

MIESIĘCZNIK

# BIULETYN INFORMACYJNY



ISSN 1234-0049

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



## Wycieczka do Budapesztu

21-24 maja 2015 roku.

**Czerwiec 2015r**

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25



**Egzamin końcowy kursu specjalistycznego  
Podstawy dializoterapii Nr 08/07  
organizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy  
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.  
Częstochowa, 30 kwietnia 2015 rok.**



**Spotkanie edukacyjne nt.  
„Pierwsza pomoc w sytuacji zagrożenia życia  
noworodków i niemowląt. Standardy postępowania.  
Częstochowa, 26 maja 2015 roku.**



**W NUMERZE:**

OIPiP

Minister Zdrowia

Naczelna Izba

Opinie i stanowiska

Szkolenia

Informacje

Prace autorskie

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

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

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

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

sekretariat@oipip.czest.pl

www.oipip.czest.pl

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

MILLENNIUM BANK  
nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

**Redakcja:**  
Redaktor Naczelny Maria Szymanek

Z-ca Redaktora Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Piłaza

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

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

**Napisz:**

- gratulacje
- podziękowania
- kondolencje
- artykuły,

a MY wydrukujemy bezpłatnie!

ISSN 1234-0049

**Skład i druk:**

„BiRaKo”

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



## Drogie Koleżanki i Koledzy.

Co prawda Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej 9 maja tego roku spędziliśmy z uśmiechem na twarzy uczestnicząc w występach kabaretu „Neonówka”, jednak 12 maja czyli faktyczny dzień świętowania minął pod znakiem protestów.

Pielęgniarki i położne z terenu działania OIPiP w Częstochowie w różny sposób okazywały swoje niezadowolenie. Odbywały się pikiety, ubrałyśmy czarne lub niebieskie podkoszulki, rozdawałyśmy ulotki, założyłyśmy czepki na głowę.

Już 22 kwietnia 2015r. uczestniczyłyśmy w Katowicach w proteście w sprawie poprawy warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych. Wystąpiłyśmy z petycjami do parlamentarzystów o zajęcie stanowiska w sprawie trudnych warunków pracy i płacy – niektórzy z nich już przekazują nam korespondencję z Ministerstwem Zdrowia.

30 – go kwietnia spotkaliśmy się z Wojewodą Śląskiem Piotrem Litwą, Wicewojewodą Śląskiem – Piotrem Spyra, Dyrektorem Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ – Panią Ewą Momot w powyższej sprawie.

W tym samym dniu tj. 30 kwietnia w Warszawie odbyło się spotkanie z udziałem przedstawicieli NRPiP oraz OZZPiP z Ministrem Zdrowia Bartoszem Arłukowiczem. Minister przedstawił propozycję zmian finansowania świadczeń zdrowotnych w POZ, opiece długoterminowej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i w lecznictwie stacjonarym.

W koszyku świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego zaproponowano określenie wymogu minimalnej liczby etatów przeliczeniowych dla każdego oddziału. Rozmowy i negocjacje nadal trwają. Kolejna nasza propozycja dotyczy wprowadzenia etatów rezydentkich dla pielęgniarek i położnych. Etaty te byłyby finansowane przez 2 lata przez Ministerstwo Zdrowia, tak jak w przypadku lekarzy. Wspólne działania podejmowane na szczeblu krajowym i naszym lokalnym przynoszą jakieś efekty i jest nadzieja na poprawę sytuacji, czego sobie i Wam życzę.

(-) Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca ORPiP  
w Częstochowie

### Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 26 maja 2015 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę i jedną położną.
- Wydano jedno nowe Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki.
- Wpisano do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Wniosek o zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony złożyły cztery pielęgniarki.
- Anulowano zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony trzem pielęgniarkom.
- Stwierdzono trzem pielęgniarkom kwalifikacje zawodowe zgodne z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz wydano trzem pielęgniarkom zaświadczenie o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki.
- Przyznano jednej położnej dofinansowanie kształcenia podyplomowego za udział w szkoleniu specjalizacyjnym „Pielęgniarstwo położnicze” w kwocie 700 zł.
- Wytypowano przedstawicieli samorządu do udziału w pracach komisji konkursowych na stanowisko pielęgniarki naczelniej i przełożonej pielęgniarek.
- Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

o nazwie Agencja Usług Oświatowych „Omnibus” Sp. z o.o. figurującego pod numerem 11/2013.

- Podjęto jedną decyzję w sprawie odmowy dofinansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.
- Skierowano dwie pielęgniarki na Ogólnopolską Konferencję Szkoleniowo - Naukową Akademii Pielęgniarki Pediatrycznej.

### KALENDARIUM Maj - czerwiec 2015 rok

**21.05.2015r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu XI zwyczajnej sesji Rady Miasta Częstochowy.

**26.05.2015r.** W siedzibie OIPiP odbyło się spotkanie edukacyjne nt. „Pierwsza pomoc w sytuacji zagrożenia życia noworodków i niemowląt. Standardy postępowania”.

**28.05.2015r.** W siedzibie OIPiP odbyło się uroczyste rozdanie certyfikatów absolwentkom szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwa geriatrycznego.

**29.05.2015r.** W Ośrodku Szkoleniowym przy OIPiP w Częstochowie odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Szczepienia ochronne” Nr 03/08.

**01-02.06.2015r.** Przewodnicząca ORPiP jako przedstawiciel NRPiP uczestniczyła w kontroli Ośrodka Kształcenia działającego przy OIPiP w Katowicach.

**16.06.2015r.** W Ośrodku Szkoleniowym przy OIPiP w Częstochowie odbył się kurs dokształcający nt. „Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych”.



**17.06.2015r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

**17.06.2015r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**25.06.2015r.** W Ośrodku Szkoleniowym przy OIPIP w Częstochowie odbędzie się szkolenie nt. „Pielęgnacja skóry niemowląt prawdy i mity, oraz problemy laktacyjne”.

**30.06.2015r.** W siedzibie OIPIP odbędzie się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. ■

## **Oferta kursów OIPIP w Częstochowie** **SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje**

1. Pielęgniarstwo chirurgiczne
2. Pielęgniarstwo operacyjne
3. Pielęgniarstwo geriatryczne
4. Pielęgniarstwo zachowawcze
5. Pielęgniarstwo neonatologiczne
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo ginekologiczne
8. Pielęgniarstwo położnicze
9. Pielęgniarstwo kardiologiczne
10. Pielęgniarstwo nefrologiczne
11. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
12. Pielęgniarstwo pediatryczne

### **KURSY KWALIFIKACYJNE**

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

### **KURSY SPECJALISTYCZNE**

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 01/11
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka Nr 01/07
4. Leczenie ran Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarek
5. Leczenie ran Nr 12/07 – dla położnych
6. Szczepienia ochronne Nr 03/08
7. Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08
8. Podstawy dializoterapii Nr 08/07
9. Podstawy opieki paliatywnej Nr 05/07
10. Edukator w cukrzycy Nr 02/11
11. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Nr 06/07
12. Prowadzenie porodu w wodzie
13. Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10
14. Wykonanie konikopunkcji, odbarczenia odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszypikowego – kurs dla pielęgniarek „systemu”
15. Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów
16. Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji – kurs dla położnych

### **SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE**

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

### **SZKOLENIA JEDNODNIOWE**

1. Postępowanie w stanach zagrożenia zdrowotnego
2. Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę
4. Dokumentowanie świadczeń pielęgniarstwa w świetle obowiązującego prawa
5. Kompresjoterapia w przewlekłej niewydolności żyłnej i obrzęku limfatycznego
6. Diagnostowanie i profilaktyka pacjentów ze skłonnościami samobójczymi.

Aby spełnić oczekiwania pielęgniarek i położnych w zakresie kształcenia podyplomowego prosimy o zgłaszanie tematów pożądanych kursów/szkożeń kierownikowi Ośrodka osobiście w siedzibie OIPIP pokój nr 407, telefonicznie tel. 519 862 186 ■



**Minister Zdrowia**

## **Minister Zdrowia**

Warszawa, 2015.05.08

### **Pani Grażyna Rogala-Pawelczyk**

Prezes Naczelnej  
Rady Pielęgniarek i Położnych

### **Pani Lucyna Dargiewicz**

Przewodnicząca Zarządu  
Krajowego Ogólnopolskiego  
Związku Zawodowego  
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna pani Prezes  
Szanowna Pani Przewodnicząca

W nawiązaniu do spotkania, które odbyło się w dniu 30 kwietnia br. w Centrum Partnerstwa Społecznego „Dialog” w Warszawie, zgodnie z ustaleniami, przedstawiamy propozycje zmian w systemie ochrony zdrowia, w szczególności dotyczących kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielanych przez pielęgniarki i położne, które zostały zaprezentowane Państwu na ww. spotkaniu.

W związku ze zwiększeniem zakresu uprawnień zawodowych pielęgniarek i położnych, wynikającym ze zmian prawnych, mających na celu wzmocnienie ich roli w systemie ochrony zdrowia, konieczne są także zmiany finansowania zadań realizowanych przez te grupy zawodowe. Proponowany pakiet rozwiązań dedykowany pielęgniarkom i położnym pozwoli w odpowiedniej perspektywie czasu na zwiększenie liczby produktów finansowych oraz wpłynie na poprawę konkurencyjności pielęgniarek i położnych na rynku pracy.

Proponowane zmiany dotyczą także zmian w przepisach prawa oraz wzmacniają i podkreślają rolę pielęgniarki i położnej w systemie ochrony zdrowia, jak też pozwolą w sposób systemowy na realizację postulatów zgłaszanych przez środowisko.



Wybór i realizacja poniższych propozycji nastąpi w drodze konsultacji ze środowiskiem pielęgniarek i położnych.

#### I. Przykładowe produkty finansowe pielęgniarskie:

1. Podstawowa opieka zdrowotna:
  - edukacja w zakresie samokontroli cukrzycy i zasad prawidłowego odżywiania oraz pielęgniarska opieka geriatryczna dla określonej wiekowo populacji pacjentów w przypadku pielęgniarki POZ;
  - opieka laktacyjna w przypadku położnej POZ;
  - profilaktyka depresji i działania edukacyjne w zakresie ryzyka używania narkotyków w przypadku pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania oraz higienistki szkolnej.
2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna:
  - działania edukacyjne realizowane przez pielęgniarki i położne w odniesieniu do trzech obszarów opieki specjalistycznej takich jak: diabetologia, kardiologia, położnictwo i ginekologia.
3. Leczenie szpitalne:
  - pielęgniarska ocena geriatryczna pacjentów powyżej 65 r.ż. we wszystkich profilach udzielania świadczeń z wyłączeniem oddziałów pediatrycznych, neonatologicznych i ginekologiczno-położniczych,
  - pielęgniarska edukacja zdrowotna po zakończonym leczeniu szpitalnym we wszystkich profilach udzielanych świadczeń.
4. Opieka paliatywna i hospicyjna:
  - monitorowanie i ocena bólu przewlekłego w przebiegu leczenia przeciwbólowego dla pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną w warunkach domowych, u których rozpoznano ból przewlekły i rozpoczęto stosowanie terapii przeciwbólowej. Powyższy wykaz zawiera przykładowe, możliwe do realizacji produkty, które mogą być modyfikowane przy współpracy ze środowiskiem pielęgniarek i położnych. Bardziej szczegółowe informacje proponowanych rozwiązań zawierała prezentacja przekazana Państwu w dniu 5 maja br.

II. Nowe wymagania w koszykach świadczeń gwarantowanych  
W koszyku świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego proponujemy określenie wymogu minimalnej liczby etatów przeliczeniowych dla każdego profilu oddziału wskazanego w części I załącznika nr 3 - rozwiązanie analogiczne jak w przypadku lekarzy.

Aktualnie trwają prace nad produktami finansowymi dedykowanymi pielęgniarkom i położnym oraz prace implementujące normy pielęgniarek i położnych w koszyku świadczeń gwarantowanych.

#### III. Mechanizmy wzrostu finansowania:

1. POZ - wzrost stawki kapitałowej i finansowanie wyodrębnionych produktów.
2. AOS - finansowanie wyodrębnionych produktów pielęgniarskich.
3. Leczenie szpitalne - finansowanie wyodrębnionych produktów pielęgniarskich.
4. Opieka paliatywna i hospicyjna - finansowanie wyodrębnionych produktów pielęgniarskich.
5. Opieka długoterminowa - wzrost wyceny osobodnia.

Mając na uwadze przedstawione propozycje uprzejmie proszę o przekazanie stanowiska reprezentującego opinię środowiska pielęgniarek i położnych, dotyczącego zaproponowanych zmian w zakresie nowych produktów, sposobu finansowania i zmian w koszykach świadczeń gwarantowanych - przed

terminem kolejnego spotkania zaplanowanego po 22 maja br.

z poważaniem

z upoważnienia  
Ministra Zdrowia  
Podsekretarz Stanu  
Piotr Warczyński

## Minister Zdrowia

Warszawa, dnia 2015.01.20

Szanowni Państwo  
Dyrektorzy Szpitali,  
Ordynatorzy Oddziałów  
Ginekologiczno-Położniczych,  
Lekarze ginekologów-położniczy  
i Położne

Szanowni Państwo!

### Komunikat

Uprzejmie informuję, że z dniem **1 marca 2015 r.** wchodzi w życie ustawa z dnia 28 listopada 2014 r. Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U.2014 r., poz. 1741 i poz. 1888), która reguluje zasady i tryb rejestracji stanu cywilnego oraz dokonywania czynności z zakresu rejestracji stanu cywilnego.

Na podstawie delegacji zawartej w art.144 ust. 6 przedmiotowej ustawy, z dniem **1 marca 2015 r.** wejdzie w życie nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty urodzenia i karty martwego urodzenia. W załączniku do rozporządzenia zawarte są (możliwe do pobrania i korzystania) wzory karty urodzenia i karty martwego urodzenia.

W związku z tym należy zwrócić uwagę, że w celu zgłoszenia urodzenia dziecka od **1 marca 2015 r.**, zamiast dotychczas wypełnianego jednego dokumentu **Pisemne zgłoszenie urodzenia dziecka** - będzie musiał być wypełniany jeden z dwóch dokumentów - **Karta urodzenia** lub **Karta martwego urodzenia**. W przypadku urodzenia żywego Kartę urodzenia przekazuje się do urzędu stanu cywilnego w ciągu trzech dni od jej wypełnienia. Kartę martwego urodzenia należy wypełniać wyłącznie wtedy, jeżeli określono płeć dziecka i przekazuje się ją do urzędu stanu cywilnego w ciągu jednego dnia od jej wypełnienia. W sytuacji urodzenia martwego, kiedy płeć nie jest ustalona lub nie jest możliwa do ustalenia - karty martwego urodzenia nie wypełnia się.

Dyrektorzy szpitali i Kierownicy podmiotów leczniczych są zobowiązani do zapoznania wszystkich podległych pracowników ochrony zdrowia z wchodzącymi w życie nowymi przepisami prawnymi.

Ponadto, zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012, poz.159 z późn.zm.), o wejściu w życie powyżej wskazanych nowych regulacji prawnych należy informować pacjentki i ich rodziny.

Art.54 ustawy stanowi:

#### „Art.54.

- 1. Kartę urodzenia przekazuje się kierownikowi urzędu stanu cywilnego właściwemu do sporządzenia aktu urodzenia w terminie 3 dni od dnia jej sporządzenia.**
- 3. Karta martwego urodzenia zawiera dane wymagane w karcie urodzenia oraz informację, że dziecko urodziło się martwe. Kartę martwego urodzenia**

**przekazuje się kierownikowi urzędu stanu cywilnego w terminie jednego dnia od dnia jej sporządzenia.**

**Jeżeli nie jest możliwe ustalenie płci dziecka, karty martwego urodzenia nie przekazuje się.**

4. Karta urodzenia i karta martwego urodzenia są przekazywane kierownikowi urzędu stanu cywilnego w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu.
5. Minister właściwy ds. zdrowia określi w drodze rozporządzenia wzór karty urodzenia oraz wzór karty martwego urodzenia, sporządzanych w formie dokumentu elektronicznego, uwzględniając przejrzystość i kompletność wymaganych danych."

**Karty urodzenia i karty martwego urodzenia w formie dokumentu elektronicznego, o których mowa w art. 54.ust. 4 i 5 wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.** ■

z poważaniem

z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Podsekretarz Stanu Igor Radziewicz-Winnicki



**Naczelna Izba**

### **Uchwała Nr 277/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2014 r.**

**w sprawie ustalenia Standardu pielęgniarskiej  
praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa  
operacyjnego**

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 3 oraz art. 22 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

**§ 1.** Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych ustala Standard pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego opracowany przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek.

**§ 2.** Standard pielęgniarskiej praktyki klinicznej stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

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

Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander

Prezes NRPiP  
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 277/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2014 r. w sprawie ustalenia Standardu pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego

STANDARDY PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ  
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO  
1 grudnia 2014

Słowo od autorów „Standardów pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego”

Pielęgniarstwo operacyjne to dziedzina, w której kształcenie podyplomowe rozpoczęło się w latach 60-tych XX wieku. Pierwszym podręcznikiem wydanym w Polsce po II wojnie światowej (1956 r.) był „Podręcznik dla instrumentariuszek” autorstwa Danuty Kasiny.

„Instrumentariuszka” to historyczna nazwa osób, które pomagały lekarzom specjalności zabiegowej w przeprowadzaniu operacji podając im narzędzia i dbając o zaplecze bloku operacyjnego. We wspomnianym wyżej podręczniku autorka wskazywała, że osobami tymi mają być pielęgniarki dyplomowane cechujące się przede wszystkim spokojem i opanowaniem oraz dobrą kondycją fizyczną. Współczesną nazwą instrumentariuszki jest „pielęgniarka operacyjna” lub „położna operacyjna”. We współczesnej Europie (niektóre landy Niemiec) pojęcie „instrumentariuszka” odnosi się do osób nie będących pielęgniarkami, a posiadającymi uprawnienia do pracy na stanowisku pielęgniarki operacyjnej – po ukończeniu trzyletniej szkoły.

Standardy mają opisywać rzeczywistość i być dostosowanymi do warunków, w których mają obowiązywać. Literatura, starsza niż dziesięciolecie została wykorzystana w opracowaniu z uwagi na aktualność zawartych w niej zapisów, czego przykładem jest pozycja pod redakcją A. Piątek „Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny”, wydany przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w 1999 roku (jest to jedyne wydanie). Informacje merytoryczne pozostałych pozycji są nadal aktualne i dlatego autorzy zdecydowali się je wykorzystać, zwłaszcza, że jest niedobór literatury opisującej pracę polskich pielęgniarek/ położnych operacyjnych.

Autorzy wyrażają serdeczne podziękowania osobom, których cenne uwagi podniosły wartość merytoryczną Standardów pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

Joanna Borzęcka i współautorzy

#### WSTĘP

Standardy pełnią ważną rolę w zapewnieniu właściwej opieki w każdej dziedzinie pielęgniarstwa. Ich zadaniem jest przede wszystkim określenie wzoru postępowania.

Standardy napisano na podstawie wytycznych dotyczących ogólnych standardów pielęgniarskiej praktyki klinicznej zatwierdzonych przez ministra zdrowia i opieki społecznej do wdrożenia pilotażowego. Wytyczne te zostały umieszczone w publikacji redagowanej przez A. Piątek Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999. Zbiór standardów zawarty w niniejszej pracy zawiera ogólne wytyczne i normy wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej operacyjnej z uwzględnieniem dobrej koncepcji i celu pielęgnowania, praw pacjenta, metod pielęgnowania, obowiązujących przepisów prawnych oraz warunków techniczno – organizacyjnych wykonywania zawodu. Zatem należą do kategorii ogólnych standardów pielęgniarskiej praktyki klinicznej, a ponieważ w wielu miejscach odnoszą się również do specyficznych wymagań wykonywania zawodu w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego otrzymały nazwę „ogólne standardy pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego”. Każdy ze standardów ma dodany (po myślniku) wyraz lub związek frazeologiczny zgodny z nazewnictwem określonym w Standardach opieki pielęgniarskiej w praktyce.

Ogólne standardy praktyki pielęgniarskiej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, które uszczegółowią treści zawarte w przedstawianym zbiorze standardów - dotyczyć będą



specyficznych dla tej dziedziny sposobów sprawowania opieki nad pacjentem, czyli – między innymi – sposobów zapewnienia poczucia bezpieczeństwa pacjenta czy ochrony godności osobistej na bloku operacyjnym, a także sposobów ochrony pielęgniarek/położnych operacyjnych przed czynnikami szkodliwymi w ich miejscach pracy.

Wśród pielęgniarek czy położnych operacyjnych jest coraz większy odsetek mężczyzn, zatem w każdym miejscu, gdzie jest mowa o pielęgniarce/położnej operacyjnej należy pamiętać, że zapis ten w każdym przypadku ma brzmienie pielęgniarka/pielęgniarska położna/położny operacyjny. Wzorując się na zapisach zawartych w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej zdecydowano się na formę „pielęgniarka/położna operacyjna”. Miejsce pracy pielęgniarki/pielęgniarska - położnej/położnego operacyjnego jest zgodne odpowiednio z art. 4 i art. 5 ustawy z dnia 11 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.).

Autor: mgr Joanna Borzęcka,  
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,  
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie

#### STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – PODSTAWY TEORETYCZNE

**UZASADNIENIE:** pojęcia teoretyczne pielęgniarstwa operacyjnego stanowią ramy do wyznaczania celów, planowania, realizowania i oceniania opieki nad pacjentem przebywającym w bloku operacyjnym. Dostarczają argumentów do uzasadniania roli i miejsca pielęgniarki operacyjnej spośród przedstawicieli innych zawodów w ochronie zdrowia.

Pielęgniarstwo operacyjne jest odrębną specjalnością pielęgniarstwa, której przedstawiciele badają, analizują i rozwiązują problemy związane z zapewnieniem sprawnej asysty pielęgniarstwa do zabiegu operacyjnego z poczuciem bezpieczeństwa i zachowania godności osobistej pacjentów przebywających na Bloku Operacyjnym oraz innymi problemami wynikającymi ze specyfiki pracy pielęgniarek operacyjnych. Pielęgniarstwo operacyjne można utożsamić pojęciowo z pojęciem obecnym w literaturze europejskiej i amerykańskiej odpowiednikiem „periooperative nursing” (dające się przetłumaczyć jako pielęgniarstwo okołoperacyjne) w tym sensie, że jest to dział odnoszący się do opieki pielęgniarstwa przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej, świadczonej w strukturach bloku operacyjnego. Są to zasady pielęgniarstwa opieki na bloku operacyjnym w części anestezyjologicznej i chirurgicznej. Opieka ta jest oparta na wiedzy i kompetencjach w obu tych dziedzinach. Jako członek zespołu chirurgicznego, zarejestrowana pielęgniarka „periooperative” pracuje we współpracy z innymi profesjonalistami opieki zdrowotnej w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem. Zatem na gruncie warunków polskich jest to wiedza i kompetencje z zakresu opieki okołoperacyjnej w dwóch dziedzinach pielęgniarstwa: anestezyjologicznego i operacyjnego.

Pielęgniarka/położna operacyjna – jest to osoba, mająca uprawnienia do pielęgniarstwa asysty do zabiegów operacyjnych w różnych dyscyplinach zabiegowych. W dziedzinie położnictwa i ginekologii w blokach operacyjnych na stanowisku pielęgniarki operacyjnej pracują również położne. Podstawowym obowiązkiem pielęgniarki/położnej operacyjnej jest „...całościowe, samodzielne, fachowe, biegle i planowe

przygotowanie zabiegu operacyjnego oraz asystowanie przy jego przebiegu i nadzorze” z uwzględnieniem zapewnienia pacjentowi poczucia godności osobistej i bezpieczeństwa, zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Praktykę zawodową pielęgniarka/położna operacyjna opiera na naukach pielęgniarstwa, w szczególności pielęgniarstwie operacyjnym i na podstawach innych nauk istotnych dla pielęgniarstwa („zdobycach nauk medycznych, społecznych i humanistycznych” – Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej).

Uprawnienia do pracy w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej nabywa się drogą:

- odbycia szkolenia do pracy na stanowisku pielęgniarki/położnej operacyjnej pod przewodnictwem opiekuna procesu adaptacji (mentora), mającego wiedzę i doświadczenie w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego (specjalisty w tej dziedzinie). Szkolenie odbywa się według wewnątrzszkolowego systemu szkolenia nowych pracowników na bloku operacyjnym. Nowy pracownik powinien rozpocząć naukę celem zdobycia formalnych uprawnień w terminie do 1 roku od momentu podjęcia pracy w bloku operacyjnym, zaś pracodawca powinien mu umożliwić udział w kursie kwalifikacyjnym/specjalizacji. Pielęgniarka/położna po odbyciu szkolenia wewnętrznego jest zatrudniona na stanowisku pełniącej obowiązki pielęgniarki/położnej operacyjnej z miejscem zatrudnienia blok operacyjny,
- ukończenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego,
- ukończenia specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

Zespół operacyjny - grupa osób uczestnicząca w przeprowadzaniu zabiegów operacyjnych w różnych dyscyplinach zabiegowych w sposób możliwie najlepszy i najszybszy. W skład zespołu operacyjnego wchodzi: lekarz/ lekarze specjalności zabiegowej, dwie pielęgniarki/położne operacyjne: instrumentująca i pomagająca, lekarz anestezjolog oraz pielęgniarka anestezyjologiczna.

Za całość zabiegu operacyjnego odpowiada lekarz operator. Podmiotem działań zespołu operacyjnego jest pacjent, będący w centrum działań zespołu terapeutycznego, co znajduje wyraz w prowadzeniu okołoperacyjnej karty kontrolnej.

Instrumentowanie (inaczej asysta pielęgniarstwa) – to podstawowy zakres czynności pielęgniarek/położnych operacyjnych. Są to działania wykonywane przez pielęgniarki/położne operacyjne w trakcie zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych przeprowadzanych w warunkach sali operacyjnej. Działania te są oparte na wiedzy o teoretycznym i praktycznym przebiegu operacji z uwzględnieniem działań pielęgniarek/położnych operacyjnych oraz na wnioskach z własnych obserwacji. Instrumentowanie dotyczy:

- czynności mentalnych (analizowanie i wyciąganie wniosków z wypowiedzi operatora, jego asysty, i innych członków zespołu operacyjnego),
- czynności manualnych (szybkie, celowe, - najlepiej bez wezwania - podawanie narzędzi i innych rzeczy potrzebnych w trakcie operacji,
- pojęcie asysty pielęgniarstwa (instrumentowania) nie obejmuje czynności związanych z asystą lekarską, dotyczącą manipulowania narzędziami w obrębie pola operacyjnego (utrzymywanie porządku w polu operacyjnym, odstawianie pola operacyjnego, czyli tzw. trzymanie haków, pilnowanie końca nitki, prowadzenie nitki przy szwach ciągłych, zdejmowanie kleszczyków hemostatycznych, adaptacja brzegów rany, obcinanie nitek itp.) .

Troskliwość pielęgniarska w pielęgniarstwie operacyjnym „Wyjaśnienia troskliwości pielęgniarskiej mówią, że pielęgniarkę i jej postępowanie cechuje to, że lubi ludzi; ich los nie jest jej obojętny; chce im pomagać; dysponuje niezbędną wiedzą; opanowała konieczne sprawności; skupia uwagę na szczegółach w zapewnianiu pomocy; zna i rozumie tego, komu pomaga; zna jego problemy zdrowotne; swoją pomoc zapewnia przez ułatwianie, a nie przez wydawanie poleceń i kontrolowanie; zna siebie – swoje możliwości i ograniczenia; zasługuje na zaufanie”. Na tej podstawie można stwierdzić, że troskliwość pielęgniarska w pielęgniarstwie operacyjnym jest to sprawne działanie pielęgniarki/położnej operacyjnej oparte na wiedzy dotyczącej zarówno obszarów w jej specjalności oraz innych nauk istotnych dla pielęgniarstwa, jak i wiedzy o problemach konkretnego pacjenta na bloku operacyjnym. Działania te dotyczą przede wszystkim asysty pielęgniarskiej (inaczej instrumentowania), zapewnienia pacjentowi poczucia bezpieczeństwa i zachowania przez pacjenta godności osobistej, a pielęgniarka/położna operacyjna pracuje z pełnym zaangażowaniem, ale nie przekracza swoich uprawnień. Troskliwość pielęgniarska w tej dziedzinie to również inne czynności pielęgniarki/położnej operacyjnej służące zapewnieniu ciągłości opieki pielęgniarskiej w miejscu pracy pielęgniarki/położnej operacyjnej.

#### KRYTERIA STRUKTURY

1. filozofia opieki nad pacjentem jest zgodna z uznanymi pojęciami pielęgnowania pacjentów w warunkach sali operacyjnej,
2. nowe rozwiązania praktyczne są oparte na studiowaniu podstaw teoretycznych, co jest cenione przez przełożonych,
3. w miejscu pracy są dostępne podręczne materiały dotyczące podstaw teoretycznych praktyki zawodowej.

#### KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarka/położna operacyjna w swojej praktyce stosuje wiedzę z pielęgniarstwa operacyjnego i innych dyscyplin istotnych dla pielęgniarstwa by właściwie sformułować swoje zadania w świadczeniu troskliwości pielęgniarskiej w warunkach bloku operacyjnego,
2. pielęgniarka/położna operacyjna posługuje się pojęciami teoretycznymi z pielęgniarstwa i innych nauk mających zastosowanie w ochronie zdrowia w celu uzasadniania roli i zadań pielęgniarki/położnej operacyjnej w interdyscyplinarnym zespole,
3. pielęgniarka /położna operacyjna w swojej praktyce – sprawdza istniejące teorie,
4. pielęgniarka/położna operacyjna formułuje i przedstawia wnioski dotyczące potrzeby badań naukowych wpływające z praktyki zawodowej.

#### KRYTERIA WYNIKU

1. działania pielęgniarek/położnych operacyjnych są zgodne z uznanymi teoriami pielęgniarskimi, mającymi zastosowanie w warunkach sali operacyjnej, które są sprawdzane w praktyce oraz z aktualną wiedzą,
2. uznane teorie oraz wiedza z dziedziny pielęgniarstwa operacyjnego są sprawdzane i oceniane w praktyce,
3. wnioski z praktyki działań pielęgniarskich na bloku operacyjnym stanowią wskazówki do rozwijania badań naukowych w tej dziedzinie.

#### Literatura

1. Bielecki K, Rud P. M. Chirurgia ogólna, [w:] Narzędzia protezy i szwy chirurgiczne, (red.) K. Bielecki, Makmed, Lublin 2008, s. 31.

2. Ciuruś M., Pielęgniarstwo operacyjne, Makmed, Lublin 2007, s. 63.
3. <http://www.aorn.org/CareerCenter/CareerDevelopment/RoleOfThePerioperativeNurse/>
4. [http://www.cmj.org.pl/who/okk/who-checklist\\_art-bkhkw.pdf](http://www.cmj.org.pl/who/okk/who-checklist_art-bkhkw.pdf)
5. Jacobs – Schäfer, i współautorzy, Praca na sali operacyjnej – wskazówki i rady [w:] G. Luce- Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 4-5.
6. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej [w:] Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia „Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej”
7. Piątek A. (red.) Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 145-146.
8. Poznańska S., Pielęgniarstwo i jego istota, [w:] Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, t.1, (red.) B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2011, s. 24-25.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922 z późn. zm.).
10. Szreter T., Współpraca zespołowa w bloku operacyjnym, „Blok Operacyjny”, 2000, nr 2, s. 74.
11. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r, poz. 1435 z późn. zm.).
12. Willems Ch. i współautorzy EORNA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012, s.11 -12.

Autor: mgr Joanna Borzęcka,  
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,  
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie

#### STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – GROMADZENIE DANYCH

Gromadzenie danych jest niezwykle istotną czynnością, by dalsze etapy procesu pielęgnowania przebiegały prawidłowo, czyli stosownie do sytuacji zdrowotnej, w jakiej znalazł się pacjent.

UZASADNIENIE: pielęgniarka/położna operacyjna ma obowiązek gromadzenia danych niezbędnych do postawienia diagnozy pielęgniarskiej, zaplanowania i zapewnienia właściwego poziomu troskliwości pielęgniarskiej wobec pacjenta przebywającego na bloku operacyjnym. Celem gromadzenia danych jest postawienie diagnozy pielęgniarskiej, zaplanowanie opieki i jej wykonanie, czyli właściwe przygotowanie się pielęgniarek/położnych operacyjnych do objęcia pacjenta przebywającego na bloku operacyjnym holistyczną opieką pielęgniarską w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej.

#### KRYTERIA STRUKTURY

1. pielęgniarka/położna operacyjna ma dostęp do aktualnego planu operacyjnego, kanałów łączności umożliwiających



- komunikowanie się z innymi członkami zespołów operacyjnych oraz innych dokumentów niezbędnych do postawienia diagnozy pielęgniarskiej, w tym procedur postępowania pielęgniarskiego i higienicznego,
2. w sytuacji zabiegów nie ujętych w planie operacyjnym pielęgniarki/położne operacyjne powinny otrzymać dane od innych członków zespołu terapeutycznego odpowiednio wcześniej, by mogły zorganizować na czas zasoby potrzebne do operacji, a będące na wyposażeniu bloku operacyjnego,
  3. pielęgniarki/położne operacyjne mają dostęp do wszystkich procedur, w których opisany jest przebieg operacji z uwzględnieniem przygotowania się obu pielęgniarek operacyjnych do danej procedury. Ma to szczególne znaczenie w blokach wielospecjalistycznych, ponieważ stały dostęp do procedur eliminuje błędy wynikłe z rzadkości uczestniczenia w danej sytuacji,
  4. z uwagi na fakt, że pielęgniarka/położna operacyjna nie powinna w trakcie swego dyżuru opuszczać pomieszczeń bloku operacyjnego jej kontakt z pacjentem jest krótki, a z jego rodziną żaden. Zatem źródła danych to przede wszystkim:
    - plan operacyjny, na podstawie którego pielęgniarka/położna operacyjna dobiera właściwy zestaw narzędzi i materiałów dodatkowych,
    - rozmowy z przedstawicielami innych zawodów medycznych dotyczących odrębności w postępowaniu z danym pacjentem (np. informacja, że pacjent nie widzi – sprawia, że pielęgniarka/położna operacyjna i pozostałe osoby mające styczność z pacjentem są obowiązane m.in. opisywać mu otoczenie i uprzedzać o czynności z nim zostanie wykonana itp.),
    - wnioski z własnych obserwacji i/lub wywiadu z pacjentem,
    - historia choroby,
    - dokumentacja pielęgniarska,
  5. pielęgniarka/położna operacyjna ma kwalifikacje do zbierania danych o sytuacji pacjenta,
  6. zakład pracy ma system gromadzenia, rejestrowania i odszukiwania danych o pacjencie, a pielęgniarka/położna operacyjna ma uprawnienia do posługiwania się nim w zakresie niezbędnym do świadczenia opieki,
  7. stanowisko pracy pielęgniarki/położnej operacyjnej jest wyposażone w akcesoria niezbędne do gromadzenia danych o pacjencie.

#### KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarki/położne operacyjne gromadzą dane w zakresie oczekiwań zespołu lekarzy specjalności zabiegowych co do planowanego przez nich typu procedury medycznej, a w szczególności wiedzy o metodzie i zakresie operacji, ułożenia pacjenta na stole operacyjnym, rodzaju materiałów i akcesoriów medycznych, w tym sprzętu, niezbędnych w danej procedurze u danego pacjenta,
2. pielęgniarki/położne operacyjne gromadzą dane o stanie biopsychospołecznym pacjenta, zwłaszcza o dysfunkcjach narządów zmysłów: wzroku i słuchu oraz o ograniczeniach ruchomości stawów, wyciągając wnioski na podstawie własnych obserwacji i/lub danych uzyskanych ze źródeł określonych w kryteriach struktury.

#### KRYTERIA WYNIKU

1. pielęgniarki/położne operacyjne zgromadziły dane dotyczące rodzaju procedury medycznej i metodzie interwencji medycznej,
2. pielęgniarki/położne operacyjne zgromadziły dane o ułożeniu pacjenta na stole operacyjnym,

3. pielęgniarki/położne operacyjne zgromadziły dane o rodzaju akcesoriów medycznych, w tym sprzętu, które będą wykorzystane u danego pacjenta,
4. pielęgniarki/położne operacyjne określiły stan biopsychospołeczny pacjenta, w tym dane o ewentualnych ograniczeniach ruchomości stawów oraz o dysfunkcjach narządu wzroku i słuchu,
5. zebrane dane odzwierciedlają aktualną sytuację pacjenta.

#### Literatura

1. Ciuruś M., Pielęgniarstwo operacyjne, Makmed, Lublin 2007, s. 72.
2. Piątek A. [red.] Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 146-147.
3. Płaszewska – Żywko L., Założenia procesu pielęgnowania [w:] Kózka M., Płaszewska Żywko L. (red.), Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych, PZWL, Warszawa 2008, s. 28-29.

Autor: mgr Joanna Borzęcka,  
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,  
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie

#### STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA I PLANOWANIE OPIEKI

Pielęgniarki/położne operacyjne formułują wnioski z danych o pacjencie w celu prawidłowego przygotowania się do asysty pielęgniarskiej i pracy w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej pomagającej, tj. zapewnienia pacjentowi i personelowi bezpieczeństwa oraz zapewnienia odpowiedniego zaplecza na czas trwania operacji. Odpowiednio postawiona diagnoza i plan opieki są najważniejszymi czynnikami dalszych działań pielęgniarskich.

UZASADNIENIE: pacjent na bloku operacyjnym przebywa krótko, jest w sytuacji, która w psychologii nazywa się kryzysową. Zarówno diagnoza jak i planowanie dotyczą w szczególności sprawnej asysty pielęgniarskiej.

W dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego szczególnie istotna jest umiejętność przewidywania sytuacji nietypowych i umiejętność szybkiego reagowania w takich momentach. Dlatego w swojej diagnozie pielęgniarki/położne operacyjne starają się przewidzieć potencjalne problemy i zaplanować sposoby ich rozwiązania.

#### KRYTERIA STRUKTURY

1. pielęgniarki/położne operacyjne mają kwalifikacje do analizowania i oceny danych oraz sformułowania diagnozy pielęgniarskiej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego i zaplanowania działań,
2. pielęgniarki/położne operacyjne potrafią dobrać odpowiednie zasoby potrzebne do zaplanowania działań i ich wykonania,
3. pielęgniarki/położne operacyjne mają informacje o sposobie pozyskania niezbędnych zasobów,
4. w bloku operacyjnym istnieje możliwość zasięgnięcia porady w sprawach dotyczących planowania opieki pielęgniarskiej przez pielęgniarki położne operacyjne,
5. blok operacyjny wyposażony jest w dokumentację (wzory opieki pielęgniarki/położnej operacyjnej).

**KRYTERIA PROCESU**

1. pielęgniarki/położne operacyjne na podstawie specjalistycznej wiedzy, dotyczącej znajomości rozpoznania operacyjnych i etapów przeprowadzania poszczególnych procedur medycznych określają sposób przygotowania się do danej operacji. Przygotowanie się do operacji obejmuje w szczególności zaplanowanie sposobów zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i personelowi podczas danej procedury medycznej oraz zaplanowanie zasobów ludzkich i rzeczowych niezbędnych do przeprowadzenia danej procedury u konkretnego pacjenta,
2. pielęgniarki/położne operacyjne przewidują potencjalne problemy mogące pojawić się przy danej procedurze i określają ewentualne sposoby poradzenia sobie z nimi. Potencjalne problemy obejmują w szczególności: konieczność modyfikacji ułożenia pacjenta na stole operacyjnym z uwagi np. na dysfunkcje układu kostnego, możliwość rozszerzenia zabiegu operacyjnego, możliwość konwersji, możliwość wystąpienia dużego krwawienia itp.,
3. w planowaniu opieki pielęgniarki/położne operacyjne współpracują z pacjentem oraz innymi członkami zespołu terapeutycznego.

**KRYTERIA WYNIKU**

1. pielęgniarki/położne operacyjne właściwie (stosownie do posiadanych informacji) postawiły diagnozę pielęgniarską i przygotowały plan działań odpowiedni dla procedury medycznej, do której się przygotowują,
2. plan opieki jest wynikiem diagnozy i jest dostosowany do przewidywanego sposobu operacji i posiadanych zasobów, stanowi element ogólnego planu terapeutyczno-opiekuńczego pacjenta,
3. diagnoza pielęgniarska określa rzeczywiste i potencjalne problemy, a na jej podstawie zaplanowano – zgodnie z aktualną wiedzą, obowiązującym prawem i obowiązującymi w danym bloku operacyjnym procedurami – metody działań, techniki działań oraz zasoby ludzkie i rzeczowe potrzebne do wykonania danej procedury u konkretnego pacjenta.

**Literatura**

1. Ciurus M., Rozwój pielęgniarstwa operacyjnego w Polsce. Rola i zadania pielęgniarki operacyjnej, „Blok Operacyjny”, 2002, nr 1, s. 38.
2. Harmsen G., Przebieg operacji od A do Z. Praktyczny przewodnik dla instrumentariuszek, PZWL, Warszawa 2013, s. 6.
3. Kózka M., Diagnoza pielęgniarska wyznacznikiem interwencji [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L., Diagnozy i interwencje pielęgniarskie, PZWL, Warszawa 2008, s. 36-38.
4. Piątek A. (red.) Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 147-148.

**Autorki w kolejności alfabetycznej:**

- mgr Joanna Borzęcka, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego, Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie
- mgr Mariola Gralewska, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie
- lic. piel. Ewa Habel, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego, SP ZOZ w Janowie Lubelskim
- piel. dypl. Aneta Judycka absolwentka kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie

- mgr Lucyna Kotas, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego, Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w Lublinie
- mgr Paulina Kowalska, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie
- mgr Danuta Matyka, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie
- mgr Maria Wertel, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

**STANDARD PIEŁĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO - REALIZACJA OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ W BLOKU OPERACYJNYM**

Pielęgniarstwo operacyjne jest specjalnością z odrębną specyfiką zarówno czynności pielęgniarskich jak i problemów pacjenta określonych w tej dziedzinie pielęgniarstwa.

UZASADNIENIE: głównym celem opieki pielęgniarki/położnej operacyjnej jest zapewnienie holistycznego i indywidualnego podejścia do pacjenta zgodnie z obowiązującym prawem, zasadami postępowania i zaleceniami. Istotą holistycznej opieki pielęgniarki/położnej operacyjnej jest bezpieczne przeprowadzenie pacjenta przez okres okołoperacyjny w zakresie swoich kompetencji. Wyróżnić w tej dziedzinie można obszary działań związane z bezpośrednią opieką nad pacjentem i w nich da się wyodrębnić trzy fazy działań: fazę przedoperacyjną, śródoperacyjną i pooperacyjną. Obszar działań nie wymagający bezpośredniej opieki nad pacjentem w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego ma również kluczowe znaczenie, ponieważ wiele czynności przygotowawczych mających ścisły związek z prawidłowym przebiegiem operacji przebiega w czasie dyżurów popołudniowych i nocnych w czasie tzw. gotowości pracowniczej (oczekiwania na zabiegi dyżurowe). W pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych wyróżnić można:

1. obszar związany z pracą w charakterze pielęgniarki/ położnej operacyjnej instrumentującej (związanej z pielęgniarską asystą do zabiegów),
2. obszar związany z pracą w charakterze pielęgniarki/ położnej operacyjnej pomagającej (asystującej pielęgniarsce instrumentującej),
3. obszar zapewnienia szeroko rozumianego bezpieczeństwa pacjentowi i zespołowi operacyjnemu,
4. obszar obowiązków pracowniczych nie wymagający kontaktu z pacjentem, czy innymi członkami zespołu operacyjnego, dotyczący obowiązków pracowniczych wykonywanych w czasie godzin popołudniowych i nocnych, a mający szczególne znaczenie w tej dziedzinie pielęgniarstwa.

**KRYTERIA STRUKTURY**

1. zespół pielęgniarek/położnych operacyjnych jest przygotowany do świadczonej opieki zgodnie z założeniami planu,
2. na blokach operacyjnych powinny być zatrudnione specjalistki pielęgniarstwa operacyjnego (minimum jedna na jedną zmianę roboczą na każdą ze specjalności w danym bloku operacyjnym),
3. liczba pielęgniarek/położnych operacyjnych jest ustalona na poziomie zapewniającym odpowiednią jakość usług. Aby było zapewnione bezpieczeństwo pacjenta na każdy czynny stół operacyjny, (czyli taki, na którym w danej chwili jest lub może być pacjent) przypadają minimum dwie pielęgniarki/położne operacyjne: pielęgniarka/ położna operacyjna instrumentująca i pielęgniarka/ położna operacyjna pomagająca. Ta ostatnia powinna - na równi z pielęgniarką instrumentującą - być zorientowaną, na



jakim etapie jest zabieg operacyjny, jej głównym zadaniem jest pomoc pielęgniarce operacyjnej instrumentującej. Pomoc ta polega na sprawnym dostarczaniu materiałów dodatkowych, obsłudze urządzeń i sprzętu znajdującego się na sali operacyjnej (oprócz sprzętu anestezjologicznego),

4. na bloku operacyjnym jest zapewniony dostęp do aktualnych regulaminów, standardów i procedur, które mają zastosowanie w danej sytuacji,
5. blok operacyjny jest wyposażony w kanały łączności, w tym internet,
6. blok operacyjny jest wyposażony w niezbędną aparaturę, sprzęt, materiały do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego/diagnostycznego,
7. blok operacyjny jest wyposażony w materiały niezbędne do dokumentowania pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych (w szczególności w protokół pielęgniarki operacyjnej), który powinien być dołączany do historii choroby.

#### KRYTERIA PROCESU

Obszar związany z pracą w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej (związanej z pielęgniarską asystą do zabiegów) pielęgniarki/położnej operacyjnej pomagającej (asystującej pielęgniarce instrumentującej).

Przed wejściem na salę operacyjną obie pielęgniarki/położne (instrumentująca i pomagająca) mają obowiązek nałożyć ubranie operacyjne, czapkę, maskę, umyć i zdezynfekować higienicznie ręce.

1. pielęgniarki/położne operacyjne otaczają pacjenta opieką zintegrowaną z wiedzą i praktyką opartą na faktach,
2. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają środowisko zgodnie z zasadami obowiązującymi na bloku operacyjnym,
3. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają cały sprzęt, instrumentarium, akcesoria zgodnie z planem pracy i obowiązującymi instrukcjami producenta,
4. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają używanie wszystkich rzeczy w nienaruszonym stanie i zapisują to w odpowiedniej dokumentacji,
5. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają właściwe postępowanie związane z identyfikacją, opisem i dokumentowaniem tkanek/płynów pobranych do różnego typu badań,
6. pielęgniarki/położne operacyjne rozpoznają i wdrażają właściwe strategie postępowania z odpadkami, w tym właściwą segregację, usuwanie i zabezpieczanie odpadków.

Zakres działań obu pielęgniarek operacyjnych podczas procedury w ujęciu fazy przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej ilustruje poniższa tabela.

1. Czynności wykonywane przed operacją i wykonawca
2. Czynności wykonywane w czasie trwania operacji i wykonawca
3. Czynności wykonywane po zakończeniu operacji i wykonawca

Przygotowanie i sprawdzenie sali operacyjnej, sprawdzenie funkcjonowania aparatury medycznej (ogólnochirurgicznej i specjalistycznej (np. oświetlenia chirurgicznego, stołu operacyjnego, diatermii chirurgicznej, noża harmonicznego, sprzętu niezbędnego do wykonania operacji endoskopowych (np. laparoskopowych, torakoskopowych, artroskopowych itp.)) [P/I] Przygotowanie zestawu do dezynfekcji skóry pola operacyjnego, ubranie członków zespołu operacyjnego w jałowe far-

tuchy chirurgiczne i jałowe rękawice chirurgiczne, instrumentowanie, podawanie zabezpieczonego przed zagubieniem materiału z gazy chirurgicznej, podawanie materiału szewnego i dodatkowego, obserwowanie pola operacyjnego i otoczenia pacjenta operowanego, okresowe liczenie narzędzi, nici i gazy w trakcie trwania operacji, liczenie instrumentarium i pozostałych materiałów przed zakończeniem operacji, czuwanie nad zachowaniem i utrzymaniem jałowości czasie trwania operacji. [I]

Liczenie narzędzi i materiałów użytych do operacji [P/I], wykonanie dezynfekcji wstępnej narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, szczelne zapakowanie używanych narzędzi i sprzętu medycznego i przekazanie do sterylizatorni. [P.], uzupełnienie zużytych w czasie operacji materiałów i sprzętów – przygotowanie standardowych ilości sprzętu i materiałów gotowych do rozpoczęcia następnych operacji. [P.]

Przygotowanie zestawów z narzędziami, pakietów z bielizną operacyjną, pakietów z materiałem z gazy operacyjnej. [P/I] Przygotowanie materiałów wszczepialnych (implantów) w razie potrzeby. [I]

Przygotowanie materiału szewnego i sprzętu dodatkowego takiego jak: cewniki, sondy, rękawice chirurgiczne, folia chirurgiczna, osłony na przewody i aparaturę medyczną itp. [P/I]

Chirurgiczne mycie i chirurgiczna dezynfekcja rąk [I]

Aktywne uczestniczenie w przygotowaniu stolików z instrumentarium i personelu do operacji tj. otwieranie zestawów, pakietów, kontenerów z zachowaniem zasad sterylności. Pomoc w zawiązywaniu jałowych fartuchów chirurgicznych [P] Asystowanie pielęgniarce instrumentującej, otwieranie dodatkowych pakietów i zestawów, podawanie leków/środków antyseptycznych, płynów do płukania ran i jam ciała, obsługa aparatury medycznej, czuwanie nad bezpieczeństwem pacjenta. [P.]

Nadzór nad segregacją odpadów w sali operacyjnej. Porządkowanie sali operacyjnej po wykonanym zabiegu operacyjnym. [P.]

Nadzór nad dekontaminacją sali operacyjnej. [P/I]

Przygotowanie dokumentacji pielęgniarki/położnej operacyjnej [P] Prowadzenie dokumentacji pielęgniarki operacyjnej, dokumentowanie wszystkich dodawanych materiałów. [P] Sprawdzenie wpisów do dokumentacji i podpisanie dokumentacji pielęgniarki/położnej operacyjnej. [I/P]

Przygotowanie pojemników na tkanki/ narządy przeznaczone (po zakończeniu operacji) do badania histopatologicznego. [P.] Włożenie pobranych tkanek do właściwych pojemników, opisanie pojemników (zabezpieczenie przed pomyleniem), zalanie tkanek płynem konserwującym (w uzgodnieniu z lekarzem operującym). [P]

Wpisanie materiałów przeznaczonych do badania histopatologicznego do rejestru [P.], nadzór nad przekazaniem tkanek do pracowni diagnostycznej [P/I]

Przygotowanie wymazówek/pojemników przeznaczonych do pobrania materiału do badań mikrobiologicznych. [P.]

Pomoc w pobraniu materiału biologicznego do badań mikrobiologicznych. [P.]

Zarejestrowanie pobranych próbek i zorganizowanie niezwłocznego przekazania materiału do pracowni mikrobiologicznej, zabezpieczenie materiału przed zniszczeniem i ew. zagubieniem. [P.]

Udział w przyjęciu pacjenta na salę operacyjną, sprawdzenie tożsamości pacjenta i operowanej strony/lub operowanego narządu (niezależnie od lekarza operatora), pomoc operatorowi/asyście w bezpiecznym ułożeniu pacjenta na stole operacyjnym: (stosowanie maty stabilizacyjnej, udogodnień, pasów mocujących itp.) [P.]

Pomoc w bezpiecznym zdjęciu pacjenta ze stołu operacyjnego/przełożeniu pacjenta na wózek transportowy lub do łóżka, nadzór nad dezynfekcją sprzętów przeznaczonych do stabilizacji ciała pacjenta. [P.]

Udział w zapewnieniu pacjentowi normotermii (przygotowanie materaca grzewczego na stół operacyjny, kołderki jednorazowej, ciepłych płynów do płukania jam ciała i zwilżania serwet chirurgicznych). [P] Regulowanie wysokości temperatury termostatu w podgrzewaczu płynów w zależności od bieżących potrzeb. [P]

Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa w czasie dezynfekcji skóry pola operacyjnego (wypełnienie krzywizn ciała pacjenta materiałem chłonnym na czas dezynfekcji i usunięcie wilgotnych zabezpieczeń po zakończeniu dezynfekcji pola operacyjnego). [P.]

Pomoc w zdezynfekowaniu skóry wokół miejsca operowanego przed nałożeniem opatrunku, toaleta ciała pacjenta (w zależności od rodzaju wykonanej operacji). [P.]

Zabezpieczenie pacjenta przed porażeniem prądem w czasie stosowania np. diatermii chirurgicznej,

naklejenie na ciało pacjenta elektrody neutralnej. [P.]

Odłączenie aparatury medycznej (urządzeń elektrycznych), zdjęcie elektrody neutralnej. [P.]

Zabezpieczenie pacjenta przed ekspozycjami rtg w czasie wykonywania zdjęć śródoperacyjnych. [P.]

Zdjęcie osłon radiologicznych z pacjenta. [P.]

Organizowanie zaplecza np. zawiadamianie innych działów o konieczności zabrania amputowanych kończyn z sali operacyjnej [P.]

I – pielęgniarka/położna operacyjna instrumentująca

P – pielęgniarka/położna operacyjna pomagająca

Obszar zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i zespołowi operacyjnemu

Członkowie zespołu operacyjnego mają obowiązek używania środków ochrony osobistej stosownie do zagrożeń opisanych w Międzynarodowej karcie zagrożeń zawodowych. Środki te mają być użyte zgodnie z przeznaczeniem, a pracodawca ma obowiązek zapewnić je w wystarczającej ilości.

1. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają poczucie godności własnej pacjenta i bezpieczeństwa psychicznego stosując zasadę jasności i precyzji w komunikowaniu się z pacjentem z poszanowaniem jego odrębności kulturowej,
2. pielęgniarki/położne operacyjne stosują zintegrowaną wiedzę do zapewnienia właściwego i bezpiecznego układowania pacjenta oraz bezpiecznego przemieszczania pacjenta z wykorzystaniem odpowiednich urządzeń,
3. pielęgniarki/położne operacyjne pracują w zgodzie z zasadami w przypadku zdarzenia niepożądanego oraz zdarzenia „o mało co”,
4. pielęgniarki/położne operacyjne świadcząc holistyczną (bezpośrednią i pośrednią) opiekę nad pacjentem stosują zasady kontroli zakażeń, w szczególności dokładnie trzymając się reguł bezpieczeństwa.

Zakres działań obu pielęgniarek operacyjnych (instrumentującej i pomagającej) podczas procedury w ujęciu fazy przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej ilustruje poniższa tabela.

1. Czynności wykonywane przed operacją i wykonawca
2. Czynności wykonywane w czasie operacji i wykonawca
3. Czynności wykonywane po operacji i wykonawca

Okresowe sprawdzanie aparatury medycznej przez profesjonalny serwis techniczny, nadzór nad dokumentacją techniczną sprzętu, która jest przechowywana w bloku operacyjnym.

[Pielęgniarka oddziałowa/kierownik bloku operacyjnego.], Bieżąca kontrola aparatury przed każdym zabiegiem [P.], [I] Zapewnienie bezpiecznego transportu pacjenta z sali operacyjnej do sali wybudzeń [zespół operacyjny], [P/I]

Podłączenie pacjenta do aparatury medycznej

[P.], [I] Właściwe używanie sprzętu, instrumentarium, akcesoriów, zgodnie z planem pracy i obowiązującymi instrukcjami obsługi. [P/I] Właściwe postępowanie z aparaturą i sprzętem medycznym po wykonanym zabiegu. [P/I]

Sprawdzenie czy pacjent nie ma metalowych rzeczy (obrączki, spinki do włosów itp.) [zespół oper.]. [P] Nadzór nad sprzętem [P/I],

kontrolowanie działania sprzętu [P/I] Zgłaszanie wszystkich zdarzeń niepożądanych i postępowanie zgodnie z przepisami prawa i procedurami [P/I]

Używanie środków ochrony osobistej [zespół operacyjny], [P] [I] oraz pacjent

Zabezpieczenie właściwego używania implantów, materiałów opatrunkowych i szewnych zgodnie z prawem, regulami, instrukcjami i wymogami producenta i zapewnienie właściwego zapisu ich użycia. [P/I]

Wsparcie pacjenta do momentu objęcia go opieką przez zespół anestezjologiczny.

[P] Okazywanie świadomości psychologicznych potrzeb pacjenta w bloku operacyjnym i wykorzystywanie nabytych umiejętności obniżania poziomu lęku u pacjenta – zwłaszcza w sytuacji badań/zabiegów w znieczuleniu miejscowym [P],

Obszar obowiązków pracowniczych niewymagający kontaktu z pacjentem, czy innymi członkami zespołu operacyjnego w trakcie godzin bezoperacyjnych Obszar ten jest szczególnie istotny dla zapewnienia ciągłości pracy w bloku operacyjnym i zapewnienia środowiska zgodnego z wymogami reżimu sanitarnego. Główne kryteria procesu w tym obszarze to:

- zabezpieczenie w barierowe obłożenia spełniające wymogi Europejskiej Normy –EN 13793, zabezpieczenie materiału opatrunkowego i innych niezbędnych akcesoriów,
- sprawdzanie dostępności niezbędnego sprzętu, materiałów jednorazowych, zgodnie ze specyfiką danej sali operacyjnej,
- zapoznawanie się z aktualizacjami procedur, instrukcji, standardów,
- sprawdzanie przydatności do użycia sprzętu i materiałów medycznych (data ważności, szczelność opakowań itp.),
- uzupełnianie braków na salach operacyjnych,
- sprawdzanie ilości zapasów i sporządzanie notatek służbowych o brakach,
- nadzór nad sprzątnięciem pomieszczeń bloku po zabiegach,
- samokształcenie w zakresie nowych implantów, nici, staplerów, i innych akcesoriów medycznych.

#### KRYTERIA WYNIKU

1. cel opieki nad pacjentem przebywającym w bloku operacyjnym został osiągnięty w całości/częściowo,
2. plan opieki pielęgniarki/położnej operacyjnej nad pacjentem zrealizowano w stopniu zapewniającym mu bezpieczne przejście przez okres przedoperacyjny, śródoperacyjny i pooperacyjny,
3. pacjent zachował równowagę emocjonalną, współpracował z zespołem terapeutycznym,
4. komunikacja z pacjentem była dostosowana do jego oczekiwań i uwzględniała odrębności kulturowe,
5. środowisko sali operacyjnej, w tym sprzęt, instrumentarium i akcesoria zostały przygotowane w zgodzie z zasadami reżimu sanitarnego.



## Literatura

1. Bober – Greek B., Postępowanie ograniczające zakażenia szpitalne/zakładowe, [w:] Fleischer M., Bober-Gheek B. (red.), Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2006, s. 305-306, 345-353, 357-365.
2. Ciuruś M., Pielęgniarstwo operacyjne, Makmed, Lublin 2007, s. 74, 123-125, 159, 210-212, 233, 241, 257, 260-264, 280-281, 293-324.
3. Gadamerk K.J., Grajek Z.W., Bukowski Sz., Terlikowski S.J., Przygotowanie instrumentarium laparoskopowego do ponownego użycia, [w:] Grajek Z.W. (red.), Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ im. prof. E.F. Szczepanika, Suwałki 2010, s. 93-97.
4. Gembicka A., Praca pielęgniarki w bloku operacyjnym, [w:] Rowiński W., Dziak A. (red.), Chirurgia dla pielęgniarek, PZWL, Warszawa 1999, s. 253-257.
5. Jacobs-Schäfer A., Debrand-Passard A., Scheefer E., Praca na Sali operacyjnej – wskazówki i rady (w): Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 6-12.
6. Kodeks etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej polskiej. [w:] Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.
7. Mutłow A., Podstawowe środki ostrożności i kontrola zakażeń [w:] Nutbeam, Daniels (red.), Procedury zabiegowe, PZWL, Warszawa 2012, s. 12-17.
8. Piątek A. (red.), Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 148-150,
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. 2013r., poz. 696).
10. Ustawa z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.).
11. Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (j.t. Dz. U. z 2014 r., poz. 1512 z późn. zm.).
12. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (j.t. Dz. U. z 2013r., poz. 947 z późn. zm.).
13. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.).
14. Willems Ch. i współautorzy, EORNA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012, s. 16-18.
15. Wojnowska-Dawiskiba H. i współautorzy, Proces komunikacji z chorym w sytuacji zagrożenia życia – praktyczne metody rozwiązań, [w:] Krajewska-Kułak E., Rolka H., Jankowiak B., (red.), Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia, PZWL, Warszawa 2009, s. 45-52.

Autor: mgr Joanna Borzęcka,  
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,  
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie

STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ  
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO - OCENA  
OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W BLOKU OPERACYJNYM

Praktyka pielęgniarska w pielęgniarstwie operacyjnym jest procesem całkowicie odrębnym od działań pielęgniarskich w innych dziedzinach: jest to zespół wzajemnie uzupełniających się działań podejmowanych przed, w trakcie i u zbiegu operacyjnym/inwazyjnym badaniu diagnostycznym przez dwie pielęgniarki/położne operacyjne; instrumentującą i pomagającą.

UZASADNIENIE: praktyka pielęgniarek/położnych operacyjnych jest procesem wyjątkowo trudnym z uwagi na wielodyscyplinarność praktyki, szczególnie w wieloprofilowych blokach operacyjnych. Pielęgniarki/położne operacyjne w sposób ciągły i dynamiczny oceniają swoje działania, ich kompletność i trafność. Tylko współdziałanie obu pielęgniarek/położnych operacyjnych (instrumentującej i pomagającej) zapewnia właściwą jakość pracy w zakresie asysty pielęgniarskiej. Przedmiotem oceny opieki pielęgniarskiej jest holistyczne i indywidualne podejście do pacjenta w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej.

## KRYTERIA STRUKTURY

1. kryteria oceny opieki pielęgniarskiej odpowiadają celom opieki i dotyczą w szczególności szczegółowych aspektów bezpieczeństwa związanych z:
  - zapewnieniem bezpiecznego środowiska dla kompletnej opieki nad pacjentem w tym zapewnienia ciągłości pracy w bloku operacyjnym,
  - postępowaniem zgodnym z zasadami bezpieczeństwa w miejscu pracy,
  - stosowaniem strategii zapobiegania zdarzeniom niepożądanym i zdarzeniom „o mało co”,
  - stosowaniem zasad kontroli zakażeń w świadczeniu opieki pielęgniarskiej,
  - właściwym postępowaniem z tkankami/płynami przeznaczonymi do różnego typu badań,
2. pielęgniarki/położne operacyjne znają kryteria i techniki oceny swojej pracy,
3. opieka pielęgniarska jest dokumentowana – w szczególności prowadzony jest protokół pielęgniarki/położnej operacyjnej,
4. wyniki oceny są wykorzystywane do doskonalenia opieki pielęgniarskiej.

## KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarki/położne operacyjne oceniają swoje działania w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej,
2. pielęgniarki/położne operacyjne porównują zastosowany przez siebie sposób pracy z procedurami postępowania pielęgniarskiego przyjętymi w danym bloku operacyjnym, a zgodnymi ze współczesną wiedzą,
3. pielęgniarki/położne operacyjne zgłaszają i podają przyczyny ewentualnych nieprawidłowości i zdarzeń niepożądanych.

## KRYTERIA WYNIKU

1. praca pielęgniarek/położnych operacyjnych (instrumentującej i pomagającej) przebiegała zgodnie z przyjętymi w danym bloku operacyjnym procedurami,
2. wyniki oceny odzwierciedlają stopień bezpieczeństwa (psychicznego i fizycznego) pacjenta podczas jego pobytu na bloku operacyjnym,
3. jeżeli zaistniało zdarzenie niepożądane – zostało zgłoszone, przeanalizowane, zaś wnioski służą udoskonaleniu praktyki w bloku operacyjnym.

**Literatura:**

1. Ciurus M., Pielęgniarstwo operacyjne, Makmed, Lublin 2007, s. 75.
2. Jacobs-Schäfer A., Debrand-Passard A., Scheefer E., Praca na sali operacyjnej – wskazówki i rady [w:] Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 6-12.
3. Harmsen G., Przebieg operacji od A do Z. Praktyczny przewodnik dla instrumentariuszek, PZWL, Warszawa 2013, s. 6.
4. Piątek A. (red.), Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 150-151.

Autor: mgr Joanna Borzęcka  
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,  
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie

**STANDARD PIEŁĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ  
W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO –  
WSPÓŁPRACA INTERDYSCYPLINARNA**

Pielęgniarka/położna operacyjna współpracuje z pacjentem, innymi pielęgniarkami/położnymi i pozostałymi członkami zespołu operacyjnego oraz osobami z pozostałych grup zawodowych w celu zapewnienia bezpiecznego przejścia pacjenta przez okres okołoperacyjny i zapewnienia ciągłości pracy bloku operacyjnego.

**UZASADNIENIE:** współpraca interdyscyplinarna jest warunkiem koniecznym do zapewnienia holistycznej opieki nad pacjentem przebywającym w bloku operacyjnym oraz do zapewnienia ciągłości pracy w bloku operacyjnym. Komunikacja z członkami wielodyscyplinarnego zespołu i pracownikami innych działów współpracujących z blokiem operacyjnym jest warunkiem koniecznym do zapewnienia bezpiecznego przejścia pacjenta przez okres okołoperacyjny.

**KRYTERIA STRUKTURY**

1. pielęgniarki/położne operacyjne (instrumentująca i pomagająca) są członkami każdego zespołu operacyjnego, aktywnie uczestniczą w jego działaniach,
2. pielęgniarki/położne operacyjne mają prawo do informacji o planowanym sposobie przeprowadzania procedur medycznych w bloku operacyjnym,
3. pielęgniarki/położne operacyjne wspólnie z innymi członkami zespołu operacyjnego ustalają wymagania związane z zapewnieniem bezpieczeństwa w stosunku do pacjenta i członków zespołu operacyjnego,
4. pacjent ma udział w podejmowaniu decyzji dotyczących jego osoby, daną czynność można wykonać po uzyskaniu na nią zgody pacjenta,
5. pielęgniarki/położne operacyjne znają zasady prawidłowej komunikacji,
6. kryteria podziału zadań związanych z pracą w konkretnym zespole operacyjnym powinny mieć na celu wzajemne uczenie się od siebie i zmniejszenie stresu u wszystkich osób zaangażowanych w daną procedurę medyczną, a zatem kryteria te powinny uwzględniać:
  - doświadczenie i umiejętności zawodowe osób z różnych kategorii zawodowych, zajmujących różne pozycje w zespole (niedoświadczona/nowa pielęgniarka/położna operacyjna – doświadczony operator, niedoświadczony operator – doświadczona pielęgniarka/położna operacyjna),

- doświadczenie i umiejętności zawodowe osób z jednej kategorii zawodowej (do jednej sali operacyjnej przydziela pielęgniarkę/położną operacyjną niedoświadczoną/nową i bardziej doświadczoną), przy czym należy pamiętać o poszerzaniu umiejętności nowych/niedoświadczonych pracowników poprzez przydzielanie im nowych zadań, dających możliwość „sprawdzenia się”,
7. pielęgniarki/położne operacyjne znają zadania i związaną z nimi odpowiedzialność wynikające z pełnienia swojej roli zawodowej w danej jednostce organizacyjnej. Zadania te są związane z:
    - pozycją zajmowaną w danym zespole operacyjnym (zadania pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej, pielęgniarki operacyjnej pomagającej w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej),
    - czasem (zadania pielęgniarki/położnej operacyjnej w czasie godzin dyżurowych),
    - pełnioną funkcją w interdyscyplinarnym zespole (np. zadania pielęgniarki/położnej pełniącej funkcje kierowania i/lub koordynowania pracą innych, zadania opiekuna procesu adaptacji - mentora).

**KRYTERIA PROCESU**

1. w każdej procedurze medycznej przeprowadzanej na bloku operacyjnym jest zachowana współpraca interdyscyplinarna,
2. pielęgniarki/położne operacyjne ustanawiają skuteczne relacje z członkami interdyscyplinarnych zespołów, z którymi współpracują oparte na zrozumieniu i wzajemnym szacunku,
3. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają informacje zwrotne dla wszystkich członków zespołu interdyscyplinarnego, z którymi współpracują,
4. pielęgniarki/położne operacyjne wykorzystują właściwe strategie komunikacyjne zarówno słowne, jak i pisemne, w celu zapewnienia dokładnego zapisu i przekazywania informacji w zakresie opieki nad pacjentem,
5. współpraca interdyscyplinarna zapewnia prawidłowy obieg informacji o pacjencie,
6. komunikacja między poszczególnymi członkami interdyscyplinarnego zespołu jest rzeczowa, a komunikaty przekazywane w sposób jednoznaczny.

**KRYTERIA WYNIKU**

1. współpraca interdyscyplinarna zapewniła bezpieczne przeprowadzenie pacjenta przez okres okołoperacyjny,
2. każdy członek zespołu interdyscyplinarnego miał odpowiedni do swoich działań pakiet informacji o pacjencie, a otrzymane dane były kompletne i przekazane w odpowiednim czasie,
3. podział zadań w danym dniu uwzględnił w szczególności doświadczenie zawodowe osób pracujących w interdyscyplinarnym zespole.

**Literatura**

1. Gembicka A., Praca pielęgniarki w bloku operacyjnym, [w:] Rowiński W., Dziak A. (red.), Chirurgia dla pielęgniarek, PZWL, Warszawa 1999, s. 255.
2. Jacobs-Schäfer A., Debrand-Passard A., Scheefer E., Praca na Sali operacyjnej – wskazówki i rady [w:] Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 5, 14-15.





3. Jankowiak B., Bartoszewicz A., Komunikowanie się w obrębie zespołu terapeutycznego, [w:] Kwiatkowska A., Krajewska – Kułak E., Panek W. (red.), Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, PZWL, Warszawa 2012, s. 117-125.
4. Konstańczak S., Etyka pielęgniarska, Difin SA, Warszawa 2010, s. 172-174.
5. Piątek A. (red.), Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 151.
6. Willems Ch. i współautorzy, EORNA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012, s. 19. ■

## Ostatni Dyżur

Warszawa, 30 kwietnia 2015 r.

Pani/Pan  
Przewodnicząca/cy  
Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo

Ogólnopolska kampania społeczna Naczelnej Rady Pielęgniarek Położnych pt. „Ostatni dyżur” rozpoczęła się konferencją prasową 27 maja 2015 r. o godzinie 11 otwarcie Kampanii odbyła się w opuszczonym szpitalu przy Al. Jerozolimskich w Warszawie. Dawny szpital dziecięcy Omega to pierwsza w historii warszawska placówka szpitalna, która została zlikwidowana. W konferencji prasowej wzięły udział Przewodniczące Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych. Przestrzeń i historia opuszczonego szpitala była doskonałym tłem i kontekstem przekazywanych na spotkaniu danych z raportu o sytuacji zawodowej Pielęgniarek i Położnych.

Konferencja prasowa oficjalnie rozpoczęła kampanię „Ostatni dyżur”, w tym przede wszystkim działania realizowane w Internecie. Podczas konferencji uruchomiona została strona internetowa kampanii ostatnidyzur.pl. Za pośrednictwem kanałów social media (Facebook, Twitter) prowadzona była relacja „na żywo” z konferencji, właśnie tam pojawią się pierwsze zdjęcia i wypowiedzi przedstawicieli Naczelnej Rady. Od tego momentu rozpoczęło się zbieranie podpisów pod receptą - społecznym apelem do polskich decydentów o poprawę sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych w Polsce.

Równoległe do przebiegu kampanii internetowej, odbywać się będą konferencje Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w województwach. Konferencje „Ostatni dyżur” będą spotkaniami dedykowanymi lokalnym mediom i politykom. Celem spotkań będzie promocja kampanii w lokalnych społecznościach i wybrzmienie specyfiki i skali problemu w danym regionie. Koncepcja spotkań zostanie przekazana Państwu w osobnym dokumencie.

Na miesiąc przed rozpoczęciem akcji, jesteśmy na etapie przygotowawczym całej infrastruktury kampanii. Wypracowywana zostaje strategia komunikacyjna kampanii (przekazy, retoryka, argumentacja, obszary tematyczne itd.). Przygotowana jest strona internetowa kampanii oraz mechanizm zbierania recept on-line. Przygotowywane są materiały i narzędzia prowadzenia działań w Internecie. Na 8 maja zaplanowane jest nagranie trzech przewodnich spotów filmowych kampanii.

Na tym etapie rozpoczynamy rozmowy z organizacjami pozarządowymi, które potencjalnie mogą zaangażować się w nasze działania i wesprzeć kampanię „Ostatni dyżur”. ■

z poważaniem  
Prezes dr n. med. Grażyna Rogala - Pawelczyk

## Ostatni alarm dla Ewy Kopacz

Od momentu powołania Ewy Kopacz na urząd Prezesa Rady Ministrów, Pani Premier nie spotkała się ze środowiskiem pielęgniarek i położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych dostrzegając dramatyczną sytuację zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarek i położnych wystosowała do Pani Premier pięć listów z prośbą o spotkanie. Przez osiem miesięcy kierowania polskim rządem Ewa Kopacz nie odpowiedziała na zaproszenie.

Pamiętając wydarzenia z 2007 r., kiedy Ewa Kopacz, ówczesna Minister Zdrowia, była największym sojusznikiem i wsparciem dla polskich pielęgniarek i położnych, rozczarowuje bierność i brak działań ze strony Pani Premier.

Opieszałość dziwi podwójnie ze względu na sytuację - w świetle najnowszych prognoz NRPIP **już za 5 lat Polacy zostaną pozbawieni profesjonalnej opieki pielęgniarskiej i położniczej**. Średnia wieku pielęgniarek w Polsce to 48 lat, a już w 2022 r. będzie to 50 lat. **Liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców w Polsce wynosi 5,4 - to jeden z najniższych wskaźników w Europie.**

Za 7 lat liczba pielęgniarek i położnych w Polsce zmniejszy się o 54 tys.

- Jeżeli polski rząd z Ewą Kopacz na czele nie podejmie natychmiastowych działań, polskie społeczeństwo czeka katastrofa. To nie dotyczy nas - pielęgniarek i położnych - tylko wszystkich Polaków, każdego dnia pozbawiani jesteśmy opieki z powodu malejącej liczby pielęgniarek i położnych - komentuje sytuację prezes NRPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk.

Polacy biorą sprawy w swoje ręce w celu zapewnienia ochrony własnego zdrowia i swoich najbliższych podpisując recepty, które zostaną przekazane polskim decydentom, w tym Pani Premier Ewie Kopacz. Akcja odbywa się w ramach ogólnopolskiej kampanii społecznej „Ostatni dyżur” zainicjowanej przez NRPIP. Podpisy pod petycją zbierane są w całym kraju.

**Recepty można podpisywać on-line pod adresem [www.ostatnidyzur.pl](http://www.ostatnidyzur.pl) lub w wersji papierowej.**

Okazją do złożenia podpisu będzie cykl konferencji promujących kampanię „Ostatni dyżur” wśród mieszkańców i samorządowców poszczególnych regionów Polski. Najbliższe konferencje odbędą się w Białymstoku – 10 czerwca br., Lublinie – 16 czerwca br., Rzeszowie – 22 czerwca br. i w Kielcach – 30 czerwca br. ■

## Opinie i stanowiska



### Stanowisko Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z 22 lipca 2014 roku

Od 11 września 2014 r. obowiązuje ustawa z 22 lipca 2014r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw rozszerzająca dotychczasowe uprawnienia pielęgniarek i położnych m.in. w zakresie samodzielnego ordynowania niektórych leków, w tym wystawiania na nie recept. Przyczyną nadania pielęgniarkom i położnym nowych uprawnień w opinii Ministerstwa Zdrowia była poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych pacjenta oczekującego na dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Rezultaty wprowadzonych

zmian będzie można ocenić dopiero po 1 stycznia 2016 roku, ponieważ dopiero po tej dacie będą one obowiązywać. Pielęgniarki i położne mają więc czas na odpowiednie przygotowanie się do nowych uprawnień.

Aktualnie prowadzone są prace nad zmianą standardów kształcenia na studiach pierwszego i drugiego stopnia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo oraz przygotowaniem w tym zakresie programu kursu specjalistycznego. Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego nie będzie dotyczył pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarstwa i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem. Biorąc pod uwagę możliwe zmiany standardów kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo od roku akademickiego 2015/2016, najwcześniej absolwenci tych kierunków w roku 2018 będą zwolnieni z ukończenia kursu specjalistycznego w tym zakresie.

Zgodnie z nowymi przepisami z dniem 1 stycznia 2016 roku pielęgniarki i położne w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych mają prawo:

- 1) jeżeli posiadają dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa:
  - ordynować produkty lecznicze zawierające określoną substancję czynną (z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe) oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty. W propozycji rozporządzenia Ministra Zdrowia jest 10 grup leków (28 substancji czynnych), z których część leków jest zarejestrowana do sprzedaży bez recepty (OTC),
  - ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać zlecenia na nie albo recepty;
- 2) jeżeli posiadają dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i ukończony kurs specjalistyczny w tym zakresie:
  - wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia.
- 3) jeżeli posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo:
  - wystawiać skierowania na wykonywanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających powyższe ryzyko dla pacjenta.

Pielęgniarki i położne przed wystawieniem recept lub zlecenia będą musiały dokonać osobistego badania fizykalnego pacjenta. Natomiast pielęgniarki i położne będą mogły - bez dokonania osobistego badania pacjenta - wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli będzie to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. W takim jednak przypadku, recepty lub zlecenia mogą być przekazane osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób. Samo upoważnienie lub

oświadczenie będzie odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączone do tej dokumentacji. Informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia będą zamieszczane w dokumentacji medycznej pacjenta, a informacja o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, będzie odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączona do tej dokumentacji.

Zakres wymienionych uprawnień zostanie określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia, które będzie obejmować:

- wykaz substancji czynnych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, które będą mogły być zaordynowane,
- zestawienie dopuszczalnych do przeprowadzenia przez pielęgniarkę lub położną badań diagnostycznych,
- wzór; sposób i tryb wystawiania; sposób zaopatrzenia i przechowywania, realizacji i kontroli recept wypisywanych przez pielęgniarki lub położne w ramach ordynacji lub preskrypcji.

Pielęgniarki i położne będą musiały analogicznie do lekarzy podpisywać umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia upoważniające do wystawiania recept refundowanych.

Nabędą również prawo i obowiązek właściwego prowadzenia (współprowadzenia) dokumentacji medycznej. Podlegać będą kontroli w zakresie prowadzenia dokumentacji i wystawiania recept.

Wprowadzenie nowych regulacji prawnych wzbudziło wiele negatywnych emocji, a nawet kategoryczny sprzeciw ze strony Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Naczelnej Rady Lekarskiej.

Opinie pielęgniarek i położnych były i są nadal zróżnicowane od bardzo pozytywnych do skrajnie negatywnych. Do tych pozytywnych zaliczyć można wzrost prestiżu zawodu w związku z uzyskaniem szerszych uprawnień, w tym możliwość wystawienia zleceń albo wypisywania recept na określone wyroby medyczne, takie jak np. cewniki zewnętrzne, cewniki urologiczne, worki stomijne, worki do zbiórki moczu, środki absorpcyjne, poduszki przeciwoleżynowe, materace przeciwoleżynowe i opatrunki. Pielęgniarki środowiskowe i pielęgniarki zatrudnione w opiece długoterminowej, w tym w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, opiece paliatywnej i hospicyjnej oraz pielęgniarstwie opiece długoterminowej od lat sprawują samodzielną opiekę m.inn. nad chorymi z odleżynami, z przetokami jelitowymi i moczowymi. Wiedzę i umiejętności w tym zakresie uzyskały w ramach kształcenia podyplomowego kończąc kursy specjalistyczne, np. Leczenie ran, Opieki nad pacjentem z przetoką jelitową. Pozytywne ich opinie wynikają więc z dobrego przygotowania do samodzielnego świadczenia opieki nad chorymi, którzy wymagają korzystania z wymienionych wyrobów medycznych. Dla tej grupy pielęgniarek zaproponowane zmiany są bardzo korzystne. Dotychczas pielęgniarka opiekująca się chorym np. z odleżyną musiała zwracać się do lekarza o wypisanie recepty na opatrunek, a odpowiedzialność za opiekę nad pacjentem była podzielona, pomimo iż to ona dokonywała oceny rany, zakładała opatrunek i monitorowała leczenie rany. Zgodnie z nowymi regulacjami prawnymi pielęgniarka będzie mogła wypisywać receptę na wybrany przez siebie opatrunek i będzie samodzielnie odpowiedzialna za leczenie rany odleżynowej.

Opinie negatywne najczęściej wskazywane przez pielęgniarki dotyczą: odpowiedzialności prawnej za błędnie wypisane recepty, obaw przed dodatkowym obciążeniem, braku informacji o wzroście uposażenia w związku z nowymi uprawnieniami, obowiązku ukończenia kursów specjalistycznych bez określenia źródeł ich finansowania, możliwych konfliktów między pielęgniarkami i lekarzami, wymuszania przez pacjen-



tów wypisywania leków i dzielenia środowiska zawodowego. Trudno nie zgodzić się z niektórymi opiniami, bowiem wynikają one z poczucia odpowiedzialności za pacjenta, krótkiego czasu związanego z pracami nad nowelizacją ustawy i braku rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych.

Wprowadzane wiele lat temu w krajach europejskich uregulowania w zakresie wystawiania recept przez pielęgniarki np. w Danii, Holandii, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Szwecji i Wielkiej Brytanii oraz w Stanach Zjednoczonych i Australii przebiegały w podobnej atmosferze jak w Polsce. Zdecydowany sprzeciw wyrażali lekarze głównie podstawowej opieki zdrowotnej i brak entuzjazmu pielęgniarki. Korzyści jakie przyniosły w tych krajach, wprowadzone zmiany znalazły potwierdzenie w licznych badaniach naukowych.

Uważam, że zaproponowane zmiany w dążeniu do wykorzystania wiedzy i umiejętności pielęgniarek i położnych są drogą, która może przynieść korzyści pacjentom i obu grupom zawodowym. Należy jednak mieć świadomość, że jest to proces, który nie będzie łatwy, szybki i przyjemny. Niewątpliwie korzystny jest fakt, że uprawnienia będą obowiązywać dopiero od 1 stycznia 2016 roku, co daje czas na przygotowanie programu kursu specjalistycznego, dokonanie zmian w standardach kształcenia oraz przeszkolenie zainteresowanych pielęgniarek i położnych. Czas ten również środowisko pielęgniarek i położnych powinno wykorzystać na refleksje jak wdrażać przepisy do praktyki, rozmowy z lekarzami, aby porozumieć się i dyskusje z decydentami nad stosowną gratyfikacją w związku z nowymi uprawnieniami i odpowiedzialnością. ■

Konsultant Krajowy  
w dziedzinie pielęgniarstwa  
dr hab. n. hum. Maria Kózka

## Opinia prawna

### Jakie przepisy prawa regulują prowadzenie porodu domowego przez położną?

Uprzejmie informuję, iż art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) stanowi, że do kompetencji zawodowych położnej należy m.in. sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, prowadzenie porodu fizjologicznego oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej; przyjmowanie porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego; sprawowanie opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego. Należy wskazać, iż powyższe regulacje prawne zostały określone w celu implementowania do polskiego porządku prawnego zapisów zawartych w art. 42 Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. U. UE. L 2005.255.22).

W świetle powyższego położna, a więc osoba posiadająca Prawo Wykonywania Zawodu położnej jest uprawniona do przyjmowania i prowadzenia porodu fizjologicznego zarówno w warunkach szpitalnych jak też pozaszpitalnych np. w domu. Powyższe zadania zawodowe mogą realizować położne posiadające tytuł zawodowy: położnej dyplomowanej, licencjata położnictwa, magistra położnictwa, specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego oraz pielęgniarstwa rodzinnego dla położnych jak i położne nie posiadające ukończonych

specjalizacji.

Jednocześnie należy podkreślić, iż poród domowy jest w Polsce dozwolony w myśl obowiązujących przepisów prawa. Zgodnie bowiem z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożenia oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r., poz. 1100) ciężarna ma prawo wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych, w których czuje się bezpiecznie i w których udzielane są świadczenia zdrowotne oraz możliwość wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania. W świetle powyższego aktu prawnego, ciężarna ma prawo wyboru zarówno miejsca porodu, jak również położnej do sprawowania nad nią opieki medycznej.

Przepisy powyższego rozporządzenia nakładają określone obowiązki na położną prowadzącą i przyjmującą poród w warunkach pozaszpitalnych. Przede wszystkim z prawem wyboru miejsca porodu przez ciężarną wiąże się obowiązek przekazania wyczerpującej informacji dotyczącej wybranego miejsca porodu obejmującej wskazania i przeciwwskazania. Kobieta ciężarną, należy poinformować, że zaleca się prowadzenie porodu w warunkach szpitalnych, z zagwarantowanym dostępem do wydzielonej dla ciężarnych sali operacyjnej, gdzie w sytuacji wystąpienia powikłań zarówno u matki, jak i u płodu lub noworodka, możliwe jest natychmiastowe podjęcie interwencji medycznych, adekwatne do zaistniałej sytuacji położniczej lub stanu noworodka.

Położna jako osoba sprawująca opiekę w warunkach pozaszpitalnych (np. w warunkach domowych) powinna zapewnić ciągłość opieki w czasie porodu oraz w okresie porożenia. Jeżeli nie może sprawować opieki osobiście, zapewnia opiekę przez odpowiednią jej organizację. Organizacja opieki obejmuje opracowanie i uzgodnienie z odpowiednimi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą porozumień obejmujących tryb i warunki przekazania rodzącej, położnicy, noworodka do oddziału położniczego lub noworodkowego odpowiedniego poziomu referencyjnego, zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, w przypadku wystąpienia objawów śródporodowych czynników ryzyka lub czynników ryzyka występujących u płodu lub noworodka.

Zgodnie z zapisami powyższego rozporządzenia zadania położnej jako osoby sprawującej opiekę obejmują w szczególności:

- 1) ocenę stanu rodzącej kobiety, płodu oraz noworodka;
- 2) wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka, rozwiązywanie problemów oraz wczesne wykrywanie patologii;
- 3) prowadzenie porodu przy użyciu technik wspierających jego naturalny mechanizm;
- 4) opiekę nad noworodkiem po urodzeniu;
- 5) zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka lub pojawią powikłania uzasadniające takie działanie;
- 6) wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz położnicy w okresie porożenia.

Ponadto położna jako osoba sprawująca opiekę nad kobietą podczas porodu musi być przygotowana do wykonania czynności interwencyjnych w zakresie opieki nad rodzącą oraz opieki nad noworodkiem. Czynności interwencyjne polegają w szczególności na:

- 1) zabezpieczeniu dostępu do żyły obwodowej;
- 2) podaniu wlewu kroplowego z płynami fizjologicznymi;
- 3) zabezpieczeniu rany krocza lub szyjki macicy;
- 4) utrzymaniu drożności dróg oddechowych;
- 5) działaniach zmierzających do utrzymania czynności życio-

wych rodzącej lub położnicy oraz płodu lub noworodka. Jednocześnie osoba sprawująca opiekę zapewnia dostępność personelu przeszkolonego w resuscytacji noworodka, w tym w zakresie intubacji noworodka, oraz zapewnia możliwość przeniesienia rodzącej lub noworodka, w czasie zapewniającym zachowanie ich zdrowia i życia, do oddziału położniczego lub noworodkowego odpowiedniego poziomu referencyjnego zapewniającego opiekę perinatalną, jeśli pojawiające się powikłania wymagają zastosowania procedur wysokospecjalistycznych. W takim przypadku osoba sprawująca opiekę udostępnia jednostce przyjmującej kompletną dokumentację medyczną dotyczącą opieki medycznej sprawowanej nad rodzącą lub noworodkiem.

Należy wskazać, iż w sytuacji, gdy ciężarna wybrała wyłącznie położną do sprawowania opieki i przeprowadzenia porodu domowego to zadania wynikające z rozporządzenia położna realizuje samodzielnie i lekarz nie jest uprawniony do ingerowania w te zadania. Rozporządzenie MZ wprowadza wyjątek od tej zasady jedynie w przypadku wystąpienia objawów patologicznych. Wówczas bowiem jeżeli osobą sprawującą opiekę jest wyłącznie położna to będzie ona zobowiązana niezwłocznie przekazać rodzącą pod opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Dokładny czas przekazania rodzącej pod opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz dane dotyczące stanu ogólnego rodzącej i dotychczasowego przebiegu porodu należy odnotować w dokumentacji medycznej. Adnotacja ta powinna być autoryzowana zarówno przez położną, jak i przez lekarza. W takim przypadku położna jest osobą asystującą przy porodzie prowadzonym przez lekarza, który przejmuje odpowiedzialność za dalsze prowadzenie porodu patologicznego.

Należy wyraźnie zaznaczyć, iż położna jako osoba sprawująca opiekę ponosi odpowiedzialność prawną i zawodową za realizację wyżej wymienionych zadań i działań medycznych. Odpowiedzialność tą regulują przepisy ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.).

Reasumując położna (w szczególności posiadająca wieloletni staż zawodowy) jest uprawniona do sprawowania opieki i prowadzenia porodu domowego z zachowaniem standardów postępowania medycznego wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r., poz. 1100). ■

Dział prawny NRPiP

Przedruk z „Rynek zdrowia” nr 5 (118) 2015r

## Monitorowanie agresji pacjentów

**Pięć lat temu Naczelna Izba Lekarska i Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych utworzyły system pn. "Monitorowanie agresji w ochronie zdrowia" (MAWOZ). Miał umożliwić lekarzom i pielęgniarkom zgłaszanie przypadków agresji w miejscach pracy. Czy zdał egzamin?**

Z danych z systemu wynika, iż pacjenci najczęściej atakują lekarzy, którzy nie chcą im wypisać zwolnienia na żądanie lub odmawiają przyjęcia poza kolejką.

- Wpisy w systemie dokonywane są na bieżąco. W tym roku zarejestrowaliśmy cztery, ostatni z 19 lutego 2015 r. Łącznie dokonano 157 wpisów. Najwięcej pojawiło się w latach 2011-

2012. W ubiegłym roku było mniej zgłoszeń niż w poprzednich latach - informuje nas Milena Kruszewska z biura prasowego Naczelnej Izby Lekarskiej.

System pomaga w podjęciu działań dotyczących przypadków agresji. Na stronie internetowej NIL jest aplikacja, za pomocą której można zgłosić przypadek agresji słownej, fizycznej czy internetowej.

Jest także poradnik, który informuje, iż osoba pokrzywdzona może w przypadku zniesławienia czy zniewagi przez pacjenta wystosować przeciwko niemu prywatny akt oskarżenia. Natomiast w przypadku naruszenia nieetykalności cielesnej lub spowodowania obrażeń ciała powinna złożyć zawiadomienie do prokuratury.

### Statystyki i rzeczywistość

Rzecznik praw lekarzy Zbigniew Brzezina podkreśla, że niekoniecznie statystyki z MAWOZ-u odzwierciedlają rzeczywisty stan zjawiska agresji wobec personelu medycznego. - Takie zgłoszenia do systemu są bowiem zupełnie dobrowolne.

Jako przykład zgłoszenia podaje agresywne zachowanie pacjenta spowodowane tym, że nie został on natychmiast poproszony do gabinetu z powodu 2-3-minutowego wypełniania przez lekarza dokumentacji poprzedniego, trudnego diagnostycznie chorego.

Dodaje: - Zgłaszane są też przypadki agresji czynnej, czyli uśiłowania uderzenia, kopania, szarpania lekarza przez rodzinę pacjenta. Lekarz może zgłosić sprawę do naszego systemu, do prokuratury, lub też odstąpić od szukania sprawiedliwości.

Z danych NIL wynika, iż 40% lekarzy doświadczyło agresji ze strony pacjentów. Takie przypadki zdarzają się najczęściej w szpitalach, na izbach przyjęć i w przychodniach rodzinnych. Najczęstsze formy agresji wobec lekarzy to wyzwiska, groźby, rękoczynny.

### Niska szkodliwość czynu?

Nie zawsze agresywni pacjenci są pod wpływem alkoholu; trzeźwi również nie potrafią trzymać nerwów na wodzy. Najczęściej sytuacje, które wywołują agresję u pacjentów - poza długim okresem oczekiwania w szpitalnym oddziale ratunkowym - można uznać za błahe. Lekarze wymieniają tu choćby radę zrzucenia nadwagi choremu z bólem kolan ważącemu 150 kg przed rozpoczęciem leczenia, czy wypisanie na receptę jednego opakowania leku zamiast żądanych przez pacjenta dwóch.

Najczęściej, jeśli nawet sprawa o znieważenie lekarza trafia do sądu, ten ją umarza ze względu na niską szkodliwość społeczną czynu.

- Lekarze i pielęgniarki rzadko zgłaszają takie przypadki do NIL czy organom ścigania. Szkoda im czasu na rozprawy sądowe i nie chodzi tu o opieszałość - informuje dr Krzysztof Kordel, prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, były rzecznik praw lekarza. - Oczywiście poszkodowani mogą liczyć w każdej sytuacji na pomoc izby lekarskiej. Ta ma swoich prawników. Ostatnio pomagaliśmy prawnie dwóm lekarkom i pacjentki dostała wyroki w zawieszeniu, grzywny oraz orzeczono wobec nich wypłacenie nawiązek.

Dr Kordel uważa jednak, że nie da się usprawnić systemu monitorowania agresji, bo sami zainteresowani muszą chcieć z niego korzystać. Nie można też mówić, że ten system źle działa, bo w ciągu dwóch ostatnich lat, pięć spraw zakończyło się prawomocnymi wyrokami. Dotyczyły m.in. ataku na załogę karetki pogotowia w Bydgoszczy, pobicia lekarki w karetce w Gnieźnie, a inna - ataku na lekarzy w POZ.

### Codzienna walka

Agresja wobec personelu medycznego to, niestety, codzienność. Szpitalny oddział ratunkowy w Szpitalu Bielańskim w Warszawie odnotowuje dwóch lub trzech agresywnych



pacjentów tygodniowo. Są zazwyczaj pijani.

- Atakują personel medyczny, najczęściej pielęgniarki, rzadziej ratowników medycznych, najrzadziej lekarzy - twierdzi dr Grzegorz Michalak, wicedyrektor Szpitala Bielańskiego.

Placówki medyczne bronią personel przed wyzwiskami i przemocą fizyczną, zatrudniając firmy ochroniarskie oraz instalując system monitorowania na szpitalnych korytarzach, klatkach schodowych, w izbach przyjęć i w SOR-ach.

- Radzimy sobie w miarę możliwości. Powiadamy firmę ochroniarską pracującą w szpitalu, zgłaszamy sprawę policji lub straży miejskiej - dodaje dr Michalak. ■

B.M.

Przedruk z „Rynek zdrowia” nr 5 (118) 2015r

## NIK: spółki nie zmieniły sytuacji

**Przekształcenia szpitali w spółki kapitałowe nie doprowadziły do poprawy sytuacji finansowej lecznic i skrócenia kolejek**, ale też - wbrew wcześniejszym obawom - nie doszło do likwidowania oddziałów i pogorszenia dostępności świadczeń - wynika z raportu NIK z 22 kwietnia, w którym oceniono skutki ustawy o działalności leczniczej.

Istotą ustawy o działalności leczniczej, która weszła w życie 1 lipca 2011 r., było zmniejszenie zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej poprzez możliwość ich przekształcenia w spółki i zwiększenie odpowiedzialności samorządów terytorialnych za szpitale.

### Zgodnie z zapisami

wspomnianej ustawy (kluczowy akt prawny rządowego pakietu zdrowotnego) samorządy, które nie przekształcały szpitali, będą musiały pokryć ich ujemny wynik finansowy w ciągu trzech miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego. W przypadku niewywiązania się z tego obowiązku samorządy w ciągu 12 miesięcy będą zmuszone do zmiany formy organizacyjno-prawnej szpitala (przekształcenia go w spółkę kapitałową lub jednostkę budżetową) lub jego likwidacji.

Do 30 kwietnia 2014 r. przekształceniami organizacyjno-prawnymi objęto łącznie 174 szpitale. Uzyskały one dotacje na wsparcie procedury przekształceń i oddłużenie. Najwyższa Izba Kontroli sprawdziła 20 szpitali przekształconych w spółki kapitałowe. W toku kontroli uzyskano także informacje o dodatkowych 54 szpitalach - spółkach, które w 2013 r. miały podpisane kontrakty z NFZ.

### Szpitale oddłużały się chwilowo

Według NIK zasadniczy cel ustawy nie został osiągnięty, gdyż tylko "część szpitali skorzystała jedynie z chwilowego oddłużenia, choć później sytuacja finansowa niektórych wróciła do normy, czyli do generowania strat. (...) W połowie przekształconych szpitali, które uzyskały dotacje na wsparcie procedury przekształceń i oddłużenie, efekty okazały się krótkotrwałe" - ocenia raport.

NIK zwraca też uwagę, że zmiana formy organizacyjno-prawnej placówek i utworzenie spółek kapitałowych w miejsce SPZOZ nie tylko nie poprawiła trwale sytuacji finansowej szpitali, ale również "nie spowodowała dotychczas istotnych zmian w sposobie zarządzania". Dodajmy, że na to bardzo liczyli autorzy ustawy.

Argumentem, jaki wysuwa w tym kontekście NIK, jest to, że "szpitalne spółki - podobnie, jak wcześniej SPZOZ-y - nie prowadziły np. dokładnej i precyzyjnej analizy kosztów poszczególnych procedur medycznych. W konsekwencji nie potrafiły określić, czy świadczenia, których udzieliły, były dla nich rentowne, a zarządzający nie mogli wykorzystać tych danych do ewentualnej modyfikacji czy przebudowy prowa-

dzonej działalności".

Generalna bariera w zwiększeniu samodzielności decyzyjnej szpitalnych spółek ma charakter systemowy. NIK tłumaczy, że są one uzależnione finansowo od przychodów z NFZ. Ten zaś narzuca ceny usług, co powodowało, "że zniknął bodziec do podejmowania działań poprawiających sytuację ekonomiczną szpitali, polepszających jakość i zakres świadczonych przez nie usług oraz warunków pracy personelu. Nowo powstałe spółki, podobnie jak wcześniej SPZOZ-y, miały bowiem ograniczone możliwości zmiany profilu działalności oraz pozyskiwania dodatkowych przychodów".

Tym samym nie doszło do tego, czego najbardziej obawiali się przeciwnicy przekształceń - że w nastawianej na zys szpitalnej spółce preferowane będą komercyjne usługi. Przekształcenia nie spowodowały zmiany struktury przychodów placówek.

"Nadal ponad 90% przychodów szpitali pochodziło z kontraktów z NFZ, a jedynie ok. 5% stanowiły przychody z tytułu odpłatnej sprzedaży usług medycznych" - wskazano w raporcie.

Nie zaobserwowano też zjawiska likwidowania mniej opłacalnych oddziałów. Jeśli zdarzały się już takie przypadki, to "wynikały głównie z ograniczenia wartości kontraktów, np. z uwagi na niskie zainteresowanie pacjentów określonymi usługami".

### Kiedy można skorzystać

NIK przyznaje, że w przypadku odpłatnych usług medycznych, pacjentom komercyjnym udzielano świadczeń bezzwłocznie. Jednakże z uznaniem zauważa, że w szpitalnych spółkach następowało "oddzielenie czasu przyjęć pacjentów przyjmowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego NFZ, od pacjentów komercyjnych, uzyskujących świadczenia odpłatne".

Izba uważa, że zmiana formy prawnej podmiotów leczniczych może przynieść korzyści w sytuacji:

wprowadzenia przez spółki narzędzi usprawniających zarządzanie, uwzględniających m.in. rozpoznanie lokalnych potrzeb i ocenę rynku usług medycznych dalszej przebudowy przez Ministra Zdrowia systemu ochrony zdrowia i stworzenia mechanizmów realnej konkurencji pomiędzy spółkami o środki publiczne w oparciu o jakość i efekty świadczonych usług. ■

R.R.

Przedruk z „Rynek zdrowia” nr 5 (118) 2015r

Protest pielęgniarek: na razie były pikiety, a w maju...

## Będzie strajk ostrzegawczy

**W ramach akcji protestacyjnej w różnych miastach pielęgniarki organizowały 22 kwietnia pikiety przed szpitalami i urzędami, rozdawały także ulotki.**

Akcja protestacyjna objęła wiele regionów w kraju, m.in. województwa: dolnośląskie, lubelskie, podkarpackie, kujawsko-pomorskie, łódzkie, zachodniopomorskie, świętokrzyskie i podlaskie.

W ocenie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych sytuacja jest dramatyczna. „Nikt nie chce słuchać zgłaszanych postulatów; nikt nie chce podjąć konstruktywnego dialogu; rząd i minister zdrowia udają, że problem nie istnieje; pracodawcy pozorują bezradność, powołując się na brak wystarczających środków" - głosiła ulotka rozdawana podczas pikiet.

### Lista postulatów

Wśród postulatów OZZPiP jest m.in. żądanie określenia niezbędnej liczby pielęgniarek i położnych na poszczególnych od-

działach przy kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych z NFZ w celu zapewnienia bezpieczeństwa pielęgniarkom, położnym i pacjentom. Pielęgniarki i położne domagają się wzrostu wynagrodzenia jako czynnika powstrzymującego emigrację i odejścia od wykonywania zawodu. Byłby on także zachętą dla młodych osób do podjęcia studiów pielęgniarskich i położniczych.

Wśród postulatów jest też zmniejszenie obciążenia pielęgniarek i położnych pracą administracyjną i inną, która nie jest przypisana do zawodu na rzecz bezpośredniej pracy przy pacjencie oraz zabezpieczenie czasu pracy pielęgniarek i położnych w jednostkach ochrony zdrowia poprzez umowy o pracę.

Pielęgniarki przywołują statystyki, z których wynika, że w Polsce przypada 5,2 pielęgniarki na 1000 mieszkańców, podczas gdy np. w Szwajcarii - 16, w Danii - 15, w Szwecji - 11, a Czechach i w Słowenii - 8. Jak mówią, średnia wieku pielęgniarek to 49 lat, a w Polsce zatrudnionych jest więcej pielęgniarek powyżej 65 lat niż pielęgniarek w wieku 21-25 lat.

#### Propozycje Ministerstwa Zdrowia

- Zaproponowaliśmy, aby pielęgniarka i położna znalazły się w rozporządzeniu koszykowym - co jest jednym z kluczowych postulatów środowiska - żeby spełnić pewne wymogi dotyczące liczby pielęgniarek na poszczególnych oddziałach, które byłyby gwarantowane możliwością uzyskania kontraktu np. przez szpital - powiedział dziennikarzom minister zdrowia Bartosz Arłukowicz po zakończeniu spotkania.

Jak dodał, resort chce stworzyć specjalne mechanizmy finansowania pracy pielęgniarek i tym samym częściowo uniezależnić ich wynagrodzenia od „czystych pensji etatowych”. Zaznaczył, że nowe kontrakty podpisywane przez szpitale z NFZ mogą obowiązywać dopiero od lipca przyszłego roku. Stosowne rozporządzenia MZ miałyby powstać przed końcem tego roku. Do propozycji resortu sceptycznie odnosi się OZZPiP.

- Nie jesteśmy zadowolone z propozycji resortu. Są bardzo odległe w czasie, a my domagamy się działań tu i teraz

- powiedziała przewodnicząca związku Lucyna Dargiewicz. Pytana, czy zapowiedziany przez OZZPiP na 12 maja strajk ostrzegawczy odbędzie się, powiedziała, że dojdzie do niego w tych zakładach pracy, w których organizacje związkowe będą mieć prawo do jego przeprowadzenia - w oparciu o zapisy ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych.

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyna Rogala-Pawelczyk powiedziała, że samorząd czeka na przedstawienie propozycji resortu na piśmie. Ma się z nimi zapoznać w ciągu trzech tygodni, kolejne rozmowy mają odbyć się między 22 a 26 maja; - Zobaczymy, czy to są obietnice, czy rzeczywiście będą propozycje. ■



## Szkolenia

Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa  
Zakład Psychologii Zdrowia

Kraków, 16.05.2015

### Komunikat

Informujemy, że organizację kolejnego, **VI Symposium Naukowo-Szkoleniowego „Rola Grup Balinta w Doskonaleniu Kontaktu Terapeutycznego”** planujemy w przyszłym roku kalendarzowym. O dokładnym terminie i programie przyszłorocznego Symposium, zostaną Państwo

powiadomieni z wyprzedzeniem, w odrębnym komunikacie. Zostanie on zamieszczony ponadto na stronie Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz na stronie Polskiego Stowarzyszenia Balintowskiego.

**W roku bieżącym, 11-12 września zapraszamy natomiast do udziału w sesji teoretycznej oraz warsztatach balintowskich zatytułowanych: „Komunikacja terapeutyczna z pacjentem”.** Sesja ta i warsztaty odbywać się będą w ramach międzynarodowej konferencji Wydziału Nauk o Zdrowiu: **„Innowacyjność w kształceniu, praktyce pielęgniarskiej i badaniach naukowych”.** Szczegółowe informacje o konferencji oraz zasadach rejestracji znajdują się na stronie internetowej <http://www.pielęgniarstwo2015.cm-uj.krakow.pl>, a także na stronie Wydziału Nauk o Zdrowiu UJCM. ■

Z serdecznymi pozdrowieniami  
dr hab. Marek Motyka



W dniach 8-10 maja 2015 roku w Kopenhadze odbył się **14 światowy Kongres Europejskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej (European Association for Palliative Care EAPC)**. W kongresie uczestniczyło trzy tysiące osób z całego świata, w tym z Polski. Głównym mottem tegorocznego Kongresu były słowa „budujemy mosty”, nawiązujące do spektakularnych mostów łączących Danię i Szwecję. Wykłady, panele dyskusje i spotkania z ekspertami dotyczyły szeregu ważnych i aktualnych wyzwań stojących przed nami w opiece nad pacjentami u kresu życia. Podczas Kongresu odbyły się również wybory zarządu do Europejskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej. Udział w Kongresie, obok cennych doniesień naukowych, był okazją do wymiany doświadczeń i nawiązania nowych relacji z ludźmi, podzielającymi naszą wspólną pasję. Ponadto, był inspiracją do podejmowania nowych wyzwań i utwierdzeniem w przekonaniu o potrzebie promowania i dalszego rozwoju opieki paliatywnej.

Podczas Kongresu, przedstawiono raport wyników przyjętej dwa lata temu **Karty Praskiej** (Prague Charter) działania promującego opiekę paliatywną jako podstawowe prawo człowieka. Szczegóły w języku polskim na temat Karty Praskiej:

<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=eApN0IFgdU0%3d&tabid=1904>

Aby przyłączyć się do międzynarodowego głosu, mającego na celu poprawę dostępu do wysokiej jakości opieki paliatywnej Kartę Praską można podpisać na stronie internetowej:

[https://secure.avaaz.org/en/petition/The\\_Prague\\_Charter\\_Relieving\\_suffering](https://secure.avaaz.org/en/petition/The_Prague_Charter_Relieving_suffering) ■

Izabela Kaptacz





## Częstochowa, 14 kwietnia 2015 Nagrody Biegańskiego

Z okazji Światowego Dnia Zdrowia już po raz 19 uhonorowano osoby wyróżniające się wybitną i znaczącą działalnością w ochronie życia i zdrowia oraz szczególnym charakterem pracy na rzecz pacjenta.

Nagrody prezydenta miasta im. dr Władysława Biegańskiego otrzymały m. in.:

### **NAGRODA I STOPNIA:**

#### **PIELĘGNIARKA DYPLOMOWANA - ANNA DZIUBCZYK-CHŁAD**

Nagroda za działania związane z wdrożeniem systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie miasta Częstochowy i powiatu częstochowskiego, dbałość o wysoki poziom świadczonych usług medycznych przez podległy personel.

Mgr pedagogiki, członek Polskiego Towarzystwa Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof, wieloletni nauczyciel nauki zawodu. Od 25 lat pracuje w Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie kolejno jako Przełożona Pielęgniarek, Koordynator ds. Pielęgniarsstwa. Obecnie na stanowisku specjalisty ds. pielęgniarsstwa i epidemiologii.

### **NAGRODY II STOPNIA:**

#### **MGR PIELĘGNIARSTWA- LESŁAWA KLECHA**

Nagroda za wzorową postawę etyczną, nienaganny stosunek do pacjentów i współpracowników, zaangażowanie w rozwój kardiologii na terenie Częstochowy. Specjalistka w dziedzinie pielęgniarsstwa kardiologicznego. Od 11 lat pracuje w Oddziale Kardiologii Interwencyjnej Częstochowskiego Centrum Kardiologii przy ul. Mickiewicza na stanowisku Pielęgniarki Koordynującej.

### **MGR PIELĘGNIARSTWA-ALEKSANDRA KOŚCIUCH**

Nagroda za całokształt pracy pielęgniarskiej, profesjonalizm, umiejętność niesienia pomocy, zrozumienie problemów dzieci, młodzieży i ich rodziców, krzewienie profilaktyki zdrowotnej. Z częstochowską służbą zdrowia związana od 32 lat. Od 21 lat pracuje w Przychodni Lekarskiej przy ul. Kopernika 45 na stanowisku pielęgniarki medycyny szkolnej.

### **NAGRODY III STOPNIA:**

#### **LICENCJONOWANA POŁOŻNA - ANNA DOROTA COCEK**

Nagroda za aktywną działalność na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, etyczną postawę zawodową, profesjonalizm na stanowisku pracy położnej. Specjalistka w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Z częstochowską służbą zdrowia związana od 1985 roku. Od 1998 roku zatrudniona w Miejskim Szpitalu Zespolonym przy ul. Mirowskiej. Od 2 kadencji Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych.

### **PIELĘGNIARKA DYPLOMOWANA**

#### **- ANNA PITRA-SŁABOSZ**

Nagroda za zaangażowanie w pracę na rzecz pacjenta, życzliwość, wrażliwość na ludzkie cierpienie oraz profesjonalizm pełen empatii i zrozumienia.

Z częstochowską służbą zdrowia związana od 1981 roku. Od 19 lat pełni funkcję Pielęgniarki Koordynującej Przychodni Specjalistycznej Miejskiego Szpitala Zespolonego przy ul. Mirowskiej.

### **PIELĘGNIARKA DYPLOMOWANA**

#### **- ELŻBIETA DENDERSKA**

Nagroda za całokształt pracy zawodowej, wzorową i etyczną postawę zawodową oraz aktywną działalność na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Od 1981 r. związana z częstochowską służbą zdrowia. Od 21 lat pracuje w Poradni Medycyny Pracy MSW przy ul. Kopernika 38. Pełnomocnik Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz

Wiceprzewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

### **WYRÓŻNIENIA:**

#### **PIELĘGNIARKA DYPLOMOWANA - MARIA GRZELKA**

Nagroda za profesjonalizm i wzorową postawę etyczną, za życzliwość i bezinteresowną chęć niesienia pomocy pacjentom i ich rodzinom.

Z częstochowską służbą zdrowia związana od 1982 roku. Od 18 lat zatrudniona w Przychodni Lekarskiej „Południe” przy ul. Mireckiego na stanowisku pielęgniarki środowiskowej. ■

## Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych

Katowice, dnia 20 maja 2015r

Pani

Halina Synakiewicz

Przewodnicząca

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Szanowna Pani przewodnicząca

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach pragnę złożyć na Pani ręce serdeczne podziękowania za zaproszenie na konferencję „Bezpieczne środowisko pracy pielęgniarki i położnej”.

Praca pielęgniarki i położnej niesie za sobą ogromne ryzyko wynikające ze specyfika zawodu, możliwości zakażeń, zakażeń lecz również systemu zmianowego i konieczności dostosowania organizmu do pracy w nocy. Pielęgniarka, położna niesie pomoc, innym, lecz musi pamiętać przede wszystkim o własnym bezpieczeństwie.

Wszystkim uczestnikom konferencji życzę owocnych obrad. ■

Z wyrazami szacunku

Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Katowicach  
dr Mariola Bartusek

Fundacja

Rodzic po Ludzku

ul. Nowolipie 13/15.00-150 Warszawa

tel./fax 22 88 77 877

e-matł fundacja@rodzicpoludzku.pl

www.rodzicpoludzku.pl, www.GdzieRodzic.info

Warszawa, dn. 15.05.2015 r.

Zaproszenie do przystąpienia do koalicji

### **„Rodzę - Mam prawa”.**

Koalicja na rzecz egzekwowania praw kobiet w opiece okołoporodowej.

Od kilku lat obowiązuje w Polsce ujednolicony standard medyczny dotyczący opieki podczas ciąży i porodu fizjologicznego oraz opieki nad matką i dzieckiem w połogu. Jest nim Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietę w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki





nad noworodkiem" - zwane Standardami Opieki Okołoporodowej (SOO).

Po latach nagłaśniania sytuacji na polskich porodówkach, przedstawiania raportów o stanie opieki nad matką i dzieckiem udało się nam - kobietom wywalczyć dobre prawo. Dokument ten jest oparty na procedurach o udowodnionej skuteczności, wprowadza nowoczesne praktyki, podkreśla podmiotową rolę kobiety podczas opieki. Jako kolejny akt prawny zwraca uwagę na kwestię świadomej zgody i odmowy na wszystkie podejmowane w porodzie zabiegi oraz prawo do informacji. Choć jest on kompromisem środowisk i grup zawodowych, z pewnością nie w pełni doskonałym, to jego zapisy w sposób znaczący miały poprawić sytuację na polskich porodówkach i w przychodniach.

Standardy Opieki Okołoporodowej to dobre, ale martwe prawo Z badań przeprowadzonych przez nas wynika, że wiele szpitali nie pracuje zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem. Sytuacja ta trwa już zbyt długo, mijają już lata od wprowadzenia SOO. Pomimo podejmowanych przez Fundację działań interwencyjnych, na polskich oddziałach nadal panuje „prawo zwyczajowe”. Kobieta podczas porodu jest „obiektem” zarządzanym przez personel medyczny, nie ma prawa do decydowania o sobie, a rutynowe procedury takie jak nacinanie kroczka lub poród w pozycji leżącej, nadal funkcjonują. Rozporządzenie to podkreśla także rolę położnej jako osoby kompetentnej do sprawowania samodzielnej opieki nad zdrowymi matkami i dziećmi podczas ciąży, porodu i położu. Niestety także tylko na papierze.

Konieczny jest silny głos kobiet w domaganiu się swoich praw. Chcemy, aby Ministerstwo Zdrowia stworzyło realny plan wdrażania SOO, a następnie plan ewaluacji wdrażania Rozporządzenia. Chcemy również, by kobieta miała rzeczywisty, tak jak jest to zapisane w SOO, wybór osoby sprawującej nad nią opiekę w ciąży. Według Rozporządzenia może nią być położna lub lekarz ginekolog. Niestety jest to pozorny wybór, ponieważ NFZ nie refunduje usług położnej w tym zakresie.

Te dwa postulaty mogą bardzo zmienić naszą rzeczywistość. Potrzebujemy wspólnego, mocnego głosu w dążeniu do „normalności”. Zapraszamy do koalicji wszystkie te organizacje, które wspólnie będą dążyć do osiągnięcia wysokiej jakości opieki okołoporodowej, w której centrum stoi kobieta. Spotkanie inauguracyjne koalicję odbędzie się 18.06.2015 r.

Miejsce: Fundacja Rodzic po Ludzku

Godzina: 10.00

Prosimy o potwierdzenie przybycia na adres:

daria.omulecka@rodzicpoludzku.pl do dnia: 8.06.15 r. ■

z poważaniem  
Prezes Fundacji Rodzic po Ludzku  
Joanna Pietrusiewicz

## Przygoda ahoj, czyli wycieczka do Budapesztu.

Przygoda ta rozpoczęła się 22 maja 2015 roku, mniej więcej 10 minut po północy, dla kilkudziesięciu osób - pielęgniarek i położnych wraz z rodzinami. O tej bowiem godzinie wyruszyliśmy na kilkudniową wycieczkę na Węgry. Jej celem był przede wszystkim Budapeszt, ale również niewielkie, urokliwe, historyczne, naddunajskie miasteczko z czasów panowania rzymskiego w tym rejonie Europy - Szentendre. Ale po kolei.  
Budapeszt – stolica i największe miasto Węgier, położone

w północnej części kraju, nad Dunajem. Formalnie stworzony został w latach 1872-73 z trzech połączonych ze sobą miast: Budy i Óbudy na prawym brzegu Dunaju oraz Pesztu – na lewym. Historia miasta sięga jednak daleko, daleko wstecz.

Na przełomie I. wieku u źródeł przy Wzgórzu Gellérta osiedlili się Celtowie. Około roku 89 na północ od dzisiejszego centrum Rzymianie założyli osadę Aquincum, której niezłe zachowane ruiny można oglądać i dzisiaj. W roku 106 Aquincum stało się stolicą prowincji Pannonia Inferior (liczyło 20 tys. mieszkańców). Upadek Rzymu i wędrówka ludów spowodowały wyludnienie Aquincum.

W Panonii mieszkali Hunowie, Ostrogoci, Lombardowie, Awarzy, Słowianie a w początku X. wieku osiedli się tam Węgrzy.

Nie będę opisywać całej genezy powstania Węgier, bo każdy zainteresowany może znaleźć te informacje w podręczniku historii lub chociażby w Wikipedii.

Wracamy zatem do naszych czasów i naszej wycieczki.

W Budapeszcie znaleźliśmy się przed godziną 9:00 i od razu przez piękny, wiszący most Elżbiety pojechaliśmy do serca miasta na Wzgórze Gelerta (235 m n.p.m), którego wierzchołek z Cytadelą jest znakomitym miejscem widokowym. Chociaż pogoda tego dnia nie była najlepsza, to widok na Budapeszt, na płynący w dole piękny, majestatyczny Dunaj i jego mosty, na gmach Parlamentu wynagradzał wszystko. Nieco później pojechaliśmy na Wzgórze Zamkowe zwiedzić Basztę Rybacką i Kościół Macieja, a następnie spacerkiem zabytkową starówką udaliśmy się w kierunku Pałacu Budańskiego. Obejrzeliliśmy tam bardzo widowiskową zmianę warty przed budynkiem, w którym urzęduje Prezydent Węgier. Kulminacją tego dnia był wieczorny rejs statkiem po Dunaju. Nie sposób opisać jak pięknie wygląda Budapeszt oglądany wieczorem z pokładu statku. Oświetlone budynki na obu brzegach Dunaju i mosty na nim wyglądają po prostu zjawiskowo.

Drugiego dnia rano, jeszcze w deszczu, obejrzeliliśmy Plac Bohaterów z Pomnikiem Tysiąclecia przedstawiającym posągi najznakomitszych węgierskich przywódców. Następnie udaliśmy się do Parku Miejskiego zobaczyć bajkowe wieże zamku Vajdahunyadego, a nieco później przepiękny budynek Parlamentu. Około godziny 11:00 wydarzyło się coś, na co czekaliśmy już trochę niecierpliwie. Zaświeciło słońce! Zrobiło się bardzo ciepło więc w znakomitych humorach udaliśmy się zwiedzić największy kościół Budapesztu – bazylikę św. Stefana. Tego dnia, a właściwie wieczoru, w węgierskiej czardzie odbyła się uroczysta kolacja. Było dobre jedzenie, wino, tańce ludowe i porywająca węgierska muzyka, przy której nie sposób usiedzieć na miejscu.

No cóż, my też nie siedzieliśmy za stołami.

Ostatniego dnia rano odwiedziliśmy Wyspę Małgorzaty – najpiękniejszy park Budapesztu z licznymi obiektami rekreacyjnymi, ruinami klasztoru Dominikanek, w którym służyła księżniczka Małgorzata, z ogrodem różanym i japońskim.

No i na koniec pojechaliśmy do Szentendre – miasteczka odległego 20 km od Budapesztu. Szentendre jest niezwykle stare, urokliwe i malownicze. Od około stu lat szczególnie upodobali je sobie artyści. W wąskich uliczkach miasta co krok znajdujemy malownicze sklepiki, stragany i pracownie artystów oraz restauracje i małe knajpki. Ale największą jego atrakcją są niewątpliwie dwa miejsca: Muzeum Miniatur oraz Muzeum Marcepana.

W Muzeum Miniatur pod mikroskopem możemy zobaczyć m. innymi karawanę umieszczoną w uchu igielnym, książeczkę o wymiarach 3 x 6 milimetrów oraz wiele innych przedmiotów umieszczonych na mikroskopijnych powierzchniach.

Drugie niesamowite miejsce w Szentendre to niewątpliwie Muzeum Marcepana. Po wstępnej degustacji następuje zwiedzanie w czasie którego można zobaczyć niezwykle eksponaty



z marcepana. Znajdują się tu zarówno figury naturalnej wielkości Lady Diany i Michaela Jacksona, jak i postaci związanych z historią kraju, postaci popularnych bajek z całego świata, replika Parlamentu, instrumenty muzyczne, przepiękna karoca, mebelki, kwitnące kaktusy i wiele innych - wszystko z marcepana i stanowi ogromną pokusę dla zwiedzających. Na szczęście wszystko zabezpieczone jest zamkniętymi gablotami, bo inaczej nie nadążyliby z produkcją kolejnych ekspozycji. Ku uciesze zwiedzających jest tu również mały sklepik, w którym można zakupić smakowite, aczkolwiek krótkotrwałe pamiątki z muzeum.

Pobyt w Szentendre kończył niestety naszą wycieczkę. Niestety, bo Budapeszt ze swoimi licznymi, niezwykle pięknymi zabytkami oraz położeniem ma turystom do zaoferowania o wiele, wiele więcej. Nie sposób wszystkiego zobaczyć w ciągu kilku dni, ale przecież zawsze można tu przyjechać jeszcze raz - czego Państwu i sobie życzę.

Po południu, znakomitych humorach, pełni wrażeń - przez piękną, górzystą Słowację i nieco bardziej płaskie Czechy - wyruszyliśmy w drogę powrotną do kraju. ■

Grażyna Syguda

## Podziękowanie

Dziękuję za wspaniałą, troskliwą i profesjonalną opiekę medyczną, serdeczność, która pomaga w walce z chorobą i łagodzi cierpienie.

Dziękuję za wsparcie, życzliwość, słowa otuchy i pocieszenia tak ważne dla każdego chorego i na każdym oddziale, ja ich doznałam będąc pacjentką Oddziału Chorób Płuc.

Podziękowania kieruję dla całego personelu Oddziału Chorób Płuc Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego przy ul. PCK 7 ■

wdzięczna pacjentka Barbara Sioła.

## Notatka z Konferencji

Szanowni Państwo.

Po raz kolejny mieliśmy przyjemność gościć Państwa na Konferencji Naukowo-Szkoleniowej. Konferencja odbyła się 20 maja 2015 r. w Częstochowie przy ul. Krakowskiej 1. Tematem przewodnim konferencji było:

### „Bezpieczne środowisko pracy pielęgniarki i położnej”.

Patronat Honorowy nad Konferencją objęli:

1. Prezydent Miasta Częstochowy mgr inż. Krzysztof Matyjaszczyk
2. Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
3. Konsultant Wojewódzki województwa śląskiego w dziedzinie pielęgniarstwa mgr Danuta Sternal

Swoją obecnością zaszczycili nas : Z-ca Prezesa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Zarządu Głównego w Warszawie **dr n. med Grażyna Franek**, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa paliatywnego **mgr Izabela Kaptacz**, Z-ca Prezydenta Miasta Częstochowy **p. Krzysztof**

**Łoziński**, Naczelnik Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Częstochowy **Grażyna Stramska – Świerczyńska**, Dyrektor ds. Pielęgniarstwa Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie **mgr Wioletta Skowron**, Pielęgniarka Naczelną Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego **mgr Jadwiga Tomalska**, Przełożona Pielęgniarek Zespołu Szpitali Miejskich **mgr Joanna Dziedzic**, Pielęgniarka Koordynująca Szpitala im. Rudolfa Weigla w Blachowni Polskiej Grupy Medycznej **p. Małgorzata Händel**, Przedstawiciel ZOZ MSW ul. Kopernika 38 w Częstochowie **p. Anna Łukasik**, Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego **p. Henryk Kromolowski**.

Podczas konferencji referaty wygłosili wykładowcy - praktycy zaangażowani w pracę zawodową pielęgniarki i położnej oraz przekazali najnowszą wiedzę na temat właściwego środowiska pracy oraz ochrony prawnej funkcjonariusza publicznego. W konferencji wzięło udział 125 uczestników oraz 14 prelegentów.

Mam nadzieję, że atmosfera konferencji sprzyjała nawiązaniu nowych kontaktów zawodowych a także wzmocniła motywację do organizacji kolejnych spotkań naukowych.

W imieniu organizatorów Konferencji pragnę serdecznie podziękować wszystkim prelegentom, przybyłym gościom, uczestnikom za osobisty udział oraz merytoryczny wkład w niezwykle charakter konferencji. Serdecznie dziękuję również przedstawicielom firm biorącym udział w naszym spotkaniu oraz sponsorom upominków dla uczestników konferencji. ■

**mgr Irena Sikora - Mysłek**

Przewodnicząca  
Koła Terenowego PTP  
w Częstochowie

**mgr Halina Synakiewicz**

Przewodnicząca ORPiP  
w Częstochowie

## Prace autorskie



## Odżywianie noworodka

Laktacja jest to czynność gruczołów sutkowych powodująca wydzielanie mleka. W prawidłowym procesie laktacji wyróżnia się 5 faz:

- mammogeneza
- laktogeneza
- galaktogeneza
- galaktopoeza
- galaktokineza

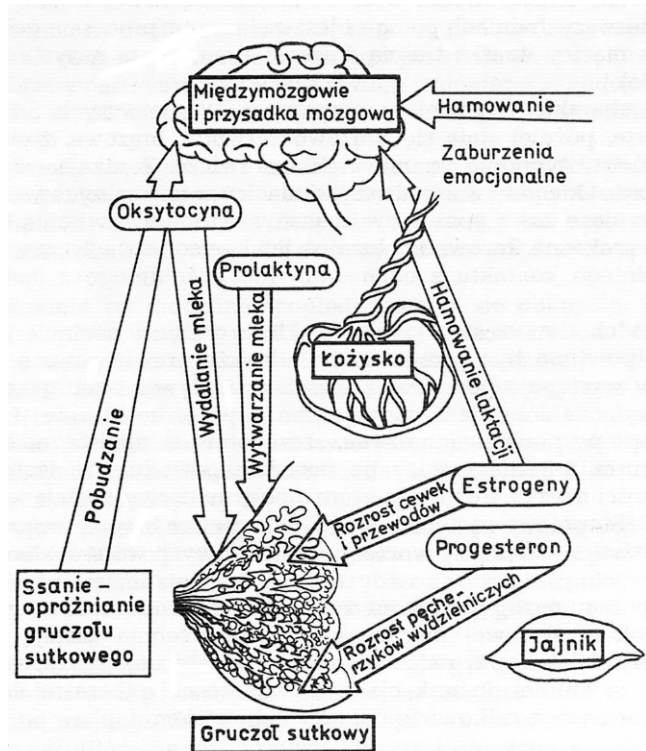
**Mammogeneza** to rozwój i tworzenie się gruczołu piersiowego. Zaczyna się wraz z początkiem okresu pokwitania pod wpływem hormonów jajnika - estrogenów i progesteronu. Hormony te powodują rozwój nabłonka wydzielniczego i pęcherzyków wydzielniczych Ponadto estrogeny wpływają na rozwój dróg wyprowadzających.

**Laktogeneza** to przygotowanie gruczołów piersiowych do funkcji wydzielniczej podczas ciąży. Następuje dalszy rozwój tkanki gruczołowej tworzą się, nowe zraziki wydzielnicze oraz różnicują komórki wydzielnicze. Piersi powiększają się, a wydzielanie mleka hamowane jest przez hormony łożyskowe, głównie przez estrogeny.

**Galaktogeneza** to rozpoczęcie wydzielania mleka po wydalaniu łożyska. Spadek estrogenów, jaki wówczas następuje, wyzwala czynność wydzielniczą pęcherzyków mlecznych a drażnienie brodawki sutkowej podczas ssania wzmaga ją. Z tego powodu ważne jest wczesne przedstawienie dziecka do piersi, najlepiej w ciągu pierwszych 30 min po porodzie. Działanie prolaktyny (hormonu odpowiedzialnego za produkcję mleka) ujawnia się nieco później to jest około 2-3 doby połogu.

**Galaktopoeza** to utrzymanie wydzielania mleka w połogu. Uwarunkowana jest wieloma czynnikami w tym wewnątrz wydzielniczymi, neurogennymi i mechanicznymi.

**Galaktokineza** to wydalanie mleka. Do fizjologicznego przebiegu galaktopoezy i galaktokinezy duże znaczenie ma ssanie brodawki sutkowej. Drażnienie jej przez dziecko powoduje wysyłanie sygnału do podwzgórza a w odpowiedzi na to przysadka mózgowa wydziela prolaktynę i oksycytynę. Dopływająca do piersi wraz z krwią prolaktyna pobudza pęcherzyki mleczone do wytwarzania mleka. Oksycytyna natomiast obkurcza ściany pęcherzyków dróg wyprowadzających, co sprawia, że pokarm jest wyciskany z piersi.



**Skład mleka kobiecego i jego znaczenie dla zdrowia dziecka.**

Mleko kobiece jest pod względem składu unikalne zawiera nie tylko substancje odżywcze, lecz także inne umożliwiające dziecku przystosowanie się do warunków świata zewnętrznego. Dotychczas zidentyfikowano wiele jego składników, ale wciąż odkrywa się nowe i z tego powodu pozostaje ono nadal w kręgu zainteresowania lekarzy i biochemików. Od dawna porównywano mleko kobiece i krowie. Miało to na celu zastąpienie pokarmu kobiecego mieszankami sztucznymi, wyprodukowanymi na bazie mleka krowy, bez szkody dla dziecka. Dążenia te jednak zawiodły. Okazało się, że każdy rodzaj mleka jest doskonale przystosowany do potrzeb małego rozwijającego się organizmu, lecz wyłącznie w obrębie tego samego gatunku. Dlatego błędna jest świadoma rezygnacja z karmienia naturalnego na rzecz nawet najlepszego pokarmu sztucznego.

Do najważniejszych i najlepiej poznanych składników mleka kobiecego należą:

**Białko**

Występuje głównie w postaci kazeiny i laktoalbuminy w stosunku 1:2 „ścięte” pod wpływem soków trawiennych białko mleka kobiecego jest miękkie i dobrze przyswajalne. Stolce przez cały czas karmienia piersią zachowują konsystencje musztardy, mają słodkawy zapach i nie powodują zaparć. W przypadku żywienia sztucznego jest inaczej - białko tego pokarmu staje się w przewodzie pokarmowym dziecka bardziej twarde gorzej przyswajalne, stolce są cuchnące, występują zaparcia oraz bolesność podczas defekacji. Mleko kobiece zawiera także tzw. białka nośnikowe, do których należy aktorzyna. Związana z żelazem ułatwia całkowite jego wchłanianie i w ten sposób chroni dziecko przed anemią, a także przed jego uwalnianiem się i wykorzystywaniem go przez bakterie chorobotwórcze. Zapobiega występo-

waniu biegunek. Wszystkie białka mleka kobiecego składają się z aminokwasów. Wśród nich występuje tauryna i cystyna. Cząsteczki tauryny biorą udział w przemianach kwasów żółciowych, co ułatwia wchłanianie tłuszczów, przyspiesza rozwój ośrodkowego układu nerwowego i siatkówki oka. Cystyna wpływa korzystnie na rozwój mózgu i tkanek oka. Aminokwasy te, uważane są za odpowiedzialne w pewnym sensie za rozwój intelektualny dziecka, w mleku krowim nie występują.

**Tłuszcze**

Znajdują się głównie w postaci nienasyconych kwasów tłuszczowych, o krótkich łańcuchach. Ich przyswajalność jest dość wysoka i wynosi około 95%. Z tego powodu lepsze jest wchłanianie wapnia a to z kolei zapobiega krzywicy. Duża zawartość lipazy w mleku kobiecym powoduje uwalnianie się wolnych kwasów tłuszczowych z trójglicerydów, które stają się dla dziecka źródłem energii. Występujący w mleku matki cholesterol także ma dużą wartość, ułatwia melanizację ośrodkowego układu nerwowego oraz rozwój układów enzymatycznych. Prawdopodobnie ma to też znaczenie ochronne przed jego wysokim stężeniem w wieku dojrzałym, czyli przed rozwojem miażdżycy.

**Węglowodany**

W mleku kobiecym mają postać laktozy, która składa się z glukozy i galaktozy. Glukoza jest dla dziecka źródłem energii, a galaktoza przyspiesza dojrzewaniem układu nerwowego. Laktoza przyspiesza wzrost kości, zwiększa wchłanianie wapnia, magnezu, żelaza. Jest również niezbędna dla bakterii jelitowych (pałeczek kwasu mlekowego), które ułatwiają trawienie węglowodanów i hamują rozwój drobnoustrojów chorobotwórczych. Chroni, zatem dziecko przed biegunkami.

**Sole mineralne**

Mleko kobiece zawiera znacznie mniej fosforu, wapnia i sodu niż mieszanki sporządzone na bazie mleka krowiego. Jest to dla dziecka korzystne, ponieważ wchłanianie dużej ilości wapnia, przy jednoczesnej dużej zawartości fosforu, grozi wystąpieniem tężyczki. Mniejsza zawartość sodu nie powoduje natomiast obciążenia osmotycznego dla nerek, a przez to nie dochodzi do ich uszkodzenia. Ilość wapnia znajdującego się w mleku matki jest wystarczająco dla potrzeb niemowlęcia, gdyż w obecności nienasyconych kwasów tłuszczowych wchłania się on całkowicie. Korzystny jest także niski poziom fosforu. Wapń i fosfor mleka kobiecego odpowiadają za wzrost i mineralizację tkanki kostnej. Karmienie dziecka piersią zapobiega zakwaszeniom jego organizmu, ponieważ dostarcza mu w ten sposób optymalną ilość i jakoś soli mineralnych oraz białek nie sprzyja gromadzeniu się w płynach ustrojowych kwaśnych produktów przemiany materii.

**Witaminy**

Kobiecego pokarm zawiera witaminy A, B12, C, D3 i E. Jednakże zawartość tych witamin w mleku matki ma ścisły związek z jej dietą. Jeżeli odżywiona jest dobrze to pokrywa zapotrzebowanie na nie do około połowy 1 roku życia dziecka. Wyjątek stanowią witaminy D3 oraz K, które mogą wymagać uzupełnienia.

**Pierwiastki śladowe**

Ilość pierwiastków śladowych jest większa w mleku kobiecym niż w krowim. Do najpożyteczniejszych należy cynk i miedź. Miedź potrzebna jest do tworzenia się i dojrzewania krwinek czerwonych, trombocytów, hemoglobiny oraz do prawidłowego procesu kostnienia. Natomiast cynk do prawidłowego przyrostu masy ciała. Oba te pierwiastki, występują w odpowiedniej proporcji w mleku kobiecym, chronią dziecko w wieku dojrzałym przed chorobami serca.

**Żelazo**

Noworodek donoszony, rodzi się z pewnym zapasem żelaza, zmagazynowanym w wątrobie. W mleku kobiecym jest go niewiele, lecz dobrze się wchłania. Dlatego dzieci karmione piersią nie mogą anemizować się i nie potrzebują dodatkowego podawania preparatów żelaza. Dzieci karmione sztucznie nie otrzymują dostatecznej ilości żelaza, ponieważ z mieszanki mleczonej nie jest ono wchłaniane.

**Składniki obronne**

Do tych składników mleka kobiecego należą przeciwciała klasy i IgA. W czasie ciąży nie przechodzą one od matki do dziecka i nie są wytwarzane w pierwszych tygodniach jego życia pozamaziernego. Powstają na ścianach gruczołów, jako immunoglobulina



wydzielnicza (SIgA). Cząsteczki SIgA osadzają się na powierzchni błony śluzowej jelit, a następnie wbudowują się w nią, uniemożliwiając w ten sposób wnikanie drobnoustrojów chorobotwórczych z przewodu pokarmowego do tkanek. Podobne działanie mają w układzie oddechowym. Umiejscawiając się podśluzówkowo, unieczynnijają drobnoustroje chorobotwórcze i uniemożliwiają ich wnikanie. SIgA chroni, zatem dziecko przed chorobami przewodu pokarmowego i układu oddechowego. Ponadto dzięki zdolności unieczynnienia różnych bakterii i wirusów, chroni go przed wieloma chorobami zakaźnymi.

#### **Makrofagi**

Unieszkodliwiają bakterie i grzyby oraz produkują przeciwciała. Stymulują także organizm dziecka do produkcji własnych przeciwciał.

#### **Limfocyty T i B**

Po zetknięciu się z wirusami wytwarzają substancję uodparniającą - interferon. Uważa się, że karmienie naturalne zapobiega występowaniu chorób nowotworowych w wieku dorosłym, ponieważ w leczeniu stosuje się syntetyczny interferon.

#### **Lizozym**

Jest to enzym odporny na działanie soków trawiennych o właściwościach bakteriobójczych. Niszczy bakterie w przewodzie pokarmowym, rozpuszczając i rozrywając ich otoczki.

#### **Laktobacillus bifidus**

Stanowi od 95 do 99 % flory bakteryjnej przewodu pokarmowego dziecka karmionego wyłącznie piersią. Zakwasza go i przeciwdziała namnażaniu się drobnoustrojów chorobotwórczych. U dzieci karmionych mieszankami w przewodzie pokarmowym występuje E.coli i bakteroidy.

#### **Laktoferyna**

Oprócz omówionych już właściwości hamuje rozwój bakterii, głównie E. Coli gronkowców i grzybów.

#### **Kabaltofilina**

Wiąże w jelitach witaminę B12i kwas foliowy, ułatwia ich wchłanianie i hamuje rozwój bakterii. Zapobiega anemii i chorobom przewodu pokarmowego.

#### **Promocja karmienia piersią**

10 kroków do udanego karmienia piersią, według których każdy ośrodek sprawujący opiekę nad matką i noworodkiem powinien:

1. Mieć jasno sformułowane na piśmie zasady postępowania sprzyjające karmieniu piersią i zapoznać z nim cały personel medyczny pracujący w danym ośrodku.
2. Przeszkolić wszystkich pracowników medycznych tak, aby mogli oni wdrażać te zasady w praktyce.
3. Informować wszystkie kobiety ciężarne o korzyściach wynikających z karmienia piersią i o postępowaniu podczas karmienia.
4. Pomagać matkom w rozpoczęciu karmienia dziecka piersią w ciągu 30 minut po porodzie.
5. Nauczyć matki jak należy karmić piersią i jak utrzymać laktację nawet wtedy, gdy zachodzi potrzeba oddzielenia od dziecka.
6. Karmić wyłącznie mlekiem matki, nie dokarmiać i nie poić noworodków, chyba, że jest to uzasadnione z medycznego punktu widzenia.
7. Umożliwić matce wspólne przebywanie z dzieckiem od chwili narodzin przez 24 godziny na dobę.( rooming-in)
8. Wspierać i zachęcać matki do karmienia piersią na każde życzenie dziecka.
9. Nie podawać smoczków ani innych przedmiotów mających na celu uspokojenie dziecka karmionego piersią.
10. Popierać tworzenie się grup wspierających matki karmiące piersią oraz kierować do nich kobiety opuszczające szpital położniczy.

W chwilach kryzysu kobiety karmiące swoje dzieci piersią mogą zwracać się do poradni laktacyjnych działających przy większości szpitali położniczych w Polsce, zwłaszcza tych, które uzyskały tytuł „Szpital Przyjazny Dziecku”. Rozwiązaniem problemów kobiet w okresie laktacji zajmują się również osoby z dyplomem konsultanta i doradcy laktacyjnego. Mają one najwyższy stopień kompetencji w dziedzinie poradnictwa laktacyjnego potwierdzony uzyskaniem certyfikatu. Udzielanie porad odbywa się za pośrednictwem telefonu e-maila lub bezpośrednio w punktach laktacyjnych.

Jednym z ważnych elementów udanego macierzyństwa i późniejszego przebiegu karmienia piersią jest jak najwcześniejszy kontakt fizyczny z nowo narodzonym dzieckiem połączony z przystawianiem go do piersi. Dziecko po przyjsciu na świat powinno niemal natychmiast trafić w ramiona matki. Matka powinno móc je przytulić do piersi a w ciągu pół do 2 godzin je nakarmić. Pierwsze karmienia wywołają u noworodka umiejętność dobrego i skutecznego ssania. Z tego względu ważne jest, aby to był karmienia z piersi a nie z butelki. Niemowlę nauczone ssać smoczek nie będzie mogło sprawnie pobierać pokarmu z piersi. Prawidłowe przystawianie dziecka do piersi zapobiega bolesności uszkodzeniu brodawek, a także zapewnia odpowiednią do potrzeb dziecka ilość pokarmu. Właściwie przystawione dziecko do piersi powinno być zwrócone brzuszkiem do ciała matki i do niej przytulone. Powinno uchwycić brodawkę wraz z częścią piersi głęboko w usta tak, pierś szczelnie wypełniała buzie dziecka. Matka nie powinna czuć bolesności i pociągania brodawek. Karmienie nie może boleć. Jeśli jest bolesne znaczy, że dziecko za płytko uchwyciło pierś. Należy wtedy karmienie przerwać i powtarzać przystawienie do piersi aż ssanie będzie bezbolesne. Dobrze wyszkolona położna powinna umieć skutecznie w takim przypadku pomóc. Cięcie cesarskie i inne zabiegi porodowe utrudniają wczesne karmienie nie stanowią jednak przeciwwskazania do podejmowania karmienia tak szybko jak to jest możliwe i tym razem pomoc troskliwej położnej jest nieodzowna.

**Siara** - mleko wydzielane w pierwszych dniach po porodzie ma szczególne właściwości odżywcze i zdrowotne. Jest w nich bardzo dużo witam i substancji chroniących noworodka przed chorobami. Ważne, więc jest, aby zwłaszcza w pierwszych dobach mógł otrzymać ich jak najwięcej i możliwie jak najczęściej. W pierwszych dniach karmienia zdrowy noworodek nie potrzebuje wody i innego pożywienia. Częste karmienie piersią zapewni dziecku wystarczającą ilość pokarmu. Częste i wyłączone karmienie piersią podczas pobytu w szpitalu jest możliwe, jeśli matka z dzieckiem przebywa a tym samym pokoju. Jeśli w szpitalu matka oddzielona jest od dziecka, to powinna mieć możliwość jak najczęstszego karmienia i postarać się, aby dziecko nie było pojone i dokarmione z butelki. Dokarmianie noworodków i niemowląt w pierwszych miesiącach życia jest główną przyczyną zaniku pokarmu i przedwczesnego zaprzestania karmienia piersią. Niemowlęta powinny być karmione tylko piersią przynajmniej przez 4-6 miesięcy życia. Z obserwacji wiadomo, że matki najczęściej sięgają po butelkę z obawy czy wystarczy im pokarmu lub czy pokarm jest dla nich odpowiedni. Każda matka wydziela pokarm całkowicie dostosowany do potrzeb swojego dziecka a jego ilość zabezpiecza sobie samo dziecko, jeśli może ssać z piersi tyle ile potrzebuje. Noworodek musi jednak dobrze ssać. Należy pamiętać, że każde karmienie małego dziecka butelką lub podawanie mu smoczka na uspokojenie zmniejsza jego szansę na prawidłowe ssanie piersi. Jeśli ssie źle i nie pobiera skutecznie pokarmu to jest głodne, a w konsekwencji niewiele przybiera na wadze. Matka zaś traci pokarm. Dlatego moment rozpoczęcia karmienia dziecka butelką jest początkiem końca karmienia piersią a w najlepszym razie początkiem jego nieprawidłowego przebiegu.

Dziecko powinno być przystawione do piersi za każdym razem, kiedy wykazuje potrzebę jedzenia i pozostać przy niej tak długo jak sobie tego życzy. W praktyce w okresie noworodkowym i wczesno niemowlęcym dzieci upominają się o karmienie do kilkunastu razy na dobę, stopniowo ograniczając liczbę karmień do 6-8 na dobę w wieku kilku miesięcy. Za każdym razem niemowlę powinno być karmione z jednej piersi, do całkowitego jej opróżnienia (aż samo wypuści brodawkę), a następnie po krótkiej przerwie na odbicie powietrza, należy mu zaproponować drugą pierś. Jeśli będzie jeszcze głodne chętnie skorzysta. Następne karmienie zaczyna się od piersi, która była podawana, jako druga. Skutecznie karmiony piersią noworodek powinien moczyć 6-8 pieluszek na dobę i w zasadzie każda z nich powinna zawierać stolec. Z czasem liczba stolców zmniejsza się.

Niemowlę karmione wyłącznie piersią powinno przybierać regularnie na wadze; w pierwszych trzech miesiącach nie mniej niż 600 g a na miesiąc a kolejnych miesiącach w granicach 400-500 g. Częsty i bliski kontakt matki z dzieckiem, jaki ma miejsce podczas karmienia, sprzyja tworzeniu się więzi między nimi, dziecku



ułatwia rozwój, a matce pełnienie funkcji opiekuńczych. Matki karmiące dzieci piersią lepiej je rozumieją i wyczuwają ich potrzeby. Samo karmienie-jeśli przebiega prawidłowo-działa relaksująco na dziecko i matkę, a uwalniające się podczas karmienia hormony wprowadzają karmiącą kobietę w dobry nastrój. Karmienie piersią jest także źródłem zdrowia dla matki. Znacznie zmniejsza następstwa wynikające z utraty krwi przy porodzie. Kobiety, które karmiły piersią wykazują mniejsze ryzyko zachorowania na nowotwory piersi, jajników i macicy.

Jednakże karmienie piersią nie zawsze jest możliwe.

**Przeciwwskazania do karmienia piersią:**

- rak sutka
- czynna gruźlica płuc
- galaktozemia noworodka

- pacjentka choruje na AIDS - zakażenie wirusem HIV.
- pacjentka jest uzależniona od narkotyków.

**Leki przyjmowane przez matkę:**

- cytostatyki
- tyreostatyki
- doustne leki przeciwcukrzycowe
- tetracykliny
- chloramfenikol
- sól fonamidy
- indomatezyna
- kumaryna
- ergotanina
- rezerpina .

Literatura u autora.

Ilona Charaziak

## Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Pułaskiego 25, 42-200 Częstochowa

### GODZINY PRACY BIURA

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

*Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.*

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

**BiRaKo<sup>®</sup>**  
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:  
tel. 34 365 16 86  
DOSTAWA GRATIS

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

**DRUKI MEDYCZNE**  
**ARTYKUŁY BIUROWE**  
**KUPONY REKUS**



**Egzamin państwowy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie  
„Pielęgniarstwa operacyjnego”  
w dniu 22 kwietnia 2015 roku w Warszawie.**



**Egzamin państwowy szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie  
„Pielęgniarstwa opieki długoterminowej”dnia 14 kwietnia 2015 roku w Warszawie.**





# Wycieczka do Budapesztu - 21-24 maja 2015 roku.



## Konferencja Naukowo - Szkoleniowa „Bezpieczne środowisko pracy pielęgniarki i położnej” Częstochowa, 20 maja 2015 roku.

