

MIESIĘCZNIK

# BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



*Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej  
Teatr im. A. Mickiewicza w Częstochowie*

**MAJ 2010r**

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. M. KOPERNIKA 38



*Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej  
Teatr im. A. Mickiewicza w Częstochowie*



## W NUMERZE:

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek i Położnych	1
Historia pielęgniarstwa	3
Konferencje	4
Uchwały Prezydium	5
Kalendarium	5
Ministerstwo Zdrowia	6
Stanowisko PAN	8
Opinia w/s raportów pielęgniarskich	11
Opinie prawne	13
Debata w Belwederze	16
<b>Prace autorskie:</b>	
<i>Technika wykonania testów skórnych</i>	17
<i>Badanie endoskopowe tchawicy i oskrzeli</i>	18
Informacje	20

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

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

**Adres Redakcji:**

Siedziba Biura OiPiP w Częstochowie  
Ul. Kopernika 38  
Tel./fax 034-324-51-12, 034-361-30-18  
0-503-008-946

**Ośrodek szkoleniowy:**

tel. 519 86 21 86

sekretariat@oipip.czest.pl

www.oipip.czest.pl

**MILLENIUM BANK**

nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

**Redakcja:**

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora

Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Piąza

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

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

**Skład i druk:**

„BiRaKo”

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



## 12 maja - Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki Florence Nightingale



Postać Florence Nightingale jest ogólnie znana i stała się w historii symbolem poświęcenia i nowoczesnego pielęgniarstwa. Tak przynajmniej jest powszechnie postrzegana. Florence Nightingale urodziła się 12 maja 1820 roku we Florencji, w zamożnej, arystokratycznej rodzinie angielskiej. Otrzymała wszechstronne wykształcenie: studiowała starożytność, biegle władała czterema językami. W wieku 25 lat wprawiła rodziców w przerażenie, prosząc o zgodę na naukę pielęgniarstwa w szpitalu w Salisbury.

Nieprzychylność rodziców była zrozumiała: w tamtych czasach pielęgniarstwem trudniły się (nie licząc zakonnic) głównie kobiety z marginesu społecznego. Warunki pracy były zaś tak ciężkie, że angielskie sądy chętnie zamieniały karę więzienia na pracę w szpitalu. Pierwszy punkt ówczesnego regulaminu szpitalnego dla pielęgniarek pouczał: "Zabrania się wyrzucania przez okna kości i łachmanów (...)". Rodzice Florence, załamani decyzją córki, starali się wszelkimi sposobami wpłynąć na zmianę jej planów. Wysłali ją w długą podróż po Europie. Jednak okazało się to tylko sprzyjające dla jej dążeń, ponieważ mogła zapoznać się z systemem świadczenia opieki zdrowotnej w Niemczech, Włoszech i Francji. W 1850 r. z trudem zdobywa zgodę matki na odbycie w Kaiserswerth nad Renem (Niemcy) 4-miesięcznego kursu pielęgniarstwa, w szpitalu pastora Teodora Fliedenra. Potem doskonalili umiejętności, praktykując w kilku szpitalach w Paryżu. W 1852 r., po siedmiu latach wytrwałego przełamывania oporu rodziców, uzyskuje w końcu ich zgodę na samodzielne decydowanie o swoim życiu. Rezygnuje z małżeństwa z ukochanym mężczyzną (ostatni list od niego nosiła przy sobie do końca życia) i zostaje przełożoną zakładu dla chorych dam z towarzystwa.

W 1854 r., gdy wybuchła wojna krymska, w której brali udział Anglicy, a z frontu napływały wieści o skrajnie złych warunkach panujących w angielskich szpitalach polowych, F. Nightingale za własne pieniądze zakupuje potrzebne leki i środki opatrunkowe, zbiera 38 ochotniczek i wsparta oficjalną nominacją ministra wojny, udaje się na front. W przepełnionym szpitalu w Skutari zastaje chaos organizacyjny, brud, epidemie tyfusu i dyzenterii oraz szkorbut. Ranni żołnierze, odziani w brudne i zakrwawione mundury, leżą tuż obok zakaźnie chorych. Śmiertelność sięga 42%. Odkryła, że ranni żołnierze umierają nie tylko z powodu obrażeń, lecz także na skutek szoku pourazowego, że potrzebują nie tylko leczenia, ale i opieki. W ciągu 2 miesięcy Florence poprawiła warunki sanitarne, zorganizowała kuchnię i pralnię szpitalną co noc osobiście obchodziła każdą salę. Efektem tych starań było zmniejszenie śmiertelności do 2%. W 1856 r. powróciła do Anglii jako

bohaterka narodowa. Wdzięczni żołnierze i ich rodziny, przy hojnym wsparciu reszty społeczeństwa, zebrali fundusze, dzięki którym w 1860 r. F. Nightingale mogła założyć pierwszą świecką szkołę pielęgniarek, przy Szpitalu św. Tomasa w Londynie. Nie kierowała nią osobiście, ale czuwała, by kształcenie odbywało się ściśle wg jej zaleceń i programu. Dwie najważniejsze zasady funkcjonowania szkoły brzmiały:

1. Pielęgniarki powinny być technicznie wyszkolone w specjalnie do tego celu zorganizowanych szpitalach.
2. Pielęgniarki powinny mieszkać w internatach, aby można było czuwać nad ich moralnością i karnością.

Przez wiele lat szkoła nie wydawała absolwentkom żadnych świadectw, a jedynie zapisywano ich nazwiska w specjalnym wykazie. Zdaniem F. Nightingale, miało to - "w razie złego prowadzenia się" - zapobiegać nadużywaniu dyplomu.

Stale nadzorując pracę szkoły, F. Nightingale opracowuje kilka projektów reformy wojskowej służby zdrowia, uczestniczy w działalności Królewskiej Komisji, pracującej m.in. nad rozwiązywaniem problemów sanitarnych Indii. Jako kobieta nie mogła oficjalnie być członkiem tej komisji, ale jej rad zawsze pilnie wysłuchiowano. W 1904 r. nadano jej tytuł "Lady of Grace" orderu św. Jana Jerozolimskiego, a w 1907 r. najwyższe odznaczenie - Order Zasługi "of Merit". Umiera 13 sierpnia 1910 roku, w wieku 90 lat, otoczona powszechnym szacunkiem i uznaniem.

W 1912 r. Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża ustanowił Medal im. Florence Nightingale. To najwyższe i najbardziej zaszczytne odznaczenie pielęgniarstwa jest przyznawane co 2 lata za wybitną działalność zawodową i humanitarną, bohaterską postawę w czasie działań wojennych i klęsk żywiołowych, a także za szczególne zasługi organizacyjne. Podstawowe osiągnięcia Nightingale:

- Inicjowanie kształcenia zawodowego pielęgniarek- założenie pierwszej szkoły zawodowej pielęgniarstwa,
- Stworzenie podstaw nauki o pielęgnowaniu- przedstawienie relacji przyczynowo-skutkowych, np. pomiędzy warunkami bytowania człowieka, a stanem jego zdrowia z wykorzystaniem wymiernych wskaźników (wskaźnik śmiertelności),
- Określenie wizerunku pielęgniarki- charakteryzowanie pielęgniarki poprzez pryzmat następujących cech: skromna, dobra, mądra, punktualna, budząca zaufanie.
- Zdefiniowanie istoty pielęgnowania- „pomaganie choremu w tym, aby mógł żyć lepiej”

Wpływ poglądów F. Nightingale na współczesne pielęgnowanie wyraża się poprzez:

- Kontynuowanie na całym świecie poglądów Florence dotyczących funkcjonowania człowieka w pielęgniarstwie oraz w zakresie epidemiologii, ekologii.
- Ustanowienie dnia urodzin F. Nightingale - 12 maja- Międzynarodowym Dniem Pielęgniarki,
- Powołanie Międzynarodowej Fundacji im. F. Nightingale,
- Wyróżnienie zasłużonych pielęgniarek Medalem F. Nightingale. Ustanowienie symbolu pielęgniarstwa - Lampka Nightingale. ■

Autor - Izabela Kwečka

## **8 maja - Międzynarodowy Dzień Położnej Stanisława Leszczyńska**

Stanisława Leszczyńska urodziła się w Łodzi 8 maja 1896r. Była córką Jana i Henryki Zambrzyckich. Jej ojciec trudnił się zajęciami stolarskimi, a matka pracowała w fabryce. W roku 1908 Stanisława wyjechała wraz z całą rodziną do Rio de Janeiro, gdzie mieszkała jej bliska krewna ze strony matki. Do kraju powróciła w 1910, podejmując przerwana wyjazdem naukę w progimnazjum, które ukończyła w roku 1914. W czasie I wojny światowej pracowała w Komitecie Niesienia Pomocy Biednym.



17 października 1916 poślubiła Henryka Leszczyńskiego, drukarza, z którym miała później czwórkę dzieci: córkę Sylwię i synów: Bronisława, Stanisława i Henryka. W 1920 przeniosła się do Warszawy, gdzie zaczęła naukę w Szkole Położniczej, kończąc ją z wyróżnieniem w roku 1922. Po ukończeniu szkoły powróciła do Łodzi, podjęła pracę jako położna w łódzkim getcie, przez co trafiła do Oświęcimia.

20 lutego 1943 roku Stanisława Leszczyńska wraz z córką Sylwią została aresztowana przez Gestapo. Dwaj jej synowie - Stanisław i Henryk - przebywali już w obozie koncentracyjnym Mauthausen-Gusen. Mąż zginął później w czasie Powstania Warszawskiego trafiony w brzuch odłamkiem pocisku. Dwa miesiące od momentu aresztowania, dnia 17 kwietnia 1943, Stanisława Leszczyńska razem z córką została przewieziona do obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu-Brzezince, gdzie oznaczono ją numerem obozowym 41335.

W swoim „Raportie położnej z Oświęcimia” oraz w życiorysie napisanym kilka miesięcy przed śmiercią, wspomina: „Wychowałam się w trudnych warunkach, gdyż ojciec został zabrany do wojska, a matka pracowała w łódzkiej fabryce, przebywając czternaście godzin poza domem. Przez trzydzieści osiem lat pracowałam jako położna, z tego dwa lata w Oświęcimiu-Brzezince. W napływających transportach więźniów wiele było kobiet ciężarnych. Pracowałam dzień i noc w najokropniejszych warunkach, gdzie pełno było brudu, robactwa i chorób zakaźnych. Brak było wody do obmycia matki i noworodka.

Nie było materiałów opatrunkowych ani leków. Porody odbywały się na zbudowanym z cegieł piecu w kształcie kanału. Kobiety leżały na gołych deskach, których ostre kany odgniaty ciało. Bardzo kochałam małe dzieci. Pracowałam z modlitwą na ustach, dlatego nie miałam żadnego przypadku zakażenia. Wszystkie groźne sytuacje kończyły się zawsze szczęśliwie. Odebrałam ponad trzy tysiące porodów - obóz przeżyło tylko trzydzieścioro dzieci”. Jej wielkość polega na tym, że ludziom skazanym na zagładę, wtrąconym na dno nędzy i poniżenia, przywracała człowieczeństwo. Nie żyła dla siebie; oddała siebie na służbę matce i dziecku bez reszty, nie myśląc o osobistym szczęściu, do którego każdy człowiek ma prawo. Z odwagą i męstwem szła przez życie pełna poświęcenia, bolejąca nad nędzą ludzką i dolą sierot. Więźniarki oświęcimskie nadały jej najpiękniejsze imię - Matka. Janina Węgierska, wspomina: „Liczyła każdą chwilę, aby jej nie zmarnować. Od rana do nocy miała ręce pełne

roboty. Dla chorych miała zawsze uśmiech na twarzy, życzliwe słowo, czułe spojrzenie. To człowiek o wielkim sercu, kryształowym charakterze, pełna dobroci i litości”.

Kiedy w bloku, gdzie przebywały chore więźniarki, zachorowała ciężko zawodowa położna, Schwestern Klara, Niemka zabijająca rodzące się tam dzieci, pani Stanisława zastąpiła drogę obozowemu lekarzowi, prosząc o powierzenie jej funkcji położnej. Zaryzykowała życie, gdyż taki gest odwagi mógł się skończyć tragicznie. Chyba tylko zaskoczeniu SS-mana należy przypisać jego decyzję pozostawienia pani Leszczyńskiej w tak zwanym rewirze, czyli „izbie chorych”. W kilka dni później stanęła przed obliczem osławionego doktora Mengele, który polecił jej, by wszystkie dzieci natychmiast po urodzeniu zabijała, tak jak czyniła to poprzednia położna Schwestern Klara i jej pomocnica, niemiecka prostytutka Schwestern Pfani.

Topiły one nowo narodzone dzieci w beczce. Po każdym porodzie, z pokoju tych kobiet dochodził do uszu matek głośny bulgot i plusk wody. Wkrótce potem matka mogła ujrzyć ciało swego dziecka wyrzucone przed blok i szarpane przez szczury. Doktor Mengele ostrzegł panią Stanisławę, że za niewykonanie rozkazu czeka ją śmierć.

Stanisława Leszczyńska gotowa była jednak umrzeć w obronie życia dziecka. - Nie, nigdy. Nie wolno zabijać dzieci! - odpowiedziała po niemiecku. Do drżących z niepokoju matek mówiła: Nigdy nie wykonam ich rozkazu, dla maleńkich niewiniątek nie będę Herodem, nigdy! I udało się. Nikt nie doniósł Niemcom. Ponad trzy tysiące razy krzyk nowo narodzonego dziecka obwieszczał światu, że pani Stanisława Leszczyńska nie wykonała rozkazu. „. Położną obozową pozostała do końca, do dnia 26 stycznia 1945 r, w którym to dniu obóz został wyzwolony. Teren obozu opuściła wraz z córką 2 lutego 1945 r. Pierwsze swoje kroki skierowała do kościoła w Oświęcimiu, gdzie przyjęła sakramenty święte.

Po szczęśliwym powrocie synów, Stanisława zamieszkała w Łodzi i podjęła pracę położnej. Każdy poród, który odbierała był omodlony, do modlitwy zachęcała również rodzącą matkę. W 1973 r. pogorszył się stan zdrowia Stanisławy Leszczyńskiej. Podczas choroby codziennie przyjmowała Komunię Św., co łagodziło jej cierpienia. Chorobę znosiła tak jak żyła - odważnie i godnie. Zmarła 11 marca 1974 r w wieku 78 lat. Na pogrzebie przemawiał ks. biskup Jan Kulik. Powiedział on, że treścią jej życia była służba ludziom. Jak Ojciec Kolbe poświęcił życie za jednego więźnia, tak ona tysiące razy za każde nowo narodzone dziecko. Pogrzeb odbył się na cmentarzu św. Rocha na Radogoszczy w Łodzi.

Przykład jej życia pójdzie w świat, docierać będzie do ludzi, którzy nie wiedzą lub wiedzieć nie chcą, jaką wartością jest życie ludzkie, zwłaszcza nienarodzone. Ona za drutami kolczastymi, gdzie wydano wyrok śmierci na dzieci, stanęła w ich obronie jako „niewiasta mężna”, „służebnica Boga”. Jej „Raport położnej z Oświęcimia” Alina Nowak przerobiła na „Oratorium oświęcimskie”. To wstrząsający dokument o losie matek i dzieci urodzonych w obozie. Wielkie memento, które wstrząsnąć musi sumieniem wszystkich ludzi, aby poznali, że trzeba ratować każde życie ludzkie, bronić praw bezbronnych dzieci, zachować człowieczeństwo w najbardziej groźnych sytuacjach życiowych. Alina Nowak, autorka wspomnień pt. „Była dla nas matką”, tak pisze: „Słów Leszczyńskiej - nigdy nie wolno zabijać dzieci - nie mogą nie słyszeć matki ciężarne, pracownicy służby zdrowia, przedstawiciele prawa, nawet duchowni. Jeżeli epoka nie usłyszy tych słów i nie zrozumie ich treści, zginie”. Dziś, w przyszłości i zawsze zwyciężyć musi człowiek i to, co w nim jest najlepsze. ■

Autor- Joanna Kwečka



## Historia pielęgniarstwa na świecie i w Polsce

Korzenie pielęgniarstwa sięgają zarania dziejów. Człowiek od zawsze opiekował się swoim potomstwem oraz chorymi. Czynności te od samego początku związane są z kobietami. Przygotowując pożywienie poznawały jednocześnie rośliny i ich różne właściwości, a zdobytą wiedzę przekazywały następnym pokoleniom.<sup>1</sup> Wraz z rozwojem możliwości o charakterze stricte leczniczym- lecznictwo stopniowo stawało się domeną mężczyzn. Byli to czarownicy oraz szamani.<sup>2</sup>

Starożytność jest okresem, w którym leczenie i pielęgnowanie odbywało się w warunkach domowych. Kobiety przekazywały sobie wiedzę na ten temat z pokolenia na pokolenie. W wielu księgach religijnych z tego okresu można odnaleźć instrukcje co do prawidłowego dbania o zdrowie.

W starożytnych Indiach funkcjonowały pierwsze szpitale, w których pracowali zarówno lekarze jak i pielęgniarze. Pielęgniarze opiekowali się chorymi oraz wypełniali wszystkie zalecenia wydane przez lekarza.<sup>3</sup> Dobierani oni byli pod względem moralnym, a także przygotowywano ich do wykonywania przyszłych zadań. Odnaleziono też zapiski w świętej księdze dla Hindusów z tego okresu, w której zwracano uwagę jak ważna jest dla zdrowia pielęgnacja.<sup>4</sup> Z kolei w Grecji funkcję szpitala spełniały świątynie boga Asklepiosa. Chorymi, którzy przybyli do tych świątyń pielęgnowały kapłanki. W późniejszym okresie czasu powstały jatrejony. Prowadzone były przez lekarzy i pełniły one funkcję przychodni.<sup>5</sup>

W starożytnym Rzymie przed nastaniem chrześcijaństwa w szpitalach czynności pielęgnacyjne wykonywali odpowiednio dobrani niewolnicy. Następnie czynności te przejęli między innymi chrześcijanie. Dużą rolę odegrały też patrycjuszki oraz różne zgromadzenia o charakterze religijno-opiekuńczym.<sup>6</sup>

W średniowieczu czynności opiekuńczo-pielęgnacyjne wykonywały kobiety. Znały się one zarówno na ziołach jak i innych specyfikach leczniczych, a także wykonywały nieskomplikowane zabiegi chirurgiczne. Tak jak i w starożytności kobiety przekazywały całą swoją wiedzę i doświadczenie córkom.<sup>7</sup> Jest to też okres działalności Kościoła. W 529 roku powstał pierwszy klasztor założony przez Św. Benedykta, w którym to zakonnicy opiekowali się chorymi. Praktyka ta została przyjęta przez inne zakony i została upowszechniona. Powstawały też szpitale prowadzone przez zakonników, lecz miały one bardziej charakter przytułków ze względu na brak wykwalifikowanej kadry mogącej udzielić profesjonalnej pomocy.<sup>8</sup>

Od XVI do połowy XIX wieku poziom opieki nad chorymi w szpitalach drastycznie się pogorszył. Konsekwencją reformacji było odejście zakonników i zakonnic ze szpitali. Na ich miejscu zatrudniano kobiety oraz mężczyzn z niższych warstw społecznych. Byli to ludzie nie posiadający odpowiedniej wiedzy, doświadczenia ani żadnego przygotowania do takiej pracy.<sup>9</sup> W krajach protestanckich pielęgniarstwo powróciło w roku 1836, gdy pastor T. Fliedner otworzył szkołę dla Diakonów. Nowo otwarta szkoła pozwalała zdobyć nie tylko wiedzę teoretyczną, ale również praktyczną.

Dopiero na przełomie XIX i XX wieku powstało profesjonalne pielęgniarstwo. Na jego powstanie w sposób sformalizowany miały wpływ: przemiany społeczno-polityczne, wojny, konflikty oraz wzrost wiedzy z zakresu biologii i medycyny.<sup>11</sup>

Szczegółne zasługi dla rozwoju pielęgniarstwa wniosła Angielka Florence Nightingale. Podniosła ona z upadku pielęgniarstwo, którym w owym czasie nie chciała zajmować

się żadna kobieta z porządnej rodziny. Dla F. Nightingale pielęgniarstwo nie było tylko zawodem lecz przede wszystkim powołaniem. W 1860 roku założyła pierwszą świecką szkołę pielęgniarstwa, która stała się przykładem i inspiracją dla wielu innych. Zlokalizowana ona była przy szpitalu św. Tomasza w Londynie. „F. Nightingale przywiązywała dużą wagę do:

1. Doboru kandydatek pod względem charakteru i wieku.
2. Zapewnienia takiego programu i warunków kształcenia, które umożliwiałyby równocześnie nabywanie wiedzy, opanowywanie koniecznych umiejętności i kształtowanie charakteru moralnego.<sup>12</sup>

Florence Nightingale stała się wzorem dla wielu kobiet. Zaczęły się one domagać równych praw w społeczeństwie. Zapoczątkowany przez nią ruch reformatorski w przeciągu 50 lat objął cały świat.<sup>13</sup>

Kolejną ważną postacią dla rozwoju pielęgniarstwa był Henryk Dunant. Z jego inicjatywy w 1864 roku powstała organizacja o charakterze międzynarodowym- Czerwony Krzyż. Misją Czerwonego Krzyża stało się niesienie pomocy rannym w krajach ogarniętych wojną, kataklizmami, utrzymanie pokoju oraz organizowanie niezależnych szkół pielęgniarstwa. Organizacja ta w 1912 roku ustanowiła honorowy medal dla pielęgniarek i sanitariuszek im. Florence Nightingale w uznaniu ich zasług.<sup>14</sup>

Organizacją, która wniosła duży wkład w rozwój pielęgniarstwa jest Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) ustanowiona w 1899 roku z inicjatywy B. Fenwick. ICN pomagało w tworzeniu krajowych jak i międzynarodowych stowarzyszeń pielęgniarstwa. Pracowało nad ujednoliceniem systemu kształcenia, ustalało zasady etyki zawodowej, podniesieniem statusu zawodowego pielęgniarki a także służyło wymianie doświadczeń zawodowych.<sup>15</sup>

W okresie tych przemian, terytorium Polski było podzielone między Rosję, Austrię oraz Prusy. Pierwsza szkoła pielęgniarstwa powstała w zaborze austriackim, a konkretniej w Krakowie w 1911 roku. Po odzyskaniu niepodległości w 1918 roku Polska potrzebowała wykwalifikowanej kadry, która zapewniłaby odpowiednią opiekę zdrowotną. W przezwyciężeniu tych braków pomógł Amerykański Czerwony Krzyż, który przysłał wsparcie w postaci wykwalifikowanych pielęgniarek oraz lekarzy. Zaczęto organizować kształcenie i doskonalenie pielęgniarek na ogólnie przyjętym poziomie. Uczono opieki nad chorym zarówno na terenie szpitala jak i w środowisku domowym, a także w miejscu pracy oraz w zakresie zdrowia publicznego. Przy pomocy społeczeństwa, władzy i pomocy z zewnątrz otwierano nowe szpitale, unowocześniano stare placówki oraz organizowano od podstaw ochronę zdrowia. Pielęgniarki miały możliwość wyjazdu na stypendia zagraniczne ufundowane przez Fundację Rockefellera. Lata 1918-1939 są okresem intensywnego rozwoju pielęgniarstwa. Powstawały wtedy ośrodki zdrowia, utworzono aż 9 szkół kształcących pielęgniarki. Kadra kierownicza tych szkół pochodziła ze Stanów Zjednoczonych.<sup>16</sup>

21 lipca 1921 roku utworzono w Poznaniu Wyższą Szkołę Pielęgniarek i Higienistek. Pomysłodawcą powołania szkoły był okręg Wielkopolskiego PCK. Dyrektorką została Ita MacDonell. Szkoła na początku działała w prywatnym domu, dopiero w 1938 roku została przeniesiona. 29 października 1921 roku rozpoczęła działalność Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa. Ważną rolę odegrała tutaj Zofia Szlenkier, która była jedną z inicjatorek powstania szkoły. Zastąpiła ona w późniejszym czasie Helen Lilian Bridge na stanowisku dyrektora. Pełniła tę funkcję przez 8 lat. Następnie powstała Szkoła Pielęgniarek przy Szpitalu Starozakonnym w Warszawie (8 lipca 1923 roku). Została ufundowana przez Stowarzyszenie Dobroczynne



Pomocy Żydom. Pierwszą dyrektorką została Amelia Greenwald. Szkoła podczas okupacji została przeniesiona do getta. W grudniu 1925 roku powstała Uniwersytecka Szkoła Pielęgniarek i Opiekunek Zdrowia w Krakowie. Założycielką jak i dyrektorką była Maria Epstein. Poziom nauczania w polskich szkołach pielęgniarstwa był wysoki. Posiadały one własną bazę lokalową, a zajęcia prowadziły wykształcone pielęgniarki z dużym doświadczeniem, przykładano uwagę na praktykę w szpitalach.<sup>17</sup>

Absolwentki pierwszych szkół pielęgniarstwa zainicjowały powstanie Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych (PSPZ) 3 kwietnia 1925 roku. Funkcjonowało ono jednocześnie jako związek zawodowy. Stowarzyszenie zrzeszało 70 pielęgniarek dyplomowanych z 75. Parę miesięcy później na Kongresie w Helsinkach PSPZ zostało przyjęte do Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN).<sup>18</sup>

Bardzo ważnym krokiem w celu uregulowania pozycji prawnej pielęgniarek było utworzenie komitetu, który miał się zająć przygotowaniem ustawy o pielęgniarstwie. Komitetowi temu przewodziły pielęgniarki: Maria Babicka -Zachertowa, Helena Nagórska, Zofia Zawadzka - Leśniewska i lekarz dr Cz. Wroczyński. Ukoronowaniem ich pracy była ustawa uchwalona 21 lutego 1935. Pielęgniarstwo uzyskało podstawy prawne jako zawód, określono zakres obowiązków i uprawnień.<sup>19</sup>

Okres rozwoju pielęgniarstwa został przerwany wybuchem wojny w 1939r. Pielęgniarki niosły pomoc rannej ludności cywilnej, powstańcom, żołnierzom, więźniom. Podczas niesienia pomocy w czasie wojny zginęło 30% ogólnej liczby pielęgniarek. W czasie okupacji działały tylko dwie szkoły kształcące pielęgniarki: Warszawska Szkoła Pielęgniarska oraz szkoła Sióstr Miłosierdzia, w której pobierać nauki mogły tylko zakonnice. Działalność reszty szkół została zawieszona. Powojenna Polska posiadała niewielkie kadry lekarskie i pielęgniarstwa. Potrzeby społeczeństwa w zakresie opieki medycznej przewyższały możliwości zapewnienia ich. W 1949 założono w Warszawie Ośrodek Szkolenia Instruktorów Pielęgniarstwa. Pielęgniarki w nowym systemie były prześladowane za swoją przeszłość polityczną, aktywne działanie w Armii Krajowej, czy też za swoje przekonania. Po objęciu władzy przez Władysława Gomułkę sytuacja polityczna

pozwoliła na utworzenie Komitetu Organizacyjnego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Towarzystwo nie mogło wprowadzać zmian ani zasad funkcjonowania. Miało charakter reprezentacyjny, przedstawiało opinie publicznej potrzeby oraz poglądy środowiska pielęgniarstwa. PTP wraz z Sekcją Pielęgniarek ZZ PSZ doprowadziło do utworzenia Ośrodka Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych, a następnie do utworzenia Studium Pielęgniarstwa na Akademii Medycznej w Lublinie. Towarzystwo działało bardzo aktywnie do roku 1999 kiedy zostało pozbawione siedziby. Pomimo trudności PTP doprowadziło do powołania Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego przy Ministerstwie Zdrowia. Od 2003 roku aby wykonywać zawód pielęgniarki należy ukończyć Akademię Medyczną lub Wyższą Szkołę Zawodową. W 2005 roku PTP zostało przekształcone w instytucję pożytku publicznego.<sup>20</sup> ■

<sup>1</sup> Red. J. Bogusz, Encyklopedia dla pielęgniarek, Warszawa 1990, 363

<sup>2</sup> Red. K. Zahradniczek, Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych, Warszawa 2004

<sup>3</sup> Tamże.

<sup>4</sup> Red. J. Bogusz, Encyklopedia dla pielęgniarek, Warszawa 1990

<sup>5</sup> Red. K. Zahradniczek, Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych, wyd. PZWL, Warszawa 2004

<sup>6</sup> Red. J. Bogusz, Encyklopedia... op. cit.

<sup>7</sup> Red. K. Zahradniczek, Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych, wyd. PZWL, Warszawa 2004

<sup>8</sup> Red. J. Bogusz, Encyklopedia... op. cit.

<sup>9</sup> Red. K. Zahradniczek, Pielęgniarstwo... op. cit.

<sup>10</sup> Red. J. Bogusz, Encyklopedia... op. cit.

<sup>11</sup> K. Wolska-Lipiec, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie na tle historycznym. Praca poglądowa, 2007, tom 15, zeszyt nr 2,3

<sup>12</sup> Pod. Red. K. Zahradniczek, Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych. Tom I, wyd. PZWL, Warszawa 2004, str. 43

<sup>13</sup> K. Wolska-Lipiec, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie na tle historycznym

<sup>14</sup> Tamże.

<sup>15</sup> K. Wolska-Lipiec, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie na tle historycznym. Praca poglądowa, 2007, tom 15, zeszyt nr 2,3

<sup>16</sup> J. Górąjek-Jóźwik, Kalendarium pielęgniarstwa polskiego, wyd. OWO, Warszawa 1998

<sup>17</sup> J. Wrońska, Polskie Pielęgniarstwo 1921-1939, Wyd. Norbertinum, 1991

<sup>18</sup> K. Wolska-Lipiec, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie na tle historycznym. Praca poglądowa, 2007, tom 15, zeszyt nr 2,3

<sup>19</sup> Tamże.

<sup>20</sup> K. Wolska-Lipiec, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie na tle historycznym. Praca poglądowa, 2007, tom 15, zeszyt nr 2,3



## Notatka z konferencji

W dniu 7 kwietnia 2010 roku, z okazji Światowego Dnia Zdrowia w Sali Sejmu Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach odbyła się konferencja „Nauka, Ekonomia a Medycyna”. Na konferencję zaproszono: Panią Halinę Synakiewicz - Przewodniczącą Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, Panią Mariolę Bartusek -Przewodniczącą Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach oraz Panią Bernadettę Tetlak- Przewodniczącą Beskidzkiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bielsku Białym.

Uroczystego otwarcia konferencji dokonał Marszałek Województwa Śląskiego -Bogusław Śmigielski, który również wręczył wyróżnionym odznaki honorowe. Z terenu miasta Częstochowy wyróżnienie otrzymała Pani Dyrektor Wojewódzkiego Zakładu Opieki Zdrowotnej nad Matką, Dzieckiem i Młodzieżą- Pani Małgorzata Lemańska.

Po wręczeniu odznak honorowych wystąpił Chór Accordare Kolegium Nauczycielskiego w Bytomiu oraz swój repertuar

zaprezentował Marcin Wyrostek - laureat konkursu „Mam talent”. Przepiękną grą na akordeonie Pan Marcin zachwycił wszystkich zebranych - kilkakrotnie „bisował”.

Po części artystycznej głos zabrał Pan Mariusz Kleszczewski - Członek Zarządu Województwa Śląskiego, który zaprezentował „Kierunki restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest Województwo Śląskie na lata 2009-2013”. Jako przykład restrukturyzacji szpitali podał Wojewódzki Szpital Specjalistyczny oraz Wojewódzki Szpital Zespolony w Częstochowie.

Kolejnymi wspaniałymi wykładowcami byli:

- 1) Prof.dr hab. n. med. Marian Zembala - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Transplantologii Klinicznej oraz Prof. dr hab. n. med. Leszek Pączek - Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego - przedstawili wykład na temat „Miejsca medycyny, farmacji i nauk bio-inżynierskich w rozwoju nauki w Polsce”



- 2) Prof. dr hab. n. med. Lech Poloński - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Kardiologii - przedstawił wykład na temat „Jak poprawić wyniki leczenia chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi”
- 3) Prof. nadzw. SUM dr hab. n. med. Anita Olejek - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii - zaprezentowała wykład na temat „Położnictwo i ginekologia-wczoraj, dziś i jutro”
- 4) Prof. dr hab. n. med. Bogusław Maciejewski - Dyrektor Centrum Onkologii -Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach - przedstawił wykład na temat „Perspektywy teragnostycznej onkologii w województwie śląskim”
- 5) Prof. dr hab. n. med. Andrzej Więcek - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Nefrologii - tematem Jego wykładu były „Nowe trendy w diagnostyce i leczeniu chorób nerek”
- 6) Dr n. med. Bogdan Koczy - Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich - przedstawił „Nowe techniki leczenia choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego”

- 7) Prof. dr hab. n. med. Edward Wylęgała - Przewodniczący Stowarzyszenia Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia w Katowicach - zaprezentował wykład na temat „Kamieni miłowych, które zmieniły obraz okulistyki w ostatnim dziesięcioleciu”
- 8) Prof. A.E. dr hab. Aldona Frączkiewicz-Wronka - Akademia Ekonomiczna im. Karola Adamieckiego w Katowicach - przedstawiła wykład na temat „Przywództwa w śląskich szpitalach”

Wszystkie wykłady były bardzo interesujące, oparte na bardzo bogatej wiedzy i doświadczeniu wspaniałej kadry profesorskiej. ■

Notatkę sporządziła  
Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca ORPiP

## Uchwały Prezydium



### Podjęte uchwały podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 22 kwietnia 2010 roku

- > Zakwalifikowano na dofinansowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych jedną pielęgniarkę na kurs specjalistyczny „Wykonanie konikopunkcji i odbarczenie odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego”
- > Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, postanowiono wydać:
  - 1680,00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla siedmiu pielęgniarek z zakresu kursu specjalistycznego „Endoskopii”,
  - 600.00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla jednej pielęgniarki za studia magisterskie - pielęgniarstwo.
- > Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla trzech pielęgniarek na łączną kwotę 6000,00 zł

- > Wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie trzy pielęgniarki.
- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki
- > Skreślono z rejestru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- > Wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony jednej pielęgniarki.
- > Skierowano jedną pielęgniarkę na konferencję szkoleniową dla kadry zarządzającej Domów Pomocy Społecznej nt. „Zachowania seksualne mieszkańców Domów Pomocy Społecznej”.
- > Wpisano do rejestru dwa podmioty prowadzące kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych z zakresu:
  - kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo opieki paliatywnej” - program przeznaczony dla pielęgniarek,
  - kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo rodzinne” - program przeznaczony dla położnych. ■

## KALENDARIUM od 01.04.2010 roku do 30.04.2010 roku



- 07.04.2010r.** Przewodnicząca ORPiP na zaproszenie Marszałka Województwa Śląskiego uczestniczyła w konferencji „Nauka, ekonomia a Medycyna”. Konferencja odbyła się w Katowicach z okazji Światowego Dnia Zdrowia.
- 12.04.2010r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w postępowaniu konkursowym na stanowisko ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla dorosłych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie.

- 14.04.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się nieodpłatne szkolenie z zakresu komunikacji interpersonalnej, mobbingu i dyskryminacji oraz radzenia sobie ze stresem. W szkoleniu uczestniczyły 22 osoby.
- 14.04.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Zespołu ds. Opieki Długoterminowej. Zespół pracował nad bieżącymi sprawami. Wypracowane stanowisko zostało przesłane do NIPiP w Warszawie.





- 15.04.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się nieodpłatne szkolenie nt. „Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarki”. W szkoleniu uczestniczyły 22 osoby.
- 19.04.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Pozytywnie zaopiniowano cztery wnioski.
- 19.04.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie Przewodniczącej ORPiP z Pielęgniarkami Naczelnymi i Przełożonymi lecznictwa stacjonarnego. Spotkanie dotyczyło prac nad projektami Ustawy o Samorządzie PiP oraz Ustawy o Zawodach PiP. Wypracowane uwagi przesłano do posłów z naszego rejonu.
- 21.04.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się nieodpłatne szkolenie nt. „Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarki” W szkoleniu uczestniczyło 27 osób.
- 21.04.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds.. Kształcenia i Doskonalenia Za-

wodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.

- 22.04.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 28.04.2010r.** Przewodnicząca ORPiP na zaproszenie Burmistrza Miasta i Gminy Żarki uczestniczyła w uroczystym oddaniu do użytku Aktywnego Centrum Zdrowia.
- 29.04.2010r.** W Ośrodku Szkoleniowym działającym przy OIPIP w Częstochowie odbył się egzamin końcowy z kursu specjalistycznego „Podstawy dializoterapii dla pielęgniarek” (Nr 08/07). Wszyscy uzyskali ocenę pozytywną. Gratulujemy!
- 29.04.2010r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w Nadzwyczajnym Posiedzeniu NRPiP w Warszawie. ■



## Ministerstwo Zdrowia

### Oświadczenie złożone przez senator Janinę Fetlińską na 48 posiedzeniu Senatu w dniu 4 lutego 2010 r.

Oświadczenie skierowane do minister zdrowia Ewy Kopacz oraz do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Jacka Paszkiewicza

Duża liczba pielęgniarek realizująca od grudnia 2008 r. świadczenia pielęgniarskie w formie zadaniowej, zarówno w środowisku domowym pacjenta, jak i w domach pomocy społecznej (DPS), jest zaniepokojona utrudnieniami w działalności, na którą jest ogromne zapotrzebowanie chorych. Pielęgniarki licznie zgłaszające się do mojego biura senatorskiego w tej sprawie uważają, co następuje.

1. Ogłaszanie w krótkim czasie wielu zarządzeń, rozporządzeń i komunikatów dotyczących opieki zadaniowej, mającej przekształcić się w opiekę długoterminową, wprowadza chaos i dezinformację,
2. Zarządzenie prezesa NFZ nr 93 z 30 grudnia 2009 r. wprowadziło - bez wcześniejszej konsultacji - do załącznika nr 1 tego zarządzenia zapis mówiący o wskaźniku 0,4 osobodnia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej dla pacjentów przebywających pod tym samym adresem zamieszkania. Współczynnik ten drastycznie obniża wartość ciężkiej i odpowiedzialnej pracy pielęgniarki w przypadku świadczenia usług dla więcej niż jednej osoby wymagającej opieki w rodzinie i wszystkich pacjentów zamieszkujących DPS ze skalą Barthel 0-40 punktów.

Take podejście NFZ rodzi pytanie, jakimi kryteriami przy wyborze ma się kierować pielęgniarka, pod opiekę której zostanie zgłoszonych dwóch chorych zamieszkałych pod jednym adresem oraz pacjent mieszkający oddzielnie. Kierując się względami ekonomicznymi, podkreślanymi

przez fundusz, winna objąć opieką oddzielnie zamieszkującego, gdyż za pracę na jego rzecz otrzyma stawkę jednego osobodnia. Praca przy dwóch chorych pod tym samym adresem została wyceniona przez fundusz następująco: osobodzień x 0,4 x 2 chorych = 0,8 osobodnia.

3. Pacjent w opiece długoterminowej, zarówno w środowisku domowym, jak i w domu pomocy społecznej, jest takim samym człowiekiem. Czynności pielęgniarskie, czas i koszty związane z opieką powinny być uwarunkowane schorzeniem, a nie miejscem zamieszkania. Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 16 grudnia 2009 r. wymusza na pielęgniarce opiekę nad dwunastoma pacjentami w DPS, natomiast w środowisku domowym przewiduje sześciu chorych. Zapis ten dyskryminuje pacjentów, którzy z różnych powodów musieli zamieszkać w DPS, i pielęgniarki na ich rzecz pracujące.
4. Istnieje nierówność traktowania podmiotów przez NFZ: za pracę pielęgniarki opieki długoterminowej nad pacjentem w DPS NFZ obniża wartość osobodnia do wskaźnika 0,4. Jednak stawka kapitałowa pielęgniarki z zespołu lekarza rodzinnego, do której ten sam pacjent z DPS jest tylko zadeklarowany i która nie zawsze wykonuje przy nim czynności, jest powiększona współczynnikiem 3,5. Zgodnie z art. 15 ust. 3 pkt 3 14 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych sposób ustalania ceny oraz finansowania świadczeń oraz podmioty dokonujące oceny jakości świadczeń określi w drodze rozporządzenia minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Pielęgniarki wysuwają zasadnicze pytanie: czy Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych opowiedziała się za obniżeniem jakości pracy pielęgniarek? Jeżeli nie, to dlaczego nie liczono się ze zdaniem samorządu w tak ważnej kwestii?
5. Uniemożliwia się pracę w pielęgniarskiej opiece długoterminowej pielęgniarkie z wieloletnim stażem pracy na przykład w DPS. która nie spełnia wymogu rocznego



stażu w lecznictwie stacjonarnym, mimo spełniania wymogów kwalifikacyjnych (zapis w rozporządzeniu ministra zdrowia z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, załącznik nr 4, część III pkt. 1 „Wymagania dotyczące personelu”).

6. Na terenie kraju są stosowane różne stawki za osobodzień (32 zł, 26 zł, 21 zł). Pielęgniarki mające takie same kompetencje, taką samą grupę pacjentów i ten sam zakres zadań do wykonania powinny mieć taką samą stawkę za osobodzień.

W związku z tym zwracam się z zapytaniem, dlaczego wprowadzono przepisy krzywdzące pielęgniarki wykonujące świadczenia pielęgniarstwa w formie zadaniowej zarówno w środowisku domowym pacjenta, jak i w DPS? Dlaczego są tak duże różnice w wycenie pracy pielęgniarki? ■

Janina Fetlińska

## MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2010.03.11

Pan  
Bogdan Borusewicz  
Marszałek Senatu  
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

W odpowiedzi na oświadczenie złożone przez Panią Senator Janinę Fetlińską, przekazane przy piśmie z dnia 16 lutego 2010r. (znak: BPS/DSK-043-23 79/10) w sprawie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Z informacji przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że zapis określony w § 13 ust. 2 pkt 13 zarządzenia nr 84/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej (z późn. zm.), według którego pielęgniarka opieki długoterminowej domowej nie może realizować jednocześnie zadań pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej oraz zadań pielęgniarstwa w domu pomocy społecznej w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy, nie może udzielać świadczeń w innej jednostce organizacyjnej u tego samego świadczeniodawcy oraz u innego świadczeniodawcy zgodnie z § 12 ust. 9 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U-Nr81.poz.484).

Niemniej jednak Fundusz dopuszcza możliwość zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej. W zakresie świadczeń: pielęgniarstwa opieka długoterminowa domowa, np. z pielęgniarką zatrudnioną w domu pomocy społecznej, która wykonuje usługi opiekuńcze na rzecz mieszkańców DPS poza godzinami pracy pielęgniarki długoterminowej opieki domowej, określonymi w załączniku nr 4 w części III ust. 3 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń

gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147, z późn. zm.). ■

z poważaniem  
Minister Zdrowia  
Podsekretarz Stanu  
Cezary Rzemek

## Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia w dniu 25 marca 2010r.

W dniu 25.03.2010r. w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie, w którym udział wzięli: ze strony Ministerstwa Zdrowia

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| - Marek Haber         | - Podsekretarz Stanu,                                   |
| - Jakub Bydłoń        | - Dyrektor Departamentu Dialogu,                        |
| - Beata Cholewka      | - Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych.       |
| - Jolanta Skolimowska | - z-ca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych, |
| - Jolanta Jabłońska   | - Główny Specjalista.                                   |

Na spotkanie nie przybył Marek Twardowski.

Ze strony NRPIP:

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| - Elżbieta Buczkowska | - Prezes NRPIP,  |
| - Emilia Kin          | - Przewodnicząca Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych NRPIP, |
| - Maria Stachowska    | - Członek Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych NRPIP.        |
| - Tadeusz Wadas       | - Członek Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych NRPIP.        |

Spotkanie dotyczyło nowelizacji rozporządzeń koszykowych i konieczności wprowadzenia zmian celem uporządkowania systemu ochrony zdrowia.

Podsekretarz Stanu - Marek Haber omówił pilną potrzebę nowelizacji Ustawy z dnia 21 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008. Nr 164, poz. 1027 ze zmianami), w części dotyczącej Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Następnie został przedstawiony tryb wprowadzenia uwag do rozporządzenia. Strona samorządowa zawniosowała, aby rozporządzenia z uwagami przed przesłaniem do Departamentu Ubezpieczeń Zdrowotnych i Agencji Oceny Technologii Medycznych zostały przedstawione przedstawicielom samorządu.

Wniosek został zaakceptowany przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Członkowie Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych przedstawili uwagi do Rozporządzenia MZ z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Marek Haber wskazał na konieczność doprecyzowania zadań gabinetu pielęgniarki oraz gabinetu zabiegowego lekarza pozostawiając jednocześnie, iż pielęgniarka powinna realizować swoje zadania głównie w miejscu zamieszkania pacjenta / rodziny natomiast w gabinecie pielęgniarki poz

winna gwarantować dostępność przez 1 do 2 godzin dziennie. Strona samorządowa wyraziła akceptację wobec powyższego stanowiska, gdyż takie rozwiązanie było wcześniej zgłaszane i oczekiwane zarówno przez pacjentów jak i świadczeniodawców.

Podsekretarzowi Stanu w MZ przekazano Model opieki w POZ, opracowany przez Komisję na podstawie pierwotnych założeń i późniejszych zmian. W Modelu tym wyodrębniono zadania pielęgniarki zabiegowej i punktu szczepień podkreślając jednocześnie, że taka pielęgniarka zawsze funkcjonowała i funkcjonuje w poz (pielęgniarka praktyki), natomiast w ostatnich latach wprowadzono pracownika medycznego. Takie zmiany nie wpływają korzystnie na jakość i zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych. Przedstawiciele samorządu przedstawili problemy związane z pobieraniem i transportem materiału biologicznego w domu pacjenta oczekując rozwiązań zapewniających spełnienie standardów jakości. Ponadto na podstawie skarg od pacjentów zwrócono uwagę na ograniczanie ilości badań diagnostycznych w poz. Zawniosowano, aby świadczeniodawcy realizujący świadczenia medycznej

diagnostyki laboratoryjnej posiadali umowy z laboratoriami diagnostycznymi posiadającymi certyfikaty jakości.

Poruszono problemy kontraktowania świadczeń w zakresie opieki długoterminowej w tym w domach pomocy społecznej. Marek Haber poinformował, że w najbliższym czasie odbędzie się spotkanie przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej celem omówienia aktualnych problemów i ustalenia dalszych rozwiązań.

Strona samorządowa zawnioskowała o ustalenie kolejnego spotkania w sprawie rozporządzeń koszykowych z udziałem:

Ewy Kopacz - Ministra Zdrowia.

Jacka Paszkiewicza - Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tomasza Pawłęgi - Dyrektora Departamentu Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Termin spotkania zostanie wyznaczony przez Ministerstwo Zdrowia w możliwie najkrótszym czasie. ■

Notatkę sporządziła  
(-) Emilia Kin

## **STANOWISKO KOMITETU ROZWOJU CZŁOWIEKA POLSKIEJ AKADEMII NAUK W SPRAWIE OPIEKI NAD PACJENTAMI Z RZADKIMI CHOROBYMI W POLSCE**

### **Przedmiot stanowiska:**

Komitet Rozwoju Człowieka Polskiej Akademii Nauk po zapoznaniu się z sytuacją w diagnostyce i leczeniu pacjentów z chorobami rzadkimi w kraju, uwzględniając rekomendacje Komisji Europejskiej w tej sprawie, wnioskuję o ogłoszenie konkursu na naukowo-rozwojowy projekt celowy zamawiany w celu utworzenia „rejstru chorób rzadkich w populacji polskiej”.

### **Wprowadzenie i ocena sytuacji bieżącej**

Według nomenklatury Unii Europejskiej „chorobą rzadką” (ch.rz., w skrócie RD, ang. Rare Disease) nazywamy jednostkę chorobową (lub inny zdefiniowany stan zdrowia człowieka, np. rzadko spotykane powikłanie często występujących chorób, która występuje w populacji u jednej na 2000 osób lub rzadziej. Definicja amerykańska od 1983 roku przyjmuje dwukrotnie wyższy próg rozpoznania ch.rz. (<1:1250 osób). W Wielkiej Brytanii odróżnia się jeszcze „choroby ultrarządkie” (<1:50 000 osób).

Podstawą definicji ch.rz. są dane epidemiologiczne dotyczące występowania choroby w chwili urodzenia (ang. frequency) oraz występowania jej w całej populacji (z uwzględnieniem okresu przeżycia chorych z daną chorobą, ang. prevalence). Aktualny wykaz tych chorób w Europie dostępny jest na stronie sieci Orphanet ([www.orpha.net](http://www.orpha.net)).

Definicja ch.rz. jest ważna w sensie prawnym, gdyż ustawodawstwo Komisji Europejskiej posługuje się nią w obowiązujących w Unii dyrektywach, zarządzeniach i reko-

mendacjach. Dość powszechnie przyjęto nazywać choroby rzadkie i odpowiednie leki - „sierocymi” (ang. „orphan diseases, „orphan drugs”).

Zdefiniowano dotychczas ponad 8 tysięcy ch.rz. Ich lista jest otwarta. Choroby te dotyczą pacjentów w każdym wieku, mają heterogenną symptomatologię, postępujący przebieg i bardzo różne rokowanie, często niepomyślne. Większość z nich to zaburzenia genetyczne, ale grupa obejmuje także stany patologiczne o innym tle. Wszystkie nowotwory u dzieci są ch.rz. Każdy z lekarzy specjalistów dorywczo ma z nimi do czynienia w swojej praktyce. W prawie każdej diagnostyce różnicowej powinny być one uwzględniane.

Przełomem w podejściu do problemu ch.rz. było potraktowanie ich wszystkich, także formalnie, jako jednej całości, gdyż mają zbliżoną charakterystykę z punktu widzenia medycznego, społecznego, organizacyjnego i ekonomicznego.

Specyfika problemów związanych z ch.rz. wyraża się w licznych podobieństwach, takich jak:

- \* ograniczona wiedza wśród lekarzy, rodzinnych i specjalistów co opóźnia identyfikację choroby;
- \* specyfika diagnostyczna - metody nie są dostępne w większości laboratoriów, a o ile dostępne, są nieprawidłowo interpretowane lub przeoczone;
- \* specyfika terapeutyczna - brak zainteresowania firm farmaceutycznych nieopłacalną produkcją i rozwojem nowych leków. Niektóre leki nie są w ogóle produkowane (np. dostępne tylko jako substancja chemiczna, poza oficjalną farmakoterapią), a jeśli udostępnione na rynku - to niewspółmiernie kosztowne;
- \* specyfika psychospołeczna - pacjenci i ich rodziny są pozostawieni sami sobie, odczuwają beznadziejną samotność, wyłączenie z życia społecznego, doświadczają niezliczonych przeszkód formalnych na skutek próby dopasowania ich niecodziennej sytuacji do istniejących przepisów ogólnych;
- \* specyfika organizacyjno-prawna na poziomie państwa - brak klasyfikacji ch.rz. powoduje, że nie są one „widoczne” w systemie opieki zdrowotnej, tak jakby problem w ogóle nie istniał, podczas gdy można by większość tych



problemów rozwiązać jedną prostą decyzją organizacyjną (ujednoceniem procedury/sposobu postępowania w przypadku chorób spełniających kryteria ch.rz.).

Statystyki dotyczące zdrowia społeczeństw, np. przyczyn zgonów, mogą być zafałszowane na skutek braku w systemie ICD10 wyodrębnienia kodów ch.rz. o niekorzystnym rokowaniu.

### Sytuacja pacjentów z rzadkimi chorobami w Europie

Szacuje się, że w krajach europejskich na ch.rz. choruje co najmniej 27 milionów obywateli. Wśród nich 65% ma ciężki przebieg, 70% ujawnia się u dzieci przed 2 rż. W 50% ch.rz. towarzyszy opóźnienie rozwoju psychoruchowego. Ch.rz. prowadzą do zgonu w 1 rż (35%), w wieku 1-15 rż (12%) lub znacznie upośledzają jakość życia pacjenta i jego rodziny (wg [www.orpha.net](http://www.orpha.net))

Zmierzenie się z problemami ch.rz. na poziomie krajowym jest trudne, zwiększa rozproszenie środków kadrowych i aparaturowych, powoduje nierówność w dostępie do świadczeń zdrowotnych, znacznie zwiększa koszty. Stąd od co najmniej 10 lat Komisja Europejska wybrała tematykę ch.rz. jako jedną z wiodących dla wspólnych rozwiązań w polityce zdrowotnej, i badaniach naukowo-rozwojowych i na tym polu osiąga szczególnie wymierne sukcesy.

Na podstawie dotychczas prowadzonych programów wykazano, że w porównaniu z finansowaniem na poziomie krajowym, europejska współpraca naukowo-badawcza przynosi szczególnie w dziedzinie ch.rz. wysoką tzw. „wartość dodaną”. I tak projekt EUROCAT poświęcony jest detekcji wad wrodzonych, EUROWILSON tworzy europejską sieć choroby Wilsona, EuroGentest (w tym ERNDIM) kontroluje jakość laboratoryjnych testów metabolicznych, genetycznych i molekularnych, EURORDIS tworzy platformę współdziałania organizacji rodzicielskich, naukowców, służby zdrowia i przemysłu.

Szczególny wkład w identyfikację problemów ch.rz. wniósł program Orphanet ([www.orpha.net](http://www.orpha.net)) i projekty towarzyszące (OrphanXchange, RDPlatform, RDPortal).

Idea zrodziła się we Francji w 1997 r. Program ustanowiony został przez francuskie ministerstwo zdrowia i INSERM (Institut National de la Sante et de la Recherche Medicale). Od 2000 r. działania Orphanetu w krajach Europy częściowo finansuje Komisja Europejska.

Głównymi celami Orphanetu są: 1/ poprawa diagnostyki, terapii i opieki nad pacjentami z ch.rz.; 2/ przyspieszenie badań naukowych n/t ch.rz.; 3/ upowszechnienie wiedzy o ch.rz. w społeczeństwach.

Projekt realizuje swoje cele poprzez różne typy działań. Wśród udostępnionych informacji znajdują się:

- \* encyklopedia ch.rz. dla pacjentów i profesjonalistów (ponad 5600 haseł),
- \* wykaz europejskich konsultantów, klinik, referencyjnych ośrodków diagnostycznych, laboratoriów klinicznych, projektów badawczych i badań klinicznych,
- \* rejestru pacjentów i ich stowarzyszeń,
- \* wyszukiwarka ch.rz. poprzez objawy kliniczne,
- \* baza danych produktów sierocych dostępnych w Europie, USA, Japonii i Australii (Orphan Medicine Database),
- \* baza danych projektów badawczych n/t ch.rz. z możliwością aktywnego w nich uczestnictwa (OrphanXchange),
- \* bezpłatne czasopismo n/t ch.rz. w wersji elektronicznej

(Orphanet Journal of Rare Diseases),

- \* rejestracja dla pacjentów chętnych do udziału w badaniach klinicznych i projektach badawczych,
- \* usługa wzajemnego kontaktowania pacjentów z innymi osobami chorującymi na te same choroby.

Ponad 20 tysięcy użytkowników odwiedza dziennie stronę Orphanetu. Są to głównie lekarze i pracownicy służby zdrowia (50%) oraz pacjenci i ich rodziny (35%). W 15% ze strony korzystają reprezentanci przemysłu farmaceutycznego, wykładowcy, studenci, dziennikarze i inni.

Obecnie w poszczególnych krajach europejskich ma miejsce powstawanie narodowych programów poświęconych ch.rz. na wzór modelowego programu francuskiego (French National Plan for Rare Diseases 2005-2008 (<http://www.orpha.net/actor/EuropaNews/2006>) lub na innych zasadach. Projekty takie powstały lub powstają we Włoszech, Holandii, Hiszpanii, Portugalii, Bułgarii, Niemczech i innych.

Na przełomie 2007/2008 r. odbyła się konsultacja społeczna na temat polityki dotyczącej ch.rz., zainicjowana przez Komisję Europejską. Tekst konsultacji dostępny jest we wszystkich wersjach językowych krajów UE i krajów stowarzyszonych, także po polsku.

Pytania dotyczyły takich problemów jak: sposób finansowania badań nad lekami w ch.rz., zasady ochrony rynku dla ich producentów, sposoby rozwiązań problemów ch.rz. na poziomie krajowym, w tym zasadność tworzenia narodowych projektów ch.rz., najważniejsze ograniczenia i kierunki rozwoju, itp.

W dniu 29 lutego 2008 r. odbyły się w wielu krajach europejskich po raz pierwszy obchody Dnia Chorób Rzadkich (ustanowionego na ostatni dzień lutego, nie tylko lata przestępne).

W listopadzie 2008 Komisja Europejska przygotowała dla Parlamentu Europejskiego Komunikat z zaleceniami działań na rzecz ch.rz. w Europie. Po uzyskaniu opinii różnych gremiów europejskich, materiał ten był podstawą Zalecenia Komisji opublikowanego w dniu 8 czerwca 2009. Zobowiązuje ono kraje członkowskie do wprowadzenia, najpóźniej do końca 2013 r., narodowych planów strategicznych zapewniających pacjentom z ch.rz. wysokiej jakości kompleksową opiekę.

### Sytuacja pacjentów z ch.rz. w kraju

Definicja „choroby rzadkiej” jest w Polsce nieznana. Określenie to nie pada ani razu w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015, przyjętym Uchwałą nr. 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. Nie ma go także w „Strategii rozwoju nauki w Polsce do 2015 roku”. Wiedza o istnieniu niektórych ch.rz. przedostaje się do opinii publicznej tylko wycinkowo, zwykle w odniesieniu do pojedynczych, „medialnie interesujących” przypadków (filmy fabularne o RD, programy telewizyjne, interpelacje poselskie, artykuły w prasie, społeczne zbiórki funduszy dla chorych dzieci). Większość tych chorób i związane z nimi problemy są nieuświadamione w społeczeństwie i bardzo słabo znane wśród profesjonalistów i decydentów.

Stąd specyfika ch.rz. nie jest w kraju uwzględniana jako odrębny problem medyczny, badawczy czy społeczny. Konieczność systemowego zdefiniowania ch.rz. jako całości, na wzór europejski, wydaje się krokiem niezbędnym dla określenia stanu bieżącego. W praktyce niektóre problemy ch.rz. zawarte są w aktualnych programach zdrowotnych czy projektach badawczych w kraju (np. onkologiczne, kardio-

logiczne, endokrynologiczne czy metaboliczne), ale ich zakres i skuteczność działania pozostaje nieokreślona.

Na podstawie dostępnych danych o ch.rz. nie udaje się wiarygodnie zdefiniować ani ograniczeń ani osiągnięć w tym zakresie. W sprawozdawczości definicja „ch.rz.” nie jest stosowana, ważne informacje są rozproszone i ukryte w raportach i publikacjach. Dotarcie do wszystkich nie jest możliwe bez odrębnej pracochłonnej analizy z udziałem wielospecjalistycznej grupy ekspertów.

Wiele narodowych projektów lekowych i procedur wysoko-specjalistycznych w kraju jest zaadresowanych wybiórczo do ch.rz. (np. niedobór hormonu wzrostu, choroba Gaucher'a). Jednak w innych przypadkach leczenie ch.rz. podlega zasadom opracowanym dla chorób powszechnie występujących. Bezsens akceptowania co 3 miesiące, na kilkunastu szczeblach decyzyjnych do ministerialnego włącznie, recept na lek sierocy, podawany przez całe życie tylko 2-10 chorym w całym kraju (np. Nitisinon w leczeniu tyrozynemii typu I), wydaje się trwonieniem zasobów i środków, które mogłyby być wykorzystane w bardziej produktywny sposób.

Z fragmentarycznych danych wiadomo, że w życiu codziennym polskich pacjentów z ch.rz. i ich rodzin, szczególnie dotkliwy jest brak zrozumienia, oparcia i pomocy zarówno ze strony lekarzy jak środowiska w którym żyją, w tym samorządów i pomocy społecznej.

Dopiero od niedawna żywo rozwija się w Polsce inicjatywa stowarzyszeń rodzicielskich. Ta forma aktywności nie może być bagatelizowana ani traktowana jako roszczeniowa. Partnerskie współdziałanie rodziców pacjentów z ch.rz. ze środowiskiem medycznym, naukowym i decyzyjnym sprawdza się i jest trudne do przecenienia. Pacjenci z ch.rz. i ich rodziny stają się najlepszymi specjalistami w zakresie „swojej choroby”. Są w stanie szybko i celnie zidentyfikować przeszkody i wskazać optymalne rozwiązania.

Ostatnio, zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21.07.08, powołany został po raz pierwszy Zespół ds. Chorób Rzadkich, jednak choć zgodnie z komunikatami pisemnymi „prace Zespołu służą dążeniu do zapewnienia dostępu do informacji, diagnostyki, terapii i opieki dla chorych na choroby rzadkie”, dotychczas rozważano wyłącznie sprawy finansowania w kraju kosztownych leków sierocych.

Można wstępnie przyjąć, że państwo od lat przeznacza znaczące nakłady ze środków publicznych na diagnostykę, leczenie i badania epidemiologiczne ch.rz. Jednak brak „spostreżania” ch.rz. przez systemy rejestracji danych (zdezaktualizowana klasyfikacja ICD-10 i ICD-9) uniemożliwia rzetelne oszacowanie wysokości tych środków, a tym bardziej racjonalne planowanie niezbędnych wydatków w przyszłości. Nieplanowane, „akcyjne” i fragmentaryczne traktowanie problemu ch.rz. może okazać się nieefektywne nie tylko merytorycznie, ale także ekonomicznie.

Częściowo pomocny w identyfikacji problemu okazać się może udział Polski w europejskiej sieci informacyjnej dotyczącej ch.rz. Formalnie Polska jest uwzględniana w sieci Orphanet od 2006 r. Jednak, do dnia dzisiejszego, zakres informacji zgłaszanych w poszczególnych bazach danych Orphanetu pozostaje szczątkowy. W szczególności nie można tą drogą (ani w inny sposób) szybko odnaleźć polskich referencyjnych ośrodków diagnostyczno-terapeutycznych zajmujących się ch.rz. u dzieci i dorosłych. Informacje rozcho- dzą się zwykle w sposób przypadkowy, nie zweryfikowany merytorycznie, często „pocztą pantoflową”.

Komitet Rozwoju Człowieka Polskiej Akademii Nauk przyjął tematykę ch.rz. za jeden z kluczowych kierunków działalności na nadchodzącą trzyletnią kadencję stawiając sobie za cel

ocenę sytuacji w tej dziedzinie. W kwietniu 2008 roku Komitet oficjalnie powołał Radę Doradczą Orphanetu skupiającą kilkunastu ekspertów w różnych specjalnościach medycznych, głównie pediatrycznych.

### Proponowane kierunki działania

Wśród przyszłych zadań dla poprawy sytuacji w dziedzinie ch.rz. w kraju należy uwzględnić:

1. Działania na rzecz udostępnienia wszechstronnej informacji o rzadkich chorobach w Polsce, w tym, wykazu specjalistów i krajowych specjalistycznych ośrodków diagnostyczno-terapeutycznych, stowarzyszeń rodzicielskich, projektów naukowo-badawczych realizowanych w ramach środków publicznych, a także popularno-naukowej encyklopedii tych chorób przygotowanej przez ekspertów.
2. Przyjęcie w kraju odrębnych zasad finansowania diagnostyki i leczenia pacjentów z „chorobami sierocymi” poprzez decyzje systemowe m.in. np. poprzez dostosowanie do potrzeb ch.rz. zasad finansowania opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP).
3. Stymulacja badań naukowo-rozwojowych poświęconych ch.rz. w celu identyfikacji problemów dotyczących polskiej populacji, w tym badań epidemiologicznych nad częstością występowania.
4. Upowszechnienie w społeczeństwie definicji „choroby rzadkie” jego roli środowisk lokalnych (samorządowych) w zapewnieniu optymalnej pomocy rodzinom.

### Proponowane sposoby działania

Wybór celów działania, oszacowanie potrzeb, dobór środków itp., wymaga na początku obiektywnej oceny obecnej sytuacji ch.rz. w kraju, w tym przede wszystkim poznania rzeczywistej częstości ich występowania w populacji polskiej. Sposobem z wyboru byłoby ogłoszenie przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego z poparciem Ministerstwa Zdrowia konkursu na odpowiedni projekt naukowo-badawczy. Celem takiego projektu powinno być utworzenie rejestru ch.rz. w populacji polskiej na wzór istniejącego już w kraju rejestru wad wrodzonych.

Dopiero zidentyfikowanie wagi problemu poprzez utworzony i aktualizowany na bieżąco rejestr pozwoli na opisanie sytuacji bieżącej w opiece nad ch.rz. i zidentyfikowanie obszarów wymagających poprawy.

Docelowo uzasadnione wydaje się utworzenie Narodowego Programu Chorób Rzadkich i powołanie odrębnego Komitetu sterującego na wzór innych krajów europejskich (w okresie przejściowym funkcję tę mogłaby pełnić Rada afiliowana do Polskiej Akademii Nauk z udziałem przedstawicieli wszystkich komitetów obecnej kadencji). ■

Członkowie Komitetu Rozwoju Człowieka  
Polskiej Akademii Nauk

Warszawa 27.10.2009r



## Opinia w/s przekazywania raportów pielęgniarskich

W opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych istnieje konieczność przekazywania raportów pielęgniarskich w formie pisemnej i ustnej. Na zasadność powyższego wskazują również przedstawiciele nauki. Zdaniem dr hab. n. med., prof. nadzw. Anny Ksykiewicz-Dorota: „Komunikowanie w zespole terapeutycznym (pielęgniarskim, położnych) jest integralną częścią pielęgnowania i trudno sobie wyobrazić, żeby pielęgniarki (położne/lekarze) nie informowali się o danym stanie rzeczy, w tym nie przekazywali sobie ustnie istotnych informacji o pacjencie (-tach). Dotyczy to w całej rozciągłości raportów pielęgniarskich (położnych). Informacje ustne (oprócz pisemnych) zapobiegają sytuacjom, kiedy istotne informacje o chorym „znikają” w czasie zmiany dyżurów; zwracają uwagę na fakty ważne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta, zapobiegają sytuacjom, kiedy pracownik musi od razu przystąpić do pracy (zdarzenia nagłe) i nie zdąży się zapoznać z dokumentacją pisemną. Wreszcie raport ustny ma walor doskonalący dla pracownika. Nowo przyjętym pracownikom pozwala się zorientować, co do hierarchizacji problemów, odróżniania faktów istotnych od mniej ważnych. Dla mających dłuższy staż pracy jest istotnym wskazaniem, co do rodzaju działań, jakie powinni podjąć w pierwszym rzędzie w trakcie objęcia dyżuru.” Tożsame stanowisko prezentuje dr hab. Maria Danuta Głowacka wskazując, iż „przekazywanie raportów pielęgniarskich wyłącznie w formie pisemnej jest niewystarczające. Ze względu na dobro pacjenta oraz obowiązek rzetelnego, starannego wykonywania zawodu, konieczne jest składanie również ustnych raportów uzupełniających, nieuwzględnionych wprost w przepisach prawa.” „W praktyce wyłącznie pisemny opis zdarzeń, ich okoliczności i podjętych działań względem danego pacjenta podczas przebiegu dyżuru, choć z formalnego punktu widzenia jest możliwy, to nie daje gwarancji rzetelnego i pełnego przekazania informacji o pacjencie następnej zmianie. Często ów opis zdarzeń i podjętych działań, w zakresie w jakim nakazuje rozporządzenie jest niewystarczający i wymaga uzupełnienia o dodatkowe uwagi i spostrzeżenia pielęgniarki kończącej dyżur. Formą najbardziej skuteczną takiego uzupełnienia jest przekaz ustny, który pozwala dopowiedzieć, czy też rozwiązać ewentualne wątpliwości pojawiające się w trakcie zapoznawania się z następną zmianą pielęgniarek z raportem pielęgniarskim.”

Należy podkreślić, iż w toku kształcenia przeddyplomowego pielęgniarki i położne nabywają niezbędną wiedzę i umiejętności w zakresie należytego wykonywania zawodu. Jednym z podstawowych elementów zasad wykonywania ww. zawodów jest przekazywanie raportów pielęgniarskich nie tylko w formie pisemnej, ale również w formie ustnej. Wskazany powyżej sposób przekazywania stanowiska pracy przez pielęgniarkę, położną ma na celu przede wszystkim zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentowi poprzez przewidywanie i eliminowanie zdarzeń niepożądanych wynikających z niedostatecznego przepływu informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz dbania o należyłą jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Powyższe wynika z ustawowego obowiązku pielęgniarki, położnej zawartego w art. 18 i następnych ustawy z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2009r., Nr 151, poz. 1217), które wskazują na wykonywanie tych zawodów ze szczególną starannością oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

Sposób „przekazywania zmiany” kierownik zakładu opieki zdrowotnej zobowiązany jest zawrzeć w Regulaminie Porządkowym kierowanej przez siebie jednostki. Przepis art. 18a

ust. 1a pkt 1 i 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2007r., Nr 14, poz. 89 ze zm.) wskazuje wyraźnie na obowiązek określenia przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej oraz organizacji i zadań poszczególnych jednostek organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej, w tym zakresów czynności pracowników oraz warunki współdziałania między tymi jednostkami dla zapewnienia sprawności funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym.

Odrębną kwestią pozostaje sprawa czasu pracy poświęcanego przez pielęgniarki, położne na przekazywanie raportów („przekazywanie zmiany”). Bez wątpienia wykonywanie powyższych czynności jest świadczeniem pracy, a zatem kierownik zakładu opieki zdrowotnej zobowiązany jest do sporządzania harmonogramów pracy w taki sposób, aby nie naruszać przepisów prawa o czasie pracy zawartych w art. 32g i nast. ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2007r., Nr 14, poz. 89 ze zm.) oraz w Kodeksie pracy.

Odnosnie zasadności przekazywania raportów pielęgniarskich w formie ustnej, cytowane powyżej stanowiska wyrażone przez przedstawicieli nauki w formie opinii, przesyłam w załączeniu. ■

Z poważaniem  
(-) Elżbieta Garwacka-Czachor  
Wiceprezes NRPIP

## STANOWISKO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO W SPRAWIE CZASU PRACY PRZEZNACZONEGO NA RAPORT PIELĘGNIARSKI

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego stoi na stanowisku, że czas przeznaczony na przekazanie informacji na temat stanu pacjentów w poszczególnych jednostkach opieki całodobowej tzw. ustny raport pielęgniarski powinien być wliczany do czasu pracy poszczególnych pielęgniarek/położnych pełniących dyżur.

Uważamy, że kadra zarządzająca placówkami ochrony zdrowia w Polsce powinna organizować pracę pielęgniarek/położnych w taki sposób, aby:

- ustne przekazanie raportu mieściło się w wymiarze czasu pracy pielęgniarek/położnych zdających i przyjmujących dyżur, co możliwe jest gdy dyżury nakładają się na siebie. Standardem w innych krajach jest wspólny czas pracy pomiędzy zmianami, tzw. obchód pielęgniarski, który trwa od 15-60 minut w zależności od specyfiki jednostki (profilu pacjentów) i pory dnia;
- obsada poszczególnych dyżurów umożliwiała przed jego zakończeniem dokonania wpisu w Księdze Raportów Pielęgniarskich części statystycznej oraz prowadzenie

indywidualnej dokumentacji pacjentów wraz z podpisami osób kończących dyżur. Forma pisemna nie może zastąpić ustnego przekazania raportu, gdyż zmiana rozpoczynająca dyżur musiałaby mieć min. 1 godzinę na szczegółowe przeczytanie wszystkich zapisów w poszczególnych drukach dokumentacji medycznej, bez świadczenia w tym czasie usług, co stanowiło by zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów;

- możliwe było zbilansowanie czasu pracowników wykorzystywanego na pracę i czasu wolnego dla zapewnienia bezpiecznej pracy i bezpieczeństwa pacjentom.

## Tło:

Raport pielęgniarski jest formą obowiązkowego, oficjalnego przekazywania przez pielęgniarki kończące swoją zmianę (dyżur) informacji o stanie zdrowia pacjentów kolejnej zmianie rozpoczynającej dyżur. Jest to podstawowy warunek ciągłości opieki nad chorymi. Raport składa się z dwóch części: ogólnej - statystycznej i szczegółowej. W części szczegółowej znajduje się charakterystyka sytuacji zdrowotnej wybranych pacjentów. Kryterium wyboru jest ich stan, tj. ciężko chory, umierający, nowo przyjęty, po inwazyjnych badaniach diagnostycznych, zabiegach operacyjnych itp. Treść informacji skupiona jest na istotnych zmianach w stanie zdrowia pacjentów, do jakich doszło w trakcie trwania dyżuru, odzwierciedla sytuację zdrowotną opisywanego pacjenta poprzez przytaczanie zgłaszanych objawów, dolegliwości, problemów lub niezaspokojonych potrzeb oraz zastosowane działania pielęgniarskie z opisem ich skuteczności, a także wskazówki co do dalszego postępowania.

Realizując zadania wynikające z procesu pielęgnowania, niezbędne do zapewnienia właściwej jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentom pielęgniarki/położne nie powinny przekraczać swojego wymiaru czasu pracy - dobowego/miesięcznego - zgodnego z zaplanowanym harmonogramem; co niestety ma miejsce w przypadku wcześniejszego przychodzenia, bądź pozostawiania po dyżurze w celu przekazania raportu.

Jeżeli takie sytuacje mają miejsce, - za czas ponad wymiar czasu pracy pielęgniarka/położna powinna otrzymać ekwiwalent przewidziany w kodeksie pracy lub ulec zmianie powinna organizacja pracy, tak aby obie zmiany miały wspólny, odpłatny przez pracodawcę czas pracy na przekazanie obowiązkowego raportu pielęgniarskiego.

Według Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) - kierownicza kadra pielęgniarska powinna dążyć do zapewnienia odpowiednich warunków pracy personelowi pielęgniarskiemu.

Pielęgniarka-kierownik pełni dwie wyróżniające się i po części konkurujące role - jedną, w imieniu pracodawcy, jako jego „ramię”, a drugą w charakterze adwokata (rzecznika) personelu pielęgniarskiego. Jako kierownik - pielęgniarka bezpośrednio dba o personel pielęgniarski zapewniając i koordynując wszelkiego typu świadczenia zdrowotne, włącznie z całodobową obsługą pacjentów. Istotny jest udział pielęgniarki-kierownika w planowaniu wszelkich działań. Jako rzecznik personelu pielęgniarskiego, kierownik musi zapewnić mu wyposażenie i czas na szkolenia związane z pracą. Jako przedstawiciel pracodawcy, pielęgniarka-kierownik ponosi odpowiedzialność za zarządzanie zdrowiem i bezpieczeństwem w pracy, włącznie z zarządzaniem zasobami ludzkimi, kierując się analizą koszt-efekt. Odpowiada ona także za przepływ informacji między kierownictwem wyższego

szczebla a personelem w zakresie zagadnień dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa. Pielęgniarska kadra kierownicza nadzoruje wprowadzanie programu zdrowia i bezpieczeństwa podczas wykonywania świadczeń pielęgniarskich, wychwytyjąc wszystkie możliwe ryzykowne sytuacje, zgłaszając je oraz eliminując poprzez podejmowanie środków zaradczych. Personel oczekuje od kierownictwa wysłuchania oraz reakcji na zgłaszane niebezpieczeństwa oraz śledzenia na bieżąco najnowszych technologii dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w pracy i wprowadzania ich w życie w zakładach opieki zdrowotnej.

Jako przedstawiciel personelu pielęgniarskiego, pielęgniarska kadra kierownicza powinna zapewnić pielęgniarkom pracę w pełni bezpiecznym i zdrowym środowisku „przyjaznym pracownikowi”.

Kierownicza kadra pielęgniarska sprawdza też, czy jest oceniane ryzyko zdrowotne w miejscu pracy i odpowiednio kontrolowane stanowisko pracy, włącznie z ochroną zdrowia i bezpieczeństwa, poprzez m.in. wyposażenie w indywidualne środki ochronne. Kadra kierownicza musi być pewna, że personel dysponuje tymi środkami i otrzymuje potrzebne informacje dla zapewnienia skuteczności programu zdrowia i bezpieczeństwa oraz ochrony przed szkodliwymi czynnikami.

Pielęgniarka-kierownik musi tak planować pracę, żeby personel miał czas na udział w szkoleniach na temat zdrowia i bezpieczeństwa zapewnianych przez pracodawcę.

Zwierzchnik pielęgniarek ma prawo oczekiwać, że pracodawca wysłucha listy potrzeb personelu pielęgniarskiego, biorąc pod uwagę opinie profesjonalistów do spraw zarządzania w pielęgniarstwie, i dostarczy środki potrzebne do zapewnienia, skuteczności programu dotyczącego zdrowia i bezpieczeństwa. Włącznie z prawidłową organizacją pracy i zapewnieniem wystarczającej liczby personelu będącego w stanie zapewnić bezpieczeństwo i skuteczną opiekę pielęgniarską. ■

Warszawa 17 marca 2010 r.

Lekarz po starannym zbadaniu pacjenta wydaje diagnozę:

- Cierpi pan na nieżyt oskrzeli. Czy może pan sobie pozwolić na dłuższy pobyt nad morzem?
- Czemu nie? Jestem marynarzem.

Panie doktorze, czy od pływania można schudnąć?

- Czy ja wiem? Chyba nie.
- Dlaczego?
- A czy widziała pani kiedyś chudego wieloryba?





## Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 2010-03-10

Główny Inspektor Pracy  
Tadeusz Jan Zając

Szanowny Panie Ministrze

Zwracam się z prośbą o zbadanie sytuacji oraz udzielenie odpowiedzi na pytanie: czy dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej, w zakresie realizacji ustawowego obowiązku zgłaszania i prowadzenia wykazu pracowników wykonujących prace umieszczone w wykazie stanowisk pracy o szczególnym charakterze, wynikającego z ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r o emeryturach pomostowych, dokonują zgłoszeń i ewidencjonują pielęgniarki i położne wykonujące:

- prace personelu medycznego oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,
- prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru.

z poważaniem  
Prezes NRPiP  
Elżbieta Buczkowska

## GŁÓWNY INSPEKTORAT PRACY DEPARTAMENT NADZORU I KONTROLI

Warszawa, 31 marca 2010 r.

Pani  
Elżbieta Buczkowska  
Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 10 marca 2010 r. (znak: NIPiP/NRPiP/DS/002/36/10) dotyczące ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237, poz. 1656) uprzejmie informuję, iż przepisy ww. ustawy, nałożyły na Państwową Inspekcję Pracy (od dnia 1 stycznia 2010 r.) obowiązki związane z kontrolą ewidencji pracowników wykonujących pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, o której mowa w art. 41 ust. 4 pkt 2 ustawy o emeryturach pomostowych. W przypadku nieumieszczenia pracownika w ewidencji pracowników wykonujących pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, pracownikowi przysługuje skarga do Państwowej Inspekcji Pracy (art. 41 ust. 6 ustawy). Dlatego należy zauważyć, że postępowanie Państwowej Inspekcji Pracy w sprawie nakazania pracodawcy umieszczenia pracownika w ewidencji pracowników wykonujących prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, jest prowadzone w odniesieniu do konkretnego przypadku. W ramach czynności kontrolnych inspektorzy pracy ustalają (m.in. na podstawie dokumentacji związanej ze stosunkiem pracy, jak i w oparciu o kontrolę warunków pracy na stanowisku pracy), czy pracownik wykonuje prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze. W związku z powyższym nie jest możliwe zrealizowanie

wniosku zawartego w Państwa piśmie, ponieważ nie spełnia wymagań określonych w ustawie.

z poważaniem  
Dyrektor Departamentu Nadzoru i Kontroli  
dr Grzegorz Łyjak

Przedruk: Gazeta Podatkowa nr 31 z dn 19.04.2010r

## Zaświadczenie potwierdzające badanie kobiety w ciąży

W dniu 5 marca 2010 r. weszła w życie ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która zmieniła zasady wypłacania zasiłku i zapomogi z tytułu urodzenia dziecka. Nowelizacja zawieszona do 31 grudnia 2011 r. obowiązek dołączania do wniosku o wypłatę „becikowego” lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka zaświadczenia, które potwierdzałyby, że kobieta pozostawała pod opieką medyczną w okresie od 10 tygodnia ciąży do porodu, Teraz wystarczy udokumentowanie co najmniej jednego badania, wykonanego przez ginekologa lub położną. Powoduje to konieczność wydania nowego rozporządzenia, które zastąpi rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2009 r. w sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży, określającego m.in. wzór wymienionego zaświadczenia. W związku z tym w dniu 13 kwietnia 2010 r. Ministerstwo Zdrowia na swojej stronie internetowej zamieściło komunikat, z którego wynika, że podmioty wypłacające świadczenie powinny honorować każdy rodzaj zaświadczenia, pod warunkiem, że umożliwi identyfikację osoby wystawiającej to zaświadczenie.

Ponadto Ministerstwo opublikowało przykładowy wzór zaświadczenia, który może być stosowany do 31 grudnia 2011r.

....., dnia .....r.  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej,  
praktyki lekarskiej lub praktyki położnej)

### Zaświadczenie wystawione przez lekarza lub położną potwierdzające badanie kobiety będącej w ciąży

Niniejszym zaświadczam, że Pani .....  
zamieszkała .....podała się badaniu w dniu .....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza lub położnej)

(źródło: www.mz.gov.pl)

Przedruk: Gazeta Podatkowa nr 31 z dn 19.04.2010r

## Uchwalono nowe przepisy o doksztalcaniu pracowników

Na posiedzeniu w dniu 9 kwietnia 2010 r. Sejm uchwalił nowelizację Kodeksu pracy, która wprowadza nowe przepisy doty-

często podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pracowników. Zmiana Kodeksu pracy została podyktowana wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego, który uznał za niezgodny z Konstytucją art. 103 K.p., na podstawie którego wydano rozporządzenie regulujące uprawnienia dokształcających się pracowników. Ponieważ przepisy te straciły moc z dniem 10 kwietnia br., zaszła pilna potrzeba uzupełnienia powstałej w ten sposób luki prawnej. W nowych regulacjach zdefiniowano podnoszenie przez pracownika kwalifikacji zawodowych. Uznano za nie zdobywanie lub uzupełnianie wiedzy i umiejętności, z inicjatywy pracodawcy albo za jego zgodą.

Pracownikowi, który podnosi swoje kwalifikacje w rozumieniu tej definicji, przysługuje urlop szkoleniowy (w wymiarze 6 lub 21 dni) i zwolnienie z całości lub części dnia pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia. Urlopu szkoleniowego udziela się na dni dla pracownika robocze. Zwolnienie natomiast przysługuje na czas niezbędny, by punktualnie przybyć na obowiązkowe zajęcia oraz na czas ich trwania. Pracodawca może ponadto przyznać pracownikowi podnoszącemu kwalifikacje zawodowe dodatkowe świadczenia, w szczególności pokryć opłaty za kształcenie oraz koszty przejazdu i podręczników. W celu sprecyzowania warunków dokształcania pracodawca i pracownik powinni zastrzec stosowną umowę. Zgodnie z nowelizacją jej podpisanie jest obligatoryjne, jeżeli pracownik będzie zobowiązany do pracy na rzecz zakładu po zakończeniu dokształcania. Ważną konsekwencją dla pracownika, który bez uzasadnionej przyczyny nie podejmie lub przerwie naukę w ramach podnoszenia kwalifikacji zawodowych, jest konieczność zwrotu pracodawcy na warunkach określonych w nowelizacji poniesionych na tę naukę kosztów. Pracodawca jednak może odstąpić od żądania zwrotu wydatków.

Obecnie ustawa została skierowana do Senatu. Zmiany do Kodeksu pracy mają wejść w życie po upływie 30 dni od dnia ich publikacji w Dzienniku Ustaw.

Do pracowników, którzy rozpoczęli podnoszenie kwalifikacji zawodowych przed 11.04.2010 r. będą stosowane przepisy dotychczasowe. ■

A.B.

---

Przedruk: Gazeta Podatkowa nr 33 z dn 26.04.2010r

## Nowe zwolnienie dla podnoszących kwalifikacje zawodowe

Na 64. posiedzeniu Sejmu w dniu 9 kwietnia 2010 r. uchwalona została ustawa o zmianie ustawy Kodeks pracy oraz ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. Wprowadza ona nowe przepisy w Kodeksie pracy (art. 103<sup>1</sup>-103<sup>5</sup>) oraz zmianę brzmienia art. 21 ust. 1 pkt 90 w ustawie o p.dof.

Konieczność wprowadzenia art. 103<sup>1</sup>-103<sup>5</sup> do Kodeksu pracy podyktowana jest utratą mocy art. 103 K.p. oraz wydanego na jego podstawie rozporządzenia w sprawie zasad i warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wykształcenia ogólnego dorosłych (Dz. U. z 1993 r. nr 103, poz. 472 ze zm.).

W konsekwencji uchwalona ustawa nowelizuje art. 21 ust. 1 pkt 90 ustawy o p.dof, odwołujący się w swej treści do prze-

pisów rozporządzenia, które utraciły moc z dniem 11 kwietnia 2010 r. Z nowego jego brzmienia wynika, że wolna od podatku dochodowego jest wartość świadczeń przyznanych przez pracodawcę zgodnie z odrębnymi przepisami na podnoszenie kwalifikacji zawodowych, z wyjątkiem wynagrodzeń otrzymywanych za czas zwolnienia z całości lub części dnia pracy oraz za czas urlopu

Uwzględniając zakres świadczeń przysługujących pracownikowi podnoszącemu kwalifikacje zawodowe na podstawie nowych przepisów Kodeksu pracy, do:

- wolnych od podatku należec będą świadczenia polegające w szczególności na pokryciu opłaty za kształcenie, przejazd i podręczniki,
- podlegających opodatkowaniu należec będzie wynagrodzenie za czas zwolnienia z całości lub części dnia pracy, na czas niezbędny, by punktualnie przybyć na obowiązkowe zajęcia oraz na czas ich trwania.

Ponadto z art. 3 ustawy nowelizującej wynika, że do pracowników, którzy rozpoczęli podnoszenie kwalifikacji zawodowych przed dniem 11 kwietnia 2010 r., stosuje się przepisy dotychczasowe.

Obecnie omawiana ustawa trafiła do Senatu. Stanowisko w jej sprawie ma być przedstawione na 53. posiedzeniu Senatu, które ma się odbyć w dniach 28-29 kwietnia 2010 r. ■

B.S.

---

## Opinia Radcy Prawnego

Częstochowa 21.04.2010r.

### Uregulowanie prawne odnoszące się do zatrudniania położnych na różnych oddziałach szpitalnych.

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej wyraźnie rozdziela te dwa zawody, każdemu przyznając osobny zakres obowiązków i świadczeń. Zadaniem zarówno pielęgniarek jak i położnych jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz promocji zdrowia. Przy czym w stosunku do zawodu położnej w art. 5 § 1 wyżej wymienionej ustawy zawężony został podmiotowo zakres świadczeń, do wykonywania których jest uprawniona, poprzez wyszczególnienie, że te wszystkie czynności mogą być wykonywane tylko w stosunku do kobiet, kobiet ciężarnych, rodzących i położnic oraz noworodków.

To wyszczególnienie może nadal nie wydawać się jednak wystarczająco klarowne w odniesieniu do często zadawanego pytania - czy położne mogą być zatrudniane na odcinkach żeńskich innych oddziałów szpitalnych, niż położnicze. Jasną odpowiedź uzyskamy jeżeli spojrzymy na to podmiotowe wyszczególnienie w związku z art. 5 § 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, który wymienia przykładowo rodzaje świadczeń udzielanych przez położne. Należą do nich:

- 1) prowadzenie działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,
- 2) rozpoznawanie ciąży i sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej oraz przeprowadzanie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej,



- 3) kierowanie na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka,
- 4) prowadzenie porodu fizjologicznego oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej,
- 5) przyjmowanie porodu siłami natury wraz z nacięciem i szyciem naciętego krocza,
- 6) podejmowanie koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym przyjęcie porodu z położenia miednicowego oraz ręczne wydobywaniełożyska,
- 7) sprawowanie opieki nad matką i monitorowanie przebiegu okresu poporodowego,
- 8) badanie noworodków i opiekę nad nimi,
- 9) realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- 10) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
- 11) profilaktykę chorób kobiecych i patologii położniczych.

Rozpatrując łącznie te dwa paragrafy art. 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej należy stwierdzić, że położna może zajmować się tylko kobietami, które mają jakieś problemy ginekologiczne, znajdującymi się w okresie przedkoncepcyjnym, ciężarnymi, rodzącymi i znajdującymi się w położu, a także niemowlętami. Taki zakres podmiotowy wyklucza całkowicie możliwość zatrudniania położnych na innych oddziałach szpitalnych, nawet jeżeli są to oddziały całkowicie żeńskie.

Zwrócić należy jednak uwagę, że do położnych odpowiednio stosuje się przepisy Kodeksu Pracy, które przyznają pracodawcy prawo do powierzenia pracownikowi innej pracy niż określona w umowie, na okres nie przekraczający 3 miesięcy w roku kalendarzowym, pod warunkiem że będzie to stanowisko odpowiadające kwalifikacjom pracownika, nie spowoduje to obniżenia wynagrodzenia oraz że będą istniały uzasadnione potrzeby pracodawcy do takiego przeniesienia (art. 42 § 4 Kodeksu Pracy).

Radca Prawny OIPiP Artur Zubkiewicz

Częstochowa 21.04.2010r

Odpowiedź Rady Prawnego OIPiP w Częstochowie na pytanie:

### **Jakie dane powinny być zawarte w treści pieczętki pielęgniarki i położnej?**

Pielęgniarki mają obowiązek rejestrowania udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych poprzez dokonywanie odpowiednich wpisów w dokumentacji medycznej pacjenta. Każdy taki wpis musi być poświadczony przez podpis i pieczętkę pozwalającą na określenie konkretnej osoby, która go dokonuje. Minister Zdrowia w Rozporządzeniu z dnia 12 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania jasno określił jakie dane powinny być zawarte na takiej pieczętce, by pozwalały na jednoznaczne

zidentyfikowanie osoby. Należą do nich: nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis. Okazuje się, że pewne problemy interpretacyjne stwarza tutaj obowiązek podawania tytułu zawodowego. Bowiemy wiele osób kształci się równolegle w kilku dziedzinach wiedzy, zdobywając kolejne tytuły zawodowe. W tym momencie pojawia się pytanie czy skoro istnieje obowiązek wskazania uzyskanego tytułu zawodowego, to można wskazać najwyższy tytuł jaki się posiada, nawet jeżeli nie został on uzyskany na kierunku pielęgniarstwo? By na nie jednoznacznie odpowiedzieć należy przeanalizować art. 7 oraz art. 8 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. Stanowią one, że kwalifikacje pielęgniarki można uzyskać tylko po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa. Taką szkołą jest:

- szkoła pomaturalna, po ukończeniu której uzyskuje się tytuł zawodowy pielęgniarki,
- szkoła wyższa, prowadząca kształcenie w formie studiów magisterskich jednolitych lub uzupełniających, po ukończeniu której uzyskuje się tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa,
- szkoła wyższa prowadząca kształcenie w formie studiów wyższych zawodowych, po ukończeniu której uzyskuje się tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa.

Powyższe tytuły zawodowe są zatem jedynymi, których wykorzystanie dla identyfikacji pielęgniarki udzielającej świadczeń zdrowotnych, jest uzasadnione.

Radca Prawny OIPiP  
Artur Zubkiewicz

Przedruk: Gazeta Podatkowa nr 34 z dn 29.04.2010r

### **Dodatkowe obowiązkowe badania dla kobiet**

Ministerstwo Zdrowia na swojej stronie internetowej opublikowało projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy - Kodeks pracy. Kobiety w wieku 25-59 lat podczas badań okresowych będą musiały wykonać badania cytologiczne (zmierzające do wykrywania raka szyjki macicy). Natomiast panie w wieku 50 - 69 lat będą musiały wykonać mammografię (badanie zmierzające do wykrycia raka piersi). Lekarz przeprowadzający badania może też wystawić zaświadczenie o braku wskazań medycznych do przeprowadzenia tych badań.

Koszt tych badań ma pokrywać Narodowy Fundusz Zdrowia. Tryb i zakres badań, częstotliwość, wzory odpowiednich druków określi minister do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw pracy w drodze rozporządzenia.

Zakłada się, że wprowadzenie obowiązku poddawania się badaniu cytologicznemu w ramach badań profilaktycznych pracowników spowoduje zdecydowany wzrost współczynnika wykrywalności stanów przedrakowych i wczesnych postaci klinicznych nowotworów.

Obecnie projekt został skierowany do konsultacji społecznych.

## **Informacja z debaty pt. „Dwa lata po Białym Szczycie”**

19 marca 2010 r. w Rezydencji Belweder w Warszawie z inicjatywy Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Lecha Kaczyńskiego odbyła się debata pt. „Dwa lata po Białym Szczycie”.

Do udziału zaproszeni zostali przedstawiciele organizacji, które uczestniczyły w pracach Komitetu Sterującego Białego Szczytu dwa lata temu. Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych reprezentowała Pani Prezes Elżbieta Buczkowska.

Pani Elżbieta Buczkowska podczas debaty poruszyła następujące kwestie:

### **I. Bezpieczeństwo pacjenta:**

- Pacjent stał się zakładnikiem reformy, a nie jej celem, środkiem do gromadzenia zysków, szczególnie dla właścicieli w podstawowej opiece zdrowotnej.
- Oczekiwanie w kolejce do planowanych zabiegów, zaawansowanej technologicznie diagnostyki, pogorszy jego stan zdrowia, może być wyrokiem w przypadkach nowotworowych.
- Czas oczekiwania do opieki długoterminowej w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych wynosi dzisiaj do trzech miesięcy, pacjenci nie doczekają tej pomocy.
- Epidemia błędów w systemach medycznych jest problemem globalnym. Błędy muszą być postrzegane jako dowód niedoskonałości systemu, a nie ludzkiego charakteru, jest przesłanką do zaistnienia zdarzenia niepożądanego wywołaną w trakcie leczenia, procesu chorobowego czy stanu zdrowia pacjenta. Niedobór pielęgniarek w szpitalach, stacjonarnych placówkach opieki zdrowotnej (ZOL, ZPO) w domach pomocy społecznej, miejscach zamieszkania pacjenta zagraża bezpieczeństwu pacjenta:
  - a) nieprzestrzeganie norm zatrudniania pielęgniarek i położnych przez pracodawców
  - b) niespełnienie wymagań w zakresie warunków technicznych w sprzęt do pielęgnacji,
  - c) brak należytej dbałości o bezpieczeństwo i higienę pracy kadry strategicznej dla systemu ochrony zdrowia pielęgniarek i położnych są najbardziej zagrożone na nadmierne obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego są pielęgniarki!
  - d) bezpieczny pacjent - bezpieczna pielęgniarka, promowanie trwałych zasobów kadry, dziś uprawia się politykę zarządzania strachem (zwolnienia).

### **II. Transparentne zasady, jednakowe reguły płatnika wobec świadczeniodawców,**

- a) beneficjentami reformy stali się właściciele niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej podstawowej opieki zdrowotnej!
  - ujednolicona coraz wyższa stawka kapitałowa w całym kraju - 96 zł
  - satysfakcjonujące wskaźniki wagowe związane z wiekiem
  - dodatkowe finansowanie związane z cukrzycą, chorobami krążenia, chorobami płuc!

- b) dostępność do świadczeń pomiędzy 8-18 od poniedziałku do piątku
- c) do podstawowej opieki zdrowotnej przekierowano kilkaset milionów złotych z tzw. podatku Religii, które miały trafić na leczenie chorych z wypadków drogowych
- d) dziś eliminowane są samodzielne podmioty pielęgniarstwa, pielęgniarstwa rodzinnego, czyli te odważne, które widziały rozwój opieki pielęgniarstwa będą bankrutowały, (co roku zmieniają się warunki i wymogi w obszarze pielęgniarstwa opieki).

### **III. Opieka długoterminowa - chaos.**

- W przepisach prawnych, brak ustawowej definicji tej opieki mimo wskazywania przez pielęgniarki w trakcie nowelizacji ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Akty wykonawcze znacząco ograniczyły i wyeliminowały chorych obłożnie, z przewlekłymi chorobami i deficytami psychosomatycznymi bardzo liczną grupę obywateli. Nie zagwarantowano środków finansowych, niedofinansowanie pobytu chorego w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych wynosi według konsultanta krajowego ds. opieki długoterminowej do 60 %.
- W Polsce 1.3 mln osób legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znaczącym (zapewne znaczna część to osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji)
- (470) w zakładach opiekuńczo-leczniczych - przebywa 17 tys. pacjentów.
- (819) w DPS-ach - 80 tys. mieszkańców, w tym 23 tys. w skali 0-40 wymaga intensywnej opieki pielęgniarstwa.
- Ilu chorych skazanych na leżenie w łóżku, uwięzionych we własnym ciele, z porażeniami, niedowładami, w śpiączce przebywa w domu pod opieką bliskich - brak danych. Kto wspiera i pomaga tym rodzinom i jak? Są skazani na cierpienie, ból w oczekiwaniu na śmierć.
- Narodowy Fundusz Zdrowia przy akceptacji Ministerstwa Zdrowia wydał już wyrok, brak pieniędzy.
- Nie ma systemowego rozwiązania pielęgniarstwa opieki długoterminowej w Polsce. Ma to głęboki sens gospodarczy i społeczny. Ma też istotny wymiar etyczny i moralny. Polskie społeczeństwo się starzeje, ratujemy życie ludzi, ale nie zawsze gwarantujemy im pełnię życia, skazując ich na wegetację, obniżając jakość życia. Dziś mamy:
  - ograniczanie dostępu do usług opieki zdrowotnej, profesjonalnej opieki pielęgniarstwa
  - pogorszenie się stanu zdrowia chorych, którym nie zapewni się w odpowiednim czasie usprawniania, profilaktyki odleżyn, niedożywienia, sprzętu wspomagającego - podroży koszty leczenia szpitalnego
  - brak ciągłości finansowania przez NFZ.
- Brak wspólnej polityki Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, aby rozwiązać ten problem.

Sahts aegroti suprema lex (Dobro chorego najwyższym prawem) przechodzi do cienia niespełnionych powinności. Dziś hołduje się postawy przebojowości, arogancji, grze rynkowej.

Zdrowie, życie staje się tylko dobrym biznesem. ■



## TECHNIKA WYKONANIA TESTÓW SKÓRNYCH

Większość metod diagnostycznych stosowanych w klinicznej alergologii opiera się na ekspozycji na domniemany alergen lub na jego eliminacji. Ta ostatnia polega na obserwacji, czy usunięcie określonego alergenu z otoczenia czy diety chorego spowoduje poprawę kliniczną względnie całkowite ustąpienie objawów chorobowych. Z uwagi jednak na duże rozpowszechnienie substancji uczulających, możliwość alergii krzyżowej, znacznie zanieczyszczeń i domieszek, całkowita eliminacja alergenu jest często prawie niemożliwa.

**Testy skórne** - Wprowadzenie alergenu tą drogą ma na celu wykazanie obecności przeciwciał uczulających skórę, czego dowodem jest miejscowy odczyn alergiczny, spowodowany reakcją tych przeciwciał ze swoistym alergenem. Pomimo, że próby skórne stosowane są od wielu lat i technika ich wykonania jest na ogół prosta, jednakże stanowią one, jak każda metoda ekspozycyjna, potencjalne niebezpieczeństwo dla chorego, grożące wystąpieniem odczynu ogólnego, a nawet wstrząsu anafilaktycznego. Dlatego winny być wykonywane przez doświadczony personel w pracowniach wyposażonych w zestawy pierwszej pomocy i posiadających zaplecze reanimacyjne, by zapewnić choremu całkowite bezpieczeństwo.

Należy także pamiętać, że testy skórne stanowią tylko pomocniczą metodę w wykrywaniu czynnika wyzwalającego objawy alergii i w każdym wypadku wynik badania testowego winien być starannie skonfrontowany z danymi uzyskanymi drogą wywiadu i badania przedmiotowego. Testy skórne wykonuje się, jako próby kontaktowe, punktowe skaryfikacyjne i śródkórne.

### PRÓBY PUNKTOWE (SKIN PRICK TEST)

Skin prick test jest zalecany przez Europejską Akademię Alergologii i Immunologii Klinicznej, jako najlepszy test skórnym z powodu:

- bezpieczeństwa
- łatwości wykonania
- związku z objawami klinicznymi
- dużej czułości.

Do testów skórnym punktowych używamy specjalnie skonstruowanych urządzeń jednorazowego użytku. Najczęściej do tego celu są używane standaryzowane nożyki Morrow-Brown, gdzie 1 mm ostrze jest wbijane pod kątem 90°. Innym sposobem jest wbicie ostrza pod kątem 45°, a następnie igła jest dokładnie podnoszona.

### WYKONANIE SKÓRNEGO TESTU PUNKTOWEGO

- Testy punktowe zakładamy na wewnętrznej uprzednio oczyszczonej skórze przedramienia lub w okolicy międyłopatkowej. Musimy pamiętać, że reaktywność skóry jest większa po stronie łokciowej i po stronie stawu łokciowego, a zmniejsza się w kierunku dystalnym.
- Odstępy między alergenami powinny wynosić ok. 3 cm. Na przedramieniu zostawiamy odstęp od stawu łokciowego ok. 5 cm (w celu ewentualnego lepszego dostępu do żyły) oraz 5 cm od nadgarstka (słaba reaktywność skóry).
- Konieczne jest założenie próby kontrolnej dodatniej (pozytywnej). Może nią być histamina, fosforyna kodeiny, anty IgE, która mówi nam o indywidualnej reaktywności skóry.
- Zakładamy również próbę kontrolną ujemną którą jest rozpuszczalnik lub płyn Coca. U osób z nadwrażliwością wytwarzany jest bąbel w miejscu kontroli negatywnej i o tę

wielkość należy pomniejszyć średnią Bąbla histaminowego przy interpretacji wyników testu. W każdym przypadku wystąpienia dodatniego wyniku na płyn kontroli negatywnej powtarzamy kontrolę w innym miejscu.

- Nie jest konieczne specjalne przygotowanie skóry.
- Za pomocą dozownika z roztworu testowego (co 3-4 cm) nakładamy po 1 kropli roztworu. Jest niewskazane przekraczanie 20 alergenów na jedno badanie.
- W przypadku zwyczajnego - zalecanego testu punktowego należy nakłuć skórę prostopadłe przez kroplę roztworu podanego za pomocą nożyka do testów punktowych. Nakłucie powinno być szybkie i lekkie, aby nie doprowadzić do krwawienia w miejscu nakłucia.
- Po 10 minutach należy usunąć nadmiar roztworów testowych za pomocą wacika. W przypadku nadmiernej reakcji na alergen testowy należy tę czynność wykonać szybciej.
- Wyniki testów odczytujemy po 15-20 minut. W tym czasie wielokrotnie sprawdzamy przebieg reakcji.
- Oceniając wynik testu musimy przestrzegać właściwego czasu odczytu.

**Dla histaminy** - szczyt odpowiedzi 8-9 minut

**Dla alergenów** - szczyt odpowiedzi po upływie 12-15 minut.

Bierzemy pod uwagę tylko i wyłącznie wielkość powstałego bąbla. (Bąbel jest wynikiem reakcji natychmiastowej i jego wielkość zależy od ilości uwolnionej histamininy, a zaczerwienienie wokół niego jest zależne od obecności w skórze zakończeń nerwowych i reakcji neurogennej). Oceniając testy musimy wiedzieć, że reaktywność skóry przed południem jest mniejsza w stosunku do godzin popołudniowych.

Mimo, że według Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej nie ustalono najlepszego sposobu ustalania wrażliwości skóry, najlepszym i najpowszechniej stosowanym sposobem wydaje się porównanie wartości średniej średnicy bąbla histaminowego i alergenowego.

Za pomocą przezroczystej linijki mierzymy najdłuższą i prostopadłą do niej średnicę bąbli. Następnie obliczamy średnią średnicę, którą porównujemy ze średnią średnicą bąbla histaminowego.

Wynik powinniśmy wyrażać za pomocą skali punktowej oraz zawsze dodatkowo zapisujemy średnicę bąbli jako wynik bezwzględny. Jest to tak zwana skandynawska skala oceny testów.

**(0)** - odczyn alergenowi równy odczynowi kontroli ujemnej.

**(+)** - średnica Bąbla alergenowego większa od odczynu na płyn kontroli

ujemnej, a mniejsza od połowy średnicy bąbla histaminowego.

**(++)** - średnia średnica bąbla alergenowego równa lub większa od połowy średniej średnicy bąbla histaminowego.

**(+++)** - średnia średnica bąbla alergenowego równa średniej średnicy bąbla histaminowego.

**(++++)** - średnia średnica Bąbla alergenowego co najmniej dwukrotnie większa od średniej średnicy bąbla histaminowego lub każdy odczyn z pseudopodziałami (nibynóżkami). W przypadku odczynu o nieregularnych kształtach na karcie wyniku zawsze zaznaczmy odrysowując kształt lub określając pismem.

Dorota Orman

## **BADANIE ENDOSKOPOWE TCHAWICY I OSKRZELI**

Badanie nazywane jest również:

1. Wziernikowanie tchawicy i oskrzeli
2. Bronchoskopia
3. Bronchofiberoskopia

### **TEORETYCZNE I TECHNICZNE PODSTAWY BADANIA**

Badanie polega na bezpośrednim oglądaniu (wziernikowaniu) tchawicy i oskrzeli z użyciem urządzeń optycznych - sztywnego bronchoskopu (rury metalowej z soczewkami) lub giętkiego bronchofiberoskopu (bronchofibroskopu).

Bronchofiberoskop z uwagi na swoją giętkość i rozmiar (średnicę) pozwala na głębsze jego wprowadzenie i obejrzenie drobniejszych oskrzeli. W obu typach wzierników (endoskopów) pole widzenia jest oświetlone za pomocą włókien szklanych (tzw. zimnego oświetlenia). W bronchofiberoskopie znajduje się dodatkowo wiązka światłowodów - odpowiednio uporządkowana, zwana obrazowodem - dzięki której obraz wnętrza oskrzeli jest przekazywany przez okular do oka badającego lekarza.

Obiektów wziernika bronchofiberoskopu znajduje się na końcu instrumentu (w oskrzelach) i jest skierowany wzdłuż jego długiej osi (tzw. optyka wprostna lub osiowa).

W rękojeści bronchofiberoskopu mieszczą się pokrętła umożliwiające zdalne poruszanie przeciwniegiłą końcówką instrumentu we wszystkich kierunkach. Istnieje możliwość zarówno przez bronchoskop, jak i bronchofiberoskop wprowadzenia dodatkowego oprzyrządowania (np. specjalnych szczypiec, cewnika) celem pobrania wycinka tkanki, bądź wydzieliny z drzewa oskrzelowego.

### **CZEMU SŁUŻY BADANIE?**

Badanie służy wyjaśnieniu przyczyny pewnych objawów chorobowych (kaszel, krwiotłucie, itp.) i stanowi cenne uzupełnienie badania radiologicznego klatki piersiowej. Bronchoskopia umożliwia lekarzowi obejrzenie strun głosowych, tchawicy, oskrzeli głównych i ich rozgałęzień wewnątrz płuc w celu rozpoznania zmian chorobowych oraz pobrania wycinków tkanki do badania histopatologicznego z miejsc podejrzanych o zmiany chorobowe, czy też wydzieliny do badania (bakteriologicznego i cytologicznego) na obecność bakterii (np. prątków gruźlicy), grzybów lub komórek nowotworowych. Badanie takie służy wczesnemu rozpoznaniu chorób układu oddechowego i ustaleniu sposobu leczenia.

Wziernikowanie drzewa oskrzelowego może służyć do wykonania niektórych zabiegów terapeutycznych np. miejscowego podania leku, usunięcia obcego ciała, odessania zalegającej wydzieliny oskrzelowej (czopów). Niejednokrotnie są to zabiegi ratujące życie.

### **WSKAZANIA DO WYKONANIA BADANIA**

- Zmiany w płucach i w śródpiersiu.
- Guz płuca - różnokształtny i różnej wielkości cień w miazgu płuca.

- Przewlekłe stany zapalne oskrzeli.
- Częste zapalenie płuc.
- Kaszel utrzymujący się dłużej niż trzy tygodnie, nawet bez zmian w obrazie radiologicznym płuc.
- Krwiotłucie.
- Niedodma płuca, płata lub segmentu.
- Płyn w jamie opłucnej.
- Ocena uszkodzenia dróg oddechowych.
- Ocena drożności dróg oddechowych.
- Przedoperacyjna ocena stopnia zaawansowania nowotworu.
- Uzyskanie materiału do badań mikrobiologicznych i histopatologicznych (cytologicznych).
- Wskazania lecznicze:
  - odessanie krwi w czasie krwotoku;
  - odessanie wydzieliny (czopów śluzowych) powodującej niedodmę płuca, której pacjent nie potrafi wyksztusić, np. po operacji;
  - odessanie wydzieliny ropnej, przepłukanie oskrzeli i miejscowe podanie leku;
  - odessanie treści żołądkowej po zachłyśnięciu się;
  - usunięcie ciała obcego z oskrzela;
  - pomoc przy trudnych technicznie intubacjach dotchawiczych.

### **SPOSÓB PRZYGOTOWANIA DO BADANIA**

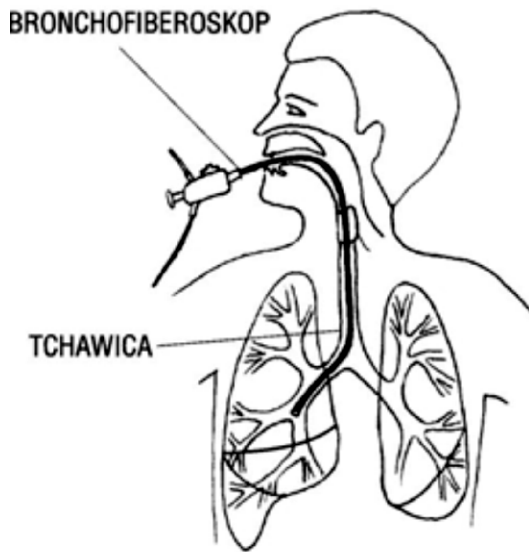
- # 24 godziny przed badaniem nie należy palić (zaleca się w ogóle nie palić!)
- # należy być na czczo - co najmniej 6 godzin przed badaniem nie jeść i nie pić celem uniknięcia zachłyśnięcia i związanych z tym powikłań
- # leki przyjmować tylko po uzgodnieniu z lekarzem

Badanie wykonuje się w znieczuleniu miejscowym. Wskazane jest również podanie środka uspokajającego.

### **OPIS BADANIA**

Wziernikowanie tchawicy i oskrzeli wykonuje się na ogół u pacjentów przytomnych, chociaż niektóre ośrodki medyczne wykonują badanie w znieczuleniu ogólnym rutynowo. Wybór sposobu znieczulenia należy do lekarza, który dostosowuje indywidualnie rodzaj znieczulenia do każdego chorego w zależności od jego stanu ogólnego. Określony czas przed badaniem podaje się pacjentowi domięśniowo lub dożylnie środek uspokajający oraz lek, który hamuje nadmierne wydzielanie śluzu z drzewa oskrzelowego. Pacjent do badania z użyciem bronchoskopu, czyli sztywnego instrumentu, przyjmuje pozycję leżącą, wyjątkowo siedzącą, natomiast do badania z bronchofiberoskopem, czyli giętkim instrumentem - pozycję siedzącą lub leżącą. Przed wziernikowaniem badający wykonuje pacjentowi znieczulenie miejscowe powierzchniowe, stosując inhalację lub rozpylanie środka znieczulającego. Lek jest rozpylany (zwykle 4% lignokaina) na nasadę języka, łuki podniebienne, języczek i tylną ścianę gardła, aż do zniesienia odruchów wymiotnych. Następnie pod kontrolą lusterka krtaniowego strzykawką laryngologiczną badający wstrzykuje kilka mililitrów leku (zwykle 2-4 ml 2% lignokaina) przez szparę między strunami głosowymi z je-





Schemat wziernikowania tchawicy i oskrzeli przy pomocy bronchofiberskopu

dnoczesnym głębokim wdechem pacjenta w celu jak najgłębszej aspiracji wprowadzanego środka znieczulającego. Następnie, wprowadza bronchoskop - przez usta, bądź bronchofiberoskop - przez usta lub nos, do tchawicy i przesuwają do oskrzeli.

W razie wystąpienia odruchów kaszlowych, już po wprowadzeniu do tchawicy i oskrzeli endoskopu, badający może dodatkowo miejscowo znieczulić chorego, wprowadzając środek znieczulający przez cewnik wprowadzony do instrumentu. Za pomocą szczypczyków, szczoteczki lub ssaka również wprowadzanych przez endoskop badający pobiera wycinki tkanek, śluz oraz popłuczyny z drzewa oskrzelowego do badania mikroskopowego (cytologicznego, histopatologicznego) i bakteriologicznego. Tak uzyskany materiał jest

następnie przesyłany do laboratorium (pracowni histopatologicznej i mikrobiologicznej) i po odpowiednim jego przygotowaniu - trwającym od kilku dni do nawet kilku tygodni, poddawany jest ocenie przez histopatologa, czy też bakteriologa.

Wynik badania przekazywany jest w formie opisu.

Badanie trwa zwykle od 15 do 30 minut

### INFORMACJE, KTÓRE NALEŻY ZGŁOSIĆ WYKONUJĄCEMU BADANIE:

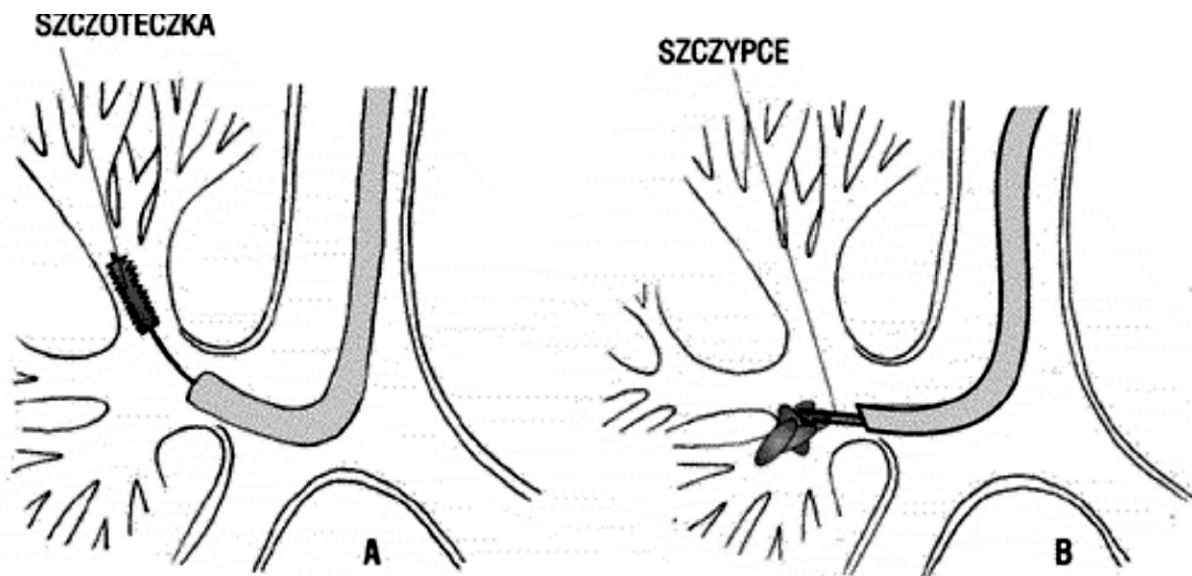
- Skłonność do krwawień (skaza krwotoczna).
- Alergia: astma oskrzelowa, katar sienny oraz nadwrażliwość na leki (np. środki miejscowego znieczulenia).
- Zaburzenia rytmu serca, wady serca, dusznica bolesna (choroba wieńcowa), nad- lub niedociśnienie.
- Obecność protez w jamie ustnej.
- Przebyte choroby.
- Stan uzębienia.

### JAK NALEŻY ZACHOWYWAĆ SIĘ PO BADANIU?

Z powodu zastosowanego znieczulenia gardła, należy przynajmniej przez 2 godz. po zakończeniu badania nie przyjmować płynów i pokarmów, aby uniknąć zachłyśnięcia (w czasie działania znieczulenia zniesiony jest odruch połykania). Przy niewielkim krwiopluciu wystarczy spokojnie leżeć przez kilka godzin w łóżku.

### MOŻLIWE POWIKŁANIA PO BADANIU

Stosunkowo najczęściej (w ciągu 2 pierwszych dni) może pojawiać się krótkotrwała chrypka i ślady krwi w płwocinie. Bardzo rzadkim następstwem badania są trudne do



Sposób pobierania materiału do badań przy pomocy bronchofiberskopu:  
(A)szczoteczkowanie oskrzela, (B) pobranie wycinka tkanki z guza



opanowania lub wymagające interwencji chirurgicznej krwawienia. Wyjątkowym powikłaniem po badaniu mogą być:

- # skaleczenia krtani, tchawicy i oskrzeli,
- # wyłamanie zęba,
- # dostanie się powietrza do jamy opłucnowej (odma opłucnowa),
- # infekcja górnych dróg oddechowych (zapalenia oskrzeli lub płuc)
- # gorączka,
- # zaburzenia rytmu serca,
- # zaburzenia oddechowe,

- # skurcz krtani i oskrzeli
- # reakcja alergiczna na miejscowe środki znieczulające.

Jeżeli jest taka potrzeba, badanie może być powtarzane wielokrotnie. Wykonywane jest u pacjentów w każdym wieku, a także u kobiet ciężarnych. ■

mgr Barbara Gradzik  
specjalistka z organizacji i zarządzania

1 Opracowano na podstawie prof. dr hab.med. Jan Skoko-  
wski - Badania endoskopowe tchawicy i oskrzeli - Encyklo-  
pedia Badań Medycznych.



## Informacje

### **OŚRODEK SZKOLENIOWY PRZY OKRĘGOWEJ IZBIE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w CZĘSTOCHOWIE ROK PO URUCHOMIENIU**

Minął rok od uruchomienia Ośrodka Szkoleniowego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Naszym celem jest ułatwienie pielęgniarkom, pielęgniarzom i położnym dostępu do kształcenia podyplomowego, chcemy, aby nasza oferta szkoleniowa spełniała Państwa oczekiwania i zachęcała do ustawicznego kształcenia. Zdajemy sobie sprawę, że nie możemy natychmiast spełnić wszystkich oczekiwań, ale monitorujemy potrzeby środowiska, przyjmujemy propozycje i sugestie z Państwa strony, zapraszamy wszystkich do współpracy.

Uruchomienie każdego kursu poprzedzone jest opracowaniem programu. W przypadku szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych program taki oparty jest na programie ramowym zaakceptowanym przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. Oznacza to, że nie możemy dowolnie dobierać tematów tych form kształcenia. Programy kursów doszkalcających są opracowaniami autorskimi i w tym przypadku dowolność tematyczna jest szeroka. Każdy program, niezależnie od rangi kursu musi uzyskać pozytywną opinię Dyrektora Centrum, a następnie Organizator kształcenia zobowiązany jest uzyskać wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenia podyplomowe pielęgniarek i położnych. Wpisów takich dla naszych potrzeb dokonuje Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

Szkolenie specjalizacyjne „specjalizacja” ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną specjalistycznych kwalifikacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie.

Kurs kwalifikacyjny ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną specjalistycznych kwalifikacji do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Kurs specjalistyczny ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną kwalifikacji do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych.

Kurs doszkalcający natomiast służy pogłębianiu i aktualizowaniu wiedzy i umiejętności zawodowych pielęgniarki, położnej (Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. Art. 10c). Nasza oferta obecnie obejmuje:

#### 1. Kursy specjalistyczne:

- Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07 - kurs dla pielęgniarek i położnych.
- Resuscytacja krążeniowo - oddechowa Nr 02/07 - kurs dla pielęgniarek i położnych.
- Szczepienia ochronne Nr 03/08 - kurs dla pielęgniarek.
- Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08 - kurs dla położnych.
- Podstawy dializoterapii Nr 08/07 - kurs dla pielęgniarek.

#### 2. Kursu doszkalcające:

- Zasady dezynfekcji i sterylizacji - kurs dla pielęgniarek i położnych.
- Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego - kurs dla pielęgniarek i położnych.
- Cewnikowanie pęcherza moczowego - kurs dla pielęgniarek.

Ponadto do opinii Centrum został przedłożony program kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek: Pielęgniarstwo opieki paliatywnej. Kolejnym przygotowywanym programem kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek jest Pielęgniarstwo opieki długoterminowej oraz program kursu specjalistycznego: Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie kurs dla pielęgniarek i położnych.

Prowadzimy również nieodpłatne szkolenia mające na celu pogłębianie i aktualizowanie posiadanej wiedzy. W maju i czerwcu 2010 roku będą to szkolenia dla pielęgniarek i położnych:





- Szkolenie z zakresu komunikacji interpersonalnej, lobbyngu i dyskryminacji oraz radzenia sobie ze stresem.
- Nie dźwigaj - kręgosłup masz tylko jeden.
- Pierwsza pomoc w stanach zagrożenia życia.
- Jak przetrwać problemy z karmieniem piersią. Etiopato- geneza oraz zasady pielęgnacji suchej skóry u niemowląt i dzieci.
- Medyczne i psychospołeczne aspekty HIV/AIDS.

Zapraszam na szkolenia, życzę wytrwałości i gratuluję zaangażowania, silnej woli i motywacji. ■

Elżbieta Krupińska

Częstochowa 23.04.2010

## Posel na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej

### BIURO POSELSKIE

Krzysztofa Matyjaszczyka  
ul. Nowowiejskiego 10/12,  
42-200 Częstochowa  
tel./fax: 034 324 68 53  
NIP: 949-152-79-09 IDS: 240768703

Pani Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca Okręgowej  
Rady Pielęgniarek  
i Położnych w Częstochowie

Dziękuję serdecznie za przekazane wyrazy współczucia. Proszę przyjąć kondolencje z powodu tragicznej śmierci Pani dr n. med. Janiny Fetlińskiej.

Pragnę poinformować, że w związku z Państwa prośbą z dnia 22 kwietnia 2010r., przekazałem przesłaną przez Państwa opinię Kolegom i Koleżankom z Klubu Lewica pracującym nad projektem ustawy o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych z rekomendacją jej wykorzystania w dalszych pracach nad ustawą. ■

Z poważaniem

Posel  
Rzeczypospolitej Polskiej  
Krzysztof Matyjaszczyk

## Ogólnopolski Zjazd Położniczy i Położne dla Matki i Dziecka

14 - 17 czerwca 2010 r.  
OSiR Wawrzkowizna k/Belchatowa

**Przewodniczący Rady Naukowo-Programowej:**  
Prof. RYSZARD PORĘBA

Kierownik Kliniki Ginekologii i Położnictwa w Tychach, Prezes PTG

### W skład Rady wchodzi:

Dr hab. med. ANDRZEJ PIOTROWSKI  
prof. UM, Kierownik Oddziału Intensywnej Terapii i Aneste-  
zjologii, II Katedra Pediatrii UM w Łodzi

Dr n. med. URSZULA SIOMA - MARKOWSKA  
Katedra Ginekologii i Położnictwa w Tychach ŚUM w Katow-  
cach

Dr n. med. MIROSŁAWA GAŁECKA  
Instytut Mikroeologii w Poznaniu

Dr n. med. BOŻENA KULESZA BRONCZYK  
Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarsstwa Gine-  
kologiczno-Położniczego, Przewodnicząca Oddziału Akade-  
mickiego Polskiego Towarzystwa Położnych, UM Białystok

Dr n. med. ANDRZEJ PRZYBOŚ  
Ordynator Oddziału Położniczo-Ginekologicznego, Szpital  
w Pucku

Dr n. med. DARIUSZ BORUCZKOWSKI  
specjalista chorób dzieci i transplantologii klinicznej,  
Warszawa

Lek. ALEKSANDRA MYSZEWSKA  
Oddział Położniczo-Ginekologiczny, Szpital w Pucku

Mgr RADOSŁAW TYMIŃSKI  
prawnik

## Program

### 14 czerwca poniedziałek

przyjazd i zakwaterowanie uczestników

19.00  
kolacja

### 15 czerwca Wtorek

8.00-9.00  
śniadanie

9.10  
otwarcie zjazdu

9.15-10.15  
„Odpowiedzialność prawna personelu medycznego zatrudnio-  
nego na oddziałach położniczych i neonatologicznych. Wybór  
i omówienie najgłośniejszych orzeczeń sądowych wydanych  
w latach 2005-2009" mgr Radosław Tymiński, prawnik

10.15 -10.30  
prezentacja sponsorska

10.30 -11.15  
„Znieczulenie w porodzie - możliwości i ograniczenia"



prof. Ryszard Poręba, Kierownik Kliniki Ginekologii i Położnictwa w Tychach, Prezes PTG

11.15 - 11.45  
przerwa kawowa

11.45 - 12.30  
„Znieczulenie w porodzie w opinii kobiet ciężarnych i położnic”  
dr n. med. Urszula Sioma-Markowska, Katedra Ginekologii i Położnictwa w Tychach ŚUM w Katowicach

12.30 - 12.45  
prezentacja sponsorska

13.00 - 14.00  
obiad

15.00 - 15.45  
„Położna i położnik na sali porodowej. Razem czy osobno”  
dr n. med. Andrzej Przyboś, Ordynator Oddziału Położniczo-Ginekologicznego, Szpital w Pucku

15.45 - 15.55  
prezentacja sponsorska

16.00 - 16.45  
„Wpływ znieczulenia ciężarnej na stan noworodka po porodzie” dr hab. med. Andrzej Piotrowski, prof. UM, Kierownik oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii, II Katedra Pediatrii UM w Łodzi

20.00  
kolacja uroczysta, z udziałem zespołu muzycznego

### 16 czerwca środa

8.00 - 9.00  
śniadanie

9.10 - 10.20  
„Waginoza i przewlekłe zapalenia pochwy-nowoczesne metody diagnostyki i leczenia. Zagrożenia dla zdrowia matki i dziecka w okresie ciąży i porodu” dr n. med. Mirosława Gałęcka, Instytut Mikroekologii w Poznaniu

10.20 - 10.35  
prezentacja sponsorska

10.35 - 11.00  
przerwa kawowa

11.00 - 11.45  
„Praktyczne zastosowanie komórek macierzystych pochodzących z krwi pępowinowej w medycynie XXI wieku”  
dr n. med. Dariusz Boruczkowski, specjalista chorób dzieci i transplantologii klinicznej, Warszawa

11.45 - 12.00  
prezentacja sponsorska

12.00 - 12.30  
„Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego”  
lek. Aleksandra Myszewska, Oddział Położniczo-Ginekologiczny, Szpital w Pucku

12.30 - 12.45  
prezentacja sponsorska

12.45 - 13.40  
„Jakość opieki okołoporodowej w ocenie kobiet rodzących”  
dr n. med. Bożena Kulesza Brończyk, Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego, Przewodnicząca Oddziału Akademickiego Polskiego Towarzystwa Położnych, UM Białystok

14.00 - 15.00  
obiad

16.00 - 19.00  
Impreza plenerowa

20.00  
grill

### 17 czerwca czwartek

8.00 - 9.00  
śniadanie  
pożegnanie i wyjazd uczestników

### Informacje Organizacyjne

Miejsce szkolenia: Ośrodek Sportu i Rekreacji  
Wawrzekowizna k/Bełchatowa ul. Rząsawa 1  
Recepcja hotelu przyjmuje uczestników od: godz. 16.  
Zajęcia rozpoczynają się: 15 czerwca 2010 r. o godz. 9.10  
Zakończenie zjazdu: 17 czerwca 2010 r. ok. godz. 10.00

### Opłata szkoleniowa:

(obejmuje: udział, materiały, przerwy kawowe)  
dla położnych - 300zł  
dla lekarzy - 400zł

Cena zakwaterowania i wyżywienia za cały pobyt:  
w domkach - 310zł/os.  
w pokojach hotelowych - 460zł/os.

Wypełnioną Deklarację Zgłoszeniową należy przesłać:

- pocztą na adres: PCE, 00-836 Warszawa, ul. Żelazna 41 lok. 6 lub
- faksem na nr tel.: (0-22) 890 20 01, 890 20 02 lub
- pocztą elektroniczną na adres: pce@pce.com.pl lub
- przez stronę www.pce.com.pl

PŁATNOŚĆ ZA SZKOLENIE NALEŻY UIŚCIĆ PRZELEWEM:  
do 31 maja 2010 r. NA KONTO:

**POLSKIE CENTRUM EDUKACJI MILLENNIUM  
BIG BANK S.A. Warszawa  
3211602202000000027317659**

Na przelewie prosimy umieścić nazwisko uczestnika oraz termin szkolenia. ■



Podziękowanie  
dla

*Pani  
Jadwigi Grabińskiej  
Pielęgniarki Naczelnej  
Wojewódzkiego Szpitala  
Neuropsychiatrycznego  
w Lublińcu*

*W związku z przejściem  
na emeryturę  
najserdeczniejsze podziękowania  
za wieloletnią,  
życzliwą współpracę pełną  
osobistego zaangażowania,  
za serdeczność, koleżeńską, cierpliwość,  
wrozumiałość za czas i serce,  
za umiejętność służenia radą i doświadczeniem  
wraz z życzeniami:  
zdrowia, pogody ducha i wszelkiej pomyślności  
na długie lata*

*składają  
Cały personel zatrudniony  
w Wojewódzkim Szpitalu  
Neuropsychiatrycznym  
w Lublińcu*

Podziękowanie

*Pani  
Jadwidze Grabińskiej  
Pielęgniarki Naczelnej  
Wojewódzkiego Szpitala  
Neuropsychiatrycznego  
w Lublińcu*

*W związku z przejściem na emeryturę  
serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę  
na rzecz Samorządu Zawodowego  
Pielęgniarek i Położnych  
profesjonalizm, doświadczenie, godne  
reprezentowanie zawodu, za trud włożony  
w doskonalenie młodszych koleżanek,  
wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia,  
pomyślności w życiu osobistym,  
radości, uśmiechu i optymizmu  
na dalsze lata*

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

*"Każdemu z nas – choćby liczył już wiele lat  
życia – potrzeba dziecięcej ufności, żeby otworzyć  
się na ten dar z góry, tak aby miłość Boża stała się  
światłem i radością naszego życia".*

*Jan Paweł II*

*Wyrazy  
szczerego współczucia z powodu śmierci*

*Taty  
Panu Dariuszowi Jonkis*

*Składają Pielęgniarki i Położne  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
w Częstochowie, ul. PCK 1  
oraz  
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie.*

*Pani  
Grażynie Sypuła  
Wyrazy współczucia z powodu śmierci  
Brata*

*Składają Pielęgniarki i Położne pracujące w Wojewódzkim  
Szpitalu Specjalistycznym ul. PCK 1  
oraz Okręgowa Rada Pielęgniarek  
i Położnych w Częstochowie.*



# Egzamin Państwowy ze Specjalizacji w Dziedzinie Pielęgniarstwa Zachowawczego

W dniu 22 kwietnia 2009 roku w Warszawie odbył się Egzamin Państwowy Specjalizacji z Pielęgniarstwa Zachowawczego prowadzonej przez „Spółdzielnię Pracy” Oświata w Częstochowie. Kierownikiem specjalizacji była Anna Dygudaj.

W specjalizacji uczestniczyło i do egzaminu państwowego przystąpiło 31 osób:

1. Bogacka Katarzyna
2. Brędzel Barbara
3. Brzezińska Maria
4. Caban Iwona
5. Dawiskiba Beata
6. Gancarek Jolanta
7. Górnik Katarzyna
8. Koper Teresa
9. Kostrzewa Alina
10. Kot Joanna
11. Kowalczyk Małgorzata
12. Kośmider Maria
13. Kozioł Anita

14. Krawczyk Grażyna
15. Łukasik Anna
16. Matyjaszyk Renata
17. Orman Dorota
18. Pawełczak-Ciapa Anna
19. Płatek-Radecka Joanna
20. Radecka Zofia
21. Rudyk Mariola
22. Sikora Elżbieta
23. Spyra Żaneta
24. Stawicka Aneta
25. Strzeszyna Bogusława
26. Szatanik Edyta
27. Tomalska Jadwiga
28. Wąsińska Elżbieta
29. Weźgowiec Agnieszka
30. Wiecha Edyta
31. Załóg Lidia

Serdecznie gratulujemy osiągniętego wyniku  
i zdanego egzaminu zarówno Paniom  
Specjalistkom

## GODZINY PRACY BIURA OIPIP

SEKRETARIAT	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 102/
SEKRETARZ OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 103/
PRZEWODNICZĄCA OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 104/
KASA	pn-cz 9.00 - 14.00	/pok. 302/
PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU	pn-cz 8.00 - 15.00	/pok. 302/
OKRĘGOWY RZECZNIK		
ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ	I i III środa miesiąca 15.00 - 17.00	/pok. 302/
RADCA PRAWNY	poniedziałek 8.30 - 9.30 środa 14.00 - 16.00	

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie  
OIPIP w każdą środę pełni dyżury do godz. 17.00

Kierownik Ośrodka Szkoleniowego: pn 8.00-13.00, śr 8.00-15.00, cz-pt 8.00-17.00



# **Egzamin Państwowy ze Specjalizacji w Dziedzinie Pielęgniarstwa Zachowawczego**







To bank dobrych kredytów

Grupa Deutsche Bank

# Kredyt + konto to dobrze się składa

Tylko u nas kredyt gotówkowy wraz kontem  
zapewni Ci niższą prowizję i oprocentowanie kredytu.



- kwota kredytu do 130 000 zł
- okres kredytowania do 6 lat
- brak poręczycieli i zabezpieczeń

Zapraszamy:

**Częstochowa, al. NMP 3**

tel. (34) 360 68 40

Najlepsze produkty

Deutsche Bank



\* Promocja obowiązuje do 31.05.2010 r. i dotyczy sprzedaży związanej kredytu gotówkowego wraz z kontem i aktywnym korzystaniem z konta db Life w Deutsche Bank PBC S.A. oraz obsługuje spłatę rat kredytu w ramach Polecenia Zapłaty. Obniżka na oprocentowaniu i prowizji wynosi 2% (w tym obniżka na oprocentowaniu 1% i na prowizji 1%). RRSO dla kwoty kredytu 80 000 zł, na okres 72 miesięcy, z ubezpieczeniem na dzień 16.04.2010 r. wynosi 13,1%. Szczegóły u doradcy w placówkach banku lub na stronie [www.dbkredyt.pl](http://www.dbkredyt.pl). Deutsche Bank PBC S.A. Centrala, al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa.