organizmu pompowania krwi przez serce, mówimy wówczas o nieadekwatnej do potrzeb wydajności pracy serca.

Taki stan prowadzi do niedoboru tlenu i substancji odżywczych w tkankach, co powoduje zaleganie płynu w płucach i innych miejscach organizmu (najczęściej najniżej położonych w zależności od pozycji ciała – podudzia, okolica krzyżowo-lędźwiowa). Wczesne rozpoznanie choroby, prowadzenie odpowiedniego trybu życia i rozpoczęcie właściwego leczenia znacznie zwiększa szansę na przedłużenie życia chorego.

### Przyczyny i czynniki ryzyka:

1. choroba niedokrwienna serca – zwężenie tętnic doprowadzających krew do serca prowadzi do niedostatecznego dostarczania tlenu i substancji odżywczych,
2. przebyty zawał serca – obszar blizny pozawałowej nie kurczy się i stanowi ubytek w masie czynnego mięśnia,
3. wysokie ciśnienie tętnicze krwi – powoduje przeciążenie serca pokonywaniem zwiększonego oporu naczyń krwionośnych,
4. choroby zastawek serca – prowadzą do przeciążenia serca,
5. wrodzone wady serca – nierozpoznane i nieleczone,
6. kardiomiopatie – choroby polegające na nieprawidłowej budowie i organizacji komórek mięśnia serca,
7. zapalenie wsierdzia – infekcja w obrębie wnętrza serca – obejmująca głównie zastawki, prowadząca do ich uszkodzenia i upośledzonej funkcji; najczęstszy czynnik etiologiczny – bakterie,
8. zapalenie mięśnia serca – infekcja dotycząca tkanki mięśnia sercowego; jej efektem jest osłabienie kurczliwości serca; najczęstszy czynnik etiologiczny – wirusy,
9. cukrzyca – z biegiem lat prowadzi do upośledzenia funkcji skurczowej serca,
10. czynniki toksyczne (alkohol, nikotynizm, leki, kokaina).

### OBJAWY PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI SERCA

Objawy wczesnych stadiów niewydolności serca mogą być łagodne i często niezauważone przez pacjentów. Stopniowa progresja choroby prowadzi do pojawienia się następujących objawów:

- Dusznosc w pozycji leżącej na wznak, ustępująca w pozycji półsiedzącej wynika z powrotu krwi zalegającej w kończynach dolnych do serca. Serce jest osłabione i nie może się uporać z dodatkową porcją krwi, dlatego zalega ona w naczyniach krwionośnych płuc, powodując duszność.
- Napadowa duszność nocna- występuje u chorych w zaawansowanym stadium choroby.
- Obrzęki stóp i podudzi (spowodowane zwiększoną obecnością płynu pozakomórkowego, czemu towarzyszy przyrost masy ciała, występujące obustronnie, symetrycznie, po ucisku palcem pozostaje dołek, u chorych chodzących początkowo pojawiają się na kończynach dolnych, stopach i wokół kostek, rano mniejsze i narastające w ciągu dnia, u chorych leżących zlokalizowane są w okolicy lędźwiowo-krzyżowej i w okolicy moszny u mężczyzn, brak leczenia może spowodować obrzęk całego ciała, zastój żylny w wątrobie, wodobrzusze i płyn w jamie

opłucnej).

- Zmęczenie, osłabienie (w wyniku małej pojemności minutowej serca i słabnącej czynności mięśni szkieletowych oraz zaburzeń snu z powodu duszności nocnej).
- Nadciśnienie- zwężenie naczyń krwionośnych i próby kompensacji niewydolności przez zwiększenie ilości pompowanej krwi powodują, że ciśnienie w tętnicach osiąga bardzo wysokie, utrzymujące się stale wartości; jest to bardzo charakterystyczny i powszechny objaw kłopotów z pracą serca.
- Ból wieńcowy (dławicowy)- jest bezpośrednim skutkiem niedotlenienia mięśnia sercowego. W przypadku lekkiej niewydolności serca bóle pojawiają się przy wysiłku fizycznym, kiedy zapotrzebowanie na tlen jest wyższe niż normalnie, a po odpoczynku ustają. W zaawansowanej chorobie bóle pojawiają się częściej i trwają dłużej.
- Ból wieńcowy jest charakterystyczny - centrum znajduje się w klatce piersiowej i zwykle odczuwane jest promieniowanie do szyi i barku. Pacjenci opisują go zwykle jako pieczenie, gniecenie, ściskanie, dławienie.
- Brak apetytu – spowodowany zastojem krwi w okolicach żołądka i wątroby.

### NIEWYDOLNOŚĆ SERCA MOŻNA PODZIELIĆ W ZALEŻNOŚCI OD CIĘŻKOŚCI OBJAWÓW NA CZTERY KLASY CZYNNOŚCIOWE WG SKALI NYHA:

- I. chorzy bez ograniczenia aktywności fizycznej, zwykła aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca,
- II. chorzy z niewielkim ograniczeniem aktywności fizycznej, bez objawów w spoczynku, objawy towarzyszą wysiłkowi fizycznemu,
- III. chorzy ze znacznym ograniczeniem aktywności fizycznej, u których nawet najmniejszy wysiłek (mycie, ubieranie się) prowadzi do wystąpienia objawów, objawy nie występują jednak w spoczynku,
- IV. chorzy nie są w stanie wykonać żadnej aktywności fizycznej bez wystąpienia objawów.

Zastosowanie CRT zmniejsza śmiertelność ogólną od 24% do 36%. Powoduje też zmniejszenie objawów niewydolności krążenia, poprawę tolerancji wysiłku, zmniejszenie liczby hospitalizacji i korzystną przebudowę mięśnia sercowego. Pozytywny efekt obserwuje się u około 60 do 70 % chorych.

Stymulator resynchronizujący (CRT) to nowoczesna metoda leczenia niewydolności serca. Jak wskazuje nazwa urządzenia, jego charakterystyczną cechą jest przywracanie jednoczesnego, synchronicznego skurczu komór serca, który uległ istotnemu zaburzeniu wskutek uszkodzenia mięśnia serca. Zawał serca, choroby zastawek, kardiomiopatie, prowadzą do zaburzeń w mechanice skurczu serca – jedne fragmenty komór kurczą się nieco wcześniej, inne później. Dla wyjaśnienia zasady działania CRT konieczne jest zrozumienie zjawiska dyssynchronii skurczu serca. W sercu o upośledzonej funkcji skurczowej zaburzenia aktywacji elektrycznej mogą powodować dyssynchronię:

- 1) przedsionkowo-komorową – nieefektywne napełnianie lewej komory i jej opóźniony skurcz w stosunku do skurczu lewego przedsionka,

- 2) międzykomorową – brak jednoczasowego skurczu prawej i lewej komory,
- 3) śródkomorową – niesynchroniczny skurcz segmentów lewej komory.

Sposobem na przywrócenie uporządkowanego skurczu komór serca, jest resynchronizacja za pomocą 3 elektrod stymulujących. Najważniejszym celem terapii jest przedłużenie życia chorego. Istotna jest także poprawa jakości życia, bez uciążliwych objawów (męczliwość, duszność, obrzęki, ból), zapobieganie uszkodzeniu mięśnia sercowego, zaostreniom choroby i hospitalizacjom, wreszcie zapewnienie odpowiedniej opieki w schyłkowym okresie choroby.

Wyróżniamy dwa typy stymulatorów resynchronizujących:

- CRT- P stymulator resynchronizujący bez funkcji kardiowersji- defibrylacji,
- CRT- D stymulator resynchronizujący z funkcją kardiowersji- defibrylacji.

Wskazania do zastosowania CRT- P czy CRT-D są częściowo wspólne.

Zastosowanie CRT- P zalecane jest w celu zmniejszenia śmiertelności i chorobowości u chorych w III- IV klasie wg NYHA, u których mimo optymalnego leczenia utrzymują się objawy, mają niską EF < 35% i wydłużony QRS.

Stymulator CRT-D stanowi najlepsze rozwiązanie dla mocno uszkodzonego serca, gdyż łączy w sobie funkcję stymulatora serca i kardiowertera-defibrylatora (ICD), przywraca synchronię skurczu lewej i prawej komory serca, zapewniając równocześnie leczenie niewydolności i ochronę przed nagłym zgonem sercowym. Ważne znaczenie w zaleceniach do wszczepienia CRT- D ma ponadroczny „oczekiwany czas przeżycia” chorego w dobrym stanie czynnościowym, oparty na ocenie ogólnego stanu zdrowia chorego z uwzględnieniem wieku biologicznego i chorób współistniejących, mogących mieć wpływ na rokowanie.

Urządzenie CRT-D czuwa nad prawidłową pracą serca pacjenta. Diagnostyka zaburzenia rytmu, wysyłając impulsy elektryczne w bradykardii działa jak rozrusznik, a w tachyarytmii przerywa napadowe zaburzenia rytmu. Wykonując kardiowersję i defibrylację, wyzwala pojedynczy impuls podczas którego chory może odczuwać ból, dość szybko ustępujący. Kardiowersja wykonana osobie przytomnej, może dawać uczucie silnego uderzenia w klatkę piersiową, ból mięśni utrzymujący się nawet do dwóch dni. Podczas stymulacji impulsami o niewielkiej energii pacjent nie odczuwa pracy stymulatora. Terapia CRT przynosi korzyści chorym z niewydolnością serca i znacznie hamuje progresję tej choroby. Zastosowanie optymalnej farmakologii i równoczesna ochrona dzięki ICD daje korzystne efekty kliniczne i hemodynamiczne.

Badania przeprowadzane przed kwalifikacją pacjenta do CRT:

- badanie echokardiograficzne z oceną frakcji wyrzutowej (EF), RTG klatki piersiowej,
- EKG,
- test wysiłkowy,
- angiografia zatoki wieńcowej i żył wieńcowych.

Do wszczepienia stymulatorów resynchronizujących kwalifikuje się chorych:

- z objawami niewydolności serca w III lub IV klasie wg NYHA pomimo optymalnej farmakoterapii,
- z poszerzeniem zespołów QRS w zapisie EKG,
- z frakcją wyrzutową  $\leq 35\%$ ,
- przy zachowanym rytmie zatokowym.

Frakcja wyrzutowa określa prawidłowe funkcjonowanie serca jako pompy. Oznacza ilość krwi, która jest wypompowana z lewej komory serca w trakcie jednego skurczu. Nigdy nie jest to cała objętość krwi znajdująca się w komorze. U zdrowych osób w trakcie jednego skurczu wartość ta wynosi 50-75%. Im niższa jest wartość frakcji wyrzutowej, tym gorsza wydolność serca. Wielkość frakcji wyrzutowej określa badanie echokardiograficzne.

- Wielkość frakcji wyrzutowej powyżej 50% oznacza całkowitą sprawność serca i prawidłowe zaopatrzenie wszystkich narządów w tlen i substancje odżywcze w każdych warunkach.
- Umiarkowanie obniżona kurczliwość serca z frakcją wyrzutową między 36-49%, wykazuje wyraźne uszkodzenie serca, ale nie ograniczające w sposób dramatyczny normalnego funkcjonowania chorego.
- Frakcja wyrzutowa poniżej 35% wskazuje na poważne uszkodzenia mięśnia serca, często z objawami nasilonej niewydolności serca, a przede wszystkim oznacza zwiększone ryzyko występowania groźnych dla życia arytmii komorowych i nagłej śmierci sercowej.

Kwalifikacja do zabiegu wszczepienia CRT opiera się na stanie klinicznym pacjenta, badaniu EKG i echokardiografii, ale przede wszystkim na uczciwej rozmowie pacjenta z lekarzem i rozważeniu ryzyka pacjenta oraz korzyści płynących z wykonania zabiegu. Implantacja CRT jest zabiegiem trudnym technicznie, trwającym nawet kilka godzin, operator musi posiadać duże doświadczenie w zakresie kardiologii interwencyjnej.

Terapia resynchronizująca (CRT) choć jest nowością ostatnich lat, ma udokumentowane znaczenie w leczeniu chorych z niewydolnością serca. Jej skuteczność potwierdzają liczne badania kliniczne. Obserwowano u pacjentów poprawę kliniczną (zmniejszenie objawów, poprawę tolerancji wysiłku i jakości życia) i echokardiograficzną (poprawa funkcji skurczowej, zmniejszenie wymiarów lewej komory), a w konsekwencji zmniejszenie częstości hospitalizacji z powodu niewydolności krążenia (o 52-76%) i poprawę przeżywalności o 24-40%.

Do ograniczeń tej metody należą trudności związane z umieszczeniem elektrody oraz powikłania zabiegu. Implantacja elektrody do stymulacji LV jest złożonym zabiegiem, którego przebieg w znacznym stopniu zależy od anatomii układu żył serca uchodzących do CS, niesie za sobą ryzyko powikłań i braku skuteczności nie tylko w okresie okołozabiegowym, ale też w perspektywie długoterminowej. Ponadto duże znaczenie ma doświadczenie osoby przeprowadzającej zabieg oraz dostępności różnych modeli elektrod specjalnie skonstruowanych do stymulacji LV. Wszystkie te czynniki wpływają na wynik zabiegu i czas jego trwania, w tym na czas trwania fluoroskopii.



Plan kontroli długoterminowej nad pacjentem po wszczepieniu stymulatora zależy od wielu czynników min. od pierwotnych wskazań do stymulacji, ogólnego stanu klinicznego chorego, typu wszczepionego stymulatora, ewentualnych komplikacji w trakcie zabiegu oraz przebiegu pozabiegowego. Udział pielęgniarki we właściwym przygotowaniu pacjenta do zabiegu oraz opieka nad pacjentem poddanym elektroterapii w trakcie i po zabiegu jest niezbędny, wpływa na powodzenie zabiegu i zapobieganie powikłaniom. Chory powinien być objęty troskliwą opieką pielęgniarską i lekarską w celu zapewnienia realizacji podstawowych potrzeb życiowych. Edukacja pacjenta na temat oczekiwanych korzyści z wszczepienia stymulatora i trybu życia po zabiegu, pozwala przygotować pacjenta do samoopieki i samokontroli w warunkach domowych.

Wszczepiony rozrusznik przywraca jeden z najważniejszych rytmów świata- rytm serca. I choć stymulatory stanowią początek trwającej całe życie chorego terapii, stwarzają też nadzieję na poprawę jakości życia chorych. ■

Małgorzata Sołtysiak

Bibliografia u autora

## Współczesne teorie starzenia się: aktywności, wyłączenia, koncepcja rozwoju człowieka w psychologii life-span

Starość jest nieubłagany ludzkim przeznaczeniem. Każdy człowiek w miarę upływu lat coraz częściej myśli o własnej starości, lecz stara się uciekać od tych myśli. Dla części osób starość może być pogodna, produktywna, natomiast dla innych może być okresem trudnym, smutnym, uciążliwym. Starość nie powinna być utożsamiana z upadkiem sił fizycznych i psychicznych człowieka, ze stanem schorowania i niepełności. Proces starzenia się i starości jest złożony i jest rezultatem splotu wielu czynników, które mają miejsce w ciągu życia każdego człowieka. Choć każda z teorii oferuje unikalny wgląd w zagadnienie pomyślnego starzenia się, to żadna z tych koncepcji nie tłumaczy w pełni fenomenu pomyślnego starzenia się. Ważne jednak jest poznanie tych koncepcji w ramach edukacji do starości całego polskiego społeczeństwa w myśl zasady: „godna starość wyzwaniem dla każdego”.

Jest bardzo dużo teorii starzenia się. Chcę tu nadmienić, iż starzenie jest cechą indywidualną jak już wcześniej wspomniałam, a długowieczność mimo, że jest cechą rzadko spotykaną, to jednak nieunikalną.

Starzenie się jest postrzegane jako długotrwały proces zmniejszenia sprawności organizmu, tym różniący się od innych, że jest zjawiskiem uniwersalnym, dotyczącym wszystkich organizmów. Starzenie się jako proces zachodzący w organizmie żywym można analizować jako proces pierwotny, naturalnie występujący, czyli starzenie fizjologiczne i starzenie patologiczne, starzenie wtórne.

Jean Vanier wyróżnia dwa sposoby starzenia się: starzenie się z trwogą i goryczą oraz starzenie się człowieka polegające na poszukiwaniu i odnajdowaniu w podeszłym wieku nową

młodości. Ludzie starzejący się z trwogą i goryczą krytykują wszystko, żyją przeszłością i złudzeniami. Ich zły charakter odpycha młodych, przez co pozostają zamknięci w swym smutku i samotności. Ludzie, którzy starzeją się poszukując i odnajdując się w podeszłym wieku, odnajdują nową młodość, mają pełne zdziwienie spojrzenie dziecka i mądrość człowieka dojrzałego, są symbolem współczucia i przebaczenia. Ogólnie możemy wyodrębnić trzy grupy teorii starzenia się:

1. Biologiczne
2. Psychospołeczne
3. Teoria life- span.

### Teoria aktywności osób starszych

Została po raz pierwszy przedstawiona w pracy Cavana i innych. Starzenie w aspekcie tej teorii rozpatrywane jest jako gromadzenie się napięć związanych z koncepcją obrazu samego siebie, która wynika ze zmiany w pełnieniu ról społecznych. Przystosowanie osobowościowe w późniejszych latach życia uwarunkowane jest oceną własnego „ja”. Obraz samego siebie człowiek kształtuje na przykładzie obserwacji i ocen innych. Oddziałuje na dwa poziomy funkcjonowania struktury „ja”. Pierwszy dotyczy wielkości, prestiżu, jaki społecznie przypisywany jest określonej statusowi. Drugi poziom dotyczy oceny zachowania ludzi w okresie starości w aspekcie kontroli „ja”. Jeśli ocena wydana przez osobę znaczącą jest negatywna, to wówczas osoba ta zaczyna działać przeciwko sobie. Teoria ta charakteryzuje problemy starzenia się, szczególnie w okresie podeszłym, ale ukazuje również możliwości i konieczność aktywnego spędzenia czasu. Aktywność jest potrzebą psychiczną i społeczną w każdym wieku życia człowieka, nie wyłączając jego późnych lat. Wydawałoby się, że zupełnie przeciwną teorią do powyższej jest:

### Teoria wyłączenia osób starszych

A jednak w stu procentach nie jest to prawdą. Twórcy teorii wyłączenia Cumming i Henry uważają, że proces starzenia polega na wyłączaniu się ludzi od osoby starej w takim samym stopniu, jak ona oddala się od nich.

Podstawowe założenia teorii wyłączenia Rembowski ujmując następująco:

1. Współzależność tzn., że osoby nie zachowują się i nie działają wg. swoich, możliwości, ale podporządkowują się normom pracy ustalonych dla nich.
2. Nieuchronność jako system przeciwny potrzebom i zainteresowaniom.
3. Powszechność tzn., że wszystkie systemy społeczne dla utrzymania równowagi muszą działać w kierunku wyłączenia z aktywności ludzi starzejących się i starych.

Twórcy tej teorii uważają, że to wszystko konieczne jest do utrzymania równowagi społecznej i udostępniania miejsca pracy ludziom młodszym. Oznacza to, że osobom przechodzącym na emeryturę należy znaleźć takie role, których nie mogą pełnić ludzie młodzi. Podstawą tej teorii jest przekonanie, że „wyłączenie” jest znamiennej cechą w życiu społecznym człowieka w starszym wieku i odnosi się do ograniczenia ilości interakcji pomiędzy ludźmi z otoczenia. Człowiek może ograniczać swoje kontakty z jedną grupą, ale z inną utrzymuje je a nawet pogłębia.

Kolejną współczesną teorią starzenia się jest:

### Koncepcja rozwoju człowieka w psychologii life-span, czyli psychologia rozwoju biegu życia

Tradycyjna psychologia rozwojowa składająca się z psychologii historycznej, filogenetycznej i ontogenetycznej, ograniczała opis rozwoju psychicznego człowieka do okresu dojrzewania. Próby podjęcia opisu rozwoju wychodzące poza okres dojrzewania reprezentują Pieter, Szuman, Obuchowski i Susułowska.

Jednak ich prace były niesystematyczne i wycinkowe (podaje za G. Łój). Pierwsze całościowe ujęcie problematyki life-span zawdzięczamy M. Tyszkowej. Psychologia rozwoju biegu życia jest psychologią ontogenetyczną, badającą zmiany rozwojowe w psychice człowieka od urodzenia aż do śmierci. Obejmuje ona przekształcenia rozwojowe psychiki człowieka dorosłego, ze starością jako ostatnią fazą dorosłości włącznie. Twórcami tej koncepcji są: Baltes, Lipsitt, Ress (1980). Objęcie zainteresowaniami badawczymi całego ciągu życia jednostki w jego aspekcie rozwojowym wymaga przyjęcia założenia, że rozwój psychiczny człowieka nie kończy się wraz z osiągnięciem biologicznej dojrzałości, ale trwa nadal. Możliwe jest też oddziaływanie modyfikujące przebieg tego rozwoju (ze strony rozwijającej się jednostki i jej otoczenia społecznego) w kierunku jego optymalizowania we wszystkich fazach cyklu życiowego człowieka. Bieg życia ludzkiego, a wraz z nim zmiany rozwojowe psychiki związane są szczególnie z tzw. zdarzeniami krytycznymi, czyli tymi, które mają istotne znaczenie dla losów jednostki i jej funkcjonowania w przyszłości. Zmiany te polegają na przekształcaniach systemu psychicznego jego postępującej rozbudowie. Rozwiązywanie ciągle nowych zadań życiowych, utrata jednych a podejmowanie innych ról społecznych wymaga odmiennych sposobów zachowania i w tym sensie stanowi ciągły rozwój, trwa, bowiem przez całe życie.

### Najważniejszymi, filarami długiego, życia i szczęśliwej starości są:

1. Akceptacja uwarunkowań i okoliczności, jakie przyniosło ze sobą życie, także tych trudnych, czy nawet wręcz negatywnych.
2. Aktywność - zdrowie i zadowolenie w starości jest funkcją aktywności fizycznej, ruchowej i socjalnej. Im aktywniejsza jest jednostka całe życie tym dłużej żyje.
3. Samodzielność to kolejny fundamentalny czynnik. Mieści się w nim samoobsługa, prowadzenie własnego gospodarstwa domowego oraz samodzielne załatwianie swoich spraw.
4. Pozytywne nastawienie do życia i pozytywne myślenie.

Nie zawsze jednak starość postrzegana jest w oczach seniorów jako czas refleksji, pomocy, rad, które może udzielać po latach własnych doświadczeń. Spojrzenie ich wstecz pozwala na spokojniejszą i obiektywną ocenę ludzi i sytuacji, z jakim zetknęli się w życiu. Adaptacja do starości i funkcjonowanie w wymiarze psychologicznym, biologicznym i społecznym zależą pośrednio od powszechnych i podzielanych w środowisku społecznym przekonań na temat możliwości i ograniczeń związanych ze starością. Opinie te są przyswajane od dzieciństwa, oparte na obiegu wiedzy potocznej, często uproszczonej i nieprawdziwej. Obraz samego siebie warunkuje postawy ludzi starych wobec życia. Najbardziej charakterystyczne postawy ludzi starych, związane są z ich przystosowaniem do procesu starzenia się i starości.

### Wyróżnia się pięć typów przystosowania się do starości, które przedstawił D. Bromley (cyt. za G. Łój):

1. Postawa konstruktywna charakteryzuje się czynnym działaniem społecznym, dążeniem do przekazywania pokoleniom swoich doświadczeń. Może ona przybierać różne formy np. moralisty, mentora, działacza społecznego itd.
2. Postawa zależności występuje u ludzi względnie dobrze zintegrowanych wewnętrznie, bez lęków i objawów nerwicowych, którzy jednak liczą na pomoc materialną i oparcie emocjonalne ze strony innych ludzi.
3. Postawa obronna wynika z potrzeby wzmocnienia poczucia i niezależności. Manifestuje się między innymi niechętnym ujawnianiem się własnych sądów, a co najwyżej wypowiadaniem ogólnie przyjętych poglądów ocenianych jako społecznie pozytywne oraz pesymistycznym ustosunkowaniem się do okresu starości.
4. Postawa wrogości wobec innych jest spotykana u osób, w których zachowaniu dominuje agresja, podejrzliwość, skłonności do izolacji. Ludzie ci swoje niepowodzenia przypisują warunkom zewnętrznym lub otoczeniu.
5. Postawa wrogości skierowanej do samego siebie różni się od postawy poprzedniej tym, że ludzie ci skierowują swoją agresję nie na innych, lecz na samych siebie. Osoby te są pasywne, bez inicjatywy, mają żal do siebie samych, wykazują objawy depresji, a śmierć nie przeraża ich, lecz traktują ją jako wybawienie, wyzwolenie z dotychczasowej egzystencji.

Najbardziej pożądaną postawą jest postawa konstruktywna, która cechuje osoby patrzące z optymizmem na przyszłość, akceptujące swoją starość, dla których śmierć jest normalnym zdarzeniem. Natomiast postawa zależna, obronna, wrogości do siebie czy do świata nie pozwala na cieszenie się życiem i przejawianie aktywności własnej. Należy jednak pamiętać, że starość nie wytwarza nowej postawy życiowej, lecz zaostroża lub łagodzi postawę, którą człowiek prezentował przez całe swoje życie.

A. Zych w swojej klasyfikacji wyróżnia cztery postawy, z których dwie pierwsze wskazują na nieprzystosowanie do procesu starzenia się i starości, kolejne dwie na przystosowanie:

1. Postawa lęku przed starością i buntu wobec starzenia się.
2. Postawa rezygnacji i/lub izolacji emocjonalnej i społecznej.
3. Postawa rozsądnej, poznawczej i emocjonalnej akceptacji starości, traktowanej jako naturalnej fazy życia człowieka, przy zachowaniu odpowiedniej do zdrowia i wieku wysokiej aktywności.
4. Postawa refleksji nad przebytym już odcinkiem drogi życiowej.

Postawa człowieka wobec własnego życia, a więc i starości jest związana z wieloma - obiektywnymi i subiektywnymi czynnikami, takimi jak: aktywność, poziom i styl życia, stereotypy starości, stan zdrowia, a także zaspokojenie potrzeb na godziwym poziomie. ■

mgr Joanna Dziedzic

Literatura u autora



## Trwa kampania społeczna „POŁOŻNA NA MEDAL”

SZANOWNA PANI / SZANOWNY PANIE,  
Trwa kampania społeczna „Położna na medal”. Dzięki nominacjom Pani/Pana pacjentów — którzy oddają swoje głosy na najlepszą ich zdaniem położną - WYBIERZEMY „POŁOŻNĄ NA MEDAL”. Przypominamy, że kryteria oceny położnej zostały przygotowane w oparciu o rekomendacje Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.

NAGRODY W KONKURSIE „POŁOŻNA NA MEDAL”:

- Voucher wakacyjny o wartości 11 000 zł
- Laptop o wartości 5 000 zł
- iPad o wartości 3 000 zł

W CIĄGU ZALEDWIE 3 MIESIĘCY OD STARTU KAMPANII „POŁOŻNA NA MEDAL”:

- Pacjenci oddali PONAD 10 000 GŁOSÓW W KONKURSIE na najlepszą położną;
- Zgłoszono PONAD 200 POŁOŻNYCH z całego kraju;
- Ukazało się ponad 60 INFORMACJI W MEDIACH, w tym m.in.: wp.pl, dzieci.pl, gazeta.pl, kampaniespoleczne.pl, RynekZdrowia.pl, e-ginekologla. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, nipip.pl, SuperMama, Mam Dziecko,...

Wkrótce na stronie [www.polożnanamedal.pl](http://www.polożnanamedal.pl) powstanie bezpłatna BAZA POŁOŻNYCH, które zostały zgłoszone do konkursu, a która pozwoli na promocję najlepszych położnych i ułatwi wybór położnej przyszłym mamom. Aktualnie na bieżąco na stronie można monitorować wyniki konkursu na najlepszą położną, a na portalu [edukacjapacjenta.pl](http://edukacjapacjenta.pl) ZAMAWIAĆ BEZPŁATNIE MATERIAŁY PROMUJĄCE KAMPANIĘ.

DZIĘKUJEMY I ZAPRASZAMY DO DALSZEGO  
UDZIAŁU W KAMPANII! ■

Bartłomiej Grzywna  
BDM serwisu [edukacjapacjenta.pl](http://edukacjapacjenta.pl)  
Dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus  
Prezes PTPol  
Dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk  
Prezes NRPiP

## GRATULACJE!

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie składam serdeczne gratulacje wraz z życzeniami pomyślności i sukcesów zarówno w pracy zawodowej jak i w życiu osobistym z okazji wyboru na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie



Paniom:

**1. Katarzynie Cichoń** - Oddziałowej Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego dla wentylowanych mechanicznie

**2. Monice Zychowskiej** - Oddziałowej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego ■

Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

## Życzenia z okazji Przejścia na Emeryturę



*Najlepsze życzenia, to marzeń  
spełnienia.*

*Bo cóż piękniejszego, niż właśnie  
marzenia?*

*Wiek emerytalny po to jest nam dany,  
By realizować niespełnione plany.*

*Więc nie ma co patrzeć na swą kartę  
zdrowia, Tylko żyć i się delectować.  
Brać wszystko co jeszcze do wzięcia zostało  
Póki posłuszeństwa nie odmówi ciało.  
Cieszymy się każdym dniem!*

*W związku z zakończeniem pracy zawodowej  
i zasłużonym odejściem na emeryturę,  
podziękowania za długoletnią pracę,  
życzenia radości i dobrego zdrowia  
na dalsze lata składają dla Pani*

**Mirosławy Kozak**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie,  
oraz  
Pielęgniarki i Położne ZOZ w Kłobucku, ■

„Człowiek jest wielki  
nie przez to, co ma  
nie przez to, kim jest,  
lecz przez to, czym dzielił się z innymi”.  
Jan Paweł II



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 dla Pani

**Anny Urbańczyk**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie,  
oraz  
Pielęgniarki i Położne SP ZOZ Miejskiego  
Szpitala Zespołowego w Częstochowie. ■



## Konferencja Naukowo - Szkoleniowa

### „Wyzwania w onkologii – profilaktyka, diagnostyka, leczenie i rehabilitacja”

Częstochowa, 10 października 2014 roku

#### Organizatorzy:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie  
Centrum Medyczne „Małgorzata” w Częstochowie  
Koło terenowe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Częstochowie

#### Szanowni Państwo!

##### Drogie Koleżanki i Koledzy!

Mamy zaszczyt i przyjemność zaprosić Państwa na Konferencję Naukowo - Szkoleniową „Wyzwania w onkologii – profilaktyka, diagnostyka, leczenie i rehabilitacja”.

Konferencja odbędzie się w sali konferencyjnej przy parafii rzymsko-katolickiej pw. św. Zygmunta w Częstochowie, ul. Krakowska 1, w dniu 10.10.2014 r. w godz. 830-1500. Będziemy zaszczytzeni Państwa obecnością. Dołożymy wszelkich starań, aby spotkanie dostarczyło wielu nowych informacji na temat problemów z jakimi spotykają się pacjenci i członkowie zespołu terapeutycznego w sytuacji wystąpienia choroby nowotworowej. Wysokiej klasy wykładowcy przekażą nam najnowszą wiedzę na temat profilaktyki, diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji w chorobach onkologicznych. Podzielimy się z nami swoim szerokim doświadczeniem, a my postaramy się aby spotkanie przebiegało w miłej i sympatycznej atmosferze.

#### Serdecznie zapraszamy do udziału w Konferencji!

Zgłoszenia do udziału w Konferencji należy kierować telefonicznie pod

nr telefonu: (34) 324-51-12 lub 519-862-186  
lub na adres

e-mail: sekretariat@oipip.czyst.pl do 30 września 2014r.

#### Patronat honorowy konferencji:

Prezydent Miasta Częstochowy – mgr inż. Krzysztof Matyjaszczyk  
Prezes NRPiP – dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk  
Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej – mgr Izabela Kaptacz

#### Komitet naukowy konferencji:

dr n. med. Grażyna Franek  
dr n. med. Iwona Markiewicz  
dr n. o zdr. Krystyna Mizerska

#### Moderatorzy:

dr n. med. Iwona Markiewicz,  
mgr Halina Synakiewicz

#### Program konferencji

##### 8:30-8:50

Otwarcie Konferencji i powitanie gości  
mgr Halina Synakiewicz - Przewodnicząca ORPiP

##### 8:50-9:20

Wystąpienia zaproszonych gości

##### Sesja I

##### 9:20-9:40

Wykład inauguracyjny - Dylematy moralne wokół sedacji w opiece paliatywnej oraz prawda przy łóżku chorego w praktyce hospicyjnej ks. dr Jan Kaczowski, Puckie Hospicjum pw. św. Ojca Pio

##### 9:40-10:00

Rekonstrukcja piersi  
dr Przemysław Jasnowski, WSzS w Częstochowie

##### 10:00-10:20

Opieka pooperacyjna u chorych po zabiegach rekonstrukcyjnych mgr piel. Maria Lipińska- Rak, WSzS w Częstochowie

##### 10:20-10:40

Współczesna kobieta po mastektomii Elżbieta Markowska – Prezes Stowarzyszenia Częstochowskiego „Amazonki”

##### 10:40-11:10

Przerwa na kawę

##### Sesja II

##### 11:10-11:30

Leczenie systemowe w nowotworach złośliwych dr Dorota Wojtachnio, Centrum Medyczne „Małgorzata” w Częstochowie

##### 11:30-11:50

Problemy pielęgnacyjne pacjentów w trakcie chemioterapii mgr Maria Huras, WSzS w Częstochowie

##### 11:50-12:10

Rak szyjki macicy – profilaktyka, diagnostyka, leczenie dr n. med. Lech Rogulski, WSzS w Częstochowie

##### 12:10-12:30

Wybrane problemy zawodowe pielęgniarstwa onkologicznego mgr piel. Renata Sówka, Centrum Medyczne „Małgorzata” w Częstochowie

##### 12:30-13:00

Lunch

##### Sesja III

##### 13:00-13:20

Opieka pielęgniarska nad pacjentem leczonym napromienianiem mgr piel. Jolanta Podstawka, Centrum Instytut Onkologii w Gliwicach

##### 13:20-13:40

Żywienie pacjenta w chorobie nowotworowej mgr Małgorzata Stanior, dietetyk kliniczny „Dietetyka i żywienie” w Częstochowie

##### 13:40-14:00

Zastosowanie głębokiej oscylacji w rehabilitacji onkologicznej mgr Robert Trybulski, Centrum Edukacyjno-Rehabilitacyjne „Provita” w Żorach

Studium przypadku mgr Kamila Hruboń, Centrum Medyczne „Małgorzata” w Częstochowie

##### 14:00-14:20

Wsparcie psychologiczne pacjenta w chorobie nowotworowej - oczekiwane i otrzymywane mgr Marta Dudzińska, Centrum Medyczne „Małgorzata” w Częstochowie

##### 14:20-15:00

Zakończenie - Podsumowanie konferencji, dyskusja

# Egzamin państwowy szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie „Pielęgniarstwa zachowawczego”

W dniu 15 września 2014 roku w Warszawie odbył się egzamin państwowy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa zachowawczego” prowadzonego przez Ośrodek Szkoleniowy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Kierownikiem szkolenia specjalizacyjnego była Anna Dygudaj.

W szkoleniu specjalizacyjnym uczestniczyły i przystąpiły do egzaminu

## 22 pielęgniarki:

1. Banasiak Katarzyna
2. Bulska Aneta
3. Bulska Barbara
4. Flak Edyta
5. Garus Ewa
6. Gołda Joanna
7. Góreczny Jadwiga
8. Grabowska Danuta
9. Gubienia Agata
10. Kaczmarczyk Anna
11. Kończyk Jolanta
12. Krzak Jolanta
13. Lizurej Irena
14. Marczyk Beata

15. Merda Danuta
16. Nowak Ewa
17. Oukal Dorota
18. Placek Elżbieta
19. Polaczek Dorota
20. Wieczorek Aldona
21. Wojsław Małgorzata
22. Żyła Renata

Serdecznie gratulujemy zdanego egzaminu i osiągnięcia bardzo dobrego wyniku zarówno Paniom Specjalistkom jak i Pani Kierownik Annie Dygudaj. ■

## PODZIĘKOWANIE

W imieniu wszystkich uczestniczek szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, które w dniu 15 września 2014r. pomyślnie zdały egzamin państwowy, pragniemy serdecznie podziękować Pani Halinie Synakiewicz - Przewodniczącej ORPiP w Częstochowie, Pani Annie Dygudaj – kierownikowi specjalizacji oraz pracownikom ośrodka szkoleniowego przy OIPIP. Dziękujemy za życzliwość, włożony trud, poświęcony czas oraz wsparcie psychiczne w najtrudniejszym momencie – egzaminie państwowym.

Pragniemy pogratulować sprawnej organizacji, profesjonalizmu oraz wymarzonej atmosfery podczas dwuletniego okresu nauki, którą stworzyli nam pracownicy OIPIP w Częstochowie. ■

Uczestniczki  
specjalizacji zachowawczej.

**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**  
**ARTYKUŁY BIUROWE**  
**KUPONY REKUS**





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

Koleżance

## Beacie Zacharskiej

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci

Mamy

składają Pielęgniarki i Położne

z SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespólnego w Częstochowie

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie.



### 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>**



**Spotkanie robocze Zespołu ds. opieki długoterminowej i hospicyjnej.  
Siedziba OIPiP w Częstochowie. Częstochowa, dnia 8 września 2014 roku.**



**W siedzibie Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej  
obyło się zebranie  
Koła Terenowego  
PTP w Częstochowie,  
dnia 4 września  
2014 roku.**





Kurs doszkalcający  
 „Długoterminowe dostępy  
 naczyniowe - użytkowanie  
 portów naczyniowych”  
 Ośrodek Szkoleniowy Okręgowej  
 Izby Pielęgniarek i Położnych  
 w Częstochowie,  
 dnia 16 czerwca 2014 roku.



[www.wsz.edu.pl](http://www.wsz.edu.pl)

# WYŻSZA SZKOŁA ZARZĄDZANIA W CZĘSTOCHOWIE

Zainwestuj w swoją przyszłość

OFERUJEMY STUDIA: I STOPNIA, PODYPLOMOWE, KURSY I SZKOLENIA

## REKRUTACJA 2014/2015

### PIELĘGNIARSTWO

- pomostowe (**bezpłatne**)
- licencjackie (płatne)

### ZARZĄDZANIE I INŻYNIERIA PRODUKCJI

### STUDIA PODYPLOMOWE m.in:

- Przygotowanie pedagogiczne
- Oligofrenopedagogika (**tylko 2 semestry**)
- Zarządzanie w ochronie zdrowia
- Bezpieczeństwo i higiena pracy

### KURSY I SZKOLENIA

**PROMOCJA TRWA  
 DO KOŃCA WRZEŚNIA**



Częstochowa ul. 1 Maja 40  
 tel. 34 368 06 08, 34 368 30 53