

MIESIĘCZNIK

# BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

## Wycieczka do Pragi



16-18 maja 2014 roku

**Lipiec / Sierpień 2014r**

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25



W siedzibie OIPIP przy współudziale Firmy Family Service „PELARGOS”  
odbyło się spotkanie edukacyjne nt.:

## „Alergia i nietolerancje pokarmowe u niemowląt.

Karmienie alternatywne bezpieczne dla karmienia piersią.  
Jakie akcesoria nie zaburzają odruchu ssania noworodków i niemowląt.  
Pielęgnacja skóry oraz suplementacja diety noworodków i niemowląt.”  
Częstochowa, dnia 24 czerwca 2014 roku.



## W NUMERZE:

Prezydium, Rada

Kalendarium

NIPiP

NFZ

Prawo

Minister Edukacji

Prace autorskie

Informacje

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

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

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

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

sekretariat@oipip.czest.pl

www.oipip.czest.pl

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

MILLENNIUM BANK  
nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

**Redakcja:**  
Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora  
Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

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

Odpowiedzialność za zawartość  
merytoryczną artykułów ponosi autor

#### Napisz:

- gratulacje
- podziękowania
- kondolencje
- artykuły,

a MY wydrukujemy bezpłatnie!

ISSN 1234-0049

**Skład i druk:**

„BiRaKo”

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



**Wyciąg  
z protokołu z posiedzenia  
Prezydium Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie  
w dniu 25 czerwca 2014 roku**

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę i jednego pielęgniarskiego.
- Wpisano do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Skreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Wniosek o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony złożyły dwie pielęgniarki.
- Anulowano zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla jednej pielęgniarki.
- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla trzech pielęgniarek na kwotę 6,000.00 zł.
- Podjęto jedną decyzję w sprawie odmowy udzielenia pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych.
- Wydano dwa nowe prawa wykonywania zawodu pielęgniarki.
- Stwierdzono posiadanie przez pielęgniarkę kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej.
- Zaliczono jednej pielęgniarence odbycie przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
- Przyznano dofinansowanie kształcenia podyplomowego: za kurs kwalifikacyjny – „Pielęgniarstwo kardiologiczne” dla 4 osób - na kwotę 2,000.00 zł, za szkolenie specjalizacyjne „Pielęgniarstwo opieki długoterminowej” dla 1 osoby - na kwotę 700.00 zł, za udział w VI Międzynarodowym Kongresie Polskiej Rady Resuscytacji - na kwotę 120 zł. ■

**KALENDARIUM Lipiec- sierpień 2014 rok**



**29.07.2014r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

**29.07.2014r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.

**29.07.2014r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**18.08.2014r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Nauki, Kształcenia i Rozwoju Zawodowego przy NIPiP w Warszawie.

**27.08.2014r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

**27.08.2014r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.

**27.08.2014r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. ■



**Uchwała 206/VI/2014  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
z dnia 6 czerwca 2014 r.**

**w sprawie przyjęcia procedury postępowania  
pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą  
dla funkcjonariusza publicznego w przypadku  
agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny**

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 ze zm.) w zw. z art. 4 ust 1 pkt 1-5 i art. 5 ust 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

**§ 1.** Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przyjmuje procedurę postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny, która stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Ustala się również wzór wniosku zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa wobec funkcjonariusza publicznego, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

**§ 3.** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

Sekretarz NRPIP  
Joanna Walewander

Prezes NRPIP  
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Załącznik nr 1 do Uchwały nr 206/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny

**PROCEDURA POSTĘPOWANIA PIELĘGNIARKI /  
POŁOŻNEJ OBJĘTEJ OCHRONĄ PRZEWIDZIANĄ DLA  
FUNKCJONARIUSZA PUBLICZNEGO W PRZYPADKU  
AGRESYWNEGO ZACHOWANIA PACJENTA /  
RODZINY**

Procedura dotyczy zasad postępowania pielęgniarki, położnej w przypadku zachowania osoby agresywnej podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust 1 pkt 1-5 i art. 5 ust 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach



pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) korzystających z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych zgodnie z art. 11 ust 2 ww. ustawy.

## CEL

Zapewnienie ochrony pielęgniarkom i położnym, stworzenie bezpiecznych warunków pracy oraz prawidłowe i niezakłócone wykonywanie przez nich obowiązków służbowych podczas oraz w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych wobec pacjenta.

## OKREŚLENIE POJĘĆ

**Agresja** [łac. aggressio 'napaść', 'natarcie'], psychol. działanie (fizyczne, słowne,) zmierzające do spowodowania szkody, wyrządzenia krzywdy fizycznej lub psychicznej, skierowane na inną osobę, także zamiar takiego działania lub względnie trwała tendencja do takich działań.

1. **Agresja fizyczna** – atak skierowany na inną osobę, w którym atakujący posługuje się określonymi częściami ciała lub narzędziami przyjmującym formę uderzenia, potrącenia, kopnięcia, pobicia itp. powodującym zadanie bólu lub uszkodzenia ciała.
2. **Agresja słowna** (werbalna) – posługiwanie się sformułowaniami werbalnymi, szkodliwymi dla atakowanej osoby, wywołując w niej strach, poczucie krzywdy lub odrzucenie emocjonalne.

**Pobudzenie** – to stan psychicznego podniecenia i wzmożonej aktywności.

**Osoba agresywna** – pacjent, rodzina pacjenta, opiekun itp.

**Naruszenie nietykalności cielesnej** – to każda umyślna czynność osoby agresywnej oddziałująca na ciało pielęgniarki, położnej, która nie jest przez nią akceptowana. Każde bezprawne dotknięcie, upokorzenie lub inny krzywdzący kontakt fizyczny (umyślne sprawienie bólu np. kopnięcie, szarpanie za włosy, spoliczkowanie, popchnięcie itp.) lub czynności, które są dla niej obraźliwe, krzywdzące, kłopotliwe.

**Czynna napaść** – każde działanie zmierzające bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej i wyrządzenia w ten sposób dolegliwości fizycznej. Staje się więc przestępstwem dokonanym w chwili przedsięwzięcia działania zmierzającego bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej, które w rzeczywistości nie musi nastąpić.

**Znieważenie** – to każde zachowanie osoby agresywnej, uwłaczające godności osobistej pielęgniarki, położnej, stanowiące przejaw lekceważenia, pogardy, mające obelżywy, obraźliwy charakter (obraźliwe słowa, gesty). W praktyce jest to używanie w stosunku do pielęgniarki i położnej słów wulgarnych, powszechnie uznanych za obelżywe, gesty.

## OPIS ZASAD ZASTOSOWANIA PROCEDURY

### Warunki:

- Objęcie pielęgniarki i położnej szczególną ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego możliwe jest dopiero po zaistnieniu przesłanek zawartych w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, które muszą wystąpić **podczas i w związku** z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną wskazanych w ww. przepisach prawnych czynności.
- Zaistnienie zdarzenia „**podczas i w związku**” z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną świadczenia zdrowotnego oznacza zbieżność czasową i miejscową zachowania osoby agresywnej i wykonywania obowiązków służbowych przez funkcjonariusza publicznego niezależnie od miejsca pracy i formy zatrudnienia.

- Pełnienie obowiązków służbowych przez pielęgniarkę i położną może mieć miejsce również poza godzinami pracy, jeśli w tym czasie podejmuje czynności związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jednak musi zaistnieć związek czasowo – przyczynowy pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a udzielanym rodzajem świadczeń.
- W świetle art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka i położna wykonująca czynności, o których mowa poniżej jest traktowana w taki sposób przez prawo, w jaki sposób kodeks karny traktuje funkcjonariuszy publicznych. Na przykład: naruszenie jej nietykalności cielesnej, zniewaga czy czynna napaść na nią będzie kwalifikowana jako przestępstwo, o którym mowa w przepisach kodeksu karnego.

### Przesłanki:

#### 1. Ochrona prawna przysługująca pielęgniarce objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego podczas wykonywania czynności zawodowych polegających na:

- rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

#### 2. Ochrona prawna przysługująca położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego podczas wykonywania czynności zawodowych polegających na:

- rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej
- kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
- sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;
- badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

## PROCEDURA POSTĘPOWANIA PIELĘGNIARKI, POŁOŻNEJ

### 1. W przypadku agresywnych zachowań ze strony osoby agresywnej, pielęgniarka, położna podejmuje działania w zakresie:

- a. wyciszenia agresji poprzez rozmowę w celu wyjaśnienia powodu jej powstania,
- b. zachowania bezpiecznej odległości wobec osoby agresywnej,



- c. informowania ww. osoby o przysługującej pielęgniarce, położnej ochronie prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego i konsekwencjach prawnych z tym związanych,

**2. W przypadku zaistnienia zachowań, jakich dopuściła się osoba agresywna wobec funkcjonariusza publicznego należy:**

- w przypadku zaistnienia przesłanek przestępstwa zawiadomić organa ścigania składając zawiadomienie stanowiące załącznik nr 1 o przestępstwie uwzględniając: okoliczności ze wskazaniem, że do zdarzenia doszło w czasie i w związku z wykonywaniem czynności służbowych podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, wskazać w trakcie, jakich czynności (udzielanego świadczenia) doszło do zdarzenia,
- odnotować powyższy fakt w obowiązującej dokumentacji medycznej, uwzględniając, powyższe przesłanki,
- wskazać świadków zdarzenia, jeśli to możliwe z imienia i nazwiska,
- poinformować niezwłocznie kierownika oddziału / placówki, lekarza dyżurnego, przełożonego o zaistniałej sytuacji,
- w przypadku doznanych obrażeń przez pielęgniarkę, położną, poddanie się badaniu przez biegłego lekarza medycyny sądowej.

**OCHRONA PRAWNOKARNA NALEŻNA FUNKCJONARIUSZOWI PUBLICZNEMU**

Pielęgniarka i położna objęta ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w myśl art. 11 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej podczas i w związku z wykonywaniem przez niego świadczeń zdrowotnych chroniony jest przez odrębne przepisy Kodeksu Karnego w przypadku naruszenia nietykalności cielesnej, czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego oraz znieważenia funkcjonariusza publicznego. Przepisy ustawy karnej odnoszące się do ochrony prawnokarnej funkcjonariusza publicznego mają za zadanie chronić godność i nietykalność cielesną pielęgniarek i położnych. O naruszenie nietykalności cielesnej funkcjonariusza można oskarżyć tylko kogoś, kto zrobił to podczas pełnienia przez funkcjonariusza obowiązków służbowych lub w związku z nimi i będzie podlegał odpowiedzialności prawnokarnej.

- Przestępstwa popełnione przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu ścigane są z urzędu, a skierowanie aktu oskarżenia, inicjowanie dowodów, występowanie przed sądem to obowiązek prokuratora,
- Sprawca przestępstwa przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu odpowiada surowiej, i zagrożony jest karami: grzywny, kary ograniczenia wolności, kary pozbawienia wolności,
- Organy ścigania po wpłynięciu zawiadomienia winny podjąć działania zmierzające do ukarania sprawcy, nie jest tu konieczne uzyskanie wniosku o ściganie od pokrzywdzonego (pielęgniarki, położnej)
- Odpowiedzialność za napad na funkcjonariusza została uregulowana odrębnymi przepisami.

**PODSTAWA PRAWNA**

- Ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)

Sporządził:

Zatwierdził:

Załącznik nr 2 do Uchwały nr 206/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarstwa / położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(dane pokrzywdzonej pielęgniarki, położnej)

DO

.....  
(dane jednostki Policji lub prokuratury)

**ZAWIADOMIENIE O POPEŁNIENIU PRZESTĘPSTWA WOBEC FUNKCJONARIUSZA PUBLICZNEGO**

Na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej zawiadamiam, że w dniu .....  
(data, godzina)

w .....  
(miejsce popełnienia przestępstwa)

.....  
(imię, nazwisko sprawcy, ewent adres lub w przypadku braku danych osobowych opis wyglądu sprawcy)

podczas i w związku z .....  
(rodzaj wykonywanych świadczeń zdrowotnych)

dokonał: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(opis zachowania przestępnego – opisać zwięźle stan faktyczny oraz zachowanie sprawcy, które zdaniem zawiadamiającego nosi cechy przestępstwa i ewentualnie podać dowody i świadków na poparcie swoich twierdzeń).

W związku z powyższym wnoszę o wszczęcie w powyższej sprawie postępowania przygotowawczego.

Świadek: imię i nazwisko, adres / stanowisko.

.....

.....

(podpis pokrzywdzonej pielęgniarki, położnej)

.....  
(czytelny podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)



**NACZELNA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH****Naczelna Rada  
Pielęgniarek i Położnych****Komunikat I**

NIPiP-NRPiP-.DM.0021.52.14 Warszawa, 11 czerwca 2014r.

Pani / Pan  
Przewodnicząca / Przewodniczący  
Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,  
Wzorem lat ubiegłych, jak również potrzeb i problematyki wynikającej z zawieranych na 2014 i lata następne, umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przy współpracy z Komisją ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych NRPiP organizuje w dniach 4-6 listopada 2014 roku, w Warszawskim Domu Technika NOT. ul. Czackiego 3/5 w Warszawie, III Modułową Konferencję szkoleniową. Do udziału w konferencji zapraszamy:

**Modni I** - „Gdzie polskie pielęgniarstwo rodzinne”, w dniu 4 listopada 2014r. pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej,

**Moduł II** - „Qvo vadis’ opieka długoterminowa, jak było, jak jest jak będzie”, w dniu 5 listopada 2014r. pielęgniarki, realizujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,

**Moduł III** - „Zdrowie i Szkołą”, w dniu 6 listopada 2014r. pielęgniarki realizujące świadczenia opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania.

Z uwagi na ograniczony limit miejsc o udziale uczestnika w Konferencji decyduje kolejność wpływu zgłoszeń.

W ramach opłaty konferencyjnej przewidziany jest: udział w Konferencji, Certyfikat, serwis kawowy, lunch, oraz materiały pokonferencyjne (przesłane po konferencji na indywidualny adres e-mail uczestnika konferencji, wpisany w karcie zgłoszenia).

Planowany czas Konferencji, w dniach 4-6 listopada od godziny 9.30 do 18.00.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie dokonuje rezerwacji miejsc hotelowych / noclegów, nie zwraca kosztów podróży.

Szczegółowe informacje: opłata konferencyjna, program, karta zgłoszenia zostaną przekazane w Komunikacie II (lipiec 2014r.) ■

Z poważaniem  
Wiceprezes Teresa Kuziara

**Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych**

Stanowisko nr 17  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
z dnia 25 czerwca 2014 r.

**w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy  
o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych  
ustaw przyjętych przez Radę Ministrów  
Rzeczypospolitej Polskiej**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec kolejnego przejawu lekceważenia przez konstytucyjne organy władzy państwowej samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Projekt z dnia 3 kwietnia 2014 r. dotyczący ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw wprowadza nowe regulacje, których celem jest rozszerzenie kompetencji pielęgniarek i położnych oraz ich odpowiedzialności.

**Jest to kolejny akt prawny dotyczący nas, który sporządzony został bez jakiegokolwiek współdziałania z samorządem zawodowym.**

Tymczasem 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 pielęgniarek i położnych**. Jego dotychczasowa postawa, ignorująca wszelkie propozycje wypracowania rozwiązań służących dobru publicznemu - w ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - wskazuje, że tego obowiązku on nie wykonuje.

Brak dialogu w kwestii tak ważnej zarówno dla naszego środowiska pielęgniarek i położnych, a przede wszystkim dla pacjentów powoduje, że samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych **po raz kolejny został pozbawiony** jakiegokolwiek wpływu na decyzje jego dotyczące, a tym samym wprowadzony został do roli biernego obserwatora zdarzeń, prowadzących nieuchronnie do obniżenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, która to okoliczność skutkować może narażeniem życia i zdrowia pacjentów. Wartości te powinny być nadrzędne zarówno dla rządzących, jak i realizujących opiekę zdrowotną.

Trzeba z całą mocą podkreślić, że zasadniczym celem działania Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych jest doprowadzenie do sytuacji, w której kluczowe decyzje z punktu widzenia członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, będą zapadały z uwzględnieniem naszego stanowiska. 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 należytych wykonywaniem tych zawodów **w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony**. Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych - jako osoba prawa publicznego - ma przede wszystkim chronić interes publiczny w granicach obowiązującego prawa. 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 naszej pomocy. Z tego powodu współdziałanie z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych jest niezbędne.

Zdecydowanie podkreślamy, że wypracowane przez Ministerstwo Zdrowia przepisy i rozwiązania uważamy za wysoce szkodliwe. Prezentowane przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych argumenty w tym zakresie pozostały bez odpowiedzi ze strony Ministerstwa Zdrowia.

Mając na uwadze powyższe, w imieniu wszystkich członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych kategorycznie sprzeciwia się całości zapisów zawartych w projekcie z dnia 3 kwietnia 2014 r. dotyczącym ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw. ■

Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander

Prezes NRPiP  
Grażyna Rogala-Pawelczyk



**Komunikat nr 1/2014 dla  
świadczących i realizujących  
„Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby  
medyczne na zlecenie”  
oraz dla świadczeniobiorców  
w związku ze zmianami zasad  
zaopatrzenia w refundowane wyroby  
medyczne**

Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach uprzejmie informuje, że od dnia 1 stycznia 2014 r. wchodzi w życie:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r., w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, (treść dostępna na stronie internetowej MZ:

- Zarządzenie Nr 90/2013/DSOZ z dnia 24 grudnia 2013 r., w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne, (treść dostępna na stronie internetowej Centrali NFZ:

wprowadzające zasadnicze zmiany zasad zaopatrzenia w refundowane wyroby medyczne w tym: nowy wykaz wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie i oznaczenie grup, nowe nazewnictwo, nowe limity i procentowe udziały własne świadczeniobiorców w limicie finansowania ze środków publicznych, nowe kryteria przyznawania, nowe okresy użytkowania wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie i ich napraw oraz nowe wykazy osób uprawnionych do ich zlecenia poszerzone m. in. o pielęgniarki i położne ubezpieczenia zdrowotnego.

W związku z powyższym prosimy o zapoznanie się z ww. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Zarządzeniem Prezesa NFZ i wystawianie oraz realizację zleceń po 1 stycznia zgodnie z nowymi przepisami.

Zlecenia wystawione po dniu 1 stycznia 2014 r. niezgodnie z nowymi przepisami nie zostaną potwierdzone do realizacji ani realizowane.

Równocześnie informujemy, że od dnia 1 lipca 2014 r. wchodzi w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r., w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby

medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy. (treść dostępna na stronie internetowej MZ:

W okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2014 r. zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz naprawy będą wystawiane na dotychczasowych drukach, ale zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r., w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie i zarządzenia Nr 90/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 24 grudnia 2013 r. ■

**Komunikat nr 97/2014  
w sprawie zmiany wzoru zleceń na  
zaopatrzenie w wyroby medyczne**

Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przypomina:

od 1 lipca 2014 r. zaczną obowiązywać nowe wzory zleceń określone w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy (Dz. U. poz. 1678) -

Zlecenia potwierdzone do dnia 30 czerwca 2014 r. zachowują swoją ważność:

- w przypadku wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie do 31 grudnia 2014 roku,
- w przypadku wyrobów medycznych innych niż przysługujące comiesięcznie do 31 lipca 2014 roku.

Zlecenia wystawione do dnia 30 czerwca br., które nie zostały potwierdzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia w tym terminie, tracą ważność.

Procedura zaopatrzenia w wyroby medyczne, wymagająca potwierdzania zleceń w oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, nie ulega zmianie. ■

**Komunikat nr 124/2013 dla  
świadczeniobiorców  
w sprawie zasad rejestracji  
i potwierdzania do realizacji zleceń na  
zaopatrzenie w wyroby medyczne  
będące przedmiotami ortopedycznymi  
i środki pomocnicze**

Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia informuje, że osoby zgłaszające się w Sekcjach Obsługi Ubezpieczonych i Biurze Obsługi Ubezpieczonych, w celu zarejestrowania i potwierdzenia do realizacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze powinny posiadać:

- oryginał zlecenia,
- dokument potwierdzający tożsamość.

Jednocześnie przypominamy, że do odbioru „Części B” zlecenia na zaopatrzenie w środki pomocnicze przez osobę inną niż świadczeniobiorcę, dla którego wystawione jest zlecenie, dodatkowo wymagane jest upoważnienie wystawione przez świadczeniobiorcę. ■



Przedruk: Biuletynu Informacyjny OIPIP w Poznaniu - maj/czerwiec 2014

## **Czy pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego ma prawo odmówić sporządzania dokumentacji medycznej?**

### **Pytanie**

W szpitalu przyjęta jest zasada sporządzania pisemnych raportów z przebiegu dyżuru przez pielęgniarki zatrudnione w danych oddziałach.

Czy pielęgniarka zatrudniona w ramach umowy cywilno-prawnej jako praktyka zawodowa (indywidualna praktyka w podmiocie leczniczym) ma prawo odmówić napisania raportu, twierdząc, że obowiązuje ją prowadzenie własnej dokumentacji w ramach działalności gospodarczej?

### **Odpowiedź:**

Pielęgniarka wykonująca w szpitalu zawód w formie indywidualnej praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego nie ma prawa odmówić napisania raportu w dokumentacji medycznej prowadzonej przez szpital.

### **Uzasadnienie:**

Artykuł 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r., poz. 217 z późn. zm.) stanowi, że działalność lecznicza pielęgniarki może być wykonywana w formie:

jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2011 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tekst jedn.: Dz. U. poz. 177) - dalej r.d.m., określa sposób prowadzenia dokumentacji medycznej przez podmioty lecznicze oraz lekarzy, pielęgniarki i położne, prowadzących indywidualne i grupowe praktyki zawodowe.

W § 62 ust. 2 r.d.m. wyraźnie wskazano, że pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego dokonuje wpisów w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej prowadzonej przez podmiot leczniczy, w sposób określony w rozdziale 2. Rozdział 2 r.d.m. dotyczy wyłącznie dokumentacji podmiotu leczniczego. Powyższy przepis rozporządzenia jednoznacznie wskazuje zatem na obowiązek pielęgniarki tworzenia dokumentacji medycznej w podmiocie leczniczym, w tym przypadku w szpitalu.

Warto ponadto dodać, iż w myśl art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) - dalej u.z.p.i.p., okręgowa izba pielęgniarek i położnych jest uprawniona do wizytacji w celu

oceny wykonywania zawodu przez pielęgniarkę lub położną w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

Zgodnie z art. 22 ust. 3. u.z.p.i.p. osoby upoważnione przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych do przeprowadzenia ww. wizytacji, wykonując czynności wizytacyjne za okazaniem upoważnienia, mają prawo:

- 1) żądania informacji i dokumentacji;
- 2) wstępu do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
- 3) udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- 4) wglądu do dokumentacji medycznej;
- 5) żądania ustnych i pisemnych wyjaśnień.

Tak więc odmowa przez pielęgniarkę tworzenia dokumentacji medycznej w szpitalu (np. napisania raportu) skutkować może odpowiedzialnością zawodową (art. 22 ust. 5 u.z.p.i.p.) albo w skrajnych przypadkach nawet wykreśleniem praktyki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (art. 22 ust. 6 u.z.p.i.p.).

Autor odpowiedzi  
Mec. I. Chromańska  
Wolters Kluwer

Przedruk: Biuletynu Informacyjny OIPIP w Poznaniu - maj/czerwiec 2014

## **PRAWNIK ODPOWIADA**

**Czy opiekunka sprawująca opiekę nad podopiecznym domu seniora o odpowiednim przeszkoleniu przeprowadzonym przez pielęgniarki środowiskowe może podawać insulinę pacjentowi, co umożliwiłoby rygorystyczne przestrzeganie czasu wykonania zlecenia?**

### **Odpowiedź**

Opiekunka sprawująca opiekę nad podopiecznym domu seniora nie może podawać pacjentowi insuliny, nawet po odpowiednim przeszkoleniu przeprowadzonym przez pielęgniarki środowiskowe.

### **Uzasadnienie**

Zadania pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, nazywanej często pielęgniarką środowiskową, określają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816) - dalej r.p.o.z.

Załącznik nr 2 do r.p.o.z. zawierający zakres zadań pielęgniarki i położnej POZ w części II Dział A ust. 6 pkt 2 spośród świadczeń leczniczych pielęgniarki, położnej przewiduje między innymi podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych.

Dodatkowo rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1248) - dalej r.p.o.z. w załączniku nr 2 zawiera wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki POZ oraz warunki ich realizacji. Część I załącznika nr 2 do r.p.o.z. w ust. 3 stanowi, że świad-

czenia pielęgniarki POZ realizowane w domu świadczeniobiorcy, w tym również w domu pomocy społecznej, odbywają się zgodnie z ustalonym dla świadczeniobiorcy indywidualnym planem opieki. Zgodnie z ust. 2 pkt 4 części I r.p.o.z, świadczenia realizowane na podstawie zlecenia lekarskiego lub skierowania są udzielane zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania.

Warto również przypomnieć, że w myśl treści art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej.

Z treści pytania wynika wprost, że iniekcje insuliny wykonywane na rzecz pacjenta zadeklarowanego do pielęgniarki POZ, mają być wykonywane w domu pacjenta, który przebywa na stałe w domu seniora (domu pomocy społecznej). Wykonanie świadczenia zdrowotnego w postaci iniekcji insuliny stanowi świadczenie zdrowotne, które może i powinno być realizowane przez pielęgniarkę POZ. Powierzenie wykonywania takich czynności osobom, które nie posiadają odpowiednich kwalifikacji w tym zakresie stanowić będzie naruszenie przepisów wskazanych powyżej rozporządzeń. Podnieść należy także, iż opiekunki pracujące w domu pomocy społecznej posiadają inny zakres obowiązków, niż pielęgniarki POZ.

W praktyce pewna część pacjentów chorujących na cukrzycę samodzielnie lub członkowie ich rodzin, dokonują iniekcji insuliny. Jednakże podkreślić należy, że jest to zawsze autonomiczna i świadoma decyzja pacjenta. Natomiast w sytuacji, gdy iniekcje mają być wykonywane przez osoby trzecie, których zakres obowiązków nie obejmuje świadczeń zdrowotnych, jest naruszeniem przepisów prawa, zarówno w zakresie świadczeń zdrowotnych w POZ, jak też w zakresie przepisów prawa regulujących funkcjonowanie pomocy społecznej.

Zgodnie bowiem z § 5 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. poz. 964) dom pomocy społecznej zobowiązany jest do zapewnienia podopiecznym usług opiekuńczych, polegających na:

- 1) udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych;
- 2) pielęgnacji;
- 3) niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych.

W związku z powyższym brak jest podstawy prawnej do powierzenia opiekunce pracującej w domu pomocy społecznej, wykonywania świadczeń innych, niż przewidują to przepisy rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej. ■

Autor odpowiedzi  
Mec. I. Chromańska  
Wolters Kluwer

Przedruk: Problemy prawne

## OPINIA PRAWNA

**Czy praca na stanowisku sterylizatora w Dziale Sterylizacji Szpitalnej przez osobę posiadającą prawo wykonywania zawodu pielęgniarki może być traktowana jako wykonywanie zawodu?**

Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega, zgodnie z brzmieniem art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach

pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039), na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

1. rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta,
2. rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta,
3. planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem,
4. samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych,
5. realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
6. orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo - pielęgnacyjnych,
7. edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Natomiast celem pracy działu sterylizacji medycznej jest zapewnienie odpowiedniej, czystości mikrobiologicznej sprzętu używanego do diagnozowania i leczenia. Do zadań zawodowych należy tu: mycie i dezynfekcja manualna narzędzi, przygotowywanie roztworów preparatów myjących i dezynfekcyjnych, mycie i dezynfekcja maszynowa narzędzi, obsługa maszyn do mycia i dezynfekcji, kontrola procesu mycia, kontrola procesu dezynfekcji, demontaż narzędzi przed myciem i dezynfekcją, montaż narzędzi przed sterylizacją, kontrola sprzętu pod względem jakościowym i ilościowym, pakietowanie narzędzi, pakietowanie bielizny operacyjnej i materiału opatrunkowego, przygotowanie pakietów okolicznościowych, sterylizacja narzędzi, bielizny operacyjnej i materiału opatrunkowego różnymi metodami! obsługa sterylizatorów, kontrola procesu sterylizacji, prowadzenie dokumentacji wszystkich wykonanych czynności. Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896), operator ciśnieniowych sterylizatorów gazowych i parowych powinien posiadać jedynie średnie wykształcenie (nie musi być to wyłącznie wykształcenie średnie medyczne) oraz uprawnienia kwalifikacyjne typu E oraz 3 miesiące stażu pracy, Jak z powyższego zestawienia wynika, żadna z prac operatora ciśnieniowych sterylizatorów gazowych i parowych nie jest uwzględniona w zakresie zadań zawodowych wykonywanych przez pielęgniarkę.

O ile zatem istnieje co do zasady możliwość zatrudnienia pielęgniarki na stanowisku operatora i to po spełnieniu warunków określonych powołanym rozporządzeniem, o tyle zatrudnienie to nie będzie tożsame z wykonywaniem zawodu pielęgniarki. ■

Wrocław, dnia 23 kwietnia 2014 r.  
mgr Ewa Stasiak - Racica Prawny DOIPI

Przedruk: Dziennik gazeta Prawna, 22 maja 2014 nr 98

## Czy za fartuch dla pielęgniarki szpital może wypłacić ekwiwalent

**Pielęgniarka zaproponowała pracodawcy, że będzie używała własną odzież roboczą. Czy za używanie własnego fartucha przez pielęgniarkę szpital może wypłacić ekwiwalent?**

Pracodawca podmiotu leczniczego nie może wypłacać ekwiwalentu pieniężnego z tytułu używania przez personel medyczny własnej odzieży roboczej, ze względu na znaczne



prawdopodobieństwo skażenia tej odzieży materiałami biologicznie zakaźnymi

W myśl art. 2377 par. 1-4 kodeksu pracy (dalej: lep.) jednym z podstawowych obowiązków pracodawcy jest zapewnienie pracownikowi nieodpłatnie odzieży i obuwia roboczego, spełniającego wymagania określone w Polskich Normach:

- 1) jeżeli odzież własna pracownika może ulec zniszczeniu lub znacznemu zabrudzeniu,
- 2) ze względu na wymagania technologiczne, sanitarne lub bezpieczeństwa i higieny pracy.

Pracodawca może również ustalić stanowiska, na których dopuści używanie przez pracowników, za ich zgodą, własnej odzieży i obuwia roboczego, spełniających wymagania bhp. W takim przypadku pracownikowi używającemu własnej odzieży pracodawca powinien wypłacić ekwiwalent pieniężny w wysokości uwzględniającej ich aktualne ceny.

Należy jednak podkreślić, że niedopuszczalne jest stosowanie odzieży własnej na stanowiskach, na których są wykonywane prace związane z bezpośrednią obsługą maszyn i innych urządzeń technicznych albo prace powodujące intensywne brudzenie lub skażenie odzieży i obuwia roboczego środkami chemicznymi lub promieniotwórczymi albo materiałami biologicznie zakaźnymi

Z uwagi na charakter pracy pielęgniarki, występujące na jej stanowisku zagrożenia biologiczne (np. bakterie, wirusy), a co za tym idzie: znaczne prawdopodobieństwo skażenia tej odzieży materiałami biologicznie zakaźnymi, pracodawca podmiotu leczniczego nie może wypłacać jej ekwiwalentu pieniężnego z tytułu używania własnej odzieży roboczej przez pracownika, a tym samym powinien taką odzież zapewnić.

Należy zarazem przypomnieć, że obowiązkiem pracodawcy jest także zapewnienie prania i konserwacji odzieży roboczej. I choć przepisy dopuszczają zlecenie pracownikowi takich czynności (pod warunkiem wypłacania przez pracodawcę ekwiwalentu pieniężnego w wysokości kosztów poniesionych przez pracownika), to jednak zgodnie art. 23710 par. 2 k.p. niedopuszczalne jest powierzenie prania odzieży skażonej środkami chemicznymi lub promieniotwórczymi albo materiałami biologicznie zakaźnymi. ■

Maciej Ambroziewicz  
specjalista do spraw bhp

Przedruk: Dziennik gazeta Prawna, 21 maja 2014 nr 97

## Minister zdrowia apeluje, żeby nie zwalniać pielęgniarek

**Resort zwrócił się do szpitali, by nie stosowały nowych przepisów dotyczących norm zatrudnienia tej grupy pracowników. Jeżeli to zrobią, w ich placówkach może zabraknąć personelu.**

Pielęgniarki są zadowolone, że resort zdrowia wysyłając do dyrektorów placówek list z prośbą o wstrzymanie się ze zmianami kadrowymi, w nieformalny sposób wstrzymał swoje własne przepisy. Przekonują, że przepisy działały zdecydowanie na ich niekorzyść, a pośrednio również ze szkodą dla pa-



cjentów. Ale zadają pytanie, po co w ogóle weszły one w życie, jeżeli samo ministerstwo dostrzega teraz ich wady.

### Normy w zawieszeniu

Rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych (Dz.U. poz. 1545) weszło w życie 1 stycznia 2013 r. Zgodnie z zapisami szpitale miały przez ponad rok wyliczyć nowe wskaźniki zatrudnienia dla swoich placówek. Obowiązują one od kwietnia 2014 r.

Środowiska pielęgniarskie od początku protestowały przeciw nowym wzorom, przekonując, że nie mają one szans uwzględnić faktycznego czasu poświęcanego pacjentom. I choć resort nie uznał ich argumentów, to powołał niecały miesiąc temu specjalny zespół, który ma przeanalizować, czy nowe przepisy się sprawdzają. W efekcie wysłał list do wszystkich placówek medycznych, w którym minister zdrowia – jak przyznaje rzecznik resortu Krzysztof Bąk – jedynie prosi, a nie nakazuje, by dyrektorzy nie robili żadnych ruchów kadrowych.

Bąk dodaje również, że to, iż w danym podmiocie leczniczym liczba pielęgniarek jest większa niż ustalone minimum wynikające z algorytmu z rozporządzenia, nie oznacza, że należy dokonywać zmian w ich zatrudnieniu.

### Uznaniowe wskaźniki

Według pielęgniarek nowe wzory służące do wyliczenia norm są niekorzystne m.in. dlatego, że dają kierownictwu szpitali dużą dowolność w określaniu minimum zatrudnienia. Prezes Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyna Rogala-Pawelczyk, wskazywała, że jeżeli dyrektor danej placówki medycznej będzie szukał oszczędności, może dać taki wskaźnik, który pozwoli mu zwolnić personel.

– Wyliczanie czasu pracy to była zupełna fikcja. Mialiśmy dzielić pacjentów na trzy kategorie. Wymagający pełnej opieki otrzymywali kategorię III, osoby częściowo samodzielne kategorię II, chorzy w pełni sprawni I. Według tego wyliczano, ile pielęgniarek szpital może minimalnie zatrudnić. Niestety nikt nie respektował naszych obliczeń – mówi pielęgniarka z jednego z krakowskich szpitali. I podaje przykład: kiedyś zaznaczyła, że w ciągu dnia przyjęto na oddział 6 chorych, którym przyznano kategorię III. Kiedy następnego dnia przyszła na dyżur, na karcie widniały jedynie trzy takie osoby. – Takich przypadków było wiele, jednak nie protestowałyśmy, bo przełożeni ciągle straszą nas zwolnieniami. Te z nowymi wyliczeniami mogą okazać się prawdziwe – mówi pielęgniarka.

### Absurdy zatrudnienia

Jak przekonuje Anna Wonaszek, przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku, która analizowała wyliczenia niektórych szpitali, w wielu przypadkach wyszły absurd. Na przykład po wstawieniu danych do wzorów zawartych w rozporządzeniu okazywało się, że na oddziale wystarczyłyby trzy pielęgniarki.

– Przy systemie dobowym taka liczba byłaby zbyt mała do obstawienia wszystkich dyżurów – mówi Wonaszek.

I dodaje, że w większości placówek przy wyliczeniach wychodziły niższe normy zatrudnienia, niż obowiązywały do tej pory. A to by pozwalało dyrekcji na redukcję zatrudnienia.

### Potwierdzają to dane z samych placówek.

– Zgodnie z rozporządzeniem na oddziałach małolężkowych powinniśmy zmniejszyć liczbę pielęgniarek – mówi Magdalena Oberc, rzeczniczka Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie. Ale zaraz podkreśla, że nie mają takich planów. – Specyfika tych oddziałów narzuca pewien charakter opieki pielęgniarskiej i nie ma możliwości ograniczenia tam personelu – tłumaczy.

Podobnie mówi Anna Ginał z Uniwersyteckiego Centrum Okulistyki i Onkologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

– Nowy wskaźnik jest odmienny od poprzedniego. Wynika z niego, że zatrudniamy obecnie więcej pielęgniarek niż wskazuje minimum – przyznaje Gina i tłumaczy, że nie planują radykalnych zmian.

– U nas dużych różnic nie ma – mówi Grażyna Smehtała, naczelnia pielęgniarka Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.

### Resortowy obiektywizm

Dane z wyliczeniami pielęgniarek spływają obecnie do zespołu pracującego przy ministerstwie. – Tylko co to da? – pyta Anna Wonaszek. – Ministerstwo otrzyma suche liczby. Ja sama opiniując niektóre wskaźniki, jeździłam do placówek, żeby zobaczyć, jaki mają system pracy. Dzięki temu mogłam obiektywnie ocenić sytuację – dodaje.

I rzeczywiście z danych widać, że różnice mogą być ogromne. I tak na przykład w szpitalu dziecięcym w Krakowie wyszło, że na pacjenta z kategorią I (czyli tego najbardziej sprawnego) pielęgniarki potrzebują 100 min na dobę, tego z kategorią II 180 min, zaś przy wymagających największego zaangażowania 300 min. Zaś średni czas wykonywania czynności pielęgniarskich pośrednich wynosi 15 proc. czasu pielęgniarskiego bezpośredniego.

Z kolei w Uniwersyteckim Centrum Okulistyki i Onkologii w Katowicach dla I kategorii wyszły 82 min, dla II – 150 min, zaś trzeciej – 253 min. A w przypadku Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu różnice są jeszcze większe. Na oddziałach zachowawczych i na oddziale chirurgicznym ustalono, że czas bezpośredni wynosi dla kat. I – 42 min, dla kategorii II – 105 min i kat. III – 175 min.

– Inne wyliczenia wyszły dla oddziału neurologii, gdzie przebywają pacjenci na pododdziale udarowym. Tu wyszło, że dla pacjentów kategorii III potrzebują 576 min opieki pielęgniarki na dobę – tłumaczy Smehtała.

W tej samej placówce dla pacjentów najcięższych, czyli leżących na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, wyliczono średni czas opieki 960 min na jednego chorego. Tu też inny jest czas na tzw. czynności pośrednie – np. wypełnianie dokumentacji – który wynosi 25 proc. czasu poświęconego pacjentowi.

### Bezpieczeństwo chorych

Nie wiadomo, jak potraktuje te wyliczenia ministerstwo. Jednak również zdaniem kierownictwa szpitali w obecnej formie ustalone wskaźniki są nie do przyjęcia.

– Sprawdziliśmy te fantastyczne wzory podane przez Ministerstwo Zdrowia, które weszły w życie 1 kwietnia. One nijak mają się do rzeczywistości. Te normy, tak naprawdę,

pozwalają na zmniejszenie personelu pielęgniarskiego – mówi w jednym z wywiadów radiowych Janusz Moryś, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. I dodawał, że nie zamierzają ich stosować w obrębie szpitala. – Zwłaszcza że zatrudniamy więcej pielęgniarek niż wynika to z norm. W związku z tym uważamy, że rozsądek jest ważniejszy i bezpieczeństwo chorych niż wzory – tłumaczył. ■

autor: Klara Klinger

## Pielęgniarka oddziałowa nie do zastąpienia

### Można tworzyć nowe stanowiska w zakładach opieki zdrowotnej, ale nie zamiast stanowisk wymienionych w ustawie

Takie **orzeczenie Naczelnego Administracyjnego (sygn. OSK 119/10)** w sprawie ze skargi Beskidzkiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Bielsku-Białej wyznacza prawne ramy przekształceń organizacyjnych w służbie zdrowia. Zmiany w Zespole ZOZ w Żywcu miały polegać na zastąpieniu dotychczasowego, tzw. ordynatorskiego modelu funkcjonowania oddziałów szpitalnych systemem nieordynatorskim". W 9 ust. 4 statutu Zespołu, zatwierdzonego uchwałą Rady Powiatu w Żywcu, pominięto stanowisko przełożonej pielęgniarek. Przewidziano natomiast, że oddziałami szpitala kierują kierownicy - koordynatorzy oddziału, a pracą pielęgniarek pielęgniarki koordynujące, tożsame z pielęgniarkami oddziałowymi. Miały one być powoływane w drodze swobodnego wyboru przez dyrektora Zakładu, po przeprowadzeniu wewnętrznego postępowania rekrutacyjnego przez komisję powołaną przez dyrektora. Tymczasem zgodnie z art. 44a ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej stanowiska naczelniej pielęgniarki, przełożonej pielęgniarek zakładu i pielęgniarki oddziałowej w samodzielnych publicznych ZOZ wymagają obsadzenia **w drodze konkursów, w których uczestniczą przedstawiciele samorządu zawodowego**.

Beskidzka ORPiP zaskarżyła więc dwa paragrafy statutu do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach. Zarzuciła rażące naruszenie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz dwóch rozporządzeń ministra zdrowia i opieki społecznej: w sprawie zasad konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników ZOZ.

Zdaniem ORPiP miało to pozwolić na pominięcie procedury konkursowej, umożliwić dowolne obsadzanie stanowisk bez względu na posiadane kwalifikacje oraz wykluczyć z tego samorząd zawodowy. Przepis przewidujący, że „oddziałami kierują kierownicy-koordynatorzy oddziału, a pracą pielęgniarek kierują pielęgniarki koordynujące”, nie określał bowiem trybu ich wyboru.

Rada Powiatu w Żywcu stwierdziła natomiast, że brak przepisów regulujących określone stanowiska nie może prowadzić do wniosku, że zakazane jest tworzenie takich stanowisk.

WSA w Gliwicach odrzucił skargę. Uznał, że Beskidzka ORPiP nie ma interesu prawnego wymaganego do zaskarżenia uchwały. Statut ZOZ, którego przedmiotem jest regulacja organizacyjna, nie narusza uprawnień samorządów zawodowych. Samorząd zawodowy nie może domagać się od podmiotu, który utworzył samodzielny publiczny ZOZ, wprowa-



dzenia do jego struktury określonych stanowisk, nawet jeżeli jego zdaniem są konieczne do właściwego wykonywania zawodu pielęgniarek i położnych stwierdził sąd.

NSA uwzględnił skargę kasacyjną Beskidzkiej ORPiP. Uchylił wyrok WSA w Gliwicach i przekazał sprawę temu sądowi do ponownego rozpoznania. Organ samorządu zawodowego, który ma uprawnienia do uczestniczenia w konkursach na stanowiska, zarówno wymienione jak i niewymienione w ustawie o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych, ma też interes prawny w zaskarżeniu statutu, który rezygnuje z takich stanowisk, zastępując je innymi. Można tworzyć nowe stanowiska w ZOZ, ale nie można nimi zastępować stanowisk wymienionych w przepisach ustawowych podkreślił NSA. ■

Rzeczpospolita



**Minister Edukacji**

### **Notatka ze spotkania w Ministerstwie Edukacji Narodowej w dniu 17 marca 2014 r.**

Temat: Uznawanie dyplomów ukończenia szkół średnich medycznych na kierunku kształcenia pielęgniarki i położnej, wydanych w państwach - stronach Konwencji Praskiej w latach 1972-2004.

Uczestnicy spotkania:

- Pani Beata Cholewka, Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych, Ministerstwo Zdrowia,
- Pani Jolanta Skolimowska, Zastępca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych, Ministerstwo Zdrowia
- Pani Grażyna Rogala-Pawelczyk, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- Pani Teresa Kuziara, Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- Pani Hanna Reczulska, Departament Strategii, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego
- Pani Katarzyna Szłyk, Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego, MEN
- Pani Maria Skocka, radca prawny, Departament Prawny, MEN
- Pan Jacek Falkowski, Zastępca Dyrektora Departamentu Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego, MEN
- Pani Dorota Lewandowska, radca ministra, Departament Strategii i Współpracy Międzynarodowej, MEN

Organizator spotkania: Departament Strategii i Współpracy Międzynarodowej MEN.

Spotkanie prowadził pan Grzegorz Chorąży, Zastępca Dyrektora Departamentu Strategii i Współpracy Międzynarodowej w Ministerstwie Edukacji Narodowej.

Ze strony MEN, przedstawiono sygnalizowane przez Kuratorów Oświaty problemy, dotyczące uznania w Polsce dyplomów ukończenia szkół średnich medycznych kształcących pielęgniarki i położne w państwach-stronach Konwencji Praskiej, w latach 1972-2004. Zgodnie z postanowieniem Komitetu Europejskiego Rady Ministrów z 2008 r., dyplomy te mogą być uznane za równorzędne z dyplomami uzyskanymi w polskich szkołach ponadpodstawowych prowadzących kształcenie w zawodach pielęgniarki i położnej w czasie ukończenia szkoły przez wnioskodawcę, wyłącznie w drodze

nostryfikacji, tj. po przeprowadzeniu porównania programów nauczania. W związku z tym stwierdzono następujące problemy:

- występowanie istotnych różnic w programach kształcenia w danym państwie i w Polsce, w tym w liczbie godzin;
- występowanie istotnych różnic w liczbie godzin oraz sposobie realizacji praktyk/staży, które –w przeciwieństwie do średnich szkół medycznych w Polsce, nie były częścią programu kształcenia w innych państwach;
- niemożność przeprowadzenia przez Kuratorów Oświaty, w ramach postępowania nostryfikacyjnego, egzaminu weryfikującego wiedzę i umiejętności w zakresie kształcenia w zawodzie pielęgniarki i położnej, ze względu na następujące fakty:
  - od roku 2003 zaprzestano w Polsce kształcenia w tych zawodach na poziomie średnim,
  - do roku 2012 Kuratorzy Oświaty powoływali komisje, potwierdzające uzyskanie kwalifikacji zawodowych – z wyłączeniem zawodów medycznych,
  - w roku 2012 wprowadzono nowe rozporządzenie MEN ws. egzaminów eksternistycznych, zgodnie z którym Kuratorzy zaprzestali powoływania komisji, potwierdzających kwalifikacje zawodowe – egzaminy tego typu przeprowadzają od tej pory Okręgowe Komisje Egzaminacyjne.
- Niemożność przeprowadzenia przez Kuratorów Oświaty postępowania nostryfikacyjnego w odniesieniu do niezalegalizowanych dyplomów pielęgniarki/położnej, przedłożonych przez osoby pod specjalną ochroną Rządu RP (tj. w przypadkach, gdy nie jest możliwe potwierdzenie autentyczności dokumentów ze względu na konieczną ochronę informacji dot. miejsca pobytu oraz statusu ich posiadaczy).

#### **Podczas dyskusji podnoszono następujące kwestie:**

- należy zachować szczególną ostrożność ze względu na wymagania jakościowe, jak również konieczność zapewnienia bezpieczeństwa i właściwej opieki pacjentom, a także biorąc pod uwagę odpowiedzialność karną; powinny być spełnione minimalne standardy (wymogi) w odniesieniu do kwalifikacji pielęgniarek i położnych, zdefiniowane i przestrzegane w UE (np. liczba godzin w procesie kształcenia powinna wynosić co najmniej 4600);
- zarówno treści kształcenia w państwach b. ZSRR, jak też wiedza i umiejętności zdobyte w jego wyniku, często znacznie różnią się od tych, jakie uzyskiwali absolwenci średnich szkół medycznych w Polsce w tym samym czasie; zauważalne są różnice w podejściu do zawodu, pielęgniarki w b. ZSRR były przygotowywane do wykonywania innych zadań;
- w Polsce w latach 1972-2004 obowiązywał roczny staż dla pielęgniarek i położnych;
- w regionach wschodnich Polski brakuje pracy dla pielęgniarek; nie ma zatem konieczności pilnych działań, biorąc pod uwagę aktualne potrzeby rynku pracy;
- uznanie kwalifikacji pielęgniarki/położnej w Polsce oznacza automatycznie ich uznanie w pozostałych państwach UE; zatem część posiadaczy tych kwalifikacji może ubiegać się o ich uznanie z myślą o podjęciu pracy w innych państwach UE;
- odnotowano problemy także z uznawaniem innych dyplomów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji zawodowych w zawodzie pielęgniarki, które zostały wydane w systemach szkolnictwa wyższego poza Europą (np. w Afryce);

- z porównania treści kształcenia wynika, że odbiega ono znacznie od kształcenia na studiach wyższych w Polsce;
- w odniesieniu do uzyskanych za granicą kwalifikacji w zawodzie pielęgniarstwa/łożnej, które znacznie odbiegają od standardów wymaganych w Polsce, można by rozważyć ich uznanie np. jako kwalifikacje w zawodzie opiekun medyczny, którego kształcenie odbywa się w szkołach policealnych.

Uczestnicy spotkania byli zgodni co do tego, iż postępowanie w sprawie uznania dyplomu pielęgniarstwa/łożnej powinno przebiegać dwutorowo, w zależności od celu, jaki chciałaby osiągnąć osoba wnioskująca, tj. czy ubiega się o potwierdzenie poziomu wykształcenia w celu kontynuowania nauki, czy o potwierdzenie kwalifikacji zawodowych. Zatem:

1. Kurator Oświaty powinien potwierdzać jedynie poziom wykształcenia lub prawo do ubiegania się o przyjęcie na studia wyższe, zgodnie z ustawą o systemie oświaty. Oznaczałoby to np. potwierdzenie, że właściciel dyplomu posiada wykształcenie średnie, dające prawo do ubiegania się o przyjęcie na studia wyższe w Polsce.
2. Ocena kwalifikacji zawodowych, obejmująca m.in. porównanie programów kształcenia w medycznych szkołach średnich oraz praktyk i staży zawodowych, a w konsekwencji decyzja o uznaniu bądź odmowie uznania kwalifikacji w zawodzie medycznym, powinna znaleźć się całkowicie w gestii Ministerstwa Zdrowia oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

#### Wnioski:

Konieczne jest podjęcie prac nad szczegółowymi rozwiązaniami problemów, diskutowanych podczas spotkania, zgodnie z właściwościami Ministerstwa Edukacji Narodowej oraz Ministerstwa Zdrowia, we współpracy z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych oraz Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Uczestnicy zadeklarowali wolę dalszych spotkań w celu wypracowania skutecznych rozwiązań. ■

Prace autorskie



## Historia opieki paliatywnej

### ROZDZIAŁ 1. PODSTAWY I ZAŁOŻENIA OPIEKI PALIATYWNEJ

#### 1.1. Historia opieki paliatywnej

Opieka paliatywna (hospicyjna) jest definiowana jako opieka nastawiona na zaspokojenie wszystkich potrzeb chorego w stanie terminalnym oraz jego rodziny, zarówno podczas choroby jak i w okresie żałoby. Zaspokojenie tych potrzeb polega nie tylko na trosce o usunięcie lub znaczne złagodzenie dolegliwości somatycznych, ale również na pomocy w rozwiązywaniu problemów psychicznych, socjalnych i duchowych tych osób.

Opieka paliatywna oraz opieka nad chorymi u schyłku życia istnieją w Polsce od ok. 40 lat. Zapoczątkowane zostały dzięki ruchowi hospicyjnemu, który zaczął się rozwijać w Polsce na przełomie lat 70 i 80 ubiegłego wieku.

Na przełomie XIX i XX w., podobnie jak w innych krajach Europy, również na ziemiach polskich zaczęły powstawać ośrodki przeznaczone do opieki nad nieuleczalnie chorymi. Były często prowadzone przez zakony, których powołaniem było zajmowanie się chorymi.

Pierwsze nowoczesne hospicjum to Hospicjum św. Krzysztofa, które powstało w Londynie w 1967 r. Jego założycielką była dr Cicely Saunders. Jej najważniejszym osiągnięciem jest zmiana podejścia świata medycznego do umierania i śmierci, które przestały być tematem tabu, a zostały uznane za naturalne zjawiska, wymagające właściwego postępowania skupionego na łagodzeniu objawów fizycznych i wsparciu psychicznym. Jako autorka koncepcji bólu wszechogarniającego, Cicely Saunders wyrażała pogląd, że gdy złagodzi się ból pacjenta i wzbudzi się w nim poczucie, że jest komuś potrzebny, to nie będzie prosił o eutanazję.

Prekursorką opieki hospicyjnej w Polsce była pielęgniarka Hanna Chrzanowska. Po ukończeniu Warszawskiej Szkoły Pielęgniarskiej, Chrzanowska pogłębiała wiedzę z zakresu pielęgniarstwa społecznego we Francji, Belgii i Stanach Zjednoczonych. Ta wiedza pomogła jej w rozpowszechnianiu idei pielęgniarstwa społecznego. Wyrazem tej idei była podjęta przez nią inicjatywa domowej opieki pielęgniarstwa, mającej na celu objęcie opieką we własnych domach osób przewlekle chorych i umierających, z uwzględnieniem ich potrzeb fizycznych, psychospołecznych oraz duchowych.

W 1981 roku w Krakowie utworzono pierwszy w Europie Wschodniej i Środkowej ośrodek opieki nad umierającymi, powołano pierwsze w Europie Środkowej stowarzyszenie o nazwie Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum im św. Łazarza”, którego zadaniem było przejście od Zespołu Synodalnego idei budowy domu hospicyjnego i organizowania opieki dla chorych. Towarzystwo to stworzyło pierwsze w Polsce stacjonarne Hospicjum św. Łazarza. Przełomowy w organizowaniu terminalnie chorym był jednak rok 1993, kiedy Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał Krajową Radę Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej. Zadania organu miały charakter konsultacyjno-doradczy i opiniotwórczy. W efekcie powyższych działań, na koniec roku 1995 odnotowano istnienie 160 ośrodków pomocy hospicyjnej i paliatywnej, w tym 59 powstałych z inicjatywy społeczno-kościelnej. Na początku roku 1997 liczba placówek opieki paliatywno-hospicyjnej wzrosła do prawie 180, co stawiało Polskę na drugim, po Wielkiej Brytanii, miejscu w Europie. Obecnie w Polsce istnieje około 450 ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej (większość stanowią hospicja domowe), w tym siedem z nich działa w oparciu o akademie i uniwersytety medyczne (włączając dwie katedry medycyny/opieki paliatywnej).

Głównym celem opieki paliatywnej jest dążenie do zaspokojenia psychosocjalnych i duchowych potrzeb pacjenta, umożliwiając mu godne spędzenie ostatniego okresu życia. Opieka ta przeciwstawia się eutanazji, uznając śmierć za naturalną część ludzkiego bytu. Sprzeciwia się również „uporczywej” intensywnej terapii, zmierzającej do przedłużenia życia za wszelką cenę. Bardzo ważnym aspektem tej opieki jest poprawa jakości życia chorego i uśmierzenie bólu.

Jakość życia człowieka jest wartością bardzo subiektywną i zależy od jego stanu psychicznego, cech osobowości, upodobań oraz systemu wartości. Dlatego istotnym elementem opieki paliatywnej jest pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna, która wpływa na poprawę jakości życia chorego. Zaznaczyć należy, iż każdy człowiek inaczej reaguje na pojawiającą się w jego życiu chorobę. Inaczej oceni jakość swego życia pacjent, który biernie podda się zaistniałej



sytuacji, nie podejmując żadnych działań w celu jej przezwyciężenia, niż osoba poszukująca sposobów pokonania choroby i wydobywania się z kryzysu. Choroba może zatem wpływać na poczucie jakości życia na wielu poziomach równocześnie. Dzieje się tak na przykład w przypadku pacjentów onkologicznych; jeżeli są poddawani chemio i radioterapii, muszą poradzić sobie nie tylko ze skutkami ubocznymi leczenia w wymiarze fizycznym (znaczny spadek odporności, utrata masy ciała, ogólne osłabienie organizmu), ale także psychologicznym i socjologicznym (zaakceptowanie zmian w wyglądzie, takich jak utrata włosów, depresja, zmiana funkcjonowania w rolach społecznych).

Opieka paliatywna jest prowadzona w różnych formach działalności hospicyjnej, do których zaliczamy: domową opiekę paliatywną, hospicja stacjonarne, ośrodki opieki dziennej, szpitalne oddziały paliatywne, ośrodki opieki paliatywnej, ośrodki konsultacyjne i inne poradnie, jak poradnia leczenia bólu, obrzęku limfatycznego, leczenia ran i odleżyn oraz zespoły wspierające rodziny i osieroconych.

Należy zwrócić uwagę na szereg zasad obowiązujących w opiece paliatywnej.

- Opieka paliatywna jest opieką całościową (holistyczną) i obejmuje wszystkie sfery życia chorego: somatyczną, psychiczną, społeczną i duchową. Jest to dążenie do zaspokojenia indywidualnych, różnych potrzeb chorego.
- Głównym celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorego.
- Opieka paliatywna powinna być prowadzona zespołowo. Cały personel powinien współpracować z rodziną chorego, aby można było optymalnie zaspokoić jego potrzeby. Cechą charakterystyczną tej opieki jest zaangażowanie w problemy domu, nawiązanie przyjaźni z pacjentem i jego rodziną oraz pozyskanie ich zaufania.
- Akceptacja nieuchronności śmierci, czyli powstrzymanie się od uporczywej terapii w okresie agonii. Przyzwolenie na ortotanazję, czyli zaniechanie działań w kierunku sztucznego podtrzymywania życia, prowadzenia reanimacji lub ustawicznej terapii w okresie umierania.
- Akceptacja nieuchronności cierpienia. Zdarzają się sytuacje, kiedy nie jesteśmy w stanie sprawić, by człowiek nie odczuwał żadnych przykrych objawów. Musimy uznać, że cierpienie, żal, czy lęk to ludzkie, naturalne odczucia. Konsekwentne przestrzeganie tej zasady powoduje, iż pomoc i opieka stają się bardziej efektywne.
- Akceptacja właściwej pory śmierci. Oznacza to powstrzymanie się od działań, które mają na celu przyspieszenie śmierci i całkowity zakaz dokonywania eutanazji. Zakazane są również „wspomagane samobójstwo” i kryptanazja polegająca na zabiciu człowieka bez jego wiedzy i woli, z powołaniem się na jego dobro lub dobro jego bliskich. Zgodnie z zasadą etyki troski, dopuszczalne jest postępowanie oparte na zasadzie podwójnego skutku. Działania te prowadzą do złagodzenia uciążliwych dla pacjenta objawów, pomimo ryzyka skrócenia życia chorego w wyniku takiego postępowania. Przykładem może być stosowanie bardzo szybko wzrastających dawek opioidów w bólu nie do zniesienia.
- Opieka paliatywna powinna obejmować również rodzinę pacjenta, zarówno w trakcie choroby, jak i po jego śmierci oraz w okresie żałoby.
- Przestrzeganie zasad etycznych obowiązujących w opiece paliatywnej, takich jak: poszanowanie niezależności poglądów chorego, respektowanie jego prawa do prawdy, prywatności, podejmowania decyzji i działania, respektowanie zasady sprawiedliwości – udzielanie opieki wszy-

stkim tym chorym, którzy jej potrzebują, przestrzeganie zasady *primum non nocere*, czyli nie szkodzić i nie sprawiać niepotrzebnego cierpienia oraz przestrzeganie zasady czynienia dobra.

W związku z powyższym, priorytetem opieki hospicyjnej jest dążenie do poprawy jakości życia osób chorych terminalnie i ich rodzin oraz stworzenie godnych warunków dla zakończenia życia pacjenta. Należy zapewnić pacjentowi umieranie pozbawione cierpienia fizycznych i psychicznych, najlepiej w otoczeniu osób bliskich i przyjaznych. Pielęgnacja paliatywno-hospicyjna w Polsce jest dla pacjenta bezpłatna. Pacjenci i ich rodziny nie ponoszą kosztów opieki, która jest świadczona bez względu na wiek, płeć, rasę czy wyznanie.

### 1.1.1. Kwalifikacja pacjentów do objęcia opieką hospicyjną

Do opieki paliatywnej w specjalistycznych ośrodkach medycyny paliatywnej i hospicyjnej przyjmowani są najczęściej pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową. Ponadto do tej formy opieki kwalifikują się chorzy na AIDS oraz chorzy w terminalnym stadium zwyrodnieniowych chorób neurologicznych.

O przyjęciu powinien decydować lekarz zatrudniony w jednostce opieki paliatywnej. Podstawą przyjęcia powinna być dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie oraz badanie lekarskie. Obecnie wymagane jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, co niepotrzebnie wydłuża czas do momentu uzyskania opieki. Chory może zostać objęty pielęgnacją paliatywną, jeżeli cierpi na zaawansowaną chorobę nowotworową lub inną postępującą chorobę ograniczającą życie, której towarzyszą uporczywe objawy, m.in. ból, duszność, nudności i wymioty, zaparcia, wyniszczenie, odleżyny i trudno gojące się rany oraz obrzęk limfatyczny.

W przypadku pacjentów z chorobą nowotworową, opieka powinna być już włączana w trakcie leczenia onkologicznego (najczęściej paliatywnego), w przypadku wystąpienia uporczywych objawów. Na terenie ośrodków onkologicznych powinny działać poradnie medycyny paliatywnej, w których pacjenci z uciążliwymi objawami mogliby uzyskać pomoc. U chorych z innymi schorzeniami opieka może być ograniczona do okresu po zaprzestaniu stosowania terapii przedłużających życie. Wymagana jest wyrażona na piśmie zgoda pacjenta na objęcie tego rodzaju opieką.

W czasie prowadzenia terapii przedłużającej życie, w przypadku pojawienia się uciążliwych objawów, cierpiący na chorobę nienowotworową mogą być konsultowani przez lekarza medycyny paliatywnej. Zasady konsultacji powinny być takie same, jak w przypadku konsultacji z innych dziedzin medycyny. Wynikiem konsultacji winno być wydanie zaleceń dotyczących terapii dokuczliwych objawów.

Pacjenci rejestrują się do opieki paliatywnej osobiście lub za pośrednictwem swoich opiekunów. Poradnia lub ośrodek opieki domowej realizuje świadczenia poprzez paliatywny zespół opieki w domu pacjenta. Objęci opieką powinni być ci chorzy, którzy mieszkają w danym mieście, jak i na terenie obejmującego go województwa w promieniu 30 km od danego ośrodka.

Pacjenci w lepszym stanie zdrowia kwalifikowani są do poradni opieki paliatywnej, natomiast chorzy wymagający opieki całodobowej - do domowej lub stacjonarnej opieki hospicyjnej. W sytuacji, kiedy rodzina lub opiekunowie chorego, objętego domową opieką hospicyjną, stają się niewydolni opiekuńczo, pacjent taki, po wyrażeniu zgody, może być przekazany do hospicjum stacjonarnego lub oddziału opieki paliatywnej.



### 1.1.2. Podstawowe pojęcia związane z opieką paliatywną

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), opieka paliatywna jest postępowaniem mającym na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin stojących przed problemami związanymi z chorobą ograniczającą życie. To zapobieganie i łagodzenie cierpienia odbywa się poprzez wczesne wykrywanie, ocenę i leczenie bólu oraz innych objawów fizycznych, a także usuwanie problemów psychosocjalnych i duchowych. Leczenie w opiece paliatywnej ma charakter wszechstronny, całościowy. Aby sprawowana opieka nad pacjentem w hospicjum była kompleksowa, musi ją sprawować zespół wielu wykwalifikowanych profesjonalistów. Jest to grupa interdyscyplinarna, w skład której wchodzi nie tylko lekarze i pielęgniarki, ale także psycholodzy, farmaceuci, socjolodzy, osoby duchowne i pracownicy niemedyczni. Integralną częścią opieki hospicyjnej jest również pomoc rodzinie chorego w okresie żałoby.

Nie należy mylić pojęcia opieki paliatywnej z medycyną paliatywną. Medycyna paliatywna jest specjalnością medyczną, która opracowuje wytyczne i standardy strukturalno-organizacyjne opieki paliatywnej oraz wytyczne postępowania medycznego, zapewniające jego skuteczność. Opieka paliatywna natomiast ma dwójakie znaczenie. W węższym sensie jest to specjalizacja pielęgniarstwa o dość szerokich uprawnieniach w zakresie samodzielnego jej sprawowania wobec chorych u kresu życia. W sensie szerszym jest używana dla określenia rodzaju tej opieki z uwzględnieniem wszystkich elementów, które ją tworzą. Opieka hospicyjna z kolei jest pierwszą formą opieki paliatywnej, która w dużej mierze opiera się na działalności wolontaryjnej. ■

Edyta Solecka

Bibliografia u autora.

## Percepcja bólu u noworodka i wcześniaka

Zapobieganie i leczenie bólu u noworodka było tematem praktycznie nieobecnych w medycynie, aż do lat 80-tych XX wieku. Wcześniej nie dbano zbyt o odczucia noworodka poddawanego zabiegowi, uważając, że nie ma on jeszcze w pełni rozwiniętej percepcji bólu. Uważano, że w tym wieku człowiek odczuwa jedynie „dyskomfort”, nie zaś ból i dlatego podczas operacji pod nadzorem anestezjologa podawano jedynie środek zwiotczający i prowadzono wentylację tlenem. Jeszcze w drugiej połowie lat 80-tych zaledwie 14% noworodków otrzymywało analgetyki opioidowe po zabiegach chirurgicznych, a w grupie anestezjologów zajmujących się na co dzień dziećmi było aż ok. 20% takich, którzy sądzili, że noworodek nie odczuwa bólu. Dopiero interwencje rodziców i zapytania o to, dlaczego ich dzieciom w przeciwieństwie do dorosłych odmawia się anestezji, a także badania takich pionierów, jak dr Gregory czy dr Anand utorowały drogę wiedzy o tym problemie medycznym.

Wiadomo obecnie, że receptory czuciowe i czuciowe zakończenia nerwowe w skórze obecne są już w życiu płodowym. Włókna nerwowe przewodzące bodźce dalej do rogów tylnych rdzenia kręgowego nie są co prawda jeszcze w pełni u noworodka zmielinizowane, jednak niedostatek ten jest niwelowany mniejszą odległością pomiędzy receptorem a nerwem, oraz pomiędzy samymi nerwami. W obrębie rogów

tylnych rdzenia już w życiu płodowym stwierdzono obecność substancji biorących udział w przewodzeniu i modulowaniu bodźców bólowych, takich jak substancja P, enkefalina, peptyd związany z genem kalcytoniny (CGRP). W obrębie samego rdzenia kręgowego mielinizacja szlaków nerwowych jest już zakończona wcześniej – w drugim i trzecim trymestrze życia płodowego. Podobnie korowe i podkorowe obszary odbierające sygnały bólowe są rozwinięte już w połowie ciąży i wtedy można zlokalizować w nich gęsto położone receptory opioidowe.

O dojrzałości kory mózgowej noworodka świadczy pośrednio zapis EEG, oraz obecność korowych potencjałów wywołanych. Reakcja na ból może być bez trudu zaobserwowana pod postacią specyficznego zachowania – grymasu twarzy, płaczu o różnym natężeniu i wysokości tonów, wzrostu napięcia mięśniowego i gwałtownych ruchów, występuje ponadto pocenie się dłoni i stóp, często także spadek utlenowania krwi, aż do sinicy włącznie. Reakcja bólowa i związany z nią stres można zmierzyć na podstawie tachykardii, wzrostu ciśnienia tętniczego, podwyższenia poziomu adrenaliny, hormonu wzrostu, glukagonu czy hormonów kory nadnerczy. Stres jakiemu poddawany jest noworodek podczas bolesnych procedur bez odpowiedniego znieczulenia nie pozostaje bez wpływu na przebieg leczenia choroby zasadniczej, rozwój komplikacji, a ponadto funkcję przewodu pokarmowego, oraz wrażliwość na ból w okresie późniejszym. Zapobieganie i terapia bólu ma więc wymiar nie tylko etyczny, ale także czysto praktyczny.

Noworodki, zwłaszcza te hospitalizowane na OITN są poddawane wielu inwazyjnym i bolesnym zabiegom. Średnio 17 procedur dziennie, gdzie największe ich natężenie przypada na 2 dobę życia. Im bardziej niedojrzały noworodek tym więcej jest u niego czynności, ale tym rzadziej otrzymuje analgezję. U noworodka urodzonego w 23 tyg. ciąży wykonuje się, aż do 488 zabiegów z czego 55 % to nakłucia pięty!, w ciągu doby jest to 2 do 14 bolesnych zabiegów, z czego tylko 30 % w analgezji.

### Reakcje biochemiczne zachodzące w organizmie noworodka.

- Po zabiegach inwazyjnych np. nakłuciu żyły, w sposób znaczący zwiększa się stężenie hormonów stresu, np. kortyzolu oraz reniny we krwi. Dopiero po 1h stężenie reniny powraca do normy.
- Podwyższeniu ulega stężenie katecholamin i hormonu wzrostu w surowicy krwi.
- Obniżenia się stężenie prolaktyny i insuliny w surowicy krwi.
- Następuje katabolizm białek.

Zmiany te umożliwiają identyfikację i rozpoznanie złego stanu noworodka spowodowanego bólem.

Również zabiegi pielęgnacyjne, wykonywane zbyt często są odbierane jako bodźce negatywne i mogą doprowadzić do stresu i pogorszenia stanu chorego dziecka. Sposób wykonywania pracy na OITN może być źródłem bólu u wcześniaka.

Do czynników nasilających odczuwanie bólu należą:

- hałas,
- natężenie oświetlenia,
- urazy skóry.

Ograniczenie bodźców bólowych można uzyskać poprzez eliminację niepotrzebnych lub wątpliwych co do ważności badań i zabiegów (np. obrzezanie, rutynowe preintubowywanie, ru-



tynowe oznaczanie gazometrii z krwi włóścikowej w dobie ciągłego monitorowania), lub przynajmniej ich ograniczenie. W oddziaływaniu patologii czy intensywnej terapii można to osiągnąć stosując monitorowanie nieinwazyjne (saturacja hemoglobiny, przezskórna prężność tlenu i dwutlenku węgla, poziom bilirubiny), grupowanie badań (pobranie jednorazowo na więcej analiz), a także monitorowanie „wewnątrznaczyniowe” pH, PaO<sub>2</sub> i PaCO<sub>2</sub> poprzez specjalną elektrodę zakładaną drogą tętnicy pępowinowej (system Paratrend), czy za pomocą elektrody włączonej w linię tętniczą. Wzrost doświadczenia zespołu leczącego, częsta obserwacja wzrokowa dziecka, codzienne dokładne badanie przez tego samego lekarza może z pewnością wpłynąć korzystnie na ograniczenie niepotrzebnych nakłuć, a wraz z nimi także bólu, ilości pobieranej krwi i kosztów leczenia. Wiadomo ponadto, że jeżeli trzeba już pobrać krew do badania, to mniej bolesne jest uzyskanie jej poprzez nakłucie cienką igłą żyły, a nie pięty. Jeżeli już wykonuje się nakłucie tej ostatniej, należy wykorzystywać boczne i zewnętrzne jej obszary, a mniejszy ból wywołuje się stosując specjalne aparaty zamiast tradycyjnego lancetu.

Noworodki, a zwłaszcza wcześniaki, mają dużo bardziej wrażliwą i delikatną skórę niż dorośli. Fakt ten w połączeniu z wysokim stężeniem endogennych substancji opiatowych we krwi oraz w płynie mózgowo – rdzeniowym w połączeniu z niedojrzałością bariery krew – mózg prowadzi do modyfikacji odczuwania bólu i do jego intensywniejszego odczuwania. Z tych powodów odpowiednio dobrana pielęgnacja ma bardzo istotny wpływ na zapobieganie i minimalizację doznań bólowych. Wszystkie zabiegi konieczne do zrealizowania, powinny być wykonane w bardzo staranny i delikatny sposób z zachowaniem zasady ich kumulowania w jednym czasie. Jest bardzo ważnym, aby pacjent był w jak najmniejszym stopniu poddany stresowi i aby pozostawić mu jak najwięcej czasu na odpoczynek i regenerację. Podstawowe zalecenia pielęgnacyjne:

- ciche rozmowy przy dziecku;
- nie pukanie w inkubator i nie stawianie na nim żadnych przedmiotów (inkubator działa jak pudło rezonansowe przenosząc dźwięki z otoczenia do środka);
- stosowanie specjalnych pokrowców na inkubatory, chroniących dziecko przed nadmiernym oświetleniem;
- stosowanie w pielęgnacji „gniazdek” ułatwiających prawidłowe ułożenie malucha i zapobiegających przyjmowaniu przez dziecko pozycji odgięciowych;
- kumulowanie w miarę możliwości wszystkich zabiegów, pielęgnacyjnych, diagnostycznych jak i leczniczych.

W opiece i pielęgnacji noworodka w oddziale niezwykle istotny jest kontakt malucha z rodzicami, a zwłaszcza z matką, której obecność, „dobry dotyk”, ciepłe słowa działają kojąco na dziecko, powodując uspokojenie, wyciszenie a tym samym stanowią ochronę przed nadmiernym stresem, który w pośredni sposób powoduje zwiększone odczuwanie niekorzystnych bodźców, a w tym bólu.

### 20% Glukoza- jako metoda analgezji

Jak już wcześniej wspomniano noworodek odczuwa ból w bardziej intensywny sposób niż osoba dorosła, dlatego powinniśmy zrobić wszystko, aby te negatywne doznania z łagodzić. Sposobem takim może być podawanie dziecku, do bardziej inwazyjnych zabiegów 20% glukozy na przednią część języka. Jest to prosta metoda analgezji u noworodków, polegająca na wyeliminowaniu strachu, niepokoju i nieprzyjemnych przeżyć, przez podanie dziecku do ssania lub strzykawką do buzi glukozy, która powoduje wydzielanie endo-

gennych endorfin oraz uruchomienie odruchu ssania, który jest u noworodka odruchem dominującym, a w rezultacie zmniejszenie nieprzyjemnych doznań. Podawanie 20% glukozy może być stosowane przy wykonywaniu takich zabiegów jak: pobieranie badań z pięty, zakładanie dróg dożylnych i dotętnicznych, punkcja lędźwiowa, badanie oczu, zakładanie sondy do żołądka, cewnikowanie i inne.

Glukoza powinna być podawana przed w/w zabiegami – około 60–120 sekund wcześniej. Podawanie glukozy nie jest obciążone występowaniem objawów ubocznych: jest to prosta metoda o wysokiej skuteczności nie wymagająca specjalistycznego monitorowania.

### Środki farmakologiczne

Jedną z metod farmakoterapii jest stosowanie tzw. drabiny analgetycznej.

I szczebel (Niesterydowe Leki Przeciwzapalne – NLPZ i Paracetamol)

II szczebel (Kodeina, Tramal)

III szczebel (leki opioidowe: Morfina, Fentanyl, Dolargan, Buprenorfina i inne).

W neonatologii leki opioidowe są najszerzej stosowane spośród środków przeciwbólowych. Podajemy je w sposób przerywany lub ciągły (stałe wlewy do żylny) zarówno u dzieci oddychających samoistnie, jak i sztucznie wentylowanych. Głównym niebezpieczeństwem związanym z analgezą opiatową jest depresyjny wpływ tych leków na układ oddechowy. Po dłuższym ich stosowaniu należy liczyć się również z wystąpieniem zespołu uzależnienia narkotycznego. Zbyt duża dawka leku szybko podanego może również spowodować zmiany hemodynamiczne (bradykardia, obniżenie ciśnienia krwi), sztywność mięśni klatki piersiowej (fentanyl). Środki narkotyczne mają również niekorzystny wpływ na czynność motoryczną jelit. Wobec powyższego ten sposób analgezji jest stosowany w prowadzeniu noworodków mechanicznie wentylowanych.

Z grupy środków uspokajających stosowane są:

1. Luminal w dawce nasycającej 20 mg/kg/dobę i podtrzymującej 5mg/kg/dobę
2. Diazepam 0,2–1,0mg/kg, Midazolam 0,2mg/kg
3. Chloralhydrat po lub per rec. 20–50mg/kg

Z niesterydowych leków przeciwbólowych najczęściej stosowany jest acetaminophen. Ma działanie p/zapalne, p/gorączkowe i słabe p/bólowe. Związek hamuje syntezę prostaglandyn. Zalecane dawki to 15 mg/kg i.v. (preparat perfolgan). Alternatywnymi metodami analgezji jest próba zmniejszenia bólu poprzez miejscowe oziębianie, zastosowanie masażu, nacieranie, lokalne stosowanie wibracji przed wykonaniem iniekcji. Przezskórna aplikacja środków analgetycznych (maść EMLA) pozwala w praktyce klinicznej zmniejszyć intensywność przykrych wrażeń bólowych.

Wobec faktu istnienia tak wielu przesłanek wskazujących na niekorzystny wpływ bólu u noworodków donoszonych i wcześniaków, przy możliwości skutecznego zapobiegania i jego leczenia oczywistym jest, aby w każdej możliwej sytuacji dążyć do zmniejszenia negatywnych bodźców nocyceptywnych u pacjentów naszych oddziałów. ■

Kocela Grażyna

Bibliografia u autora

## Zatorowość płucna

Zatorowość płuc jest to niedrożność jednej z tętnic płucnych lub odgałęzień spowodowana zawleczeniem przez strumień krwi materiału zatorowego. Najczęściej jest nim zakrzep. Rzadziej tłuszcz (po złamaniu kości długiej), powietrze (przy wprowadzeniu cewnika lub przy usuwaniu go), ciało obce (np. materiał do embolizacji) lub masy nowotworowe (np. rak nerki, żołądka). W ponad 90% przypadków zakrzepy pochodzą z dorzecza żyły głównej dolnej (60% z żyły uda, 30% z żyły miednicy). Rzadko występują zatory z dorzecza żyły głównej górnej (cewnik w żyłę szyjną lub podobojczykową) albo z serca (przewód rozrusznika) lub w przebiegu migotania przedsionków.

Zatorowość płucna zajmuje trzecie miejsce (po zawale serca i udarze mózgu) wśród przyczyn zgonów na skutek chorób układu krążenia. Jej diagnozowanie nie jest wyłącznie domeną kardiologów, ponieważ zatorowość płucna może wystąpić także u pacjentów oddziałów: ortopedycznych, neurologicznych, chirurgicznych, internistycznych i pulmonologicznych.

Zatorowość płucna jest przyczyną około 10% zgonów chorych hospitalizowanych i jednocześnie najczęstszą przyczyną, której można zapobiegać.

Istotnym problemem jest ocena prawdopodobieństwa występowania zatorowości płuc.

Mimo, że wraz z postępowaniem medycznym, możliwości diagnostycznych jest coraz więcej zatorowość płucna wciąż pozostaje jedną z najczęściej nierozpoznawanych chorób, co skutkuje wysokim odsetkiem śmiertelnych powikłań.

Zatorowość płuc jest częstym stanem nagłym. Poprzez zamknięcie płucnego łóżyska naczyniowego może prowadzić do ostrej, zagrażającej życiu ale odwracalnej niewydolności prawej komory serca.

Rozpoznanie zatorowości płuc jest trudne ze względu na nieswoiste objawy. Wczesne rozpoznanie ma podstawowe znaczenie, gdyż natychmiastowo wdrożone leczenie jest wysoce skuteczne.

Typowa lokalizacja zatoru to dolny płąt prawego płuca.

Wystąpienie zatorowości płuc poprzedzone jest dwiema okolicznościami:

- Obecnością zakrzepicy żył głębokich,
- Powstaniem materiału zatorowego i zawleczeniem zakrzepu do płuc.

Współistnienie zatorowości płuc z zakrzepicą żył głębokich określa się jako choroba zakrzepowo-zatorowa.

Prawidłowy, sprawny proces diagnostyczny z oceną zagrożenia chorego nagłym zgonem oraz szybkie wdrożenie leczenia ma podstawowe znaczenie dla zmniejszania śmiertelności w tej chorobie i zapobieganiu jej powikłaniom.

### Epidemiologia zatorowości płucnej.

W Polsce zatorowość płucna dotyczy około 30 000-50 000 osób rocznie. Około 10% zgonów szpitalnych jest spowodowanych zatorowością płucną. Jednak tylko około 20% przypadków tej choroby kończących się zgonem, rozpoznaje się klinicznie. Spowodowane jest to prawdopodobnie nieswoistym przebiegiem klinicznym oraz brakiem dostatecznej czynności diagnostycznej.

Szacuje się, że około 50% przypadków zatorowości płuc i ZZG przebiega bezobjawowo lub nie zostaje rozpoznana.

Tylko ¼ zatorowości płuc jest rozpoznawanych przyżyciowo. Przeoczone są najczęściej małe zatory powodujące przelotne objawy, chociaż one często zwiastują wystąpienie większych zatorów.

Mniej więcej na 4 przypadki zawałów serca (w Polsce około 80 tys, rocznie) zdarza się jeden zator płucny.

### Czynniki predysponujące.

- Czynniki predysponującymi do zatorowości płuc są:
- Długotrwałe unieruchomienie: po zabiegach operacyjnych, schorzeniach neurologicznych, niewydolności krążenia, niewydolności oddechowej, urazy;
- żylaki kończyn dolnych;
- przebyty wcześniej udar mózgu lub zawał;
- wiek- częstość zatorowości płuc rośnie wraz z wiekiem;
- otyłość;
- palenie papierosów;
- czynniki dziedziczne;
- wcześniejsze występowanie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej;
- aktywna choroba nowotworowa;
- unieruchomienie w pozycji utrudniającej odpływ krwi z kończyny dolnej np. podczas podróży autokarem, samolotem (ciężkie postaci tej choroby występują między innymi u zawodowych kierowców);
- hormonalna terapia zastępcza;
- antykoncepcja doustna;
- wrodzona lub nabyta trombofilia;
- chemioterapia.
- ciąża i połóg.

### Przyczyny powstawania zatorowości płucnej.

W połowie XIX wieku Rudolf Virchow niemiecki uczony, lekarz, opisał trzy zasadnicze przyczyny powstawania zakrzepów żylnych i zatorowości płucnej. Są to:

- zmiany w śródbłonku naczyń- zapalenia, mikrourazy;
- zaburzenia przepływu krwi. Zwolnienie przepływu (miejscowy zastój, niewydolność krążenia), tworzenie zatorów (w obrębie żyłaków);
- zmiany składu krwi powodujące zaburzenia równowagi pomiędzy procesami krzepnięcia i fibrinolizy (trombofilia).

Czynniki wywołujące zatorowość płuc:

- poranne wstawanie z łóżka;
- zwiększenie ciśnienia tłocznego brzusznej (defekacja);
- nagły wysiłek fizyczny.

### Objawy kliniczne.

Objawy kliniczne zatorowości płucnej zależą od stopnia zamknięcia łóżyska naczyniowego i wyjściowego stanu wydolności układu krążenia i oddechowego.

Do najczęstszych objawów należą:

- duszność- przyspieszenie oddechów  $\geq 20/\text{min}$ . (około 80%);
- tachykardia (około 50%);
- ból w klatce piersiowej opłucnowy lub zamostkowy. Ból może promieniować pod przeponę, (około 50%);
- uczucie lęku i niepokoju (około 60%);
- napady potów (około 30%);
- kaszel (około 20%);
- omdlenie, wstrząs (około 15%);
- krwiotłucie (około 10%);
- gorączka.

Małe zatory mogą przebiegać bezobjawowo lub mogą powodować klinowate podopłucnowe zawały krwotoczne płuc zwłaszcza u chorych z niewydolnością lewokomorową i zastojem krwi w krążeniu płucnym.

### Rozpoznanie choroby.

Podstawą rozpoznania choroby są:

- wywiad- najczęściej stosowaną metodą jest kanadyjska skala Wellsa. W Europie wykorzystuje się także zmodyfikowaną skalę genewską;



- obraz kliniczny;
- dodatnie wyniki badań laboratoryjnych w kierunku stężenia D-dimerów oraz troponiny;
- wykazywanie ostrego przeciążenia prawo komorowego (UKG);
- wykazanie materiału zatorowego (TK spiralna z podaniem środka cieniującego, angiografia) i zakrzepicy żyłnej (USG).

O zatorowości płuc należy myśleć zawsze wtedy, kiedy w wywiadzie stwierdza się obrzęk lub bolesność kończyny dolnej, zabieg chirurgiczny lub inne czynniki ryzyka choroby zakrzepowo-zatorowej.

Trudność w rozpoznaniu zatorowości płucnej sprawia to, że niemal połowa przypadków występuje bez uchwytanych czynników ryzyka. Zaś w 70% przypadków, bez objawów klinicznych ZZG.

Zatorowość płuc może naśladować zapalenie płuc lub oskrzeli. Objawy mogą być podobne do ostrych zespołów wieńcowych.

Nierozpoznana zatorowość płuc może przebiegać na-wrotowo, dając okresy remisji i zaostrzeń. Tak przebiegająca zatorowość płuc często kończy się zgonem.

### Leczenie zatorowości płucnej.

Leczenie zatorowości płucnej ma na celu:

- przywrócenie drożności tętnicy w razie zatoru płuc o ciężkim przebiegu;
- zapobieganie nawrotom zatoru (70% śmiertelnych zatorów płuc to zatory nawrotowe)

Leczenie zatorowości płuc można podzielić na:

- Zachowawcze, nakierunkowane na rozpuszczenie zatoru za pomocą leków trombolitycznych lub pozwolić na samoistne rozpuszczanie się skrzepu przy obniżeniu krzepliwości krwi po użyciu leków przeciwzakrzepowych.
- Inwazyjne, czyli chirurgiczne, stosowane u chorych w cięższym stanie (tych którzy przeżyli ostrą fazę zatoru), z dużymi zatorami.

Natychmiastowa pomoc w razie ostrej zatorowości płuc:

- Ostrożne przewiezienie chorego do szpitala w pozycji półsiedzącej (należy obchodzić się z chorym „jak z jajkiem”, aby nie spowodować dalszych zatorów).
- Podanie leków uspokajających (uważać na możliwość zahamowania oddechu).
- Leczenie przeciwbólowe.
- Podanie tlenu.
- Podłączenie do pulsoksymetru.
- W razie niewydolności oddechowej intubacja i prowadzenie mechanicznego oddychania.
- Zapewnienie dostępu do żyły centralnej w celu pomiaru ośrodkowego ciśnienia żylnego i ciśnienia płucnego.
- Nie wolno wykonywać wstrzyknięć domięśniowych.
- Podanie heparyny dożylnie.
- W razie potrzeby leczenie wstrząsu.
- Jeżeli zator płuc spowoduje zatrzymanie krążenia, należy rozpocząć akcję reanimacyjną i prowadzić ją przez dłuższy okres aby zapewnić czas dla fragmentacji zatoru.
- Zastosować leczenie fibrynolityczne.

Po opanowaniu ostrego okresu należy leczyć chorobę podstawową i zapobiegać nawrotom ponieważ ponowne zatory występują u ponad 30% chorych.

### Leczenie zachowawcze

Leczeniem zachowawczym z wyboru jest podanie heparyny, która zapobiega powstawaniu dalszych zatorów i zmniejsza śmiertelność. Przed rozpoczęciem leczenia heparyną należy zawsze sprawdzić liczbę płytek (wartość wyjściowa, w trakcie leczenia badanie powtarza się co 2 dni).

### Leczenie trombolityczne

W najcięższych przypadkach, gdy przepływ krwi przez naczynia płucne jest niemal niemożliwy, a prawa komora serca nie jest w stanie przepompować krwi przez łóżysko płucne, leczenie heparyną niewystarcza i skrzepliny trzeba natychmiast rozpuszczać za pomocą dożylnie podawanych leków trombolitycznych. Podaje się zazwyczaj streptokinazę lub urokinazę.

### Powikłania i rokowanie choroby.

- Częstymi powikłaniami przy zatorowości płuc są:
- Zapalenie opłucnej powodujące bóle klatki piersiowej, nasilające się w trakcie oddychania, wysiękowe zapalenie opłucnej;
- Zawał płuc powodujący krwopłucie;
- Zapalenie tkanki płucnej objętej zawałem;
- Ropień płuca;
- Prawokomorowa niewydolność serca;
- Nawroty zatorów płuc (u 30% chorych u których nie stosuje się leków przeciwzakrzepowych);
- Przewlekłe serce płucne.

### Profilaktyka pierwotna oraz wtórna zatorowości płuc.

Profilaktyka zatorowości płuc polega głównie na:

- Wczesnym uruchamianiu chorych po zabiegach chirurgicznych i ćwiczenia lecznicze;
- Zalecanie chorym pozostania w łóżku tylko wtedy, kiedy jest to konieczne;
- Rehabilitacja chorych;
- Leczenie przeciwzakrzepowe chorych z wysokim ryzykiem wystąpienia zatorowości płuc;
- Stosowanie uciskających opatrunków elastycznych;
- Filtry żyłne;
- Leczenie żylaków kończyn dolnych;
- Leczenie niewydolności serca;
- Zapobieganie utracie wody;
- Unikanie leków sprzyjających powstawaniu zakrzepów (np. estrogenów);
- Leczenie nadpłytkowości;
- U młodych chorych w razie nawracającej zakrzepicy należy wykluczyć trombofilię;
- Zapobieganie procesom zapalnym ścian żył.

### Postępowanie pielęgnacyjne w chorobie.

Rolą pielęgniarki jest:

- **Zapobieganie wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej.**

Głównym celem profilaktyki przeciwzakrzepowej jest zwiększenie przepływu żylnego i jego prędkości oraz usunięcie czynników ryzyka. Czynności podejmowane przez pielęgniarkę to:

- wczesne uruchamianie pacjenta po zabiegach operacyjnych.
- systematyczne ćwiczenia oddechowe polegające na wykonywaniu głębokich wdechów i wydechów tak aby wszystkie obszary płuc były regularnie wentylowane.
- wytwarzanie zewnętrznego ucisku żył kończyn dolnych poprzez zakładanie opasek elastycznych.
- stosowanie pończoch przeciwzakrzepowych, które mogą być wykorzystane u pacjentów długotrwale unieruchomionych w łóżku.

W czasie zabiegów pielęgnacyjnych przy chorym (kąpiel, zmiana pozycji, zmiana bielizny) wykonuje się tzw. rehabilitację „przyłóżkową”. Każdorazowo wykonuje się kilka ruchów kończynami w pełnym zakresie ruchu w każdym stawie.



Nie ma potrzeby aby chory z ZŻG kończyn dolnych pozostawał w łóżku. Wystarczy stosowanie ucisku i podawanie heparyny. Nie wolno stosować ciepła na chorą powierzchnię. Należy zadbać o regulację wypróżnień (aby uniknąć nasilonego parcia na stolec).

Pielęgniarka powinna zapobiegać zapaleniu żyły przy wkłuciu wenflonu. Obserwuje miejsce wkłucia a w przypadku zaczerwienienia, bólu, obrzęku w okolicy wkłucia wyjmuje wenflon i zakłada okład z Altacetu pilnując aby był ciągle wilgotny. Można w okolicę wkłucia wcierać maść Heparynową.

- Obserwacja w kierunku objawów mogących świadczyć o wystąpieniu zatorowości płuc i szybka interwencja.
- w fazie ostrej zatorowości płuc obchodzimy się bardzo ostrożnie z pacjentem, nie wykonujemy niepotrzebnych, gwałtownych ruchów;
- wszelkie badania wykonujemy przy łóżku;
- nie wolno wykonywać wstrzyknięć domięśniowych;
- intensywne podawanie płynów może być szkodliwe poprzez zwiększenie przeciążenia prawej komory;
- w razie zatrzymania krążenia lub oddechu podejmujemy akcję reanimacyjną;
- po ustąpieniu ostrych objawów chorobowych, chory wymaga nadal wnikliwej obserwacji i pomiaru parametrów życiowych;
- nie ma dowodów klinicznych co do korzyści płynących z unieruchomienia chorych z zatorowością płuc w odniesieniu do wyniku leczenia. Jak ujawniły ostatnie badania przeprowadzone u tych chorych, częstość nowej zatorowości płuc stwierdzonej w rutynowym kontrolnym obrazowaniu płuc była podobna w przypadku wczesnego unieruchomienia i stosowania pończoch uciskowych jak i w przypadku unieruchomienia. ■

Alicja Wronkowska

Bibliografia u autora.

Informacje



### **Ośrodek Szkoleniowy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie informuje, że przeprowadza rekrutację na kursy:**

**1. "Długoterminowe porty naczyniowe - użytkowanie portów naczyniowych"** – kurs dokształcający dla pielęgniarek i położnych

Termin kursu: **16.09.2014, godz. 9.00 - 18.00**

Termin składania dokumentacji: **09.09.2014r.**

**Liczba miejsc ograniczona**

**Do udziału w kursie będą zakwalifikowane osoby, które złożyły pełną dokumentację tj.:**

- kartę zgłoszenia – wypełnioną dokładnie i czytelnie.
- kserokopię prawa wykonywania zawodu,

**2. "Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów"** – kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych

Termin kursu: - **17 – 29.09.2014r.** – harmonogram zajęć teoretycznych na stronie internetowej OIPIP

Termin składania dokumentacji: **08.09.2014r.**

**Liczba miejsc - 30**

**Do udziału w kursie będą zakwalifikowane osoby, które złożyły pełną dokumentację tj.:**

- kartę zgłoszenia – wypełnioną dokładnie i czytelnie.
- kserokopię prawa wykonywania zawodu,
- zaświadczenie o zatrudnieniu

**3. „Szczepienia ochronne” Nr 03/08** – kurs specjalistyczny dla pielęgniarek

Termin kursu: **02 - 08.10.2014r.** – harmonogram zajęć teoretycznych na stronie internetowej OIPIP, kurs obejmuje również 8 dni zajęć praktycznych, które rozpoczną się 09.10.2014r.

Termin składania dokumentacji: **22.09.2014r.**

**Liczba miejsc - 30**

**Do udziału w kursie będą zakwalifikowane osoby, które złożyły pełną dokumentację tj.:**

- kartę zgłoszenia – wypełnioną dokładnie i czytelnie.
- kserokopię prawa wykonywania zawodu,
- zaświadczenie o zatrudnieniu

Więcej informacji na temat poszczególnych kursów udziela Ośrodek szkoleniowy OIPIP w Częstochowie pod numerami telefonów:

**519-862-186**

**lub**

**34/ 324-51-12 wew. 407** ■

**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**



## Wycieczka do Pragi

W dniach 16-18 maja 2014r. członkowie OIPIP w Częstochowie pojechali na pierwszą organizowaną przez naszą Izbę wycieczkę turystyczną. Jako pierwsze miejsce docelowe wybraliśmy Pragę. Wcześniej rano w dniu 16 maja 2014r. wyruszyliśmy autokarem do stolicy naszych sąsiadów i już o godzinie 14.30 rozpoczęliśmy zwiedzanie Pragi. Piękno Pragi od pierwszych chwil zwiedzania „zapiera dech w piersiach”.

Zwiedzanie miasta rozpoczęliśmy przejściem drogą królewską to jest szlakiem, którym od średniowiecza podążały orszaki królewskie, poselskie oraz odbywały się inne oficjalne wjazdy zwane z łac. ingresami. Trasę zwiedzania otwiera piękna olbrzymia kamienica „Obecni dum” czyli Reprezentacyjny dom stołecznego miasta Pragi. Czescy Królowie rezydowali tu od początku lat 80 – tych XIV wieku, a do dziś goszczą tu politycy i mężowie stanu z całego świata. Nad pięknymi drzwiami wejściowymi w półkolistie zamkniętej płycinie podziwialiśmy wspaniałą mozaikę „Hołd Pruski” oraz piękne płaskorzeźby i figury. Następnie przeszliśmy w kierunku Starego Miasta pod Bramą Prochową z XV wieku i dalej ulicą Celetną, przy której stoją wspaniałe kamieniczki. Na rogu ulicy Celetnej i Na Příkopie podziwiamy bank komercyjny, a następnie Pałac Menniczy czyli Pałac Pachów, w którym bito kiedyś monety. W tym pałacu w roku 1848r. wybuchło powstanie – Praska Wiosna Ludów. Po tych wydarzeniach w dawnej Mennicy ulokowano urzędy ministerstwa sprawiedliwości. Następnie przechodzimy obok hotelu pod „Złotym Aniołem” podziwiamy „Dom u Ciernej Matki Bożej” zaprojektowany w stylu kubistycznym z widoczną na elewacji zewnętrznej barokową rzeźbą Czarnej Madonny. Obecnie mieści się tu muzeum sztuk plastycznych. Po przejściu na Stary Rynek oglądamy „Dom pod dzwonem” gdzie mieściła się dawna Szkoła Łyńska, w której rektorem był kiedyś Jan Matejko. Najpiękniejszym budynkiem na Starym Ryнку jest Ratusz z najbardziej obleganym zegarem „Orloj” z ruchomymi figurkami. Jego budowę rozpoczęto w 1410 r., a zakończono w końcu XV w. Tarcza zegara symbolicznie przedstawia miesiące, znaki zodiaku i sceny z życia wiejskiego. Symbolikę wpływającego czasu podkreśla przedstawienie globu ziemskiego oraz krążące wokół niego słońce i księżyc. Co godzinę odbywa się tu swoisty spektakl, na który my również czekamy. O pełnej godzinie w górnych oknach konstrukcji zegara pojawiały się postacie 12 apostołów, którym poniżej grożą przy dźwiękach dzwonów pogrzebowych: kostucha z klepsydrami, żyd z mieśnikiem srebrników, poganin turek i wyobrażenie próżności z lustrem w dłoni. Całość spektaklu kończy pianie koguta i wybiecie właściwej godziny przez mechanizm zegarowy. Po przejściu obok ratusza doszliśmy do Małego Ryńku gdzie stoi „Dom pod minutą” ozdobiony renesansową dekoracją.

Pan Janusz – nasz pilot – opowiada nam za każdym razem historię miejsc, w których się znajdujemy. Następnie podziwiamy klasycystyczny budynek gmachu Teatru Stanowego zbudowanego pod koniec XVIII w., to tutaj wystawiano po raz pierwszy wielkie opery Mozarta i dzieła Webera. Kolejnym punktem naszej wycieczki jest gmach uczelni Karolinum czyli Uniwersytet Karola zbudowany w 1348r., jest to najstarsza uczelnia w naszej części Europy. Na dziedzińcu uczelni w 1959r. postawiono pomnik Jana Husa – najsłynniejszego profesora Uniwersytetu Karola. Następnie przeszliśmy przez Plac Wacława gdzie 16 stycznia 1969 r. Jan Palach – student historii i ekonomii dokonał samospalenia na znak protestu przeciwko agresji wojsk Układu Warszawskiego na Czechosłowację. Idąc dalej mijamy pomnik Cesarza Karola IV postawiony w 1849 r. w 500 rocznicę założenia Uniwersytetu Karola. Wchodzimy na

Most Karola, który po krótkim spacerze opuszczamy ponieważ zmrok i padający deszcz zmusza nas do zakończenia pierwszego dnia eskapady. Zmoknięci, zmęczeni, ale pełni humoru „ładujemy” w hotelu.

Następnego dnia po śniadaniu wracamy do dalszego zwiedzania. Odwiedzamy Muzeum Miniatur autorstwa Anatolija Konienko z Onska na Syberii. Wszyscy nie możemy wyjść z podziwu jak można wykonać karawanę w uchu igielnym, namalować portret Jezusa na plasterku ziarenka maku, zbudować żaglówkę na skrzydle komara czy ustawić samochody na nóżce komara. Tak zminimalizowanych dzieł jeszcze nie widzieliśmy. Polecamy wszystkim, naprawdę warto to zobaczyć. Pogoda nam dopisuje więc zmierzamy w kierunku Hradczan, aby zwiedzić przepiękny zamek na wzgórzu i zobaczyć uroczystą zmianę wart. Hradczany kończyły drogę królewską. Powstały jeszcze w średniowieczu jako podzamcze dla rezydencji królewskiej. Rynek Hradczański otaczają wyniosłe gmachy ozdobione wspaniałymi elewacjami. Oglądamy Pałac Toskański wybudowany w 1600 r. za pieniądze Michała Oswalda – hrabiego Thuna. Naprzeciwko pałacu stoi Kościół Loretański Narodzenia Pana. Dziś Loreta jest najczęściej odwiedzana przez turystów. Na trzecim dziedzińcu zwiedzamy Katedrę św. Wita, wyniosłą budowlę w stylu gotyckim, wybudowaną z inicjatywy Karola IV. Zobaczyć tu można przepiękne witraże z przedstawienia „stworzenia świata”, (projektantem jednego z witraży był Alfons Mucha), cenne dzieła sztuki rzeźby i malarstwa, insygnia koronacyjne królów czeskich. Spoczywają tu władcy Czech. Zobaczyć tu można również nagrobek św. Jana Nepomucena wykonany z całości ze srebra. Wspomnieć tu również należy o defenestracji praskiej, którą dokonano na zamku hradczańskim w 1618r. Wyrzucono przez okno dwóch czeskich namiestników oraz ich sekretarza. Po zwiedzeniu zamku hradczańskiego przechodzimy przez malowniczą „złotą uliczkę”, która kiedyś prawdopodobnie była siedzibą miejscowych złotników, a później żydów. Wchodząc na „złotą uliczkę” odnosimy wrażenie, że znajdujemy się w miasteczku dla krasnali z małutkimi domkami, drzwiami, okienkami, małutkimi izdebkami - bardzo kolorowymi. Wychodząc ze „złotej uliczki” wchodzimy do potężnej wieży zamkowej zwanej „Daliborką”, gdzie do podziemi wtrącano ludzi nieposłusznych cesarzowi albo takich, którzy mu się narazili. Wieczorem mimo padającego deszczu pojechaliśmy obejrzeć spektakl – woda – światło – dźwięk tj. Krzykowe fontanny. Wrażenia są niezapomniane.

W trzecim dniu pogoda znów nam dopisuje. Spakowaliśmy torby z hotelu i pojechaliśmy na dalsze zwiedzanie. Udaliliśmy się do dzielnicy żydowskiej, gdzie kiedyś było getto. Można tu zobaczyć wiele pamiątek żydowskich, synagogę i cmentarz żydowski. Następnie przeszliśmy do Ogrodów i Pałacu Wallensteina - perełki Pragi. Uwagę naszą zwróciła przepięknie utrzymana roślinność i sztuczna grotta z imitacją nacieków skalnych. Obecnie w pałacu mieści się siedziba Senatu Republiki Czeskiej, który udaje nam się zwiedzić. Zobaczyliśmy jeszcze wiele ciekawych miejsc, ale nie sposób wszystkich opisać. Niestety czas naszej wycieczki się kończy i musimy wracać do Polski. Autokar pełen niezapomnianych wrażeń i wspaniałego humoru dociera w godzinach nocnych do Częstochowy. Mam nadzieję, że była to pierwsza, ale nie ostatnia wycieczka członków OIPIP w Częstochowie, która na długo pozostanie w pamięci uczestników. Mam również nadzieję, że ten wyjazd będzie tylko preludium do organizacji wielu ciekawych wyjazdów. ■

Przewodnicząca ORPIP w Częstochowie  
Halina Synakiewicz.



## Urząd Rejestracji Produktów Lecniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

12.06.2014

**FENTANYL PRZEZSKÓRNY:** Przypomnienie o ryzyku zagrożenia życia w razie przypadkowej ekspozycji na fentanyl przez-skórny („plastry”)

Szanowni Państwo,  
W porozumieniu z Europejską Agencją Leków (EMA) Urząd Rejestracji Produktów Lecniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz podmioty posiadające pozwolenia na dopuszczenie do obrotu dla produktów leczniczych zawierających fentanyl w postaci systemu transdermalnego, chcieliby przekazać Państwu następujące informacje:

### Streszczenie

- Ciągłe odnotowuje się zgłoszenia przypadkowego narażenia osób postronnych, w szczególności dzieci, na fentanyl przezskórny.
- Aby zapobiec potencjalnemu zagrożeniu życia w razie przypadkowej ekspozycji na fentanyl, przypomina się pracownikom ochrony zdrowia o znaczeniu, jakie ma udzielenie pacjentom i opiekunom wyraźnego pouczenia o ryzyku przypadkowego przeniesienia noszonego plastra na osobę postronną, przypadkowego przyjęcia plastra drogą doustną oraz o konieczności prawidłowego usuwania zużytych plastrów:

Przypadkowa ekspozycja na skutek niezamierzonego przeniesienia plastra: należy pouczyć pacjenta i opiekuna, że w razie przypadkowego przeniesienia plastra na osobę postronną należy go natychmiast usunąć.

Przypadkowe przyjęcie drogą doustną: należy pouczyć pacjenta i opiekuna o konieczności starannego wyboru miejsca aplikacji oraz o konieczności kontroli przylegania plastra.

Zużyte plastry: należy pouczyć pacjenta i opiekuna, że zużyty plaster należy złożyć na pół, stroną przylepną do wewnątrz tak, aby się skleił, i dopiero wówczas można go bezpiecznie wyrzucić.

### Dalsze informacje o przypadkowej ekspozycji na fentanyl przezskórny

Kwestia przypadkowej ekspozycji nie jest zagadnieniem nowym w dziedzinie bezpieczeństwa farmakoterapii. Niemniej jednak nadal zdarzają się przypadkowe ekspozycje, niekiedy ze skutkiem śmiertelnym (wszystkie takie dotychczasowe przypadki dotyczyły dzieci). W ostatnim czasie Komitet ds. Oceny Ryzyka w Ramach Nadzoru nad Bezpieczeństwem Farmakoterapii (PRAC) przeprowadził ogólnounijny przegląd i stwierdził, że do takich przypadków może dochodzić między innymi ze względu na fakt, że plaster nie jest wystarczająco widoczny. Dlatego też PRAC zalecił poprawę widoczności przezskórnych systemów terapeutycznych zawierających fentanyl.

Należy zachować ostrożność, aby uniknąć przypadkowego przeniesienia noszonego plastra zawierającego fentanyl na osobę postronną, niebędącą jego użytkownikiem, np. osobę dzielącą łóżko lub znajdującą się w bliskim kontakcie z pacjentem. Aby nie dopuścić do przypadkowego przyjęcia plastra drogą doustną przez dziecko, należy w sposób przemyślany wybierać miejsce aplikacji oraz ściśle kontrolować przyleganie plastra.

Ponadto istotne jest udzielenie pacjentowi przez pracowników ochrony zdrowia zrozumiałych informacji na temat bezpiecznego obchodzenia się z plastrami. Należy pouczyć pacjenta, że istotne jest, aby zużyty plaster złożyć na pół, stroną przylepną do wewnątrz tak, aby się skleił i dopiero wówczas można go bezpiecznie wyrzucić.

Trwają prace nad poprawą widoczności plastra. Komunikat ten służy przypomnieniu pracownikom ochrony zdrowia o znaczeniu, jakie ma przekazywanie powyższych informacji współpracownikom, pacjentom i opiekunom. ■

Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Lecniczych,  
Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

Wszelkie przypadki podejrzenia wystąpienia działań niepożądanych należy zgłaszać zgodnie z zasadami monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych do: Urzędu Rejestracji Produktów Lecniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych,

Departament Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Lecniczych  
Al. Jerozolimskie 181C  
02-222 Warszawa

Tel. (22) 492 13 01 Faks: (22) 492 13 09 [ndl@urpl.gov.pl](mailto:ndl@urpl.gov.pl)  
lub do właściwego podmiotu odpowiedzialnego:

- Dla produktów leczniczych :  
Durogesic 12.5 mcg/h, system transdermalny  
Durogesic 25 mcg/h, system transdermalny  
Durogesic 50 mcg/h, system transdermalny  
Durogesic 75 mcg/h, system transdermalny  
Durogesic 100 mcg/h, system transdermalny

Janssen-Cilag Polska Sp. z o.o.  
ul. Iłżecka 24  
02-135 Warszawa  
Polska  
Tel. +48 222 37 60 00, Fax. +48 22 237 60 39  
[DL-JNJPL-JAC-Pharmacovigilance@itsjnj.com](mailto:DL-JNJPL-JAC-Pharmacovigilance@itsjnj.com)

- Dla produktów leczniczych:  
Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny  
Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny  
Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny  
Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny  
Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny

Takeda Pharma Sp. z o.o.  
Al. Jerozolimskie 146a  
02-305 Warszawa  
Tel. +48 22 608 13 00; fax +48 22 608 13 03  
[dso-pl@takeda.com](mailto:dso-pl@takeda.com)

- Dla produktów leczniczych:  
Fentanyl Actavis 25 µg/h system transdermalny  
Fentanyl Actavis 50 µg/h system transdermalny  
Fentanyl Actavis 75 µg/h system transdermalny  
Fentanyl Actavis 100 µg/h system transdermalny





Actavis Pharma Sp. z o. o.  
ul. Marynarska 15  
02-674 Warszawa  
Tel: (22) 512 29 00, (22) 512 29 54  
Fax: (22) 512 29 96  
safetv.poiand@actavi5.com

- Dla produktów leczniczych:  
Fenta MX 25, 25 mikrogramów/godzinę, system transdermalny, plaster  
Fenta MX 50, 50 mikrogramów/godzinę, system transdermalny, plaster  
Fenta MX 75, 75 mikrogramów/godzinę, system transdermalny, plaster  
Fenta MX 100, 100 mikrogramów/godzinę, system transdermalny, plaster

Sandoz Polska Sp. z o.o.  
ul. Domaniewska 50 C, 02-672 Warszawa  
tel. 22 209 70 00, faks 22 209 70 05  
drufi-safety.poland@sandoz.com

- Dla produktów leczniczych:  
Fentanyl Pfizer system transdermalny, plaster, 12 mikrogramów/godzinę  
Fentanyl Pfizer system transdermalny, plaster, 25 mikrogramów/godzinę  
Fentanyl Pfizer system transdermalny, plaster, 50 mikrogramów/godzinę  
Fentanyl Pfizer system transdermalny, plaster, 75 mikrogramów/godzinę  
Fentanyl Pfizer system transdermalny, plaster, 100 mikrogramów/godzinę

Pfizer Polska Sp. z o.o.  
Dział Monitorowania Bezpieczeństwa Leków  
ul. Postępu 17 B  
02-676 Warszawa  
Tel.: +48 22 335-6326  
Fax Toli-Free: 00800112-4454  
POL.AEReportinR@pfizer.com

Formularz zgłoszenia działania niepożądanego dostępny na stronie:  
<http://dn.urpl.gov.pl/dn-zgloszenia-dzialan-niepozadanych> ■

## Kącik edukacyjny!

### Szanowne Koleżanki i Koledzy!

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

**Zadanie 1.**  
Do przestrzegania diety niskobiałkowej, wysokoenergetycznej, bogatej w białko, składniki mineralne i witaminy należy zachęcać chorego z:

- A. kamcią pęcherzyka żółciowego,
- B. zespołem jelita drażliwego,
- C. wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego,
- D. owsicą.

**Zadanie 2.**  
O dokonującym się zawale mięśnia sercowego może świadczyć ból w klatce piersiowej, który:  
A. nie ustępuje po podjęzykowym podaniu nitrogliceryny,  
B. ustępuje po podjęzykowym podaniu nitrogliceryny,  
C. trwa 20-30 minut i więcej,  
D. prawidłowa odpowiedź A i C.

**Zadanie 3.**  
Krioprecypitat po rozmrożeniu należy przetoczyć choremu w ciągu:  
A. dowolnego czasu,  
B. 15 minut,  
C. 30 minut,  
D. 1 godziny.

**Zadanie 4.**  
W opracowaniu standardów uwzględniane są następujące kryteria:  
A. struktury, procesu, wyników,  
B. wiedzy, zamierzeń, celów organizacji,  
C. profesjonalnego doświadczenia, zamierzeń, jakości,  
D. regulacyjne, przepisów prawa, informacyjne.

**Zadanie 5.**  
Oliguria, to:  
A. bezmocz,  
B. wielomocz,  
C. skąpomocz,  
D. bakteriomocz.

**Zadanie 6.**  
Nieprawidłowe wykonanie próby tuberkulinowej polega na:  
A. podskórnym podaniu tuberkuliny,  
B. śródskórnym podaniu tuberkuliny,  
C. podaniu 0,1 ml tuberkuliny Rt 23,  
D. wykonaniu wstrzyknięcia śródskórnego z tuberkuliną na prawym lub lewym przedramieniu.

**Zadanie 7.**  
Płwocinę do badania bakteriologicznego należy pobrać:  
A. rano po obudzeniu się,  
B. po spożyciu posiłku,  
C. wieczorem,  
D. o dowolnej porze dnia.

**Zadanie 8.**  
Głównym założeniem teorii Virginii Henderson jest / są:  
A. teoria ludzkich potrzeb,  
B. teorie osobowości człowieka,  
C. zasady organizacji pracy,  
D. teoria zegara biologicznego.

**Zadanie 9.**  
Kął płynny pobrany do badania u pacjenta z biegunką, powinien być dostarczony do laboratorium:  
A. do 30 minut po oddaniu,  
B. do 60 minut po oddaniu,  
C. do 90 minut po oddaniu,  
D. do 120 minut po oddaniu.

**Zadanie 10.**

Do zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu D (Delta) dochodzi najczęściej u osób:

- A. zakażonych wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV),
- B. chorych w okresie ostrego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub u nosicieli antygenu HBs,
- C. zakażonych wirusem cytomegalii (CMV),
- D. chorych w okresie ostrego wirusowego zapalenia wątroby typu A powikłanego cholestazą. ■

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

### **SKOLENIA 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. Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10
14. Leczenie ran –odleżyny Nr 11/07

15. Wykonanie konikopunkcji, odbarczenia odmy przeżnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego

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 kardiografii
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 żyłnej i obrzęku limfatycznym
6. Diagnozowane i profilaktyka pacjentów ze skłonnościami samobójczymi

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

### **UWAGA!**

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

## **VIII Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa "Leczenie, pielęgnacja i rehabilitacja osób po udarze mózgu."**

25-26 września 2014  
Górnośląskie Centrum Rehabilitacji "Repty"

Wiodące tematy konferencji:

- Patofizjologia i diagnostyka udaru mózgu.
- Leczenie w okresie wczesnym udaru mózgu.
- Problemy pielęgnacyjne, psychologiczne i logopedyczne pacjenta po udarze mózgu.
- Rehabilitacja poudarowa.
- Problemy kardiologiczne u chorych po udarze mózgu.

Szczegółowe informacje i rejestracja

[www.repty.pl](http://www.repty.pl)

tel. 32 3901 305, 32 3901 202 ■





KONSULTANT KRAJOWY  
PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ  
mgr IZABELA KAPTACZ

ZAPRASZA NA  
**VIII JESIENNE WARSZTATY  
PIELĘGNIARSTWA OPIEKI  
PALIATYWNEJ  
W GRABINACH K/ TARNOWA  
W DNIACH 9-10 października 2014 r.**

**Sesje tematyczne:**

- Aktualne wyzwania pielęgniarstwa opieki paliatywnej XXI wieku
- Zagadnienia prawne w opiece paliatywnej
- Stany nagłe u pacjentów w opiece paliatywnej
- Pacjent z dożylnym portem naczyniowym. Zasady pielęgnacji i obsługi.

**Opłata:**

- 200zł dla członków PTPOP
- 300zł dla pozostałych uczestników

Opłata obejmuje:

- 1 nocleg ze śniadaniem,
- 2 obiady, kolacja, przerwy kawowe,
- materiały szkoleniowe

**Szczegółowe informacje oraz karta zgłoszenia na stronie: [www.ptpopih.pl](http://www.ptpopih.pl)**

**SEKRETARIAT WARSZTATÓW:**

Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej  
42-202 Częstochowa ul. Krakowska 45a,  
tel./fax.: (34) 3605537 lub 3605491  
e-mail: [ptpopih@wp.pl](mailto:ptpopih@wp.pl), [www.ptpopih.pl](http://www.ptpopih.pl)  
P. Beata Gradoń tel. 501 04 66 57,  
P. Marta Kachel tel. 514 600 220

Toruń, dnia 10 czerwca 2014 rok

Szanowna Pani  
Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca  
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych  
Ul. Pułaskiego 25  
42-200 Częstochowa

Dotyczy: **zaproszenie do udziału w XVIII Ogólnopolskim Sympozjum Diabetologicznym i XII Ogólnopolskim Forum Profilaktyki i Leczenia Otyłości Diabetica Expo 2014, które odbędą się w Toruniu w terminie 26-27 września 2014 roku.**

Szanowna Pani Przewodnicząca,  
w imieniu organizatorów, Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków i Centrum Konferencji i Wystaw Expo-Andre pragniemy serdecznie zaprosić do udziału w

**XVIII OGÓLNOPOLSKIM SYMPOZJUM  
DIABETOLOGICZNYM  
I „DIABETICA -EXPO 2014”**

**I**

**XII OGÓLNOPOLSKIM FORUM  
PROFILAKTYKI I LECZENIA OTYŁOŚCI**

które odbędą się w dniach 26-27 września 2014 roku  
w Auli Uniwersytetu Mikołaja Kopernika  
przy ul. Gagarina 11 w Toruniu.

Celem SYMPOZJUM DIABETOLOGICZNEGO jest popularyzacja najnowszych osiągnięć diabetologii polskiej i światowej. Pragniemy, aby ta konferencja stała się forum dyskusji i wymiany doświadczeń na temat środków i metod leczenia oraz zapobiegania cukrzycy, zarówno pomiędzy lekarzami jak i ich pacjentami.

Wykłady Sympozjum odbywają się w dwóch salach konferencyjnych, w jednej dla lekarzy, w drugiej dla diabetyków. Przewidujemy również podczas Sympozjum jedną sesję wspólną, warsztaty oraz dyskusję okrągłego stołu.

**Zgodnie z tradycją uczestnictwo członków PSD w wykładach i wystawie jest bezpłatne.**

W załączeniu przekazujemy natomiast koszty noclegów i wyżywienia podczas pobytu w Toruniu. Jednocześnie uprzejmie prosimy o rozkolportowanie informatorów wśród lekarzy, pielęgniarek oraz innych osób zainteresowanych udziałem w Sympozjum i Forum.

**Opłaty konferencyjne wynoszą:**

1. **Lekarze** - opłata konferencyjna: 180 zł (100zł do dnia 30 czerwca; 130zł do dnia 31 lipca; 150 zł do 31 sierpnia)

2. **Dietetyczki, Pielęgniarki, Wolontariusze, Studenci AM i Studium Medycznego** - opłata konferencyjna: 90 zł (60zł do dnia 30 czerwca; 75 zł do 31. lipca; 90 zł od 31 sierpnia)

**Za udział w konferencji wydawane są certyfikaty uczestnictwa lekarzom (10 punktów edukacyjnych), pielęgniarką.**

**Zgłoszenia prosimy kierować do:**

Centrum Konferencji i Wystaw Expo-Andre  
ul. Prosta 19/7, skr. poczt. 290, 87-100 Toruń  
tel. 56 657 35 04, 56 621 11 27; fax. 56 657 35 06  
e-mail: [biuro@expo-andre.pl](mailto:biuro@expo-andre.pl)  
[www.expo-andre.pl](http://www.expo-andre.pl)

**Opłatę prosimy przysyłać na konto:**

Centrum Konferencji i Wystaw Expo-Andre  
ul. Prosta 19/7 87-100 Toruń I ff  
BPH S.A. o /Toruń 35 1060 0076 0000 4016 0000 9154  
z dopiskiem: „DIABETICA EXPO 2013”.

**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 SP ZOZ  
Miejskim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie*

*Paniom:*

1. Dorocie Grzelińskiej – Oddział Chorób Wewnętrznych
2. Annie Kazimierczak - Blok Operacyjny

*Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie*

### **Pielęgniarka Irmína Tomaszewska odznaczona Honorową Odznaką PTP**



W dniu 16 czerwca 2014r. w Śląskiej Wyższej Szkole Zarządzania w Katowicach odbyła się Wojewódzka Konferencja Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego pt.: „Problemy zarządzania w pielęgniarstwie”. Konferencję otworzyła i powitała zaproszonych gości Przewodnicząca Zarządu

Oddziału PTP w Katowicach Pani Krystyna Klimaszewska. Konferencję rozpoczęło wręczenie odznak, dyplomów i wyróżnień przez Zastępcę Prezesa Zarządu Głównego PTP Panią dr



Grażynę Franek. Podczas tej uroczystości została pośmiertnie odznaczona Honorową Odznaką PTP Pani Irmína Tomaszewska, pielęgniarka ostatnio pracująca w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym przy ul. Białskiej w Częstochowie. W imieniu Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie udział w konferencji wzięła i odebrała odznakę mgr Irena Sikora – Mysiek - Przewodnicząca Oddziału Terenowego PTP w Częstochowie.

W dalszej części konferencji odbyły się wykłady na temat:

„Pielęgniarki są siłą na rzecz zmian, kluczowymi zasobami na rzecz zdrowia” - hasło ICN – wykład wygłosiła - dr Wiesława Kołodziej - Wiceprzewodnicząca ZO PTP w Katowicach. Drugi temat pt. „Podmiot Lecznicy jako pracodawca” zaprezentował dr Jerzy Siemianowicz. Kolejną problematykę przedstawiła mgr Danuta Broncel – Czekał - Przewodnicząca Koła PTP w Siemianowicach Śląskich. pt. „Działalność Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Koła Terenowego w Siemianowicach Śląskich”. Następnie dr Grażyna Kruk – Kupiec omówiła temat pt. „Zarządzanie i przywództwo w pionie pielęgniarstwa w podmiocie leczniczym”.

Odznaka Honorowa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przyznana przez Zarząd Główny PTP Pani Irmínie Tomaszewskiej zostanie przesłana do Wrocławia bratu Pani Irmíny – Tomaszowi Tomaszewskiemu.

Przewodnicząca ORPiP  
Halina Synakiewicz

## **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	I i III środa miesiąca 15 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup>	p. 404
Odpowiedzialności		
Zawodowej		
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>**

**Ilona Tułodziecka**

Z głębokim żalem  
zawiadamy, że w dniu  
23.06.2014 r. zmarła po długiej  
chorobie

**Pani  
Ilona Tułodziecka,**

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
II i III kadencji,

współtwórczyni samorządu zawodowego w którym  
aktywnie działała przez wiele lat.

Jej doświadczenie służyło przez wiele lat umacnianiu  
roli i pozycji samorządu zawodowego pielęgniarek  
i położnych.

Do końca życia oddana sprawom zawodowym,  
z troską o ludzi potrzebujących pomocy.  
Pielęgniarka, kobieta, żona, matka, babcia, społecznik  
– wypełniała wszystkie te role i zadania życiowe  
z pasją, wiarą, nadzieją i energią.

Żegnamy Ją z poczuciem wielkiej straty. Pozostanie  
w naszej pamięci jako wzór do naśladowania.

W ceremonii pogrzebowej uczestniczył poczet  
sztandarowy OIPiP w Częstochowie.



*„Ludzie, których kochamy zostają na zawsze,  
bo zostawili ślady w naszych sercach.”*

Z wielkim żalem żegnamy

**Halinę Gruszczyńską**

Wieloletnią Pielęgniarkę Medycyny Szkolnej ZOZ  
w Myszkowie.

Pani Halina w swoim życiu nigdy nie odmówiła  
pomocy potrzebującym, żegnamy pielęgniarkę  
wielkiej dobroci, życzliwości i ciepła.

Rodzinie zmarłej składamy wyrazy współczucia

Pielęgniarki i Położne  
oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek  
i Położnych w Częstochowie.

*„Nie można przestać tęsknić za kimś, kogo się straciło....  
można tylko nauczyć się żyć z tą wielką  
niekończącą się pustką w sercu.”*

Koleżance

**Elżbiecie Dobrzańskiej**

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

**Siostry**

składają Pielęgniarki i Położne  
z SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego  
w Częstochowie  
oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek  
i Położnych w Częstochowie.



*"Człowiek żyje tak długo, aż nie zginie po nim pamięć."*

Koleżance

**Ilonie Mastalerz**

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

**Taty**

składają Pielęgniarki i Położne  
z SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego  
w Częstochowie  
oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek  
i Położnych w Częstochowie.

Mińsk Mazowiecki, 9 lipca 2014 r.

Pani  
Grażyna Rogala - Pawelczyk  
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

**Szanowna Pani Prezes,**

W imieniu całej Rodziny na Pani ręce składam  
serdeczne podziękowanie za wsparcie, które otrzymaliśmy  
w czasie choroby i po odejściu mojej Żony Ilony. Odejście Ilony  
do Domu Pana jest bolesne i trudne do zaakceptowania dla  
całej naszej Rodziny.

Pragnę serdecznie podziękować! Pani Prezes oraz za  
Pani pośrednictwem pocztom sztandarowym, delegacjom  
Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych, Pielęgniarkom i Po-  
łożnym oraz Pracownikom za tak liczny udział w uroczysto-  
ściach pogrzebowych, które towarzyszyły mojej Żonie w Jej  
ostatniej podróży.

W imieniu własnym i całej Rodziny jeszcze raz bardzo  
serdecznie dziękuję.

Antoni Tułodziecki z rodziną



**Szkolenie jednodniowe „Długoterminowe dostępne naczyniowe - użytkowanie portów naczyniowych”**  
Ośrodek Szkoleniowy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie  
dnia 18 czerwca 2014 roku.





# Wycieczka do Pragi

16-18 maja 2014 roku

