

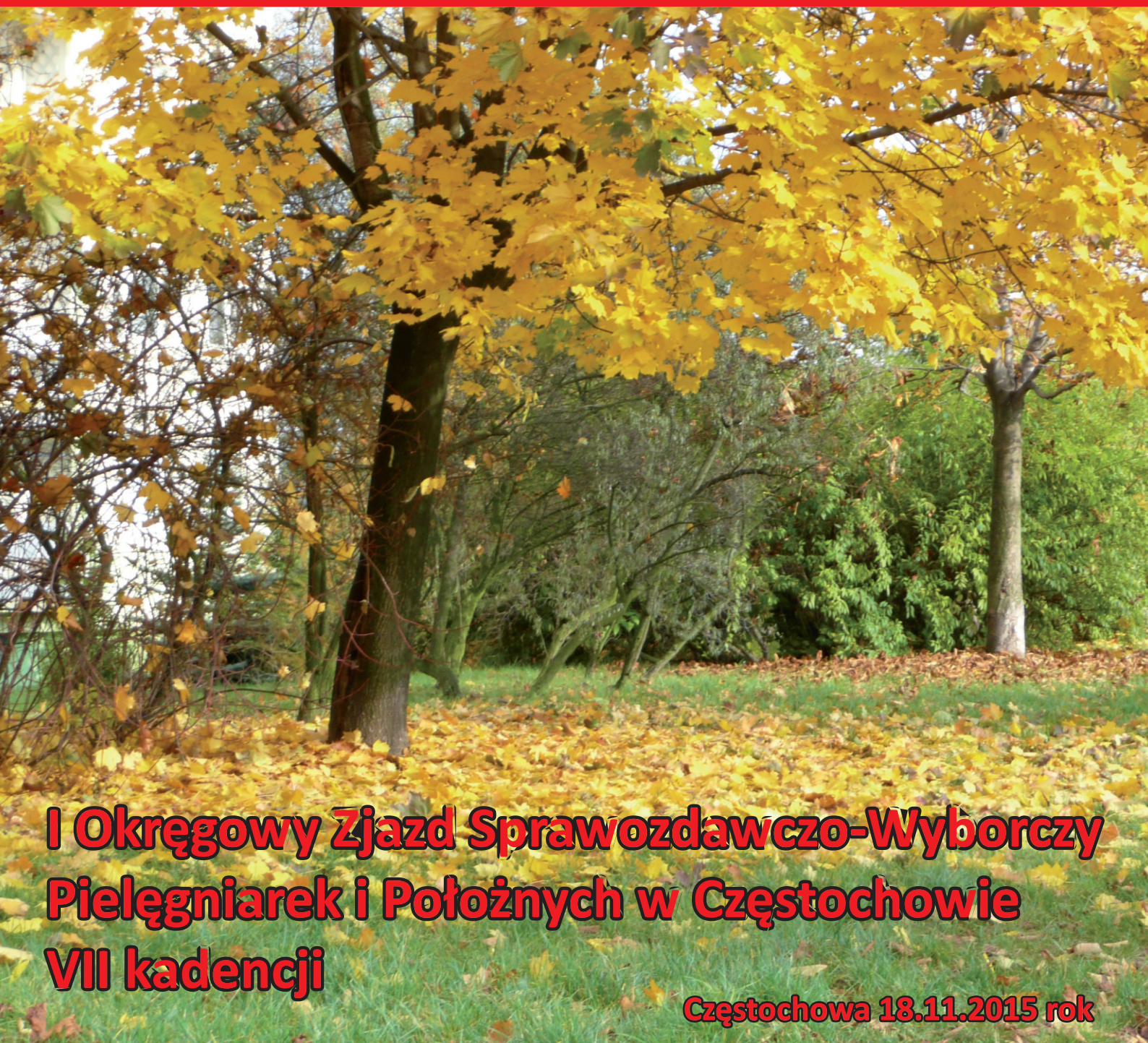
MIESIĘCZNIK

# BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



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



**I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy  
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie  
VII kadencji**

**Częstochowa 18.11.2015 rok**

**Listopad 2015r**

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25



Egzamin końcowy kursu specjalistycznego  
**„Szczepienia ochronne” Nr 03/08**  
organizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy  
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.  
Częstochowa, 29 październik 2015 rok.



## W NUMERZE:

Okręgowy Zjazd	2
Prezydium i Rada	5
NIPiP	5
Prace autorskie	11
Informacje	21

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

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

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

Tel./fax 34-324-51-12, 34-361-30-18  
503-008-946  
sekretariat@oipip.czyst.pl

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

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

MILLENNIUM BANK  
nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

**Redakcja:**  
Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora  
Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

Redakcja zastrzega sobie prawo doboru 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.





## Drogie Koleżanki i Koledzy.

Ponad 8 lat temu, w 2007 roku, Delegaci I Okręgowego Zjazdu V Kadencji dali mi ogromny mandat zaufania, wybierając mnie na jakże zaszczytne stanowisko Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Okres w którym przyszło mi piastować tę funkcję rozpoczął się w czasie niepokoїв i strajków w środowisku pielęgniarskim, spowodowanym złą sytuacją finansową dotyczącą wynagrodzeń. Już wtedy, 8 lat temu, wyrażaliśmy swoje niezadowolenie, sygnalizowaliśmy że sytuacja zawodowa polskich pielęgniarek i położnych jest bardzo zła, że polskie pielęgniarki i położne, po 2004 roku, zaczęły masowo wyjeżdżać w poszukiwaniu lepszych warunków finansowych do krajów Unii Europejskiej. Niestety decydenci nie chcieli nas wtedy słuchać. Nawet „Białe miasteczko” nie przyniosło oczekiwanych rezultatów. Mimo ogromnego poparcia parlamentarzystów, władz lokalnych, innych samorządów zawodowych, dyrektorów placówek medycznych, nasz ówczesny rząd nie dostrzegał problemu. Przez całe kolejne 8 lat mówiliśmy, sygnalizowaliśmy, że za chwilę nas, Pielęgniarek i Położnych zabraknie, że nasi pacjenci, pomimo ogromnego wysiłku obejmowani są coraz gorszą opieką, z powodu braku lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz z powodu starzejącego się personelu medycznego. Obecnie średnia wieku pielęgniarek i położnych w rejonie działania OIPiP w Częstochowie wynosi ponad 49 lat, a niestety młodych adeptów tych zawodów przybywa bardzo mało.

W 2014 roku, kiedy to niezadowolenie sięgnęło zenitu, zaczęliśmy jeszcze głośniejsze mówić i pokazywać, że dłużej tak być nie może, bo jest to sytuacja bardzo niebezpieczna, zarówno dla personelu, jak i dla podopiecznych. Rozpoczęliśmy prowadzenie kampanii, poprzez organizowanie konferencji, udzielanie wywiadów w mediach, pisanie petycji do decydentów oraz pisanie artykułów w prasie.

10 lutego 2015 roku razem ze związkami zawodowymi pielęgniarek i położnych podpisaliśmy w Katowicach porozumienie o wspólnym działaniu, w celu poprawy sytuacji finansowej i zawodowej pielęgniarek i położnych. Kampania „Ostatni dyżur”, manifestacje w różnych miejscach w Polsce, spotkania z decydentami oraz poparcie innych środowisk zawodowych, spowodowały, że wreszcie ktoś nas wysłuchał. Owocem tego stało się podpisanie w Warszawie porozumienia pomiędzy Ministrem Zdrowia, Prezesem NFZ, Naczelną Radą PiP oraz Związkiem Zawodowym PiP. Skutkiem tego porozumienia było wydanie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku oraz zarządzenia Prezesa NFZ numer 61, a następnie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 roku oraz zarządzenia Prezesa NFZ numer 70.

Rozporządzenia te przypieczętowały wypłatę wynegocjowanych podwyżek dla pielęgniarek i położnych w łącznej kwocie 1600 złotych brutto. Mamy świadomość, że wynegocjowane kwoty nie są wystarczające i bardzo rozłożone w czasie, ale jest to światło w tunelu i pierwszy krok w dobrym kierunku. Mamy nadzieję, że strona rządowa wreszcie zauważyła problem niedoszacowania pracy pielęgniarek i położnych. Naczelna Rada PiP, której jestem członkiem, nadal prowadzi rozmowy z Ministerstwem Zdrowia, aby podwyżkami objąć wszystkie pielęgniarki i położne, a nie tylko te, które wykonują świadczenia finansowane przez NFZ. Mam nadzieję, że już wkrótce wszystkie pielęgniarki i położne otrzymają należne im podwyżki. Przed samorządem zawodowym jest jeszcze wiele do zrobienia w celu poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.

Zostawiam Państwu Izbę w dobrej kondycji finansowej. Ośrodek szkoleniowy, który utworzyłam, przeszkolił 6090 pielęgniarek i położnych. Ukończyliśmy 7 specjalizacji z bardzo dobrymi wynikami (100 % zdawalności). W chwili obecnej jest w toku jeszcze 7 specjalizacji. Biblioteka stale się rozrasta, obecnie mamy 827 publikacji. Bezpłatnie umożliwiamy też dostęp do księgozbioru online o nazwie Ebuk-Libra. Opinia o naszej Izbie w skali kraju jest bardzo dobra. Zaszczycem dla mnie było również prowadzenie Krajowego Zjazdu w 2011 roku. Działając w Naczelnej Izbie miałam spory wpływ na tworzenie aktów normatywnych, stale mając na uwadze dobro pielęgniarek i położnych. Podczas pełnienia funkcji Przewodniczącej ORPiP w Częstochowie kilkakrotnie byłam odznaczana za pracę w samorządzie zawodowym: - przez Ministra Zdrowia odznaczeniem „Za zasługi w ochronie zdrowia”, - przez Wojewodę Śląskiego „Za zasługi dla rozwoju oraz promowania Województwa Śląskiego w kraju i na świecie”, - przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego odznaczeniem „Zasłużonemu”, - przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie złotą odznaką PTP, - przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych odznaczeniem srebrnym „ZASŁUŻONY dla SAMORZĄDU PIELĘGNIAREK i POŁOŻNYCH”. W tym roku Kapituła Naczelnej Rady nominowała mnie do przyznania odznaczenia złotego „ZASŁUŻONY dla SAMORZĄDU PIELĘGNIAREK i POŁOŻNYCH”.

W dniu 18 listopada 2015 roku kończę drugą kadencję na stanowisku Przewodniczącej Okręgowej Rady. Moim następcą życzę, aby byli wytrwali w dążeniu do celu, aby nigdy nie szczędzili czasu i wysiłku na kontynuację działań poprawiających sytuację polskich pielęgniarek i położnych.

Korzystając z okazji chcę podziękować wszystkim za waszą pomoc, za wsparcie, za bezinteresowną postawę w pracy na rzecz samorządu zawodowego. Dziękuję całemu Prezydium, z Sekretarzem i Wiceprzewodniczącymi na czele, całej Okręgowej Radzie, Komisji Rewizyjnej, dziękuję pracownikom biura, wszystkim Komisjom i Zespołom, Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej oraz jego Zastępcom, Sądowi i jego członkom. Szczególnie gorąco dziękuję Pełnomocnikom, którzy byli moimi łącznikami z placówkami medycznymi. Dziękuję również wszystkim członkom samorządu, za ich zaangażowanie w podnoszenie prestiżu naszych zawodów, za ogromny wkład pracy i poparcie w walce o lepsze i godniejsze warunki wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej.

Nowym władzom życzę dużo spokoju, rozważi i mądrych decyzji, życzę pomyślności, wytrwałości oraz satysfakcji z działania na rzecz rozwoju samorządu. Życzę również powodzenia i wielu sukcesów w życiu osobistym.

Życzę Wam, aby stale otaczali Was ludzie o przyjaznym i życzliwym usposobieniu.

Dziękuję za te osiem lat wspólniejszej współpracy.

Halina Synakiewicz

Załącznik nr 1 do uchwały nr 8 /VI/2012 II Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 30 marca 2012 roku w sprawie regulaminu Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

## **REGULAMIN OKRĘGOWEGO ZJAZDU PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

### **§ 1.**

Ileokroć w Regulaminie jest mowa o:

- 1) ustawie - należy przez to rozumieć ustawę z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038);
- 2) regulaminie wyborów do organów izb – należy przez to rozumieć Regulamin wyborów do organów izby oraz trybu odwoływania ich członków przyjęty przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych;
- 3) okręgowym zjeździe – należy przez to rozumieć okręgowy zjazd pielęgniarek i położnych, organ okręgowej izby pielęgniarek i położnych;
- 4) nadzwyczajnym okręgowym zjeździe – należy przez to rozumieć nadzwyczajny okręgowy zjazd pielęgniarek i położnych;
- 5) okręgowej radzie – należy przez to rozumieć okręgową radę pielęgniarek i położnych, organ okręgowej izby pielęgniarek i położnych;
- 6) okręgowej komisji rewizyjnej – należy przez to rozumieć okręgową komisję rewizyjną, organ okręgowej izby pielęgniarek i położnych;
- 7) okręgowym sądzie – należy przez to rozumieć okręgowy sąd pielęgniarek i położnych, organ okręgowej izby pielęgniarek i położnych;
- 8) okręgowym rzeczniku – należy przez to rozumieć okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, organ okręgowej izby pielęgniarek i położnych;
- 9) okręgowej izbie - należy przez to rozumieć okręgową izbę pielęgniarek i położnych;
- 10) Naczelnej radzie – należy przez to rozumieć Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, organ Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych;
- 11) naczelnej komisji rewizyjnej - należy przez to rozumieć Naczelną Komisję Rewizyjną, organ Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych;
- 12) delegacie – należy przez to rozumieć delegata na okręgowy zjazd pielęgniarek i położnych.

### **§ 2.**

1. Okręgowy zjazd odbywa się raz w roku i jest zwoływany przez okręgową radę w terminie do końca marca danego roku.
2. Kadencja okręgowego zjazdu trwa 4 lata.

### **§ 3.**

1. W obradach okręgowego zjazdu biorą udział z głosem stanowiącym delegaci.
2. Zawiadomienie o terminie, miejsca i porządku obrad zjazdu, z pouczeniem o obowiązku uczestnictwa, okręgowa rada prześle każdemu delegatowi zjazdu oraz członkom ustępujących organów okręgowej izby co najmniej na 14 dni przed terminem zjazdu.
3. Sprawozdanie z działalności: okręgowej rady, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu i okręgowego rzecznika, a także projekty uchwał, które mają być podjęte na zjeździe okręgowa rada prześle uczestnikom zjazdu wraz zawiadomieniem o którym mowa w ust. 2.

4. W obradach okręgowego zjazdu, na którym mają zostać wybrani członkowie organów okręgowej izby następnej kadencji mogą brać udział, z głosem doradczym, nie będące delegatami osoby pełniące funkcje w ustępujących organach okręgowej izby wymienionych w § 1 pkt 5-8. W stosunku do tych osób postanowienia ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio.
5. W obradach okręgowego zjazdu mogą brać udział członkowie Naczelnej Komisji Rewizyjnej wyznaczeni przez ten organ do przedstawienia informacji o wynikach przeprowadzonej kontroli działalności okręgowej komisji rewizyjnej.
6. W obradach okręgowego zjazdu mogą brać udział z prawem zabrania głosu obserwatorzy powołani przez Naczelną Radę lub jej Prezydium.
7. W okręgowym zjeździe mogą uczestniczyć z głosem doradczym nie będący delegatami członkowie ustępującej okręgowej rady, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu, okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i jego zastępcy, którzy zostali zaproszeni przez okręgową radę lub okręgowy zjazd.
8. W zjeździe mogą brać udział także goście zaproszeni przez okręgową radę lub okręgowy zjazd.

### **§ 4.**

1. Delegata obowiązuje obecność i czynny udział w posiedzeniach okręgowego zjazdu.
2. Delegat bierze udział w posiedzeniach okręgowego zjazdu wyłącznie osobiście.
3. Każdego dnia przed rozpoczęciem obrad okręgowego zjazdu delegat potwierdza swoją obecność podpisem na liście obecności.

### **§ 5.**

1. W sprawach wynikających z przepisów prawa okręgowy zjazd podejmuje uchwały.
2. Okręgowy zjazd jest władny do podejmowania uchwał, w tym dokonania wyborów w trybie Regulaminu wyborów do organów izb przy obecności co najmniej połowy delegatów.
3. W przypadku braku quorum ponowny termin zjazdu ustala okręgowa rada, przy czym ten termin nie może przypaść później niż 2 miesiące i nie wcześniej niż 3 tygodnie po pierwszym terminie zjazdu.
4. Uchwały są podejmowane zwykłą większością głosów.
5. Uchwały:
  - 1) w sprawie regulaminów organów okręgowej izby;
  - 2) w sprawie wyboru przewodniczącego okręgowej rady, przewodniczącego okręgowej komisji rewizyjnej, przewodniczącego okręgowego sądu oraz okręgowego rzecznika,  
– przewodniczący okręgowego zjazdu przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 21 dni od dnia ich podjęcia.
6. Przewodniczący okręgowej rady przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia na jego żądanie, w terminie 14 dni od jego otrzymania, uchwałę, o której mowa w ust. 5, jeżeli nie została ona nadesłana w trybie określonym w tym przepisie, a także inną uchwałę okręgowego zjazdu, w celu umożliwienia realizacji przez ministra określonego w ustawie uprawnienia do zaskarżenia uchwał do Sądu Najwyższego.
7. Uchwałę okręgowego zjazdu podpisuje przewodniczący okręgowego zjazdu lub wiceprzewodniczący okręgowego zjazdu oraz sekretarz okręgowego zjazdu.



8. W innych sprawach niż określone w ust. 1 okręgowy zjazd może podejmować apele, stanowiska, rezolucje, deklaracje i oświadczenia. Postanowienia ust. 4 i 7 stosuje się odpowiednio.

### § 6.

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

### § 7.

1. Prezydium okręgowego zjazdu, składa się z: przewodniczącego okręgowego zjazdu, wiceprzewodniczącego okręgowego zjazdu, sekretarza okręgowego zjazdu oraz członka prezydium.
2. Przewodniczący okręgowego zjazdu przy pomocy członków prezydium:
  - 1) czuwa nad przestrzeganiem porządku obrad, regulaminu zjazdu oraz dyscypliny na sali obrad;
  - 2) kieruje przebiegiem zjazdu zgodnie z porządkiem obrad, udziela głosu delegatom i zaproszonym gościom;
  - 3) zarządza głosowanie w sprawach, które wymagają rozstrzygnięcia w tym trybie.

### § 8.

1. Przewodniczący zjazdu udziela głosu uczestnikom zjazdu w sprawach objętych porządkiem obrad, według kolejności zgłoszeń z zastrzeżeniem postanowień § 12 ust. 1 i 2.
2. Uczestnicy zjazdu zgłaszają chęć udziału w dyskusji sekretarzowi.
3. Uczestnik zjazdu nie może zabierać głosu w dyskusji nad tą samą sprawą więcej niż dwa razy, chyba że do kolejnego zabrania głosu wezwie go przewodniczący zjazdu.
4. Przewodniczący zjazdu może zwrócić uwagę zabierającemu głos, który w swoim wystąpieniu odbiega od przedmiotu obrad określonego w porządku obrad, a po dwukrotnym zwróceniu uwagi może odebrać przemawiającemu głos.
5. Czas trwania wypowiedzi delegata wynosi 3 minuty. Zjazd może ustalić inny czas trwania wypowiedzi delegata. W przypadku przekroczenia czasu wypowiedzi przewodniczący zjazdu może odebrać przemawiającemu głos.
6. Osoba zabierająca głos winna podać swoje imię i nazwisko, a delegat również numer mandatu.

### § 9.

1. Przewodniczący zjazdu udziela głosu przewodniczącym: okręgowej rady, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu, okręgowemu rzecznikowi oraz zaproszonym gościom poza kolejnością mówców zapisanych do głosu.
2. Pozostałym uczestnikom zjazdu przewodniczący zjazdu udziela głosu poza kolejnością jedynie dla zgłoszenia wniosku formalnego lub sprostowania. Przemówienie nie może trwać dłużej niż 1 minutę.
3. Do wniosków formalnych zalicza się wnioski o:
  - 1) przerwanie, odroczenie lub zamknięcie posiedzenia;
  - 2) uchwalenie tajności posiedzenia;
  - 3) zamknięcie listy mówców;
  - 4) zamknięcie dyskusji;
  - 5) odesłanie do komisji celem rozpatrzenia i opracowania;
  - 6) głosowanie bez dyskusji;
  - 7) zmianę porządku obrad;
  - 8) przeprowadzenie głosowania;
  - 9) głosowanie imienne;
  - 10) ograniczenie czasu przemówienia;

- 11) sprawdzenie quorum;
- 12) reasumpcję głosowania;
- 13) uchwalenie tajności głosowania;
- 14) zamknięcie listy kandydatów.

4. Zjazd rozstrzyga o wniosku formalnym po wysłuchaniu wnioskodawcy i głosów przeciwnych.

### § 11

1. Po zamknięciu dyskusji nad projektem uchwały lub innymi wnioskami i propozycjami zgłoszonymi w toku obrad, przewodniczący zjazdu oznajmia, że zjazd przystępuje do głosowania. Od tej chwili można zabierać głos tylko dla zgłoszenia wniosku formalnego o sposobie lub porządku głosowania i to jedynie przed rozpoczęciem głosowania.
2. Porządek głosowania nad uchwałą jest następujący:
  - 1) głosowanie wniosku o odrzucenie projektu w całości, jeżeli wniosek taki został postawiony;
  - 2) głosowanie poprawek do poszczególnych postanowień uchwał, przy czym w pierwszej kolejności głosuje się poprawki, których przyjęcie lub odrzucenie rozstrzyga o innych poprawkach;
  - 3) głosowanie projektu w całości, ze zmianami wynikającymi z przegłosowanych poprawek.
3. Przewodniczący zjazdu ustala kolejność głosowania projektów uchwał.
4. Głosowanie we wszystkich sprawach przeprowadza się jawnie z zastrzeżeniem ust. 7.
5. Obliczenia oddanych głosów dokonują osoby uprawnione do liczenia głosów w głosowaniu jawnym i podają sekretarzom zjazdu wyniki głosowania.
6. Wynik głosowania ogłasza przewodniczący zjazdu.
7. Zjazd może uchwalić tajność głosowania w określonej sprawie i wówczas głosowanie przeprowadza komisja skrutacyjna.

### § 12.

1. Porządek obrad zjazdu obejmuje w szczególności:
  - 1) otwarcie zjazdu i wystąpienie przewodniczącego okręgowej rady oraz zaproszonych gości;
  - 2) wybór osób uprawnionych do liczenia głosów oddanych w głosowaniu jawnym;
  - 3) wybór przewodniczącego zjazdu;
  - 4) wybór wiceprzewodniczącego, sekretarza zjazdu i członka prezydium - stanowiących z przewodniczącym prezydium zjazdu;
  - 5) wybór komisji mandatowej;
  - 6) sprawozdanie przewodniczącego komisji mandatowej;
  - 7) przyjęcie porządku obrad;
  - 8) przyjęcie regulaminu obrad;
  - 9) wybór komisji zjazdowych;
  - 10) przedstawienie sprawozdań organów izby;
  - 11) podjęcie uchwał w sprawie zatwierdzenia sprawozdań organów izby;
  - 12) podjęcie uchwały w sprawie absolutorium ustępującej okręgowej radzie;
  - 13) wybory przewodniczących i członków organów izby;
  - 14) rozpatrzenie wniosków;
  - 15) podjęcie innych uchwał;
  - 16) sprawozdanie komisji uchwał i wniosków;
  - 17) zamknięcie zjazdu.
2. Głosowania, zarówno jawne, jak też tajne i imienne mogą być przeprowadzane przy użyciu urządzeń do elektronicznego liczenia głosów (głosowanie elektroniczne). System używany do głosowania elektronicznego musi zapewniać możliwość przeprowadzenia głosowania taj-



nego lub imiennego przy zachowaniu jego charakteru. Prawidłowość przeprowadzania głosowań elektronicznych nadzoruje komisja skrutacyjna.

### **§ 13.**

1. Okręgowy zjazd powołuje następujące komisje zjazdowe:
  - 1) komisję mandatową, która stwierdza czy okręgowy zjazd jest władny do podjęcia uchwał;
  - 2) komisję uchwał i wniosków;
  - 3) komisję skrutacyjną, która przeprowadza głosowania tajne i imienne, a także nadzoruje prawidłowość przeprowadzania głosowań w sytuacji, gdy głosowania są przeprowadzane przy użyciu urządzeń do elektronicznego liczenia głosów;
  - 4) w przypadku, gdy okręgowy zjazd działa w trybie regulaminu wyborów do organów izb, komisję wyborczą, która przyjmuje zgłoszenia kandydatur i w kolejności alfabetycznej sporządza listy kandydatów.
2. Okręgowy zjazd może powołać także inne komisje zjazdowe.
3. Członkowie komisji skrutacyjnej nie mogą kandydować w wyborach przeprowadzanych w czasie obrad okręgowego zjazdu.

### **§ 14.**

1. Głosowanie we wszystkich sprawach przeprowadza się jawnie z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Okręgowy zjazd może uchwalić tajność głosowania albo głosowanie imienne w określonej sprawie i wówczas głosowanie przeprowadza komisja skrutacyjna.
3. Przeprowadzając głosowanie tajne komisja skrutacyjna w szczególności: przygotowuje karty do głosowania, rozdaje delegatom karty do głosowania, zbiera głosy do sprawdzonych i zamkniętych przez nią urn, przelicza głosy i ustala wyniki głosowania w protokole, w którym określa:
  - 1) liczbę uprawnionych do głosowania;
  - 2) liczbę głosów oddanych;
  - 3) liczbę głosów ważnych;
  - 4) liczbę głosów nieważnych.

### **§ 15.**

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

### **§ 16.**

1. W trybie przewidzianym dla uchwał okręgowy zjazd rozpatruje wnioski, a także dokonuje wyborów członków prezydium okręgowego zjazdu oraz komisji zjazdowych, a także przeprowadza inne wybory poza trybem określonym w regulaminie wyborów do organów izb.
2. W przypadku wyborów, o których mowa w ust. 1, w sytuacji, gdy jest więcej niż dwóch kandydatów na daną funkcję albo dokonuje się jednoczesnego wyboru więcej niż jednej osoby na jednakowe funkcje, wybrana zostanie

osoba albo osoby, które uzyskały największą liczbę głosów, chyba, że okręgowy zjazd przyjmie wniosek o przeprowadzeniu głosowania w inny sposób.

3. Wybór członków komisji zjazdowej może być połączony z ustaleniem liczby jej członków w ten sposób, że głosowany jest skład komisji wynikający ze wszystkich zgłoszonych kandydatur.

### **§ 17.**

Po wyczerpaniu porządku obrad przewodniczący okręgowego zjazdu ogłasza jego zamknięcie

### **§ 18.**

1. Z przebiegu okręgowego zjazdu sporządza się protokół, który stanowi stwierdzenie przebiegu obrad i w załącznikach zawiera:
  - 1) protokoły komisji zjazdowych;
  - 2) pełne teksty podjętych uchwał, przedłożonych sprawozdań, wniosków oraz innych dokumentów okręgowego zjazdu.
2. Przewodniczący okręgowego zjazdu jest obowiązany w ciągu 30 dni przekazać okręgowej radzie dokumenty okręgowego zjazdu.
3. Odpis protokołu znajdować się będzie do wglądu członków danej okręgowej izby w biurze okręgowej izby. Delegat może zgłosić zastrzeżenia lub poprawki do sporządzonego protokołu w ciągu 30 dni od daty przekazania okręgowej radzie dokumentów okręgowego zjazdu.
4. O przyjęciu lub odrzuceniu poprawki decyduje prezydium okręgowego zjazdu większością głosów.
5. Protokół, do którego nie wniesiono w terminie poprawek lub zastrzeżeń uważa się za przyjęty. Przyjęcie protokołu potwierdzają podpisami członkowie prezydium okręgowego zjazdu.

### **§ 19.**

Postanowienia dotyczące okręgowego zjazdu stosuje się odpowiednio do nadzwyczajnego okręgowego zjazdu, z uwzględnieniem postanowień poniższych paragrafów.

### **§ 20.**

1. Nadzwyczajny okręgowy zjazd zwołuje okręgowa rada z własnej inicjatywy, a także na wniosek naczelnej rady, okręgowej komisji rewizyjnej lub co najmniej 1/5 członków okręgowej izby.
2. Nadzwyczajny okręgowy zjazd powinien zostać zwołany w terminie miesiąca od dnia wpłynięcia wniosku.
3. Termin obrad nadzwyczajnego okręgowego zjazdu powinien zostać wyznaczony na dzień przypadający nie później niż na miesiąc od dnia podjęcia uchwały o jego zwołaniu.

### **§ 21.**

1. We wniosku o zwołanie nadzwyczajnego okręgowego zjazdu należy wskazać sprawy, które mają być na nim rozpatrywane. Do wniosku mogą być dołączone projekty uchwał lub innych dokumentów, które w związku z treścią wniosku mają być przyjęte na nadzwyczajnym okręgowym zjeździe.
2. W uchwale o zwołaniu nadzwyczajnego okręgowego zjazdu okręgowa rada wskazuje sprawy, które mają być na nim rozpatrywane. W przypadku, gdy nadzwyczajny okręgowy zjazd jest zwoływany na wniosek, okręgowa rada może wskazać dodatkowe sprawy poza sprawami wskazanymi we wniosku.





## § 22.

1. Nadzwyczajny okręgowy zjazd może obradować wyłącznie nad sprawami wskazanymi w uchwale okręgowej rady o jego zwołaniu, chyba że konieczność powzięcia uchwały w innej sprawie wyniknęła po dniu podjęcia uchwały o zwołaniu okręgowego zjazdu. W takiej sytuacji wymagana jest zmiana porządku obrad podejmowana w formie uchwały nadzwyczajnego okręgowego zjazdu.
2. W pierwszej kolejności nadzwyczajny okręgowy zjazd rozpatruje sprawy, które zostały wskazane we wniosku o jego zwołanie. ■

## Prezydium i Rada



### Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 21 października 2015 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki i jedną położną.
- Wpisano do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Dofinansowano koszty kształcenia w formie szkolenia i studiów /zgodnie z decyzją Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych/ dla czternastu pielęgniarek za studia - magister pielęgniarstwa na kwotę 10.447,00 zł, dla jednej pielęgniarki za szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie „Pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki” w kwocie 700 zł.
- Wydano jedno nowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki.
- Wniosek o zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony złożyło sześć pielęgniarek i jedna położna.
- Stwierdzono kwalifikacje zawodowe zgodne z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz wydano zaświadczenie o kwalifikacjach do wykonywania zawodu dla jednej pielęgniarki. ■

## KALENDARIUM

## Październik - listopad 2015 rok

**17.10.2015r.** Przewodnicząca OR uczestniczyła w Konferencji naukowej „Rak płuc, astma i przewlekła obturacyjna choroba płuc”. Konferencja odbyła się w Filharmonii Częstochowskiej.

**20.10.2015r.** Na zaproszenie Prezydenta miasta Częstochowy Przewodnicząca OR uczestniczyła w obchodach Europejskiego Dnia Seniora. Obchody odbyły się w Filharmonii Częstochowskiej.

**27.10.2015r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.

**29.10.2015r.** Przewodnicząca OR uczestniczyła w XVI zwykłej Sesji Rady Miasta Częstochowy.

**07.11.2015r.** Przewodnicząca OR uczestniczyła w XXIV Inauguracji Roku Akademickiego 2015/2016 w Akademii Polonijnej w Częstochowie.

**09-10.11.2015r.** Z ramienia NRPIP Przewodnicząca uczestniczyła w kontroli Ośrodka Szkoleniowego w OIPIP w Opolu.

**13-14.11.2015r.** Przewodnicząca OR uczestniczyła w Seminarium pt. „Asertywność jako forma konstruktywnego porozumienia” Seminarium zorganizowało Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Oddziału w Katowicach.

**16.11.2015r.** Przewodnicząca ORPIP oraz Sekretarz OR uczestniczyły w spotkaniu naukowym „Noworodek i jego rodzina w Szpitalu Przyjaznym dziecku” które odbyło się w Teatrze im Adama Mickiewicza w Częstochowie.

**18.11.2015r.** Odbędzie się I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji. ■

NIPiP



### Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, dnia 21 sierpień 2015r.

Pan  
Władysław Kosiniak-Kamysz  
Minister Pracy  
i Polityki Społecznej

Szanowny Panie Ministrze

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, zwracam się z prośbą o wspólne spotkanie przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych z Panem Ministrem. Ministrem Zdrowia, przedstawicielami Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w celu omówienia możliwości poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej.

W kontekście trwających rozmów z kierownictwem Ministerstwa Zdrowia w zakresie zmian w kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki i położne, wypracowania rozwiązań systemowych mających na celu poprawę warunków pracy oraz podniesienie wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, koniecznym i zasadnym wydaje się rozważenie możliwości analogicznych działań w stosunku do pielęgniarek i położnych zatrudnionych w domach pomocy społecznej.

Ze względu na wagę powyżej wskazanych zagadnień byłabym wdzięczna za ustalenie terminu spotkania w możliwie krótkim czasie. ■

Prezes NRPIP  
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk



## Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

Warszawa, 29 października 2015r

Elżbieta Seredyn  
Podsekretarz Stanu

Pani/Pan Starosta  
(Wszyscy)

Szanowni Państwo,

Uprzejmie informuję, że w dniu 23 września 2015 r. w Warszawie zawarte zostało Porozumienie pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych a Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministrem Zdrowia w sprawie wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Porozumienie nie obejmuje swoim zakresem pielęgniarek i położnych zatrudnionych w domach pomocy społecznej.

Pielęgniarki i położne wykonujące swój zawód w domach pomocy społecznej są pracownikami samorządowymi wynagradzanymi ze środków budżetów domów pomocy społecznej prowadzonych przez samorządy powiatowe lub na ich zlecenie. Często pracują w znacznie trudniejszych warunkach, a ich praca jest bardziej odpowiedzialna niż w niektórych podmiotach leczniczych (np. w przychodniach). Wszyscy zdajemy sobie sprawę z ogromnej roli, jaką pełnią pielęgniarki i położne w takich jednostkach. Rola ta jest tym ważniejsza, że dostęp mieszkańców domów pomocy społecznej do świadczeń opieki zdrowotnej (podstawowych i specjalistycznych), w tym także do usług pielęgniarskich, oferowanych w podmiotach leczniczych, nie jest łatwy.

Coraz częściej i liczniej do Ministra Pracy i Polityki Społecznej, a także do Ministra Zdrowia, zgłaszane są postulaty i wnioski dotyczące wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych przez samorządy lokalne. Z pism i listów nadsyłanych przez różne organizacje związkowe pielęgniarek i położnych oraz przez same pielęgniarki wynika, że coraz częściej rozważana jest przez nie zmiana pracy z powodu zbyt niskich zarobków, nieadekwatnych do wysiłku wkładanego w wykonywanie tego bardzo ważnego zawodu. Gdyby faktycznie doszło do takiej sytuacji stanowiłoby to poważne zagrożenie dla prawidłowego funkcjonowania ok. 800 podmiotów, a także dla zapewnienia właściwej jakości świadczonych usług, zgodnych z obowiązującymi standardami w tym zakresie.

Nie można zapominać, że pielęgniarki i położne w domach pomocy społecznej stanowią znaczącą grupę zawodową. Z danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wynika, że na koniec 2014 roku liczba pielęgniarek zatrudnionych przez w/w podmioty wynosiła ponad 5.800 pracowników, a liczba mieszkańców objętych usługami opiekuńczymi i pielęgnacyjnymi świadczonymi przez pielęgniarki i położne - 76.680 osób.

Dlatego też zwracam się do Państwa z gorącą prośbą o rozważenie możliwości dokonania zmian w obszarze polityki płacowej w domach pomocy społecznej dla omawianej grupy pracowników, jednocześnie nie zapominając o pozostałych pracownikach tych jednostek.

W opinii Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej potencjalnie będzie to możliwe, ponieważ w projekcie ustawy budżetowej na rok 2016 zaplanowano wyższe dotacje z budżetu państwa na dofinansowanie domów pomocy społecznej, co zdarzyło się po raz pierwszy od wielu lat. Przeciętny wzrost wysokości dotacji dla województwa w stosunku do roku

bieżącego wyniesie ok. 3% dotacji, przy czym w niektórych województwach będzie to około 5%. Wyjaśniam także, że w żadnym województwie planowana dotacja nie będzie niższa niż 100% dotychczasowej, co w praktyce oznacza także wzrost dotacji na 1 mieszkańca domu pomocy społecznej skierowanego na tzw. „starych zasadach”, wynikający ze zmniejszającej się liczby tych mieszkańców. Według planu budżetu państwa na 2016 rok wydatki z budżetu państwa na domy pomocy społecznej, w budżetach wojewodów, stanowią mają ok. 30% wydatków na wszystkie zadania pomocy społecznej. Są to znaczące środki i po wnikliwej analizie struktury budżetu samorządu najprawdopodobniej możliwe będzie spełnienie oczekiwań placowych tych grup zawodowych.

Pragnę jednocześnie podkreślić, że analogicznie jak w latach ubiegłych w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej nadal będą podejmowane działania w szczególności w zakresie uregulowań prawnych mających na celu poprawę sytuacji finansowej domów pomocy społecznej. ■

Z poważaniem  
Podsekretarz Stanu  
Elżbieta Seredyn

Do wiadomości:  
Dyrektorzy  
domów pomocy społecznej

## Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

**Stanowisko Nr 23  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
z dnia 30 września 2015 r.**

**w sprawie kontynuacji działań Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych mających na celu objęcie podwyżkami wszystkich pielęgniarek i położnych wykonujących zawód na podstawie art. 4 i 5 ustawy z dnia 15 lipca 2015r. o zawodach pielęgniarki i położnej niezależnie od formy jego wykonywania**

Porozumienie zawarte w dniu 23 września 2015 r. w Warszawie pomiędzy: Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministrem Zdrowia, na podstawie którego podwyżkami zostały objęte tylko pielęgniarki i położne, które wykonują zawód na rzecz świadczeniodawców mających zawarte umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia i kontraktujących samodzielnie, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych postanawia:

**kontynuować działania mające na celu objęcie podwyżkami wszystkich pielęgniarek i położnych wykonujących zawód na podstawie art. 4 i 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej niezależnie od formy jego wykonywania.** ■

Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander

Prezes NRPiP  
Grażyna Rogala-Pawelczyk

## Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, dnia 27 października 2015r.

Pani/Pan  
Przewodnicząca/Przewodniczący  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo

W dniu 25 maja 2015 roku zostało przesłane do Ministra Zdrowia Bartosza Arłukowicza stanowisko Nr 19 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 25 marca 2015 roku w sprawie przenoszenia pielęgniarek i położnych na oddziały i stanowiska pracy nieodpowiadające ich kwalifikacjom zawodowym w niektórych podmiotach leczniczych, z prośbą o podjęcie działań zmierzających do wstrzymania stosowanych w niektórych podmiotach leczniczych praktyk w tym zakresie (pismo NRPiP do Ministra Zdrowia i stanowisko NRPiP w załączeniu).

Przedmiotowe stanowisko zostało podjęte na podstawie informacji z 45 okręgowych rad pielęgniarek i położnych, do których Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwróciła się z zapytaniem o występowanie powyższych sytuacji. Przeprowadzona analiza odpowiedzi potwierdziła występowanie ww. problemów w podmiotach leczniczych na terenie działania 7 oipip, co stanowi 15,56% przekazanych informacji z 45 oipip.

Ponadto 6 okręgowych izb pielęgniarek i położnych (co stanowi 13,33% przekazanych odpowiedzi z 45 oipip) zaznaczyło, iż z nieoficjalnych informacji wynika, że problem ten także występuje na terenie ich okręgu.

W odpowiedzi na pismo Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Ministerstwo Zdrowia skierowało pisma do:

- Państwowej Inspekcji Pracy o uwzględnienie w ramach prowadzonych kontroli zagadnień związanych z występowaniem sytuacji opisanych w piśmie NRPiP oraz czy takie sytuacje nie naruszają przepisów prawa pracy,
- Głównego Inspektoratu Sanitarnego o zwrócenie uwagi w ramach przeprowadzanych kontroli na przypadki przenoszenia pielęgniarek i położnych pomiędzy oddziałami, w szczególności zwrócenia uwagi, czy kierownicy podmiotów leczniczych realizują zadania zgodnie z art. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013r, poz. 947 z późn. zm.),
- Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego o zajęcie stanowiska dotyczącego problemu zmuszania pielęgniarek i położnych do rozpuszczania leków cytostatycznych w aptece, z powodu braku farmaceuty.

Odpowiedzi i stanowiska powyższych instytucji zostały przekazane przez Beatę Cholewkę Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia w piśmie z dnia 8 października 2015 roku (pismo w załączeniu).

W opinii Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego w świetle obowiązujących przepisów prawa przygotowywanie leków cytostatycznych przez pielęgniarki i położne nie należy do ich kompetencji i nie powinno mieć miejsca, gdyż stanowi naruszenie ustawy z dnia 6 września 2001 roku - Prawo farmaceutyczne. Sporządzanie leków cytostatycznych należy do wyłącznych kompetencji zatrudnionego w aptece szpitalnej farmaceuty (pismo GIF w załączeniu).

Państwowa Inspekcja Pracy przedstawiła stanowisko, w którym wyjaśnia, iż kontrole prowadzone przez inspektorów pracy w podmiotach leczniczych obejmują badanie przestrzegania przepisów prawa pracy m.in. w zakresie treści stosunku pracy, w tym miejsca wykonywania pracy wskazanego w umowach

o pracę zawartymi z pracownikami, w tym pielęgniarkami i położnymi. Od kwietnia br. zakres kontroli został rozbudowany o zagadnienia dotyczące powierzania pielęgniarkom przygotowania leków cytostatycznych w dawkach indywidualnych. W razie stwierdzenia takich przypadków inspektorzy pracy informują właściwego wojewodę oraz właściwego inspektora nadzoru farmaceutycznego. Nie jest możliwe poszerzenie obecnego zakresu kontroli prowadzonych przez inspektorów pracy w podmiotach leczniczych o zagadnienia dotyczące spełniania przez pielęgniarki kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku pracy, gdyż rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, a także ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, nie są przepisami prawa pracy, nie podlegają zatem kontroli Państwowej Inspekcji Pracy. Zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, organami powołanymi do kontroli w tym zakresie jest minister zdrowia oraz organ założycielski (pismo PIP w załączeniu).

Ministerstwo Zdrowia popiera także opinię konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego Beaty Ochockiej w sprawie delegowania pielęgniarek operacyjnych w trakcie dyżuru, gdy nie odbywają się zabiegi, do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami na inne oddziały. W opinii konsultanta pielęgniarki operacyjne w czasie pełnienia dyżuru na bloku operacyjnym nie powinny być kierowane do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami w innych oddziałach szpitala w czasie kiedy nie odbywają się zabiegi operacyjne. Są to działania niewłaściwe, gdyż naruszają zasadę hermetyzacji bloku (opinia konsultanta w załączeniu).

z poważaniem  
Wiceprezes NRPiP  
Teresa Kuziara

## Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

**Stanowisko Nr 19  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
z dnia 25 marca 2015 r.**

**w sprawie przenoszenia pielęgniarek i położnych na oddziały i stanowiska pracy nieodpowiadające ich kwalifikacjom zawodowym w niektórych podmiotach leczniczych**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się do Ministra Zdrowia o podjęcie działań, mających na celu powstrzymanie praktyki niektórych podmiotów leczniczych dotyczących przenoszenia zatrudnionych pielęgniarek i położnych na oddziały i stanowiska pracy nieodpowiadające ich kwalifikacjom zawodowym.

Z informacji otrzymanych z Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych wynika, iż w niektórych podmiotach leczniczych stosowane są praktyki polegające na przenoszeniu zatrudnionych pielęgniarek i położnych na oddziały i stanowiska pracy nieodpowiadające ich kwalifikacjom zawodowym, tj.: w sytuacji, w której przenoszona pielęgniarka położna nie posiada specjalistycznego przeszkolenia.



Zatrudnienie na podstawie stosunku pracy personelu medycznego, tj. m.in. pielęgniarek i położnych, może być oparte na przepisach kodeksu pracy (ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy; t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1502 z późn. zm., dalej „kp”), który reguluje podstawowe prawa i obowiązki stron stosunku pracy. Zgodnie z art. 29 § 1 pkt 1 kp umowa o pracę określa strony umowy, rodzaj umowy, datę jej zawarcia oraz warunki pracy i płacy, a w szczególności rodzaj pracy. W myśl zaś art. 42 § 4 kp, wypowiedzenie dotychczasowych warunków pracy lub płacy nie jest wymagane w razie powierzenia pracownikowi, w przypadkach uzasadnionych potrzebami pracodawcy, innej pracy niż określona w umowie o pracę na okres nieprzekraczający 3 miesięcy w roku kalendarzowym, jeżeli nie powoduje to obniżenia wynagrodzenia i odpowiada kwalifikacjom pracownika.

Zatem, pielęgniarka i położna zatrudniana indywidualnie przez podmiot leczniczy, choćby bez przybliżenia w umowie o pracę stanowiska pracy lub oddziału, na którym ma wykonywać pracę, niewątpliwie nie może wykonywać pracy, do której nie ma wystarczającego przygotowania zawodowego. Przeniesienie jej więc na stanowisko lub oddział, na którym wykonywanie pracy łączy się z koniecznością posiadania specjalistycznego szkolenia, nie znajduje uzasadnionej podstawy prawnej.

Praktyka opisywana powyżej zagraża wypełnianiu wysokich standardów pracy pielęgniarek i położnych czy ich bezpieczeństwu pracy, ale przede wszystkim stanowić może zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów. Stosownie do treści art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1435 z późn. zm.), pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. ■

Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander

Prezes NRPiP  
Grażyna Rogala-Pawelczyk

## **PAŃSTWOWA INSPEKCJA PRACY**

GŁÓWNY INSPEKTORAT PRACY

Warszawa, dnia 26 sierpnia 2015 r.

Pani  
Beata CHOLEWKA  
Dyrektor  
Departamentu Pielęgniarek i Położnych  
w Ministerstwie Zdrowia

W związku z pismem z dnia 29 lipca 2015 r., znak: PP-WPS024.1.2015, dotyczącym uwzględnienia w ramach kontroli prowadzonych przez Państwową Inspekcję Pracy zagadnień poruszonych w stanowisku Nr 19 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 25 marca 2015 r, w sprawie przenoszenia pielęgniarek i położnych na oddziały i stanowiska pracy nieodpowiadające ich kwalifikacjom zawodowym w niektórych podmiotach leczniczych, Departament Prawny Głównego Inspektoratu Pracy uprzejmie informuje;

Zgodnie z art 17 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Oz. U. z 2015 r. poz. 618) podmiot leczniczy jest obowiązany zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach. Stosownie do przepisu art. 50 ust. 4 wyżej powołanej ustawy, w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą zatrudnia się pracowników posiadających kwalifikacje odpowiednie do zajmowanego stanowiska. Ustawodawca nałożył na ministra właściwego do spraw zdrowia obowiązek określenia, w drodze rozporządzenia, kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w ww. podmiotach realizując ten obowiązek minister winien kierować się bezpieczeństwem pacjentów oraz potrzebą zapewnienia efektywności zatrudnienia (art. 50 ust. 5 ww. ustawy). Kwestie te reguluje obecnie rozporządzenie 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),

Z kolei zasady wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej zostały określone w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r. poz. 1435 z późn. zm.).

W myśl art. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz.U. z 2015 r. poz. 640) Państwowa Inspekcja Pracy jest organem powołanym do sprawowania nadzoru i kontroli przestrzegania prawa pracy, w szczególności przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przepisów dotyczących legalności zatrudnienia i innej pracy zarobkowej. Uszczegóławiając, zgodnie z art. 10 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy do zadań Państwowej Inspekcji Pracy należy nadzór i kontrola przestrzegania przepisów prawa pracy, w szczególności przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów dotyczących stosunku pracy, wynagrodzenia za pracę i innych świadczeń wynikających ze stosunku pracy, czasu pracy, urlopów, uprawnień pracowników związanych z rodzicielstwem, zatrudniania młodocianych i osób niepełnosprawnych.

Kodeks pracy w art. 9 § 1 definiuje pojęcie prawa pracy jako przepisy Kodeksu Pracy oraz przepisy innych ustaw i aktów wykonawczych, określające prawa i obowiązki pracowników i pracodawców, a także postanowienia układów zbiorowych pracy i innych opartych na ustawie porozumień zbiorowych, regulaminów i statutów określających prawa i obowiązki stron stosunku pracy,

Zważywszy, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, jak i ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, nie są przepisami prawa pracy, nie podlegają zatem kontroli Państwowej Inspekcji Pracy. Zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, organami powołanymi do kontroli w przedmiotowym zakresie jest minister właściwy do spraw zdrowia oraz podmiot tworzący.

Należy również podkreślić, że spełnienie wymaganych kwalifikacji przez personel udzielający świadczeń zdrowotnych stanowi podstawę do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w danym rodzaju lub zakresie z płatnikiem świadczeń, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

Jednocześnie pragniemy wyjaśnić, iż kontrole prowadzone przez inspektorów pracy w podmiotach leczniczych obejmują badanie przestrzegania przepisów prawa pracy m.in., w zakresie treści stosunku pracy, w tym miejsca wykonywania pracy wskazanego w umowach o pracę zawartych z poszcze-

gólnymi pracownikami, w tym pielęgniarkami i położnymi, W przypadku wniosków (organizacji związkowych, pracowników itd.) zakres kontroli jest poszerzany o problematykę wskazaną we wniosku. Od kwietnia br. zakres kontroli został rozbudowany o zagadnienia dotyczące powierzania pielęgniarkom przygotowywania leków cytostatycznych w dawkach indywidualnych. W razie stwierdzenia takich przypadków inspektorzy pracy informują właściwego wojewodę oraz właściwego inspektora nadzoru farmaceutycznego.

Wobec powyższego nie ma możliwości poszerzenia dotychczasowego zakresu kontroli prowadzonych przez inspektorów pracy w podmiotach leczniczych o zagadnienia dotyczące spełniania przez pielęgniarki i położne kwalifikacji wymaganych na zajmowanym przez nie stanowisku. ■

WICEDYREKTOR  
Departamentu Prawnego.  
Anna Martuszewicz

## Główny Inspektorat Farmaceutyczny

Departament Nadzoru  
Warszawa, dnia 27 sierpnia 2015r.

Pani dr n. o zdr. Beata Cholewka  
Dyrektor Departamentu  
Pielęgniarek i Położnych  
Ministerstwa Zdrowia

W odpowiedzi na pismo z dnia 29.07.2015r. odnośnie problemu dotyczącego zmuszania pielęgniarek i położnych do rozpuszczania leków cytostatycznych w aptece z powodu braku farmaceuty, wyjaśniam:

Zgodnie z art. 87 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 września 2001r. - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. Nr 45 poz. 271 z późn. zm.) apteki szpitalne zaopatrują szpitale lub inne przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

Apteki szpitalne są placówkami ochrony zdrowia publicznego, w których osoby uprawnione świadczą usługi farmaceutyczne określone w art. 86 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, a ponadto świadczą usługi farmaceutyczne wymienione w art. 86 ust. 3 ww. ustawy, obejmujące:

- 1) sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego;
- 2) sporządzanie leków do żywienia dojelitowego;
- 3) przygotowywanie leków w dawkach dziennych, w tym leków cytostatycznych;
- 4) sporządzanie produktów radiofarmaceutycznych na potrzeby udzielania świadczeń pacjentom danego podmiotu leczniczego;
- 5) wytwarzanie płynów infuzyjnych;
- 6) organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- 7) przygotowywanie roztworów do hemodializy i dializy do otrzewnowej;
- 8) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków;
- 9) udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie szpitala;
- 10) udział w racjonalizacji farmakoterapii;
- 11) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w szpitalu.

W rozumieniu przytoczonych przepisów sporządzanie leków cytostatycznych jest usługą farmaceutyczną, a miejscem świadczenia usług farmaceutycznych jest apteka.

Należy podkreślić również, że sporządzanie leków cytostatycznych należy do wyłącznych kompetencji zatrudnionego w aptece szpitalnej farmaceuty (zgodnie z art. 91 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, posiadający dwuletnią praktykę w pełnym wymiarze czasu pracy, może wykonywać czynności pomocnicze przy sporządzaniu i przygotowywaniu preparatów leczniczych, o których mowa w art. 86 ust. 3 pkt 1-4 oraz pkt 6 ww. ustawy).

Podsumowując, w świetle obowiązujących przepisów prawa przygotowywanie leków cytostatycznych przez pielęgniarki i położne nie należy do ich kompetencji i nie powinno mieć miejsca, gdyż stanowi rażące naruszenie ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne. ■

Dyrektor  
Departamentu Nadzoru  
Barbara Walenciuk

## Ministerstwo Zdrowia

Departament Pielęgniarek i Położnych  
Warszawa, 08.09.2015

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

Szanowna Pani Prezes

W związku z pismem nadesłanym w sprawie przenoszenia pielęgniarek i położnych na oddziały i stanowiska pracy nieodpowiadające ich kwalifikacjom zawodowym w niektórych podmiotach leczniczych, uprzejmie wyjaśniam,

Przedstawiona przez NRPiP prośba o podjęcie działań przez Ministra Zdrowia w zakresie powstrzymania stosowanych w niektórych podmiotach leczniczych ww. praktyk ze względu na swój szeroki charakter została skonsultowana z Głównym Inspektoratem Farmaceutycznym i Państwową Inspekcją Pracy. Ponadto, Ministerstwo Zdrowia popiera opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w sprawie delegowania pielęgniarek operacyjnych w trakcie dyżuru, gdy nie odbywają się zabiegi do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami na inne oddziały.

W opinii GIF, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa przygotowanie leków cytostatycznych przez pielęgniarki i położne nie należy do ich kompetencji i nie powinno mieć miejsca, gdyż stanowi rażące naruszenie ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.).

Państwowa Inspekcja Pracy przedstawiła stanowisko, iż kontrole inspektorów pracy w podmiotach leczniczych obejmują badanie przestrzegania przepisów prawa pracy m.in. w zakresie treści stosunku pracy, w tym miejsca wykonywania pracy wskazanego w umowach o pracę zawartych z poszczególnymi pracownikami, w tym pielęgniarkami i położnymi. W przypadku wniosków składanych przez organizacje związkowe lub pracowników zakres kontroli jest poszerzany o problematykę wskazaną we wniosku. W opinii PIP od kwietnia 2015 r. zakres kontroli został rozbudowany o zagadnienie



dotyczące powierzania pielęgniarkom przygotowania leków cytostatycznych w dawkach indywidualnych. W razie stwierdzenia takich przypadków inspektorzy pracy informują właściwego wojewodę oraz właściwego inspektora nadzoru farmaceutycznego. Dlatego też, zdaniem PIP aktualnie nie ma możliwości poszerzenia dotychczasowego zakresu kontroli prowadzonych przez inspektorów pracy w podmiotach leczniczych o zagadnienia dotyczące spełniania przez pielęgniarki i położne kwalifikacji wymaganych na zajmowanym przez nie stanowisku.

Zgodnie ze stanowiskiem Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego prawidłowo funkcjonujący system kontroli zakażeń szpitalnych uwzględnia także aspekt prawidłowej organizacji pracy. Decyzje administracyjne, które zezwalają lub wręcz nakazują pielęgniarkom operacyjnym w trakcie dyżuru opuszczać blok operacyjny, aby wykonywać pracę w innych oddziałach są niewłaściwe, naruszają zasadę hermetyzacji bloku.

W opinii Departamentu Pielęgniarek i Położnych przypadki łączenia pracy w różnych komórkach organizacyjnych powinny być każdorazowo oceniane indywidualnie.

Szczegółowe informacje w przedmiotowej sprawie zostały przedstawione w stanowiskach ww. instytucji, które przesyłam w załączeniu. ■

z poważaniem  
Dyrektor  
Departamentu Pielęgniarek i Położnych  
dr n. o zdr. Beata Cholewka

## KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

Katowice, dnia 19.05.2013 r.

Opinia w sprawie delegowania Pielęgniarek operacyjnych w trakcie dyżuru, gdy nie odbywają się zabiegi, do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami na inne oddziały

Jednym z najważniejszych zadań stawianych pielęgniarkom operacyjnym jest zapewnienie pacjentowi, u którego przeprowadzany jest zabieg operacyjny bezpieczeństwa. Obejmuje między innymi takie postępowanie, które nie prowadzi do powstania u pacjenta zakażenia szpitalnego za które byłaby odpowiedzialna pielęgniarka, a któremu można było zapobiec stosując wszystkie niezbędne elementy wiedzy, praktyki, środków, wyposażenia i organizacji pracy.

W zakresie prewencji zakażeń szpitalnych pielęgniarki operacyjne są zobowiązane do przestrzegania wielu procedur zarówno tych o charakterze ogólnoszpitalnym oraz procedur specjalistycznych wynikających ze specyfiki bloku operacyjnego. W myśl zapisów ustawy z 5 grudnia 2008r o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi za wdrożenie i przestrzeganie procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi odpowiedzialny jest kierownik podmiotu.

Prawidłowo funkcjonujący system kontroli zakażeń szpitalnych uwzględnia także aspekt prawidłowej organizacji pracy. Decyzje administracyjne, które zezwalają lub wręcz nakazują pielęgniarkom operacyjnym w trakcie dyżuru opuszczać blok

operacyjny, aby wykonywać pracę w innych oddziałach w mojej opinii są niewłaściwe, naruszają bowiem zasadę hermetyzacji bloku. Po wejściu w obręb bloku, ubraniu czystych ubrań operacyjnych, czapek, masek i zdezynfekowanego obuwia, personel nie powinien opuszczać bloku. Jest to jedna z zasadniczych zasad ograniczających i umożliwiających eliminację ryzyka powstawania zakażeń szpitalnych. W przypadku przemieszczania się personelu szpitala pomiędzy obszarami o różnym ryzyku rozprzestrzeniania się zakażeń jakimi są blok operacyjny i inne oddziały szpitalne, pomimo stosowania środków prewencyjnych takich jak mycie rąk, może dojść do wzrostu ryzyka transmisji zakażeń. Taki ruch personelu ma charakter krzyżowy i w mojej opinii rodzi niebezpieczny wzrost ryzyka transmisji zakażeń szpitalnych, nie sprzyja zachowaniu reguł higieny. Od pielęgniarek operacyjnych wymaga się rzetelnego przestrzegania ogromnej odpowiedzialności zawodowej, umiejętności znakomitej organizacji stanowiska pracy, wysokiego reżimu sanitarno-higienicznego, ładu i porządku. Jednak, aby wymagać od wysokowykwalifikowanej kadry personelu pielęgniarstwa w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego takich efektów, w pierwszej kolejności muszą być stworzone przez pracodawcę lub zlecającego pracę odpowiednie warunki pracy.

Pragnę zauważyć, iż wyżej opiniowany problem został przeze mnie podjęty już w roku 2008 i upubliczniony w dokumencie pod nazwą „Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w sprawie nakazywania pielęgniarkom dyżurującym na bloku operacyjnym w godzinach od 19.00 do 7.00 pomocy w sprawowaniu opieki pielęgniarstwa w oddziale dziecięcym w czasie, gdy nie są wykonywane zabiegi operacyjne”. Od tego czasu moja opinia w tej sprawie nie uległa zmianie i stała się bardziej aktualna, biorąc pod uwagę aktualne zagrożenia i sytuację w zakresie zakażeń, aspekty prawne, prawa pacjentów, problematykę zdarzeń medycznych oraz odpowiedzialność i etykę zawodu pielęgniarstwa. Oprócz asystowania pielęgniarki operacyjne mają obowiązek w czasie dyżuru przygotowania i przeglądu sprzętu, przygotowania sal do kolejnego dnia operacyjnego, wykazując stałą czujność i gotowość do zabiegu, doskonałą wiedzę, należy im się czas na odpoczynek przed ewentualną operacją. Dobrze zarządzana placówka może rozważyć formę tzw. płatnych dyżurów pod telefonem.

### Wniosek:

**Pielęgniarki operacyjne w czasie pełnienia dyżuru na bloku operacyjnym nie powinny być kierowane do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami w innych oddziałach szpitala w czasie kiedy nie odbywają się zabiegi operacyjne.**

### Reasumując:

Prawidłowo podejmowane decyzje w zakresie prewencji zakażeń przez kadrę kierowniczą szpitali, w tym kadrę kierowniczą bloków operacyjnych w porozumieniu z personelem bloku stanowią najlepszą gwarancję wysokiej jakości świadczeń i bezpieczeństwa chorych poddawanych interwencjom chirurgicznym i personelu medycznego. ■

Krajowy Konsultant  
w dziedzinie pielęgniarstwa  
epidemiologicznego  
dr n. med. Beata Ochocka

## Współczesna pielęgnacja jamy ustnej u dzieci

**Celem mojej pracy jest omówienie, współczesnych poglądów na etiologię, pielęgnację i leczenie infekcji jamy ustnej u dzieci. Temat ten wzbudził moje ogromne zainteresowanie. Uważam że jama ustna jest ważną częścią anatomii człowieka oraz ma duży wpływ na nasze funkcjonowanie od czasu narodzin.**

Profilaktyka stomatologiczna u dzieci jest niezmiernie ważna dla ich zdrowia. Troszcząc się o dobre samopoczucie swoich pociech, rodzice często zapominają jak ważna jest higiena jamy ustnej, a przede wszystkim higiena zębów mlecznych. Warto wziąć pod uwagę, że szkliwo zębów mlecznych nie jest jeszcze w pełni zmineralizowane, co czyni je bardziej podatnym na próchnicę. Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci powinna się rozpoczynać jak najwcześniej – daje to gwarancję, że nasza pociecha będzie mieć piękne i zdrowe zęby. Często pierwsze wizyty u stomatologa polegają na zapoznaniu się dziecka z lekarzem, gabinetem oraz na podstawowych zabiegach. Jednym z pierwszych zabiegów jest lakowanie zębów mlecznych. Lakowanie to zabieg, który przeprowadza się u dzieci. Jeszcze przed wyrośnięciem zębów stałych lekarze zalecają lakowanie zębów mlecznych, by dłużej były one odporne na próchnicę. Ponadto laki zakładane są przede wszystkim w miejscach trudno dostępnych, a w przypadku dzieci ma to ogromne znaczenie. Dzieci rzadko z chęcią szczotkują zęby, a jeśli nawet to robią, to bardzo często niedokładnie. Zabieg jest całkowicie bezbolesny, co może pomóc małemu pacjentowi oswoić się z gabinetem dentystycznym. Lakowane są powierzchnie żujące i otwory ślepe w zębach trzonowych stałych i mlecznych, zębach przedtrzonowych stałych. Ponadto lakowaniu poddawane są także zagłębienia górnych bocznych siekaczy stałych. Aby zapobiec leczeniu próchnicy u małych dzieci, warto przeprowadzać co 6 miesięcy stomatologiczne badanie profilaktyczne oraz usuwać kamień nazębny. Proces powstawania próchnicy zębów u dzieci zaczyna się od zmętnienia szkliwa zęba. Jest to biała plama próchnicowa, która nie wymaga jeszcze zaopatrzenia stomatologicznego i może wycofać się po zastosowaniu preparatów wapnia i fluoru. Jeśli w tym momencie nie zastosuje się odpowiedniej profilaktyki próchnicy, dochodzi do objęcia głębszych tkanek zęba. Próchnica może wystąpić już w pierwszym wyrzynającym się ząbku. Próchnica zębów u dzieci rozwija się także jako efekt nieprawidłowej diety, dlatego też zapobieganie tej chorobie zębów powinno uwzględniać także odpowiednią dietę. Z czasem gdy dziecko będzie dorastać stomatolog będzie miał na uwadze zgryz dziecka i jego prawidłowy rozwój. Gdy zgryz będzie odbiegał od normy lekarz może zaproponować aparaty ortodontyczne które pozwalają na korygowanie wad zgryzu o różnym stopniu zaawansowania.

### Aparaty dzielą się na aparaty ruchome i aparaty stałe.

- aparaty ortodontyczne ruchome (zwane także aparatami wyjmowanymi) – są zakładane dzieciom, którym nie wyrosły jeszcze wszystkie zęby, czyli średnio w wieku od 4 do 11 lat; aparat ruchomy zbudowany jest z akrylowej płytki i drucianych pętli; możliwości korekcyjne aparatu są niewielkie, gdyż głównie służy on usuwaniu wad w obrębie szczęki, a zęby prostuje tylko w niewielkim stopniu; jeśli zatem dziecko ma wadę zgryzu i krzywe zęby, to najpierw

usuwa się u niego wadę zgryzu (przy pomocy aparatu ruchomego), a dopiero później prostuje zęby (aparat stały); aparaty ruchome nosi się przez kilkanaście godzin dziennie według zaleceń lekarza przez ok. 1,5–2 lata;

- stałe aparaty ortodontyczne – jak sama nazwa wskazuje, są zakładane dopiero, gdy pojawi się stałe uzębienie; aparat stały jest zbudowany z zamków i pierścieni, które są przyklejane klejem do szkliwa, a na to nakładany jest drut; dzięki nim można wykonać najdrobniejsze poprawki estetyczne, ale wyleczyć także ciężką wadę w obrębie szczęki, np. pobudzić rozwój szczęki na szerokość; osoby, które noszą aparat stały muszą pamiętać o szczególnej higienie jamy ustnej, ponieważ za elementami przyklejonymi do zębów bardzo często pozostają resztki jedzenia;
- aparaty wewnętrzne (lingwalne) – są to aparaty stomatologiczne, które przykleja się po wewnętrznej stronie zębów i dzięki temu są całkowicie niewidoczne; aparaty lingwalne są rodzajem aparatów stałych.

### 2. Higiena jamy ustnej

Higiena jamy ustnej wymienia się jako jedną z najważniejszych metod profilaktyki próchnicy i chorób przyzębia. Klasyczne już dziś doświadczenia przeprowadzone przez wielu autorów wykazały, że po zaniechaniu higieny jamy ustnej, już po 3 tygodniach pojawiają się pierwsze ślady próchnicy. Prawidłowe i systematyczne stosowanie odpowiednich zabiegów higienicznych w jamie ustnej zmniejsza zapadalność na próchnicę zębów na około 30 - 40 %. Również w przypadku periodontopatii stwierdzono wyraźną zależność stanu przyzębia od higieny: im gorsza higiena jamy ustnej, tym bardziej nasilone są zmiany w przyzębiu. Przekonano się, że zapalenie przyzębia rozwija się u wszystkich uprzednio zdrowych osób, jeżeli zaniedbają one szczotkowania zębów na okres 1- 3 tygodni oraz że zapalenie dziąseł cofa się całkowicie po usunięciu złogów nazębnych i wznowieniu regularnego oczyszczania zębów. Częstość zapalenia dziąseł u dzieci może być zredukowana o 50 % tylko przez poprawę warunków higienicznych jamy ustnej, a systematyczne usuwanie złogów nazębnych wraz z utrzymaniem jamy ustnej w dobrej higienie może zredukować występowanie zapaleń dziąseł nawet o 90%.

Jama ustna pokryta jest gładką i stale wilgotną błoną śluzową. Znajdujące się w niej drobne gruczoły przez cały czas pokrywają ją warstwą śluzu, co nie sprzyja zatrzymaniu się resztek pokarmowych. Poza tym ciągłe ruchy warg, języka oraz częste ruchy połykania ułatwiają samoczyszczenie błony śluzowej jamy ustnej. Znacznie trudniejsze jest czyszczenie uzębienia. Łuki zębowe stwarzają dogodne warunki dla zalegania resztek pokarmowych. Zęby mają bowiem różną budowę, wiele jest na nich nierówności anatomicznych, zwłaszcza na powierzchniach żujących. Dużą trudność w utrzymaniu higieny stwarza też możliwość zalegania resztek w przestrzeniach międzyzębowych i na szyjkach zębów w okolicy brzegu dziąsła. I jest to bardzo znamienne – próchnica rozwija się najczęściej w tych strefach: na powierzchniach żujących zębów trzonowych i przedtrzonowych, powierzchniach stykowych między zębami oraz w okolicach przydziąsłowych. Stany zapalne dziąseł zaczynają się również w miejscach utrudnionej higieny jamy ustnej, a więc od brodawek dziąsłowych, przestrzeni międzyzębowych brzegu dziąsła.

Znacznie większe trudności w utrzymaniu odpowiedniej higieny jamy ustnej istnieją w warunkach patologicznych – w przypadku obecności ubytków próchnicowych, nieprawidłowych (nawisających lub wypłukanych) wypełnień, no-



szenia różnych uzupełnień protetycznych, aparatów ortodontycznych stałych i wyjmowanych, z szyn unieruchamiających szczęki, wszczepów zębowych (implantów) oraz przypadku nieprawidłowo ustawionych (stłoczonych) zębów w łukach, przyszczenia lub przerostu brodawek dziąsłowych, obecności patologicznych kieszonek dziąsłowych i tym podobne.

Do prawidłowej higieny jamy ustnej konieczne są oczywiście odpowiednia szczoteczka, pasta oraz metoda oczyszczania. Można jednak powiedzieć, że w większości przypadków nie są to sprawy najważniejsze. Łatwo dostępne są dziś dobre szczoteczki i wysokiej jakości pasty do zębów, a i metoda szczotkowania okazuje się często mniej ważna. Bardziej liczą się świadomość i motywacja, Sprawność manualna i dokładność oraz systematyczność wykonywanych zabiegów. Okazuje się jednak, że to wszystko stanowi zaledwie 60 % sukcesu. Nawet bardzo dokładnie szczotkując zęby jesteśmy w stanie dobrze oczyścić zaledwie 3 z 5 powierzchni każdego zęba. Bardzo łatwo można się o tym przekonać we własnym zakresie, stosując specjalne płyny lub tabletki do wybarwiania złogów nazębnych. Miejsca niedoczyszczone zabarwiają się wtedy na czerwono i każdy może sam sprawdzić, które okolice wymagają od niego większej dokładności. Aby rzeczywiście dokładnie oczyścić zęby, niezbędne jest też stosowanie nitki dentystycznych, wykładek oraz szczoteczki specjalnego przeznaczenia, na przykład międzyzębowych, jednopęczkowych. A zatem używanie tych przyrządów musimy uznać za jeszcze jeden warunek konieczny do utrzymania czystości jamy ustnej.

Higiena jamy ustnej ma jednak znacznie większe znaczenie niż się powszechnie uważa. Jej brak jest główną przyczyną zapaleń jamy ustnej u pacjentów użytkujących protezy ruchome. Uzupełnienia protetyczne (korony, mosty, protezy całkowite i częściowe) mają wówczas skrócony okres używalności, a zalegające w ich okolicach osady powodują szybki rozwój próchnicy w zachowanych jeszcze zębach. Skrupulatne przestrzeganie higieny jamy ustnej jest jednym z najważniejszych warunków utrzymania wszczepów zębowych, które z przypadku zaniedbań higienicznych nie przyjmują się lub w szybkim czasie mogą ulec odrzuceniu. Choć prawie nikt nie łączy tego z higieną, to ma ona wpływ nawet na utrzymanie wypełnień. Okazuje się, że u pacjentów słabo dbających o higienę jamy ustnej wypełnienia stają się mniej wartościowe, ich precyzyjne wykonanie i wykończenie jest niemożliwe, a przez to szybciej wypadają, niedokładnie przylegają, powstaje wokół nich próchnica wtórna oraz szybko się przebarwiają, a wypełnienia amalgamatowe korodują, przyczyniając się do podwyższenia wielkości prądów elektrolizacyjnych w jamie ustnej. Sprawy te dotyczą wszystkich rodzajów wypełnień, nawet tych z najlepszych, najdroższych materiałów. Właśnie te drogie wypełnienia wymagają szczególnej dbałości o higienę. Samo ich zakładanie, związane z dość skomplikowanymi i precyzyjnymi systemami łączącymi ze szkliwem i zębami, wymaga po prostu idealnie czystej powierzchni zębów. Można mówić nawet o przeciwwskazaniu do ich stosowania u osób ze złą higieną jamy ustnej. Również żadne leczenie stanów zapalnych dziąseł i przyzębia nie odniesie pożądanego efektu, jeśli nie będzie mu towarzyszyć utrzymywanie odpowiedniej higieny. Także zastosowanie niektórych specjalistycznych technik leczniczych w periodontologii (na przykład metod operacyjnych na przyzębiu, sposobów unieruchamiania zębów), nawet najlepiej wykonanych, jest nietrwałe lub mniej skuteczne w warunkach złej higieny. Higiena jamy ustnej, jako sposób profilaktyki próchnicy, musi towarzyszyć innym metodom jej zapobiegania. Profilaktyka fluorowa będzie znacznie mniej skuteczna, jeśli nie zostanie poparta systematycznym

oczyszczaniem zębów. To samo można powiedzieć w przypadku ograniczenia spożycia cukru lub lakowania zębów. Obie te metody także wymagają odpowiedniej higieny. Również w profilaktyce chorób przyzębia, ani racjonalne odżywianie, ani odpowiedni tryb życia nie dadzą pożądanego efektu jeśli zaniedba się utrzymania właściwej higieny jamy ustnej i nie przeprowadzi się profesjonalnych zabiegów usuwania złogów nazębnych.

Z tych wszystkich powodów higiena jamy ustnej odgrywa bardzo istotną rolę w systemach ubezpieczeń zdrowotnych na całym świecie. Obniża ona koszty leczenia przedłuża jego skuteczność, dlatego profesjonalne zabiegi higieniczne oraz wizyty kontrolne są wysoko punktowane w systemach rozliczeniowych między firmą ubezpieczeniową a lekarzem stomatologiem. Stan higieny jamy ustnej, oznaczony na pierwszej wizycie, jest wstępem do dalszych wizyt i niezbędnym warunkiem prowadzenia leczenia. Jeżeli higiena jamy ustnej nie jest zadowalająca, pacjent musi ją w określonym czasie poprawić, aby w ramach ubezpieczenia nadal utrzymywać świadczenia zdrowotne. Osoby i instytucje zarządzające opieką zdrowotną muszą być przecież zainteresowane zminimalizowaniem kosztów leczenia. Prędzej czy później sprawa profilaktyki stomatologicznej, w tym higieny uzębienia, stanie się istotnym elementem kontraktowania usług stomatologicznych i systemu ubezpieczeń zdrowotnych również w naszym kraju.

Utrzymanie właściwej higieny jamy ustnej znacząco wpływa na komfort psychiczny pacjenta i jest warunkiem kultury osobistej. Trudno sobie dziś wyobrazić aby człowiek wykształcony, kulturalny, wykonujący uznany zawód, mający określoną pozycję w społeczeństwie, nie dbał o swoje zęby i dziąsła. Higiena jamy ustnej to przecież część higieny osobistej. Człowiek z zaniedbanym uzębieniem, z widocznymi ubytkami próchnicowymi, rzucającymi się w oczy, złogami czarnego osadu i kamienia nazębnego, dającym się odczuć nieprzyjemnym zapachem z ust, coraz częściej postrzegany jest przez otoczenie jako mało wiarygodny, niereprezentacyjny, niewzbudzający zaufania lub wręcz niechlujny.

Mimo to wykonywanie zabiegów higienicznych w jamie ustnej ciągle nie jest powszechne ani u dorosłych, ani u dzieci. Tylko niewielka część społeczeństwa poświęca temu należytą uwagę. Niektórzy nie czyszczą zębów wcale, wiele osób czyni to sporadycznie, ogromna większość oczyszcza zęby nieprawidłowo. Najwięcej ludzi oczyszcza powierzchnie żujące i policzki zębów, ogranicza się tylko do tych z przodu lub robi to zbyt krótko – od kilku do kilkunastu sekund. Ten niepokojący stan zmusza do zwiększenia wysiłku w celu podniesienia stanu świadomości zdrowotnej społeczeństwa, zwłaszcza przez szerzenie edukacji zdrowotnej w zakresie higieny jamy ustnej. Dotyczy to całego społeczeństwa – wszystkich grup wiekowych, ze szczególnym uwzględnieniem pewnych środowisk. Higiena jamy ustnej powinna być dla każdego sprawą oczywistą, warto jednak i na sprawy oczywiste nieraz zwrócić baczniejszą uwagę.

Niemal natychmiast po wyszczotkowaniu zębów na ich powierzchni zaczynają się odkładać miękkie złogi. Są to : bezkomórkowa, przezroczysta nabyta osłonka zębowa oraz – złożona głównie z drobnoustrojów – płytka nazębna. Odkładająca się stale płytka nazębna jest niewidoczna dla oka. Dopiero grube złogi nazębne pokryte śluzem, osadem resztek pożywienia, stają się zauważalne. Aby uwidocznić płytkę nazębną, najczęściej stosuje się jej wybarwienie różnymi związkami chemicznymi. Jest to bardzo praktyczny sposób kontroli higieny jamy ustnej, pozwalający ocenić zaniedbania pacjenta lub jego postępy w nauce i stosowaniu różnych metod higieny

uzębienia. Wybarwienie złogów można stosować przy pierwszym kontakcie z pacjentem w celu orientacji w stanie higieny jego jamy ustnej i jako punkt wyjścia dla porównań w późniejszym czasie. Przeprowadzone podczas instruktażu higieny wybarwienie złogów może być wykorzystane dla różnych celów: jest bardzo silnym elementem motywującym dla pacjenta, wykazującym mu „czerwono na białym” stan higieny; pozwala uwidocznienie miejsca szczególnego odkładania płytki, a przez to uświadomić pacjentowi konieczność zwrócenia większej uwagi na te właśnie obszary; wybarwienie po zwykajnym (dotychczas stosowanym przez pacjenta sposobem) umycia zębów – zademonstrować i udowodnić małą skuteczność takiego zabiegu. Wybarwienie może być wreszcie sposobem udowodnienia wyższości nowej metody oczyszczania zębów, a także wykazania niedociągnięć podczas nauki tej metody. Wybarwienie złogów pozwala też personelowi stomatologicznemu ocenić jakość stosowanych profesjonalnych zabiegów usuwania osadów i polerowania zębów, sprawdzać skuteczność środków przeciw złogom nazębnym oraz kontrolować stan higieny używanych protez i aparatów ortodontycznych.

Okazuje się, że korzystanie nawet z jak najlepszej szczoteczki, przy zachowaniu jak najwyższej dokładności, pozwala na oczyszczenie zaledwie 60% powierzchni każdego zęba. Pozostałe 40 % jest stale niedoczyszczone. Najtrudniejsze do oczyszczenia są powierzchnie stykowe zębów i przestrzenie międzyzębowe. Z przeprowadzonych badań wynika, że mimo szczotkowania większa część płytki utrzymuje się nadal w przestrzeniach międzyzębowych i powoduje zarówno próchnicę, jak i choroby przyzębia. Włókna konwencjonalnej szczotki do zębów oczyszczają tylko zewnętrzne części powierzchni stykowych, natomiast głębsze obszary przestrzeni międzyzębowych są dla zwykłej szczotki nieosiągalne. Duże problemy stwarza oczyszczanie przestrzeni międzyzębowych u osób mających zęby nieprawidłowo ustawione w łuku (stłoczenia, rotacje, wady zgryzu) w przypadkach zębów szynowanych lub ligatutowanych oraz u pacjentów leczonych stałymi aparatami ortodontycznymi – w okolicach tych aparatów. Poza tym trudne do oczyszczenia są bruzdy i zagłębienia na powierzchniach żujących oraz dalsze powierzchnie ostatnich zębów. Miejscami trudno dostępnymi są też okolice stałych uzupełnień protetycznych, głównie przestrzeni pod przęsłami mostów, okolice wszczepów oraz - w przypadkach chorób przyzębia z zanikiem kości wyrostka- głębokie kieszonki zębowe i kratery międzyzębowe oraz rozdzielenie korzeni (Bi – i tri- furkacje). Dokładne oczyszczenie tych miejsc wymaga użycia przyborów dodatkowych, specjalnie do tego celu przeznaczonych.

Bardzo przydatne dla użytkowników, koron protetycznych i mostów, wszczepów zębowych, u pacjentów leczonych stałymi aparatami ortodontycznymi, a także w przypadkach wszystkich innych miejsc trudnych do oczyszczania, są szczoteczki międzyzębowe o pojedynczym pęczku włosa, przyciętym płasko lub w kształcie stożka, ustawionym pionowo lub nachylnym pod kątem, co znacznie ułatwia dotarcie do najdalszych zakamarków.

Nie mniej istotny od rodzaju używanej szczoteczki i doboru odpowiedniej pasty jest prawidłowy sposób oczyszczania zębów. Zła technika, zwłaszcza jeżeli używa się zbyt twardego włosa, doprowadza nieuchronnie do uszkodzenia przyzębia, a nawet do mikrourazów szkliwa. Dzieje się tak często u osób przesadnie dbających o czystość swojego uzębienia, a niedokładnie poinformowanych o zasadach higieny jamy ustnej. Wiele osób nie przykładają należytej wagi do sposobu oczyszczania zębów. Szczotkowanie zębów polega u nich jednokrotnie na wykonaniu kilku ruchów szorujących w lewo

i w prawo, przepłukaniu ust, a wszystko to trwa kilkanaście, najwyżej kilkadziesiąt sekund. Na tym kończą cały zabieg, uważając, że wypełniły już swój obowiązek. Wszystko zostało wykonane, tylko że nieskutecznie. Takie „mycie” zębów nie ma większego znaczenia.

Istnieje kilka metod szczotkowania zębów, które różnią się między sobą kątem ustawienia włosa w stosunku do powierzchni zębów oraz rodzajem ruchów wykonywanych szczoteczką. Niezależnie od stosowanej metody podczas szczotkowania zębów obowiązują określone zasady:

1. Rękojeść szczoteczki musi być ujęta całą dłonią, pewnym uchwytem, a kciuk – wysunięty w kierunku włosa – przytrzymuje rączkę tak aby można było swobodnie i dokładnie wykonać odpowiednie ruchy; nie może to jednak być uchwyt zbyt mocny, aby nie spowodować przedwczesnego zmęczenia dłoni i nadgarstka.
2. Oczyszczanie powierzchni żujących ruchami poziomymi jest takie same we wszystkich metodach i odbywa się na zakończenie szczotkowania, jednak osoby ze skłonnością do próchnicy tych powierzchni, powinni czyścić je jako pierwsze, gdyż sztywniejsze na początku włosie i nie zmęczona jeszcze ręka zapewniają dokładniejsze oczyszczenie bruzd.
3. W każdym odcinku łuku zębowego wykonywane ruchy powinny być powtarzane pięciokrotnie. W ten sposób łączny czas szczotkowania powinien wynosić około trzech minut.

Należy dbać o to, aby szczotkowanie nie było chaotyczne a każda dostępna powierzchnia zęba była oczyszczona. W tym celu dobrze jest, aby mycie zębów odbywało się według określonego schematu. Osoby praworęczne rozpoczynają najczęściej szczotkowanie od zębów górnych bocznych lewych. Dlatego należało by najpierw oczyścić powierzchnie policzkowe trzonowców górnych lewych, następnie przesunąć szczoteczkę do przodu – do kłów i siekaczy, przechodzimy na stronę prawą aby dojść do prawych trzonowców; mając szczoteczkę po tej stronie uzębienia zaczynamy czyścić powierzchnie policzkowe trzonowców dolnych prawych i w taki sam sposób, przez kolejne grupy zębów, docieramy do lewych; następnie powtarzamy cały ten cykl aby czyszczyć zęby na powierzchniach podniebiennych (językowych): od górnych trzonowców lewych, przez prawe, dolne trzonowce prawe do lewych; na zakończenie oczyszczamy powierzchnie żujące, znów w tej samej kolejności: góra lewa, prawa, dół prawy do lewego. Stosowanie takiego lub podobnego, indywidualnie dostosowanego schematu pozwala mieć pewność, że nie omineliśmy żadnego zęba i żadnej dostępnej powierzchni.

Jednym z łatwiejszych sposobów oczyszczenia zębów jest metoda okrężna Fonesa. Głowicę szczoteczki przykładamy pod kątem prostym do długiej osi zębów. Wykonuje się teraz małe ruchy okrężne, jednocześnie w obu łukach (przy zwartych zębach) przesuwając szczoteczkę po powierzchniach policzkowych i wargowych poszczególnych zębów. Dalej, już przy otwartych ustach, szczotkuje się następne powierzchnie i grupy zębów w kolejności zębów według przyjętego schematu. Podczas wykonywania ruchów okrężnych i przesuwania szczoteczki na kolejne grupy zębów dołącza się do tego w pewnym stopniu ruch poziomy. Dlatego należy przesuwając szczoteczkę powoli, o niewielki odcinek do przodu. W ten sposób poleca się oczyszczać zęby dzieciom i młodzieży.

Bardzo podobną metodą jest tak zwana metoda wielopłaszczyzkowa. Ruchy okrężne wykonuje się jednak w miejscu, przykładając za każdym razem szczoteczkę do kolejnych odcinków łuku zębowego, oddzielnie w szczęcie i żuchwie.



Dalej postępuje już jak w metodzie Fonesa. W każdym oczyszczonym miejscu ruchy powinny być powtarzane pięciokrotnie. Ten sposób szczotkowania poleca się również dzieciom i młodzieży.

Ostatnio bardzo polecana jest metoda Bassa. Szczotkę stawiamy ukośnie w okolicy szyjek zębów, pod kątem 45 stopni, w ten sposób co jest bardzo ważne, końce włókien wnikają do szczelin dziąsłowych i w przestrzenie międzyzębowe. Za każdym przyłożeniem szczoteczki wykonuje się około dwudziestu bardzo drobnych przednio-tylnych ruchów wibrujących. Zasięg takich ruchów nie powinien przekraczać połowy szerokości zęba. Należy zwrócić uwagę, że włosie szczoteczki pozostaje w miejscu a w skutek wykonywanych ruchów jest jedynie aktywowane. Każdy taki cykl należy powtórzyć pięciokrotnie. Metoda ta wymaga użycia miękkiej wielopęczkowej szczotki a nie na przykład zębatej. Poleca się ją zarówno przy zdrowych dziąsłach jak i w chorobach przyzębia (zwłaszcza w przypadku zapaleń dziąseł i łagodnych stanów zanikowych, a także po chirurgicznych zabiegach na przyzębiu), ale tylko u osób zdyscyplinowanych, po odpowiednim przeszkoleniu i przy okresowym kontrolowaniu. W przypadku braku kontroli istnieje bowiem w tej metodzie tendencja przechodzenia do intensywnego poprzecznego szorowania. Jest to bardzo niebezpieczne: zbyt energiczne lub zbyt twardą szczotką wykonywane ruchy poziome mogą, jak wiadomo doprowadzić do recesji dziąsła. W zmodyfikowanej metodzie Bassa, w dalszym etapie, po wykonaniu drobnych przednio - tylnych ruchów wibrujących, zmienia się ruchy na wymiatające o dokoronowym kierunku. Dlatego nosi ona nieraz potoczną nazwę „czerowo- biała” (od dziąsła do dziąsła).

U niemowląt zdrowa jama ustna nie wymaga specjalnych zabiegów, ale zdarza się, że przy niezbyt starannej pielęgnacji, mogą pojawić się pleśniawki w postaci białego nalotu. W okresie poniemowlęcym (3 – 6 miesięcy) proponuje się wykonywanie okazjonalnie masażu błony śluzowej bezzębnych wyrostków zębodołowych. Wyrznięcie się pierwszych ząbków wymaga już pewnych zabiegów higienicznych. Pielęgnacja jamy ustnej powinna być wykonywana przez rodziców, po każdym posiłku kleistym i papkowatym zęby i dziąsła niemowlęcia powinny być starannie oczyszczone. Istnieją zestawy łagodnych żeli czyszczących oraz miękkich szczoteczek silikonowych zakładanych na palec lub naparstek. Można robić to także czystą gazą nawiniętą na palec zwilżoną w przygotowanej wodzie lub naparze rumianku, później miękką szczoteczką. Należy również ograniczyć podawanie słodkich napojów oraz nie dopuszczać do zasypiania dziecka z butelką ponieważ to najczęściej doprowadza do powstania próchnicy zębów przednich.

W wieku żłobkowym dziecko ma już wszystkie siekacze i zaczynają mu się wyrzynąć zęby trzonowe, należy wtedy rozpocząć naukę oczyszczania zębów. Dziecko powinno mieć swoją szczoteczkę. Zabieg należy starać się wykonywać raz dziennie aby dziecko przyzwyczało się i oswoiło z myciem zębów. Gdy zostanie oswojona nauka szczotkowania zębów, oraz umiejętność płukania jamy ustnej, należy wprowadzić środki czyszczące takie jak pasta ponieważ zbyt wczesny kontakt z pastą do zębów może spowodować niechęć do jej używania. Pierwsza pasta powinna mieć łagodny smak i nie zawierać fluoru.

W wieku przedszkolnym ważną rolę odgrywa szczotkowanie zębów ponieważ dziecko ma pełne uzębienie mleczne. Dzieci przedszkolne powinny szczotkować zęby przynajmniej dwa razy dziennie szczególnie po zjedzeniu słodczy. Metodą wspomagającą codzienne szczotkowanie zębów może być regularne stosowanie płukanek zmniejszających odkładanie

płatki nazębnej. Pasta powinna być dla dzieci z niewielką ilością fluoru. Przyjmuje się, że do 6 roku życia ilość pasty nakładana na włosie szczoteczki powinna odpowiadać wielkości małego ziarnka grochu. W wieku 5 – 7 lat można oczekiwać zadowalającego opanowania przez dziecko techniki szczotkowania zębów, dlatego też może rozpocząć stosowanie płynów i tabletek wybarwiających osady nazębne.

Wiek szkolny jest okresem, kiedy dziecko staje się samodzielne, zaczyna mieć własne zdanie, jak i ma również dużo obowiązków dlatego często nie sprzyja to wykonywaniu zabiegów higienicznych w jamie ustnej. W szkołach kilka razy w roku przeprowadzane są działania mające na celu naukę odpowiedniego szczotkowania za pomocą preparatów z fluorem. Jeśli chodzi o pielęgnację jamy ustnej w domu, najczęściej poleca się szczotkowanie zębów metodą Fonesa, a dla dzieci starszych po 12 roku życia, celowe jest wprowadzanie metod ukierunkowanych na oczyszczenie przestrzeni międzyzębowych i kieszonek dziąsłowych, a więc metody roll lub Bassa. Najbardziej polecanymi pastami dla dzieci i młodzieży szkolnej są pasty zawierające fluor, takie same jak dla dorosłych. Należy dobrać odpowiednią szczoteczkę oraz wprowadzić odpowiednie narzędzia pomocnicze takie jak nitki dentystyczne. ■

IWONA LISOWSKA

Biografia u autora

## Znieczulenie w okulistyce

Współczesna chirurgia okulistyczna rozwija się dynamicznie, wykorzystując coraz bardziej nowoczesne metody dzięki postępowi naukowo-technicznemu. Zabiegi operacyjne obejmują wszystkie grupy wiekowe, począwszy od dzieci a kończąc na osobach w wieku podeszłym.

Przebieg wiekowy pacjentów z problemami okulistycznymi i rodzaj operacji stanowią wyzwanie dla lekarza anestezjologa oraz determinują wybór techniki znieczulenia.

W chirurgii okulistycznej preferowane są znieczulenia przewodowe i ogólne.

Znieczulenie przewodowe dominuje wśród pacjentów starszych i obciążonych schorzeniami takimi jak: nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, cukrzyca, uogólniona miażdżycza i przewlekłe choroby układu oddechowego.

Znieczulenia ogólnego wymagają częściej pacjenci w młodym wieku ze względu na duży poziom niepokoju. Każdy z nich wymaga indywidualnego podejścia lekarza anestezjologa. Ocena przedoperacyjna, przeprowadzone badania laboratoryjne czy przygotowanie chorych odpowiada ogólnym zasadom postępowania przedoperacyjnego.

### Premedykacja ma na celu:

- zmniejszenie lęku i pobudzenia
- zapobieganie nudnościom i wymiotom
- stabilizację ciśnienia wewnątrzgałkowego

### Odrębności zabiegów operacyjnych w okulistyce wykazują z:

- nieruchomego pola operacyjnego
- kontroli ciśnienia wewnątrzgałkowego
- ograniczenia krwawienia w polu operacyjnym
- znieczulenia

- odruchu oczno – sercowego
- kontroli szerokości źrenic
- wymiotów pooperacyjnych

Nieruchomość gałki ocznej uzyskuje się przez zwiótczenie mięśni prostych stosując środki zwiótczające, głębokie znieczulenie wziewne lub blokadę pozagałkową. Ruch pacjenta lub gałki ocznej podwyższa ciśnienie wewnątrzgałkowe, grożąc krwotokiem do gałki ocznej, wyparciem ciała szklстого lub utratą widzenia.

Ciśnienie wewnątrzgałkowe wynosi około  $16 \pm 5$  mmHg, a jest efektem równowagi między wytwarzaniem cieczy wodnistej przez ciało szklste a jej odpływem przez kanał Schlemma. Proces widzenia jest uwarunkowany prawidłowym ciśnieniem wewnątrzgałkowym.

#### **Na ciśnienie wewnątrzgałkowe w okresie okołoperacyjnym wpływają następujące czynniki:**

- nagły wzrost ciśnienia tętniczego krwi
- nagły wzrost ciśnienia żylnego krwi np.: podczas kaszlu, intubacji wymiotów
- hiperkapnia, która podwyższa i hipokapnia, która obniża ciśnienie wewnątrzgałkowe
- ucisk zewnętrzny oka np.: podczas wentylacji przez maskę twarzową, podwyższa ciśnienie w gałce ocznej
- laryngoskopia i intubacja dotchawicza podwyższają ciśnienie wewnątrzgałkowe

#### **Krwotok wypierający**

Przy bardzo wysokim ciśnieniu wewnątrzgałkowym jego obniżenie w czasie nacięcia gałki ocznej może doprowadzić do wydostania się na zewnątrz jej zawartości. Istotne jest utrzymanie równowagi między ciśnieniem żylnym i wewnątrzgałkowym. Wzrost ciśnienia żylnego zwiększa napływ krwi do naczyńówki co może doprowadzić do pęknięcia tętnicy rzęskowej i wypadnięcia tęczówki.

Anestetyki wziewne takie jak halotan, enfluran, izofluran, podtlenek azotu obniżają ciśnienie wewnątrzgałkowe, stosownie do głębokości narkozy.

Barbiturany, benzodiazepiny, neuroleptyki i opioidy zmniejszają przejściowo ciśnienie wewnątrzgałkowe. Ketamina ze względu na wzrost napięcia mięśni zewnętrznych oka, kurcz powiek i oczopląs jest zdyskwalifikowana w chirurgii oka.

Atropina podana domięśniowo nie powoduje wzrostu ciśnienia wewnątrzgałkowego i może być stosowana nawet u pacjentów z jaskrą.

Skojarzenie atropiny z neostygminą przy odwracaniu działania środków zwiótczających jest bezpieczne.

Środki zwiótczające mięśnie depolaryzujące czyli sukcyńlocholina podana w dawce intubacyjnej prowadzi do wzrostu ciśnienia wewnątrzgałkowego przeciętnie na 7 minut.

Niedepolaryzujące środki zwiótczające takie jak pankuronium, wekuronium obniżają znacząco ciśnienie wewnątrzgałkowe.

**Odruch oczno-sercowy** może być wywołany przez pociąganie za mięśnie zewnętrzne oka, manipulacje na gałce ocznej lub przez jej ucisk.

Odruch może objawiać się:

- bradykardią
- bigeminią
- rytmem węzłowym
- blokiem przedsionkowo-komorowym
- zatrzymaniem akcji serca.

#### **Czynniki sprzyjające pojawieniu się odruchu oczno-sercowego to:**

- hipoksja
- hiperkapnia
- płytkie znieczulenie
- strach i pobudzenie.

#### **Zasady postępowania to:**

- monitorowanie parametrów życiowych pacjenta
- natychmiastowe przerwanie stymulacji oka przez okulistę w momencie pojawienia się odruchu oczno-sercowego
- utrzymywanie się odruchu oczno-sercowego powyżej 20 sekund od przerwania stymulacji, sugeruje użycie atropiny 0,5 mg dożylnie u dorosłych a u dzieci  $15 \mu\text{g/kg}$  masy ciała

Kontrola szerokości źrenic jest bardzo ważna przy zabiegu usunięcia zaćmy, operacji siatkówki oraz ciała szklстого, gdzie źrenice muszą być rozszerzone. Duże dawki opioidów mogą utrudniać warunki operacyjne. Interakcja między lekami rozszerzającymi źrenice (epinefryna i fenylefryna) a halogenowymi anestetykami wziewnymi mogą powodować groźne zaburzenia rytmu serca.

#### **Czynnikami zwiększającym ryzyko wymiotów pooperacyjnych są:**

- choroby współistniejące – cukrzyca, mocznica, otyłość
- ciąża
- ból i lęk przed operacją oraz długotrwałe wstrzymywanie się od pokarmów
- stosowanie w premedykacji opioidów – morfina, fentanyl
- anestetyki – ketamina, etomidat, enfluran, izofluran

Najskuteczniejszym lekiem przeciwwymiotnym jest bloker 5-HT<sub>3</sub> – ondansetron w dawce doustnej 4,8 lub 16 mg oraz dożylniej 0,15mg/kg masy ciała.

Metoklopramid doustnie podany na 4 godziny przed zabiegiem w dawce 0,1mg/kg masy ciała lub dożylnie pod koniec operacji.

#### **Znieczulenie przewodowe stosowane jest w:**

- operacjach zaćmy
- zabiegach przeciwjaskrowych
- drobnych zabiegach plastycznych, wewnątrzgałkowych
- operacji zespolenia workowo-łzowego
- drobnych zabiegach w obrębie komory przedniej oka
- prostych witrektomiach

#### **Znieczulenie ogólne ma zastosowanie w:**

- zabiegach u dzieci
- zabiegach korekcji zeza
- dużych plastycznych zabiegach oka
- penetrującej keratoplastyce
- drążących urazach oka
- złożonych zabiegach w obrębie siatkówki i szklstki

#### **Techniki znieczulenia przewodowego to:**

- znieczulenie powierzchniowe z użyciem lidokainy, metokainy, prilokainy, proksymetokainy i tetrakainy
- znieczulenie podpowięziowe poprzedzone znieczuleniem powierzchniowym rogówki i spojówki, polega na powolnym podawaniu środka znieczulającego w ilości do 5 ml przez kaniulę wprowadzoną do przestrzeni podpowięziowej



- znieczulenie około gałkowe polega na wprowadzeniu 2-4ml środka znieczulającego po przyśrodkowej lub bocznej stronie gałki ocznej
- znieczulenie pozagałkowe polega na wprowadzeniu środka znieczulającego w objętości 2-5 ml do stożka utworzonego przez mięśnie zewnętrzne oka
- blokada nerwu twarzowego.

**Praktyczne zasady znieczulenia miejscowego:**

1. Operacja w znieczuleniu miejscowym wymaga takiego samego przygotowania i badań jak operacje wykonywane w znieczuleniu ogólnym.
2. Należy unikać zbyt głębokiej sedacji prowadzącej do depresji oddechowej, niepokoju i braku współpracy
3. W znieczuleniu miejscowym konieczny jest nadzór parametrów życiowych i pacjenta i pewny dostęp dożylny.
4. Przed rozpoczęciem operacji należy przygotować sprzęt do znieczulenia ogólnego zgodnie ze standardem.
5. W zapobieganiu hipoksji pacjentów należy podać tlen przez wasy tlenowe pod obłożeniem operacyjnym, informując pacjenta aby co pewien czas głęboko oddychał.

**Zasady znieczulenia miejscowego z sedacją**

1. Znieczulenie miejscowe może być wykonane techniką nasiękową lub w postaci blokady pozagałkowej.
2. Sedacji nie stosuje się u pacjentów z „pełnym żołądkiem”.
3. Zbyt płytka sedacja nie zapewni komfortu pacjentowi ani operatorowi.
4. Zbyt głęboka sedacja prowadzi do problemów związanych z drożnością dróg oddechowych i oddychaniem.
5. Leki preferowane w sedacji to krótko działające benzodiazepiny w małych dawkach np.; midazolam łączone z fentanylem lub remi fentanylem ze względu na krótki okres działania i dobrą sterowność.
6. Podstawową zasadą prawidłowo prowadzonej sedacji jest zachowanie kontaktu słownego z pacjentem.

**Zasady znieczulenia ogólnego**

1. Podczas indukcji znieczulenia należy zapobiegać wzrostowi ciśnienia śródgałkowego przez głębokie znieczulenie i odpowiednie zwiotczenie mięśni.
2. Należy unikać suksametonium zwłaszcza u chorych z podwyższonym ciśnieniem wewnątrzgałkowym i z urazami drażącymi oka.
3. W celu podtrzymania znieczulenia preferuje się znieczulenie wziewne łączone z opioidami oraz niedepolaryzującymi środkami zwiotczającymi.
4. Wyprowadzenie ze znieczulenia powinno odbywać się w sposób łagodny z uniknięciem kaszlu, parcia i wymiotów.
5. Ekstubację wykonuje się po całkowitym wybudzeniu pacjenta.
6. Zaleca się ułożenie chorego na boku przeciwnym do operowanego oka, z głową uniesioną o 15-20°.
7. W postępowaniu przeciwbólowym zwykle wystarcza podanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych np.; paracetamol drogą dożylną w połączeniu z lekami przeciwwymiotnymi.

**Nadzór podczas znieczulenia**

Głowa pacjenta jest całkowicie przykryta chustami operacyjnymi. Lekarz anestezjolog nie ma dostępu do dróg oddechowych stąd monitorowanie przyrządowe jest bardzo ważne. Standardowe monitorowanie obejmuje:

- monitorowanie EKG
- pomiar ciśnienia tętniczego krwi

- pomiar akcji serca
- zastosowanie stetoskopu przedsercowego
- puls oksymetrię
- pomiar temperatury ciała

**Operacja jaskry**

Jaskra jest następstwem zaburzeń odpływu płynu wewnątrzgałkowego i podwyższeniem ciśnienia w oku. Operacja polega na wytworzeniu drogi odpływu płynu wewnątrzgałkowego i jest wykonywana w znieczuleniu przewodowym uzupełnionym sedacją dożylną. Należy unikać leków rozszerzających źrenicę – atropiny i adrenaliny.

**Perforujące urazy oka**

Zabiegi, nagle, grożące utratą zawartości oka i infekcją. Konieczne jest natychmiastowe zaopatrzenie.

Zwrócić uwagę na:

- wybór optymalnego czasu operacji – karencja pokarmowa (6 godzin od ostatniego posiłku a 2 do 4 godzin od spożycia wody lub płynów klarownych) aby uniknąć zachłyśnięcia
- użyć leków przyspieszających opróżnianie żołądka np.: metoklopramid
- unikać wzrostu ciśnienia wewnątrzgałkowego aby nie pogłębiać urazu oka
- w czasie preoksygenacji maską twarzową nie uciskać uszkodzonego oka
- środki niedepolaryzujące podane w dużych dawkach przed intubacją mogą zastąpić suksynylocholinę
- do intubacji dotchawiczej konieczne jest odpowiednio głębokie znieczulenie aby uniknąć wzrostu ciśnienia wewnątrzgałkowego
- podczas wyprowadzania ze znieczulenia w okresie pooperacyjnym unikać kaszlu, wymiotów i parcia, aby nie zniwiecyć efektu operacji.

**Odwartwienie siatkówki**

Zabieg długotrwały od 1 do 3 godzin z znieczuleniem gałki ocznej. Stosowane jest znieczulenie przewodowe (około gałkowe, pozagałkowe) uzupełnione sedacją dożylną lub ogólną z intubacją dotchawiczą. Pod koniec zabiegu w celu zmniejszenia krwawienia, okulista stosuje tamponadę miejsca operowanego przez wprowadzenie pęcherzyka samo rozprężającego się gazu (sześćciofluorku siarki – S<sub>6</sub>)

**Witrektomia**

Operacja trwa 3 do 4 godzin a polega na usunięciu ciała szklistego, które zastąpione jest roztworem elektrolitów lub wysoko oczyszczonym olejem silikonowym. Przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym, bo wymaga wielogodzinnego unieruchomienia pacjenta.

**Operacja zeza**

Dotyczy głównie dzieci i wykonuje się głównie w znieczuleniu ogólnym z intubacją. Należy pamiętać o skurczu tonicznym mięśni zewnętrznych oka po podaniu suksametonium (istotna rekuraryzacja). Występuje ryzyko odruchu oczno-sercowego i hipertermii złośliwej.

**Operacja zaćmy**

Fale ultradźwiękowe rozdrabniają zmętniałą soczewkę, która odsysana jest w przedniej komorze oka. Wskazane jest kojarzenie znieczulenia przewodowego z płytką sedacją, aby ułatwić choremu leżenie na stole operacyjnym i zapewnić stabilizację hemodynamiczną.

Bezpieczeństwo pacjenta łącznie z jakością usługi medycznej wyrażonej profesjonalizmem i satysfakcją pacjenta powinny się stać wyznacznikami współczesnej medycyny i pielęgniarstwa. ■

Mariola Gorzkowska

Bibliografia u autora.

## PROBLEM AGRESJI WOBEĆ PIELEŃNIAREK RATUNKOWYCH

Zebrane do pracy magisterskiej materiały dotyczące agresji wobec pielęgniarek ratunkowych wyraźnie wskazują, że problem agresji w Ochronie Zdrowia istnieje i budzi coraz większe zainteresowanie. Wyniki badań a także pojawiające się coraz częściej w mediach informacje o brutalnych atakach pacjentów na ludzi niosących im pomoc dowodzą, że praca pielęgniarek ratunkowych obciążona jest dużym ryzykiem spotkania się z agresją ze strony pacjentów, ich rodzin i osób postronnych. Były rzecznik praw lekarzy przy Naczelnej Izbie Lekarskiej K. Kordel, trzy lata temu zapytany o najczęstsze punkty zapalne w opiece zdrowotnej – SOR nazwał dwunastym kręgiem piekła według Dantego. Polacy często mają niedostateczną wiedzę o funkcjonowaniu Ochrony Zdrowia. Nie potrafią się w niej poruszać – nie zawsze wiedzą z jaką dolegliwością, dokąd i kiedy się wybrać. Stąd nadużywanie karettek pogotowia ratunkowego i tworzenie się niepotrzebnych kolejek w SOR

Ogólnie brutalizacja naszego życia odzwierciedlona jest jasno w kontaktach pacjent – pielęgniarka ratunkowa, gdyż kontakty te obarczone są dużym ładunkiem różnych emocji – frustracji, strachu, zniecierpliwienia i innych, równie „wybuchowych”. Dr Kordel wyraził zarazem zdziwienie faktem, że pielęgniarki, będące wiele razy częściej niż lekarze ofiarami przemocy, rzadko zgłaszają przypadki agresywnych zachowań pacjentów

Jak wykazały badania własne mniej niż połowa – bo 41% pielęgniarek SOR i 41% pielęgniarek pogotowia ratunkowego oraz jeszcze mniej, bo tylko 18% pielęgniarek OIT, oddziału kardiologii i bloku operacyjnego zdecydowało się zgłosić pracodawcy fakt doznania agresji. Niestety, nie wszystkie pielęgniarki uzyskały w związku z tym oczekiwane wsparcie. Najwięcej, bo w 38% pielęgniarek pogotowia ratunkowego uznało, że zgłoszenie przyniosło oczekiwany efekt. W SOR podobnego zdania było 28% pielęgniarek a w wybranych oddziałach tylko 13%.

Doraźnie, w czasie gdy występują zachowania niepożądane, wzywane są służby w postaci ochrony, Policji i Straży Miejskiej – różne z tych służb, różnie często i w różnych miejscach. Załogi pogotowia ratunkowego najczęściej (51%) proszą o pomoc lub od razu współdziałają z policją, w SOR najczęściej wykazywana służba to Straż Miejska – 51%, a w wybranych oddziałach ochrona – 39%.

Innym aspektem, poruszonym w badaniach własnych, są rodzaje przemocy – od werbalnej, jaką są krzyki i groźby, po fizyczną, także różnego stopnia. Analizując wyniki badań, zauważyłam nieścisłość w wypowiedziach ankietowanych. Otóż 11% pielęgniarek zapytanych o to, czy w ostatnich 12 miesiącach spotkało się z przemocą ze strony pacjenta i jego

otoczenia, odpowiedziało na pytanie przecząco. Natomiast w kolejnym punkcie, gdy zapytałam o istnienie agresji werbalnej tylko 2% z nich nie zetknęło się z pacjentami, którzy mówili podniesionym głosem, krzyczeli. Nasuwa się wniosek, że dla 9% pielęgniarek podniesiony głos, krzyk wydaje się być zachowaniem, zjawiskiem tak oczywistym, że uznają je za normę. Dopiero odpowiedź na dokładnie sprecyzowane pytanie wykazała, że owe 9% ankietowanych pielęgniarek jednak agresji w ostatnim roku doświadczyło.

Według przeprowadzonego badania najczęstszą formą agresji wyrażanej w stosunku do pielęgniarek ratunkowych jest agresja werbalna. Wykazałam w badaniu, że na co dzień spotyka się z nią 39% pielęgniarek ratunkowych. Najwięcej w SOR – 54% i w pogotowiu ratunkowym, gdzie dotyka ona średnio co trzecią pielęgniarkę na każdym dyżurze. Także co piąta pielęgniarka pracująca w oddziałach kardiologii, OIT i bloku operacyjnym oświadczyła, że jest ofiarą tego rodzaju przemocy.

Podobnie prezentują się wyniki badań własnych dotyczących groźb. Dotyczy to co czwartą badaną pielęgniarkę (24%), która słyszy je na co dzień – jednakowo dotyczy to pielęgniarek SOR i pogotowia ratunkowego (26%). Mniej w szpitalnych oddziałach – 17%.

Najczęściej z agresją borykają się pielęgniarki wykazujące najbardziej pożądaną postawę, jaką jest postawa szukania kompromisu. Codzienna przemoc dotyka 43% właśnie tych pielęgniarek, podczas gdy w przypadku postaw dominującej, uległej czy unikającej konfrontacji są to wartości kilkuprocentowe pomiędzy zero, trzy a sześć procent. Czy postawa szukania rozwiązania problemu jest tu kluczem? Żadna z postaw wobec pacjenta, którego świadomość jest zawężona, na przykład przez chorobę, gniew czy środki psychoaktywne się nie sprawdza.

Jak wyraziła się w wywiadzie udzielonym w lipcu 2014 roku Prezes NIPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk inny powód jest dominujący. Zdaniem Prezes przyczyną większości nieszczęść jest niedobór kadrowy. Pielęgniarka ratunkowa, choćby najlepiej wykształcona, mająca w sobie samą tylko empatię i najlepszą wolę wykonywania jak najlepiej powierzonych jej obowiązków, jeśli pracuje w zespole, którego liczebność jest stale ograniczana może nie dostrzec w porę wczesnych symptomów agresji u osób, u których dałoby się ją jeszcze powstrzymać

Bardzo ważne jest, by źródła agresji przewidywać, rozpoznawać, bądź jak najwcześniej interweniować.

Prowadząc badania wykazałam, że problem agresji wobec pielęgniarek ratunkowych ma tendencję wzrostową. Tak odpowiedziały wszystkie pielęgniarki pracujące w SOR, 93% pielęgniarek z wybranych oddziałów szpitalnych i 74% pielęgniarek pogotowia ratunkowego.

Czy robi się coś w kierunku edukowania pielęgniarek w radzeniu sobie z przemocą? Badanie wykazało, że ogólnie rzecz ujmując 83% pielęgniarek nigdy nie uczestniczyło w takich szkoleniach. Tak odpowiedziało 90% pielęgniarek z kardiologii, OIT i bloku operacyjnego, 85% pielęgniarek pogotowia ratunkowego i 78% pielęgniarek z SOR.

W Magazynie Pielęgniarki i Położnej od czerwca 2013 roku po ukazaniu się artykułu dr. Jakuba Lickiewicza „Strach być pielęgniarką” rozpoczęto kurs samoobrony dla pielęgniarek. W kolejnych numerach ukazywały się teksty i zdjęcia instruuje jak sobie radzić w konkretnych przypadkach napaści. Ale czy teoretyczne i za pomocą zdjęć przedstawienie czegoś, co ma mieć zastosowanie praktyczne – i to w warunkach dużego stresu ma dostateczne walory edukacyjne. Sam autor artykułu jest zdania, że zdecydowanie realizacja takiego programu powinna mieć formę warsztatów i powinny być prowadzone



w grupach liczących niewiele osób. Zawierać powinny ćwiczenia umiejętności efektywnej komunikacji ze szczególnym uwzględnieniem radzenia sobie z próbami obrażenia czy wyzweiskami. Treści edukacyjne powinny odnosić się do wczesnego rozpoznawania i niedopuszczania do agresywnych zachowań. Ważny jest też jednoczesny trening asertywności, czyli stosowana odmowa, w taki sposób, by nie wywołać agresji. W przypadkach, gdy doszło już do traumatycznych zdarzeń uczestnicy powinni osiąść wiedzę na temat debriefingu psychologicznego, który jest metodą redukującą napięcie i pomocy przez osoby, które uczestniczyły w tej sytuacji i były jej świadkami. Programy szkoleń muszą być dostosowane bezpośrednio do potrzeb osób pracujących w danej placówce ochrony zdrowia i mieć charakter ustawiczny. Szkolenie przeprowadzone jednorazowo nie stanowi gwarancji, iż przeszkoleni w czasie odleglejszym będą w stanie efektywnie działać w sytuacji przemocy. Gdy pojawiają się nowe zagrożenia, powinno się ponowić działania edukacyjne. Jest to sposób na skuteczną prewencję przemocy i na integrację zespołu. Stanowi również dobrą wizytówkę pracodawcy, który troszczy się o bezpieczeństwo i lepsze samopoczucie pracowników.

Argument, że pielęgniarki mają ochronę prawną funkcjonariusza publicznego sprawdza się w dość ograniczonym zakresie. Mimo, że znajomość tematu wśród pielęgniarek wydaje się być dostateczna. Ma tego świadomość 84% pielęgniarek pogotowia ratunkowego, 50% używa go jako argumentu, a blisko ¼ ocenia go jako skuteczny. Najlepiej natomiast znany przez pielęgniarki SOR (88%), używany jako argument przez ponad połowę (56%), ale jego skuteczność wynosi tylko 12%. Pielęgniarki OIT, bloku operacyjnego i oddziału kardiologii znają ustawę podobnie jak pielęgniarki z pogotowia ratunkowego (85%), ale posługują się nią o wiele rzadziej, bo używa jej tylko co trzecia pielęgniarka, natomiast skuteczność argumentu osiąga co 10 pielęgniarka – stanowi to tylko 3%. To dowód na to, że tylko wśród pielęgniarek pogotowia ratunkowego, gdzie wśród agresorów jest najwięcej osób postronnych (63%), do których ten argument dotrze, można mówić o skuteczności. Tyle, że przedstawienia siebie jako osobę mającą ochronę przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego uznało za zasadne 50% pielęgniarek z pogotowia ratunkowego, a 24% uznało argument za skuteczny. Zatem tylko w około połowie przypadków. Wobec pozostałych przypadkach trzeba stosować inne środki zaradcze.

Dowodem na to, że nie zawsze można użyć wyżej wymienionego argumentu jest sytuacja, jaka miała miejsce 30 kwietnia 2015 roku w Zabrze. Najpierw była agresja werbalna w stosunku do dyspozytorki przyjmującej zgłoszenie do nieprzytomnej dwuletniej dziewczynki. Karetkę wzywał ojciec dziecka. Przez 36 sekund padło ponad 20 wulgaryzmów, były groźby karalne, w tym groźba pozbawienie życia. Gdy na miejsce wezwania dotarł zespół ratowniczy, naprzeciw wybiegł wzywający karetkę ojciec dziecka. Pięścią z całej siły uderzył w twarz ratownika tak, że mężczyzna na chwilę stracił przytomność. Po chwili, ratownik odzyskawszy przytomność wziął czynny udział w ratowaniu dziecka. Zostało ono uratowane i przewiezione do szpitala. W szpitalu pozostał też zaatakowany ratownik – ma złamaną kość szczęki. Ojciec tłumaczył się silnym wzburzeniem, chciał jak najszybszej pomocy dla dziecka, stąd jego agresja. Jest przeciwko niemu prowadzone postępowanie śledcze i prawdopodobnie odpowie za uszkodzenie ciała powyżej 7 dni. Przedstawienie się w wymienionej sytuacji jako osoba posiadająca ochronę prawną, jaką ma funkcjonariusz publiczny, z pewnością nie powstrzymałoby agresora.

Zespoły ratownicze w większości wypadków są dwuosobowe. Jest to spowodowane kontrowersyjnym zapisem ustawy, która zawiera wyłącznie minimalne wymagania. Niedobór kadrowy usankcjonowany prawem?

Pięć lat temu z uwagi na coraz częstsze pojawianie się agresji wobec medyków, z inicjatywy Naczelnej Izby Lekarskiej i Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych powstał System MAWOZ – Monitorowanie Agresji w Ochronie Zdrowia. Od 2010 roku lekarze i pielęgniarki, którzy doświadczyli agresji mogą tam zgłaszać wszystkie incydenty i uzyskać pomoc.

Problem jednak w tym, że wiedza o systemie w środowisku medycznym jest niedostateczna, a wśród pielęgniarek wręcz śladowa. Już w 2012 roku wspomniał o tym były rzecznik Naczelnej Izby Lekarskiej. Tylko nieliczne pielęgniarki dokonały wpisu do systemu. Pomimo starań, obecnie nie udało mi się pozyskać danych dotyczących ilości zgłoszeń pielęgniarek do systemu MAWOZ.

Udostępnione mi 6 maja 2015 roku, przez Biuro Rzecznika Prasowego Naczelnej Izby Lekarskiej dane przedstawiają jedynie ogólną liczbę zgłoszeń, bez podziału na lekarzy i pielęgniarki: Pierwszy wpis 4 października 2010 roku, i w tym roku 2 wpisy. Rok 2011 – 63 zgłoszenia, rok 2012 – 44, w 2013 – 29, 2014 – 15 wpisów. Ostatni na chwilę obecną wpis dokonany został 25 kwietnia i jest szóstym w 2015 roku. W Gazecie Prawnej z dnia 7 maja 2015 roku w artykule „Lekarz rodzinny może skreślić z list pacjentów awanturnika”, obecny rzecznik praw lekarzy znów przypomina o systemie, także o tym, że dokonano tam ogólnie 159 zgłoszeń.

Na oficjalnej stronie Naczelnej Izby Lekarskiej łatwo znaleźć link przekierowujący do MAWOZ. Na stronie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych nie ma o nim żadnej informacji.

Dnia 30 kwietnia 2015 zwróciłam się oficjalnie do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych o udostępnienie mi danych o ilości pielęgniarek zarejestrowanych w MAWOZ. Dnia 7 maja otrzymałam oficjalną odpowiedź, że na chwilę obecną Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych nie dysponuje zestawieniami statystycznymi obrazującymi w/w kwestię.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych w czerwcu minionego roku opracowała i opublikowała Procedurę postępowania z pacjentem agresywnym. Procedura trafiła do wszystkich Izb Okręgowych, ale w większości przypadków chyba na drodze stamtąd, gdzie się zatrzymała. Badania ankietowe, których analizę przeprowadzam w niniejszej pracy, przeprowadzane były od 3 lipca do 16 października 2014 roku. W pytaniu o udział w szkoleniach na temat zapobiegania i radzenia sobie z przemocą tylko 17% zapytanych pielęgniarek odpowiedziało twierdząco. Uznając zapoznanie się z procedurą za formę zdobywania wiedzy, należy przyjąć, że procedura nie trafiła do najbardziej zainteresowanego środowiska. Ponadto, kontaktując się na bieżąco z pielęgniarkami w miejscach, gdzie wcześniej prowadziłam badania ankietowe uzyskałam informację, że nic o procedurze nie wiedzą.

Nie zawsze zdjęcie z siebie odzieży służbowej i przebranie się w prywatne ubrania jest tym, czym być powinno, czyli odzieniem życia prywatnego od zawodowego. Doświadczenie negatywnych emocji, bycie twarzą w twarz z agresją skierowaną personalnie do siebie, niesie potrzebę ich odreagowania. I właśnie 10% pielęgniarek ratunkowych odreagowuje te stany w środowisku rodzinnym. Jak wcześniej cytowałam pielęgniarki te po powrocie do swoich domów i rodzin najczęściej opisują swoje zachowania jako: zdenerwowanie, rozdrażnienie, opryskliwość, wyżywanie się na rodzinie, złość po pracy, złe samopoczucie. Jedna z nich napisała w kwestionariuszu: „martwią się o mnie”, inna opisała wręcz „zaburzenia relacji w rodzinie”.

Wyraźnie widoczne są też zaniedbania w niesieniu pomocy psychologicznej pielęgniarkom, które doświadczyły przemocy w pracy. Tylko 9% pielęgniarek skorzystało z takiej pomocy. A pomoc ta potrzebna jest grupie zawodowej także z innych względów, jakimi są np. kontakt z ludzkim cierpieniem i śmiercią, etc. W licznych wypowiedziach w przeprowadzonym badaniu pojawia się potrzeba uzyskiwania takiego wsparcia na bieżąco i nieodpłatnie.

W badaniach przedstawionych w Magazynie Pielęgniarka i Położna „Zawodowe problemy i zawodowa codzienność” Autorka analizowała opinie pielęgniarek o ich zawodzie oraz najgłośniejsze występujące problemy. W pytaniu o uciążliwość różnych czynników – narażenie na agresję ze strony pacjentów było na szóstym miejscu na 20 analizowanych. Wskazało ją 42% pielęgniarek. Poprzedziły je po kolei:

- niskie wynagrodzenie (77%),
- obciążenie ponad miarę z powodu braków kadrowych (59%),
- obciążenie czynnościami biurokratycznymi (54%),
- transport i podnoszenie pacjentów ((50%),
- transport i przenoszenie pacjentów (48%).

Drugi z czynników jest także jednym z głównych powodów występowania zachowań agresywnych. Zatem, jeśli ustawa o ochronie należytą funkcjonariuszowi publicznemu ma ograniczoną skuteczność, jeśli pielęgniarek jest tyle ile jest – czyli za mało, jeśli do obrony w przypadku narażenia na przemoc mają tylko dwie dłonie, to powinny posiadać oręż, który nie stanowi obciążenia kieszeni czy noszenia kabury z bronią. Tym orężem powinna być wiedza – jak rozpoznawać zagrożenia, jaką stosować profilaktykę, oraz jakie stosować procedury, gdy do takich zachowań jednak dojdzie. Powinien to być też efektywny system informacyjny, a w wielu wypadkach system monitorujący. Już samo zamieszczenie informacji o tym, że obiekt jest monitorowany działa prewencyjnie. Wszystkiego przewidzieć się przecież nie da, a w pracy pielęgniarki ratunkowej wydarzyć się może wszystko

### **PROCEDURA POSTĘPOWANIA PIELĘGNIARKI, POŁOŻNEJ W PRZYPADKU AGRESYWNEGO ZACHOWANIA PACJENTA**

(Opracowana przez NIPiP w czerwcu 2014)

1. W przypadku agresywnych zachowań ze strony osoby agresywnej, pielęgniarka, położna podejmuje działania w zakresie:
  - wyciszenia agresji poprzez rozmowę w celu wyjaśnienia powodu jej powstania,
  - zachowania bezpiecznej odległości wobec osoby agresywnej,
  - informowania ww. osoby o przysługującej pielęgniarsce, 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.

Ewelina Nowicka

#### **Bibliografia u autora.**

Od redakcji!

Procedurę postępowania pielęgniarki i położnej w przypadku agresywnego zachowania drukowaliśmy w Biuletynie Informacyjnym w lipcu/sierpniu 2014r

## **Dynamika starzenia się społeczeństwa w Polsce i Europie**

Struktura demograficzna wszystkich społeczeństw świata ulega zmianom. Według prognoz Organizacji Narodów Zjednoczonych, odsetek osób w wieku powyżej 65 lat w Europie wyniesie do roku 2030 – 23,8%, a więc dwa razy więcej niż miało to miejsce w 1990 roku. Zgodnie z wytycznymi ONZ, społeczeństwem starym nazywa się takie, w którym osoby, które przekroczyły 65 rok życia to ponad 7% całości populacji. W 2010 roku odsetek starszych w Polsce wynosił 14%. Główny Urząd Statystyczny przewiduje, że do roku 2060 na każde trzy pracujące osoby przypadają będzie aż dwie będące na emeryturze, a liczba osób powyżej 80 roku życia urośnie do 5 razy. Problem starzejącego się społeczeństwa uznawany jest już za wyzwanie dla całej Unii Europejskiej.

Przewiduje się, że populacja Europy (ok. 10% ludności świata), za ok. 50 lat zmniejszy się do jedynie ok. 5%. Starzenie się Europy to wynik trzech zasadniczych tendencji:

1. ciągły wzrost długości życia – na skutek poprawy zdrowia i jakości życia w Europie,
2. systematyczny wzrost liczby osób w wieku powyżej 60 lat,
3. utrzymujący się stosunkowo niski przyrost naturalnego

Mediana wieku (tn. granica wieku – połowa ludności w danej zbiorowości już przekroczyła, a druga połowa jeszcze jej nie osiągnęła) dla UE wynosiła ok. 40,9 lat. Średnio na 3,5 osoby w wieku produkcyjnym była 1 osoba w wieku 65 i więcej lat, natomiast na 3 osoby w wieku produkcyjnym były 2 osoby w wieku nieprodukcyjnym (dzieci, młodzież i ludzie starzy)

Prognozowany udział starych ludzi w wieku 65 lat i powyżej w ogólnej populacji UE w 2040 roku ma wynieść ok. 20%, a w 2060 roku zwiększyć się do ok. 30%. Polska w porównaniu



do innych państw UE w sensie demograficznym jest nadal „młoda”. Przeciętnie Polacy są młodszy o ok. 3 lata od mieszkańców innych krajów UE. Do najstarszych w UE należą Niemcy, Włosi, Finlandczycy, Grecy, Austriacy, Słowacy i Bułgarzy. Najmłodszy natomiast są Irlandczycy, Słowacy, Polacy, Cypryjczycy, Rumuni. W Polsce był stosunkowo wysoki udział ludności w wieku produkcyjnym. Niestety jednak udział ludności w wieku poprodukcyjnym w strukturze społecznej zwiększył się od ok. 16,8% w 2010 roku (ok. 6,5 mln osób) do ok. 27% (ok. 9,6 mln osób) w roku 2035. Przyrost liczby osób powyżej 65 roku życia w naszym kraju będzie jednym z największych w odniesieniu do całej UE. Postępujący proces starzenia się populacji Polaków w ostatnich latach pokazuje zmiany wartości m.in. następujących demograficznych wskaźników:

- udział osób w wieku 60 lat i więcej ogółem w strukturze zwiększył się z 12,8% w 1990 roku do 17,3% w 2011 roku,
- udział ludności w wieku starszym (80 lat i więcej) w grupie osób 65 letnich i więcej zwiększył się z 17,6% w 2002 roku do 24,4% w 2009 roku,
- wskaźnik dotyczący obciążenia demograficznego osobami w wieku poprodukcyjnym wzrósł z 21,6 w wieku produkcyjnym przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym w 1988 roku do 25,6 w 2010 roku,
- wskaźnik dotyczący przeciętnego trwania życia kobiet wzrósł z 74,4 lat w 1990 roku do 80,6 lat w 2010 roku, dla mężczyzn odpowiednio z 66 do 72,1 lat,
- mediana wieku wzrosła z 32,4 lat w 1988 roku do 37,7 lat w 2009 roku.

Prognoza wystosowana przez GUS na lata 2007 – 2035 przewidywała ciągły wzrost tych wskaźników. Przyspieszenie procesów starzenia się społeczeństwa to jedna z cech charakteryzujących zmiany demograficzne obserwowane w Polsce na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat. Według prognozy GUS liczba ludności w Polsce w 2035 roku zmniejszy się w stosunku do 2007 roku o ponad 2 mln i wyniesie blisko 36 mln. Zmiany w liczbie ludności przebiegać będą odmiennie w zależności od zamieszkiwania w miastach lub na obszarach wiejskich. Liczba ludności miejskiej w kolejnych latach aż do 2035 roku będzie się zmniejszać, a liczba ludności wiejskiej będzie się zwiększać do 2025 roku, następnie przez kilkanaście lat nieznacznie będzie się zmniejszać. Liczba ludności w wieku poprodukcyjnym w 2035 roku w stosunku do 2007 roku zwiększyło się o nieco ponad 3,5 mln. Przewiduje się, że tempo wzrostu udziału osób w wieku poprodukcyjnym zarówno w mieście, jak i na wsi zacznie się zwiększać po 2015 roku. Wieś w 2035 roku nadal będzie „młodsza” od miasta. Udział osób w wieku poprodukcyjnym na wsi wyniesie 25,2%, natomiast w mieście 26,7%. Udział dzieci w wieku od 0 do 14 lat w ogóle zmniejszy się z 15,5% (w 2007 roku) do 12,5% w 2035 roku. Udział ludności w wieku od 15 do 64 lat zmniejszy się z 71,15% (2007 roku) do 64,7% w 2035 roku. Udział ludności w wieku 65 lat i więcej w całości społeczeństwa wzrośnie z poziomu 13,5% (w 2007 roku) do 23,2% w 2035 roku. Udział ludzi w wieku 80 lat i więcej wzrośnie z 3% (w 2007 roku) do 7,2% w 2035 roku. Natomiast proces starzenia się społeczeństwa zintensyfikuje się w 2015 roku i następnych latach. W strukturze ludności będzie się zmniejszał udział osób w wieku przedprodukcyjnym (z 19,7% w 2007 roku do 15,7% w 2035 roku) i w wieku produkcyjnym (z 64,4% w 2007 roku do 57,6% w 2035 roku), a zwiększał udział osób w wieku poprodukcyjnym (z 16,0% w 2007 roku do 26,7% w 2035 roku).

Mediana wieku dzieli strukturę wiekową ogółu populacji na równe części, tzn. 50% ludzi poniżej określonej mediany wieku oraz drugie 50% osób powyżej. Na 1 stycznia 2010 roku mediana wieku w UE wynosiła 40,9 lat. Pomiędzy 1960 – 1980 rokiem w państwach UE, w odniesieniu do których zachowały się odpowiednie dane, wspomniana mediana praktycznie się nie zmieniała. Dopiero po 1980 roku ludność UE stosunkowo szybko zaczęła się starzeć. Według prognoz demograficznych Eurostat (prognoza Europop2010) w nadchodzących dziesięcioleciach obniży się tempo wzrostu mediany wieku. Istnieją przewidywania, że do 2060 roku mediana wieku ludności UE ustabilizuje się na poziomie 47,6, co oznacza, że w ciągu wieku wzrośnie o ok. 15 lat.

Najwyższą medianę wieku w państwach UE na dzień 1 stycznia 1960 roku zgłosiła Szwecja tzn. 36 lat. W połowie lat 90 XX wieku miejsce Szwecji przejęły Włochy gdzie ta mediana oscylowała na poziomie 38,5 w 1995 roku, a następnie dziesięć lat później Niemcy tj. 41,8 w 2005 roku i 44,2 w 2010 roku.

UE, podobnie jak większość regionów świata, przechodzi istotną zmianę w strukturze ludności. Ludzie mieszkający w Europie żyją dłużej i w lepszym zdrowiu niż wcześniej. Wygląda na to, że tendencja taka się nie zmieni dzięki stałemu rozwojowi medycyny i poprawie standardów życia. 1 stycznia 2010 roku liczba ludności krajów UE wynosiła 501,1 mln osób, z czego ok. 87,1 mln stanowili ludzie w wieku 65 lat i starsze. Niemcy i Włochy, największe państwa UE pod względem całkowitej liczby ludności, charakteryzuje stosunkowo stare społeczeństwo. Na dzień 1 stycznia 2010 roku w Niemczech liczba ludzi w wieku 65 lat i starszych wynosiła 16,9 mln, a we Włoszech aż 12,2 mln.

Jeśli w 2007 roku na 1000 ludzi w wieku produkcyjnym przypadało średnio 553 ludzi w wieku nieprodukcyjnym, to w 2035 roku ich liczba wyniesie będzie 736, a 1070 w 2060 roku. Tak istotne obniżenie proporcji będzie miało istotne skutki dla wzrostu gospodarczego państwa. Prognozy Komisji Europejskiej zakładają, że obniżenie tempa wzrostu gospodarczego, będące m.in. skutkiem kryzysu demograficznego, z ok. 6% w roku 2007 do 1-2,5% po 2020 roku. Starzenie się ludności UE będzie miało istotne negatywne skutki finansowe dla systemów finansów publicznych jak np. wzrost kosztów opieki zdrowotnej i realizowanej opieki nad osobami starszymi. Szacuje się, że koszty opieki zdrowotnej pomiędzy 2007 a 2060 rokiem ulegną podwyższeniu z 4% do 5,4% PKB. Będą rosły także koszty opieki nad osobami starszymi, z 0,4% w roku 2007 do 1,1% w roku 2060. Łączne koszty polityki zdrowotnej i społecznej wzrosną o 2,1% PKB do 2060 roku, co ma równać się ok. 15 mld euro dodatkowych wydatków z budżetu rocznie.

Społeczne skutki procesu starzenia się obywateli to nie tylko problem rosnących kosztów zabezpieczenia społecznego, ale również opieki zdrowotnej i tzw. opieki długoterminowej. W związku ze starzeniem się ludzi wzrośnie zapotrzebowanie na lekarzy geriatrów. Obecnie jest ich w Polsce ok. 300, co w proporcji do ilości ludności stanowi ok. 1/4 średniej europejskiej. Coraz pilniejsza staje się kwestia wprowadzenia w Polsce obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Co ma służyć wsparciu osób wymagających opieki lub pielęgnacji ze względu na swój stan zdrowia.

Karina Kubicka

Bibliografia u autora.

## Jazz dla hospicjum

**Głosy dla hospicjum znowu rozbrzmiały! Szczytny cel, koncert jazzowy oraz prezentacja kalendarza „Hospicjum sztuką życia 2016”. A to wszystko w ramach ogólnopolskiej akcji Voices for Hospices. 11 września Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej oraz Częstochowskie Hospicjum dla Dzieci zaprosiły do wspólnego świętowania w Restauracji Astoria, swoich przyjaciół i darczyńców.**

- Tegoroczna edycja Voices for Hospices rusza pod hasłem „Hidden lives/Hidden patients” – „Ukryte życia/Ukryci pacjenci”. – tłumaczyła w swoim wystąpieniu Anna Kaptacz, prezes Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej.

W centrum zainteresowania znaleźli się pacjenci z ograniczonym dostępem do opieki hospicyjnej m. in. dzieci i bezdomni. – W przypadku naszego hospicjum dostęp do opieki nad dziećmi nie jest utrudniony. Najmłodszy pacjent jest dla nas bardzo ważny, dlatego dojeżdżamy do nich nawet 100 km. – podkreślała prezes. Dodała jednak, że problem ten może nieestety dotyczyć inne istniejące hospicja.

Wieczór uświetnił występ jazzowego zespołu BlackBird. Widownia w czasie koncertu usłyszała kompozycje z ich debiutanckiego albumu, wydanego przez Multikulti. W skład zespołu wchodzi: Michał Walczak – gitara, Frank Parker – perkusja, Paweł Surman – trąbka, Bartek Bednarek – bass i Michał Rorat – piano.

Koncert wzbogacony był przez wspaniałe wizualizacje stworzone przez Bartosza Frączka. Ponadto każdej z części koncertu przyświecał jeden wers z wiersza Wiesława Wyszynskiego. Po koncercie, wszyscy chętni mogli nabyć debiutancki album częstochowskiego zespołu.

BlackBird wspomógł hospicjum nie tylko występując, jako główny punkt niedzielnego wieczoru. Pojawił się również w całym składzie, w wydanym przez Hospicjum kalendarzu „Hospicjum sztuką życia 2016”, którego premiera odbyła się w dzień koncertu charytatywnego.

Kalendarz to wspólne dzieło Hospicjum Częstochowskiego oraz znanych i szanowanych osób. Twarze, które możemy podziwiać na kartach kalendarza to m. in. Anja Rubik, Marcin Gortat i Irena Santor. – Bohaterowie kalendarza bez wahania zgodzili się wesprzeć swoim wizerunkiem szczytny cel, jakim jest pomoc dla Częstochowskiego Hospicjum Dla Dzieci. – mówi Dagmara Jarosiak, pomysłodawczyni projektu i wiceprezes Hospicjum dla Dzieci.

Tegoroczna edycja kalendarza nie powstałaby bez wsparcia darczyńców i przyjaciół Hospicjum. – Istnieją firmy, które od lat wspierają każdą inicjatywę Hospicjum. Z każdą akcją przybywa, jednak chętnych, którzy chcą bezinteresownie pomagać, za co serdecznie dziękujemy. – dodała Dagmara Jarosiak.

Patronat honorowy nad imprezą objął Wojewoda Śląski, Prezydent Miasta Częstochowy i Starosta Częstochowski. ■

Anna Kaptacz  
Izabela Kaptacz

## Egzamin państwowy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa położniczego”

W dniu 23 października 2015 roku w Warszawie odbył się egzamin państwowy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa położniczego” prowadzonego przez Ośrodek Szkoleniowy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Kierownikiem szkolenia specjalizacyjnego była Danuta Laurman-Wierus.

W szkoleniu specjalizacyjnym uczestniczyło i przystąpiło do egzaminu 26 położnych:

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. Boroń Grażyna         | 14. Kotuła Beata         |
| 2. Bról Celina           | 15. Kraszewska Nikola    |
| 3. Dawczyk Małgorzata    | 16. Krej Beata           |
| 4. Duchowicz Dorota      | 17. Krus Halina          |
| 5. Gawrońska Lucyna      | 18. Machnik Barbara      |
| 6. Grzyb Magdalena       | 19. Nemsz-Kita Anna      |
| 7. Hejno Gabriela        | 20. Oziębala Ewa         |
| 8. Herod-Garczyńska Anna | 21. Pidzik Małgorzata    |
| 9. Iwaniuk Barbara       | 22. Rakus Iwona          |
| 10. Jeziorska Wiesława   | 23. Szczypior Beata      |
| 11. Kaczmarczyk Beata    | 24. Ujma Urszula         |
| 12. Kończak Grażyna      | 25. Zaława Marta         |
| 13. Kott Katarzyna       | 26. Żołnowska Małgorzata |

Serdecznie gratulujemy zdanego egzaminu i osiągniętego wyniku zarówno Paniom Specjalistkom jak i Pani Kierownik Danucie Laurman-Wierus. ■

## PODZIĘKOWANIE

**Szanowna Pani Halina Synakiewicz Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Szanowna Redakcjo, Szanowne Koleżanki i Koledzy Pielęgniarki, Pielęgniarze i Położne!**

Pragnę Wszystkim Państwu serdecznie podziękować za wsparcie udzielone mi w czasie kampanii wyborczej, za okazaną solidarność zawodową oraz zwykłą ludzką życzliwość, która przyczyniła się do osiągnięcia przeze mnie wyniku wyborczego, w postaci 2240 oddanych głosów.

Jest to wynik dobry, lecz niestety niewystarczający, by otrzymać mandat poselski. W dobiegającej końca obecnej kadencji sejmowej doliczyłam się zaledwie dwóch posłanek (na 460), będących reprezentantkami naszych zawodów.

Ile nas będzie w następnych kadencjach? – tego nie wiemy. Pozostaje tylko mieć nadzieję, że zawody pielęgniarek i położnych, wraz z naszymi postulatami, doczekają się w przyszłości liczniejszego przedstawicielstwa w Parlamencie.

Jeszcze raz dziękuję za każdy oddany na mnie głos. Życzę dużo satysfakcji z wykonywanej pracy oraz wszelkiej pomyślności w życiu osobistym. ■

Dorota Korzonek



## Oferta kursów i szkoleń planowanych do realizacji w II połowie roku 2015 przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

### KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo internistyczne
2. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
3. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
4. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
5. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
6. Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania
7. Pielęgniarstwo geriatryczne

### KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka
4. Leczenie ran – kurs dla pielęgniarek
5. Leczenie ran – dla położnych
6. Szczepienia ochronne
7. Szczepienia ochronne dla położnych
8. Edukator w cukrzycy
9. Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji
10. Ordynowanie leków i wypisywanie recept

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



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

Z ogromnym żalem i smutkiem zawiadamiamy, że w dniu 9 listopada 2015 roku odeszła od Nas w wieku 54 lat wspaniała

**Koleżanka Pielęgniarka**

**Jolanta Pogoda**

Od dwudziestu ośmiu lat była Pielęgniarką Gminnego Ośrodka Zdrowia w Miedźnie. Zawsze wyróżniała ją wysoki profesjonalizm, była bardzo sumienna, odpowiedzialna i pracowita.

Jola była zawsze uśmiechnięta i optymistycznie nastawiona do życia.

Zawsze mogliśmy liczyć na jej pomoc, nigdy nie odmawiała wsparcia potrzebującym tak w życiu prywatnym jak i zawodowym.

Zawsze była otoczona wspaniałą, kochającą rodziną.

**Kochana Jolu**

byłaś koleżanką, przyjaciółką, świetną pracownicą, ale przede wszystkim człowiekiem wielkiego serca. Będzie nam Ciebie bardzo brakowało, Twojego przyjaznego gestu, słów pocieszenia w trudnych życiowych chwilach, wsparcia i ogromnego ciepła, które od Ciebie zawsze emanowało. Odeszłaś tak szybko, że nie zdążyliśmy się z Tobą pożegnać.

*Odeszłaś, lecz My będziemy Cię pamiętać.  
Pozostaniesz na zawsze w naszych sercach.*

Pełni zadumy nad ulotnością życia, pozostajemy w żalu i łączymy się z Rodziną  
Pielęgniarki i Położne Gminnego Ośrodka Zdrowia w Miedźnie,  
Pielęgniarki i Położne ZOZ Kłobuck  
oraz

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**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**

## PODZIĘKOWANIA

*Najlepsze życzenia, to marzeń spełnienia.  
Bo coś piękniejszego, niż właśnie marzenia...?  
Wiek emerytalny po to jest nam dany,  
By realizować niespełnione plany.  
Więc nie ma co patrzeć na swą kartę zdrowia,  
Tylko żyć i się delectować.  
Brać wszystko co jeszcze do wzięcia zostało  
Póki posłuszeństwa nie odmówi ciało.*



**Pani Gabrieli Krasoń  
Pani Teresie Koślik**

w związku z zakończeniem pracy zawodowej i zasłużonym odejściem na emeryturę, z podziękowaniami za długoletnią, sumienną i pełną poświęceń pracę, codzienny trud, i życzliwość. Wyjątkowe oddanie, rzetelność, cierpliwość, którymi zawsze wyróżniały się w pracy.

Życzenia radości i dobrego zdrowia na dalsze lata składają

Pielęgniarki i Położne Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lublińcu

oraz

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



## 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

Pani

**Anieli Stopa**

na stanowisko Pielęgniarki Przełożonej w ZOZ Kłobuck.

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

## PODZIĘKOWANIA

**„40 lat minęło jak jeden dzień”**

Z okazji przejścia na emeryturę pragniemy złożyć naszej Koleżance



**Wiesławie  
Frączyk**

serdeczne podziękowania za wieloletnią współpracę i przyjaźń.

Życzymy Ci droga Wiesiu pomyślności, zdrowia, pogody ducha oraz wielu radosnych chwil spędzonych w gronie rodzinnym.

Mamy nadzieję, że te 40 lat pracy będziesz wspominać z sentymentem i uśmiechem na twarzy.

Życzenia radości i dobrego zdrowia na dalsze lata składają

Koleżanki i Koledzy z Oddziału Urologii,  
Pielęgniarki i Położne

Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie

oraz

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

*Niechaj zdrowie i wesele zawsze  
w twym życiu gości. Spełniaj  
wszystkie swe marzenia, doznaj  
pełni szczęśliwości.  
Póki posłuszeństwa  
nie odmówi ciało.*



Serdeczne podziękowania

**Pani  
Jadwidze Bartyzel**

w związku z zakończeniem pracy zawodowej i zasłużonym odejściem na emeryturę, z podziękowaniami za długoletnią, sumienną i pełną poświęceń pracę, codzienny trud i życzliwość. Wyjątkowe oddanie, rzetelność, cierpliwość, którymi zawsze wyróżniała się w pracy.

Życzenia radości i dobrego zdrowia na dalsze lata składają Pielęgniarki i Lekarze Oddziału Chirurgii Urazowo Ortopedycznej w Myszkowie

oraz

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



**Sprostowanie:**

*W ostatnim numerze Biuletynu informacyjnego ISSN 1234-0049 Październik 2015 r.  
w artykule dotyczącym gratulacji podano błędne nazwisko.*

*Redakcja serdecznie przeprasza.*

*Poniżej został zamieszczony prawidłowy tekst gratulacji:*

**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**



**Pani**

**Barbary Przybylskiej**

na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału  
Pediatricznego w ZOZ Kłobuck:

**Halina Synakiewicz**

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

# **Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych**

ul. Pułaskiego 25, 42-200 Częstochowa

## **GODZINY PRACY BIURA**

Przewodnicząca OR	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 408
Sekretarz OR	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 409
Sekretariat	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 410
Biblioteka		
Ośrodek szkoleniowy	pn-śr 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup> , czw-pt 7 <sup>30</sup> -16 <sup>30</sup>	p. 407
Prawo wykonywania zawodu		
Kasa	pn-czw 8 <sup>00</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 405
Skarbnik	Środa 11 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup> , Piątek 15 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup>	p. 405
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	I i III środa miesiąca 15 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup>	p. 404
Księgowość	pn-pt 7 <sup>00</sup> -13 <sup>00</sup>	p. 406
Radca Prawny	pn 8 <sup>30</sup> -9 <sup>30</sup> i śr 14 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>	p. 404

*Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.*

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



# Egzamin państwowy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa położniczego”

Warszawa, 23 października 2015 rok.





Ogólnopolska akcja Voices for Hospices  
pod hasłem

# „Hidden lives/Hidden patients” - „Ukryte życia/Ukryci pacjenci”

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej  
oraz Częstochowskie Hospicjum dla Dzieci  
Częstochowa, 11 września 2015 rok.

