

# W CENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

X AKADEMIA PIEŁĘGNIARSTWA

DORPIP DO MARSZAŁKA WOJEWODZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

STANOWISKO NRPIP  
W SPRAWIE PROTESTU LEKARZY REZYDENTÓW



## X AKADEMIA PIEŁĘGNIARSTWA

## 2 PAŹDZIERNIKA 2017 r.

# W CIENIU CZEPAKA

Biuletyn informacyjny Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu  
(www.doipip.wroc.pl)

## Wydawca:

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

## Redaguje Prezydium DORPiP:

Anna Szafran, Marzenna Golicka, Urszula Olechowska, Dorota Pietrzak, Jolanta Kolasinska, Beata Łabowicz, Beata Dąbrowska, Teresa Szerszeń, Małgorzata Mazur

redakcja techniczna, skład, korekta, i przygotowanie do druku – Włodzkiej Sawicki

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca, w tekstach publikowanych zastrzega sobie prawo skrótów, zmian tytułów oraz poprawek stylistyczno-językowych.

Artykuły, listy, uwagi i inną korespondencję prosimy nadsyłać na adres redakcji: **Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu, ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław, fax 373-20-56, e-mail: info@doipip.wroc.pl**

REDAKCJA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA TREŚĆ TEKSTÓW, OGŁOSZEŃ I REKLAM

DOIPiP NIE PROWADZI POŚREDNICTWA PRACY W KRAJU I ZAGRANICĄ

**UWAGA:** Nie przyjmujemy do publikacji tekstów przekazywanych telefonicznie!

Nasza okładka;

Numer zamknięto 25.07.2017 r.

Do druku przygotowano 1.08.2017 r.

Nakład 3200 egz.

Pismo nieodpłatnie rozprowadzane wśród członków Samorządu Pielęgniarek i Położnych. Druk ABIS. Wszystkie artykuły (i nie tylko) na str. www.doipip.wroc.pl

## WYKAZ TELEFONÓW W SIEDZIBIE BIURA

### DOIPiP WE WROCŁAWIU

|                                           |                      |
|-------------------------------------------|----------------------|
| Sekretariat .....                         | 71 333 57 02         |
| Sekretariat .....                         | 71 333 57 16         |
| Sekretariat .....                         | 71 373 20 56 tel/fax |
| Przewodnicząca.....                       | 71 333 57 03         |
| Wiceprzewodnicząca .....                  | 71 333 57 05         |
| Sekretarz .....                           | 71 333 57 04         |
| Skarbnik .....                            | 71 333 57 05         |
| Ewidencja/rejestr piel. i pol. ....       | 71 333 57 09         |
| Praktyki zawodowe .....                   | 71 333 57 07         |
| Księgowość .....                          | 71 333 57 06         |
| Radca prawny .....                        | 71 333 57 05         |
| Kasa .....                                | 71 333 57 01         |
| Biblioteka .....                          | 71 333 57 10         |
| Okręgowy Rzecznik                         |                      |
| Odpowiedzialności Zawodowej .....         | 71 333 57 02         |
| Okręgowy Sąd                              |                      |
| Pielęgniarek i Położnych.....             | 71 333 57 02         |
| Dział Kształcenia (tel/fax).....          | 71 333 57 08         |
| Kierownik Działu Kształcenia.....         | 71 333 57 12         |
| Księgowość Działu Kształcenia .....       | 71 333 57 14         |
| Dział Kształcenia Oddział w Lubinie ..... | 76 746 42 03         |

## DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA

**PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH we Wrocławiu,**  
ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław,  
e-mail: info@doipip.wroc.pl  
tel. 71/ 333 57 02, tel/fax 71/ 373-20-56  
www.doipip.wroc.pl

## KONTO IZBY: NUMER KONTA BANKOWEGO,

na który należy przekazywać składki członkowskie:  
Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu, ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław,  
Bank PEKAO SA O/Wrocław  
**63 1240 6670 1111 0000 5641 0435**

## GODZINY PRACY BIURA

Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
poniedziałek – czwartek – od 8<sup>00</sup> do 16<sup>00</sup>  
z wyjątkiem wtorków i piątków  
wtorek – od 8<sup>00</sup> do 17<sup>00</sup> a w piątek do 15<sup>00</sup>

## DZIAŁ KSZTAŁCENIA

e-mail: dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl  
tel./fax 71 333 57 08,  
poniedziałek – czwartek – od 8<sup>00</sup> do 16<sup>00</sup>  
z wyjątkiem wtorków i piątków  
wtorek – od 8<sup>00</sup> do 17<sup>00</sup>, a w piątek do 15<sup>00</sup>

## BIURO W LUBINIE,

ul. Odrodzenia 18/2, 59-300 Lubin,  
tel./fax 76/746 42 03

## KONTO DZIAŁU KSZTAŁCENIA

Bank PEKAO SA O/Wrocław  
13 1240 6670 1111 0000 5648 5055

## KASA

poniedziałek ..... 10-16  
wtorek ..... 8 - 13  
środa ..... 10-16  
czwartek..... 8-13  
piątek..... NIECZYNNA

## BIBLIOTEKA

wtorek ..... od 13 do 17  
czwartek ..... od 13 do 16  
piątek..... od 9 do 14

## OKRĘGOWY RZECZNIK

### ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

tel. 71 333 57 02, informacja o dyżurach na stronie internetowej DOIPiP – INFORMACJE O SAMORZĄDZIE 2015-2019 - Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

## OKRĘGOWY SĄD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Inf.: tel. 71 333 57 02  
lub w Sekretariacie Biura DOIPiP

## DYŻURY RADCY PRAWNEGO

poniedziałki 14 – 16; środa 14 – 17 (mgr E. Stasiak);

## KASA POŻYCZKOWA PRZY DOIPiP

Bank PKO BP IV Oddział Wrocław, ul. Gepperta 4  
Nr: 56 1020 5242 0000 2702 0019 9224

Informacje o stanie swojego konta w Kasie Pożyczkowej można uzyskać w czasie dyżuru w środy od 15<sup>00</sup> do 16<sup>30</sup> telefonicznie lub osobiście  
**KSIĘGOWOŚĆ IZBY NIE PROWADZI KASY POŻYCZKOWEJ I NIE UDZIELA INFORMACJI**

## KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

### • PIELĘGNIARSTWA

– dr n. o zdr. **JOLANTA KOLASIŃSKA**,  
UM Wydział Nauk o Zdrowiu,  
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław; tel. 0-71/ 784 18 45  
e-mail: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl,

### • PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI

#### – mgr **EWA PIELICHOWSKA**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław  
e-mail: naczelnia.pielęgniarka@4wsk.pl  
tel: 261-660-207, 608-309-310

### • PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO

#### I OPERACYJNEGO mgr **BEATA ŁABOWICZ**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy  
ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5; 59-220 Legnica  
tel: 76/72-11-401 661-999-104  
e-mail: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

### • PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

#### – mgr **KATARZYNA SALIK**

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1,  
ul. M. Skłodowskiej-Curie 58; 50-368 Wrocław  
tel. 71 327-09-30, 71/784-21-75  
606 99 30 95; e-mail: kasiasalik1@wp.pl,

### • PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII

#### I POŁOŻNICTWIE – mgr **URSZULA ŻMIJEWSKA**,

Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza,  
ul. Warszawska 2; 52-114 Wrocław,  
tel. 0-71/342-86-31 wew. 344,  
604-93-94-55, 667-977-735

### • PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE

#### CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH .

#### – mgr **Dorota Rudnicka**

Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Będkowo  
Sp. Z O.O. Sp. Komandytowa  
Będkowo 1, 55-100 Trzebnica  
Email: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl  
Tel 71-7222948, 603852669

### • PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

#### – dr n. med. **ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR**

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu  
pl. Hirszfelda 12; 53-413 Wrocław  
tel. 71/36-89-260 lub 603 38 58 98  
e-mail: e.garwacka@gmail.com

### • PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ.

#### – dr n. med. **DOMINIK KRZYŻANOWSKI**,

Bonifraterskie Centrum Opieki Hospicyjnej w Bonifraterskim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.  
ul. Poświęcka 8a; 51-128 Wrocław  
tel. 608 585 295; e-mail: d.krzyzanowski@bronifraterskiecentrumzdrowia.pl

### • PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

#### – mgr **DOROTA MILECKA**

Uniwersytecki Szpital Kliniczny,  
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław  
tel. 071/733-11-90, 733-11-95, 662-232-595

### • PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO

#### – mgr **WIESŁAW ZIELONKA**

Pogotowie Ratunkowe w Legnicy  
ul. Dworcowa 7; 59-220 Legnica; tel. 502 676 039  
e-mail: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl

# OD REDAKCJI

*Listopad – czas zadumy i refleksji. Jak co roku podążamy myślami, za tym, co było, co przemija, czego się obawiamy. Różne pomysły przychodzą nam do głowy, a każdy budzi do działania. A czasem determinuje naszą bierność wobec świata, którego nie można sensownie zmienić, zwłaszcza gdy sytuacja zaczyna wymykać się spod kontroli i nie widać żadnych perspektyw na poprawę warunków pracy. Tak dzieje się we wrocławskich szpitalach, w których z powodu braku personelu pielęgniarskiego zamykane są oddziały.*

*Przewodnicząca DORPiP w imieniu wszystkich pielęgniarek i położnych naszego okręgu, wystosowała list do Marszałka Województwa Dolnośląskiego, prosząc o działania interwencyjne, które zatrzymają pielęgniarki w regionie. List zawiera dane statystyczne wskazujące na przyczyny lawinowo narastających braków kadrowych wśród pielęgniarek i położnych.*

*Ostatnie dni października upłynęły pod znakiem protestu lekarzy-rezydentów, domagających się realnego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia w realnych ramach czasowych. W biuletynie publikujemy Stanowisko NRPiP popierające istotę niniejszego protestu oraz zwracające uwagę na wieloletnie zaniedbania w polskiej ochronie zdrowia.*

*W dniu 2 października br. we Wrocławiu odbyły się zajęcia X Akademii Pielęgniarstwa, podczas której poruszono wiele istotnych problemów nurtujących nasze środowisko. W numerze przedstawiamy zagadnienia, zaprezentowane na owym sympozjum, a związane z chorobami zawodowymi pielęgniarek i położnych oraz zarządzaniem ryzykiem upadków pacjentów w praktyce pielęgniarek i położnych. Każdy z podejmowanych tematów był związany z pracą pielęgniarek i położnych i pozwalał na poszerzenie własnej wiedzy i doskonalenie indywidualnych kompetencji zawodowych.*

*W listopadowym „W cieniu czepka” można też przeczytać o paternalizmie i spolegliwej opiece w Zaczepku etycznym, a także o komunikowaniu się z pacjentem – bez słów. Przedstawiamy też nowych konsultantów wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa, zaś radca prawny przygotował opinie dotyczące podawania leków pacjentom.*

*Zapraszamy do lektury*

*Redakcja*

## W NUMERZE:

- |   |                                                        |    |                           |    |                            |
|---|--------------------------------------------------------|----|---------------------------|----|----------------------------|
| 4 | Pismo DORPiP do Marszałka Województwa Dolnośląskiego   | 9  | X Akademia Pielęgniarstwa | 22 | Rozmowa bez słów           |
| 7 | Stanowisko NRPiP w sprawie protestu lekarzy rezydentów | 10 | Choroby zawodowe          | 24 | Opinie prawne              |
| 8 | Nowi konsultanci wojewódzcy                            | 11 | Ryzyko upadku pacjenta    | 26 | Podziękowania informacyjne |
|   |                                                        | 21 | Zaczepki etyczne          | 27 | Pamięć i serce             |

Z OSTATNIEJ CHWILI...

# DORPIP DO MARSZAŁKA WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

DOIPiP/2701/10/17

Wrocław, 27.10.2017 r.

**Szanowny Pan**  
**Cezary Przybylski**  
**Marszałek Województwa Dolnośląskiego**  
Urząd Marszałkowski  
Województwa Dolnośląskiego  
ul. Wybrzeże Słowackiego 12-14  
50-411 Wrocław

*Szanowny Panie Marszałku!*

Działając w oparciu o przepisy ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. nr 174, poz. 1038 z późn zm.), w szczególności art. 4 ust. 8 tej ustawy, Dolnośląska Okręgowa Rada Pielęgniarek we Wrocławiu przedstawia w załączeniu dane liczbowe dotyczące pielęgniarek i położnych wykonujących zawód na terenie Dolnego Śląska.

Dane te wskazują jednoznacznie na zbliżającą się i nieuniknioną zapaść systemu ochrony zdrowia w województwie dolnośląskim.

Najmniejsza liczba pielęgniarek przypadająca w Polsce na 1000 mieszkańców, średnia wieku pielęgniarek i położnych 50 plus i od lat obserwowana emigracja zarobkowa w konfrontacji do danych demograficznych wskazujących na starzejące się społeczeństwo, którego popyt na usługi medyczne jest coraz większy – powodują, że w naszej opinii zatrzymanie procesu anihilacji kadry medycznej winno stać się priorytetem politycznym.

Dolnośląska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu zwraca się, w tej sytuacji, niniejszym pismem o stworzenie programu skierowanego do pielęgniarek i położnych pracujących na terenie naszego województwa. Minimalne założenie tego programu to zatrzymanie absolwentek kierunku pielęgniarstwo i położnictwo kształconych w województwie dolnośląskim i skłonienie tychże absolwentek do podjęcia pracy na terenie naszego województwa. Mogłoby to mieć różne formy, np. poprzez lokalny program stypendiów przez pierwsze lata pracy, czy też stworzenie bazy lokali mieszkalnych. Taki program mógłby też pomóc w pozyskaniu wykwalifikowanej kadry z innych regionów Polski.

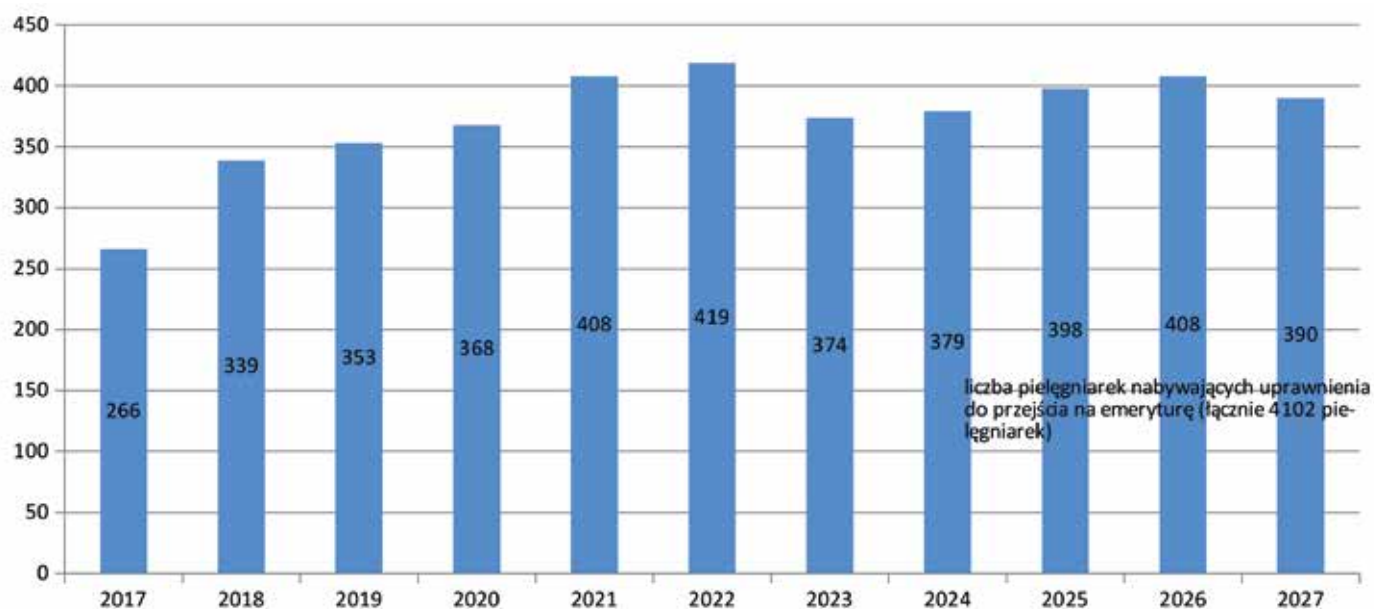
Obecne zmiany stanu rzeczy w ważnych szpitalach wrocławskich: Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym (zamknięcie Oddziału Położniczo-Ginekologicznego z powodu braku kadry lekarskiej) i w Szpitalu Specjalistycznym im. A. Falkiewicza (zamknięcie jednego piętra Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii z powodu braku pielęgniarek), a także poważne problemy kadrowe w pozostałych szpitalach naszego województwa obrazują, jakie problemy w perspektywie zaopatrzenia w opiekę medyczną czekają nasze społeczeństwo.

DORPiP we Wrocławiu szukając możliwości rozwiązania tego problemu apeluje do Pana Marszałka o podjęcie kroków, które mogłyby zapobiec eskalacji spodziewanego kryzysu i wytyczą kierunek zmian. Stawką jest bowiem bezpieczeństwo zdrowotne Dolnoślązaków. Ze swej strony deklarujemy pełne wsparcie dla działań Zarządu Województwa Dolnośląskiego w tych sprawach.

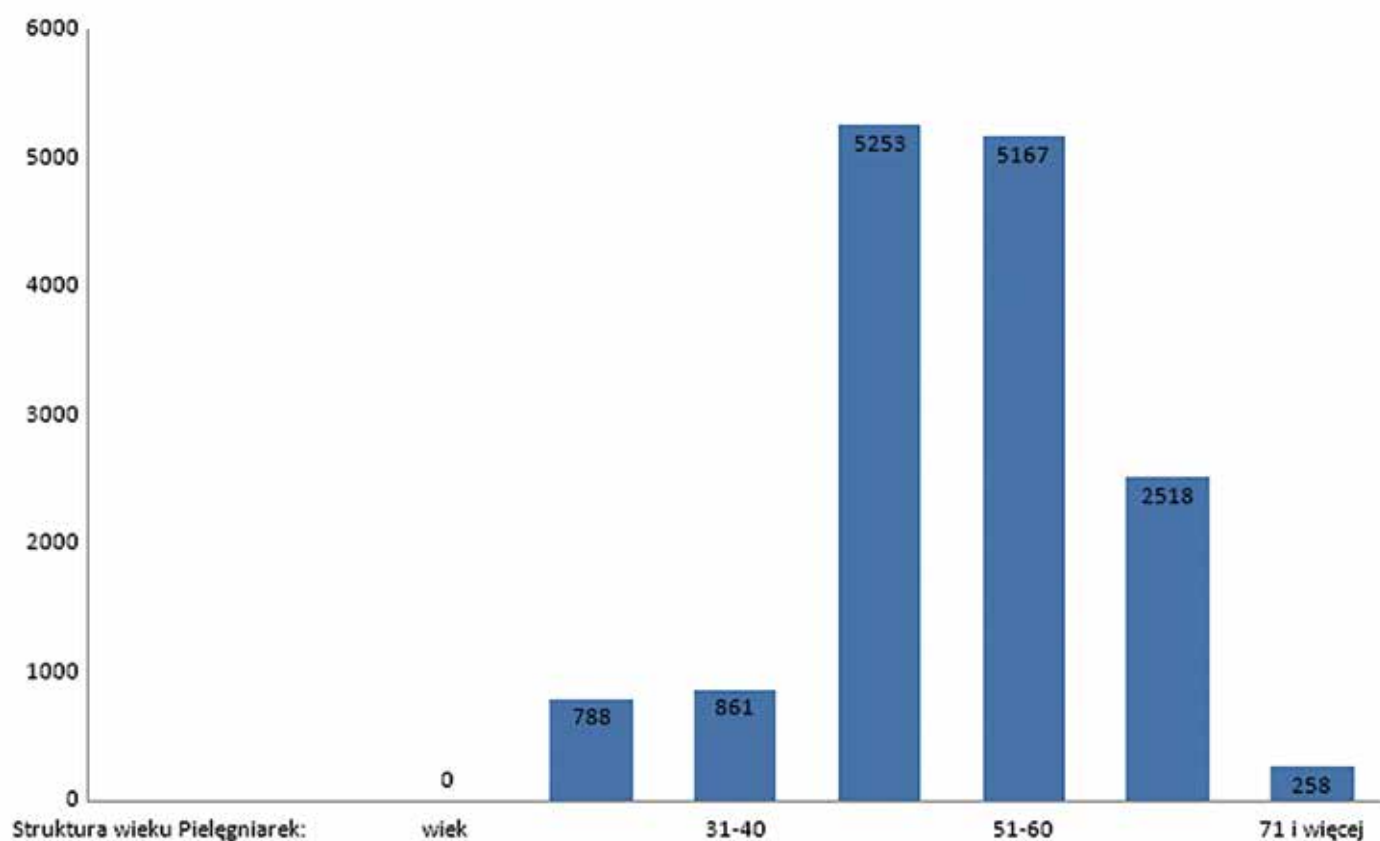
Z wyrazami szacunku,

*mgr Anna Szafran*  
*Przewodnicząca*  
*DORPiP we Wrocławiu*

**TABELA I. LICZBA PIEŁĘGNIAREK NABYWAJĄCYCH UPRAWNIENIA DO PRZEJŚCIA NA EMERYTURĘ W LATACH 2017-2027**

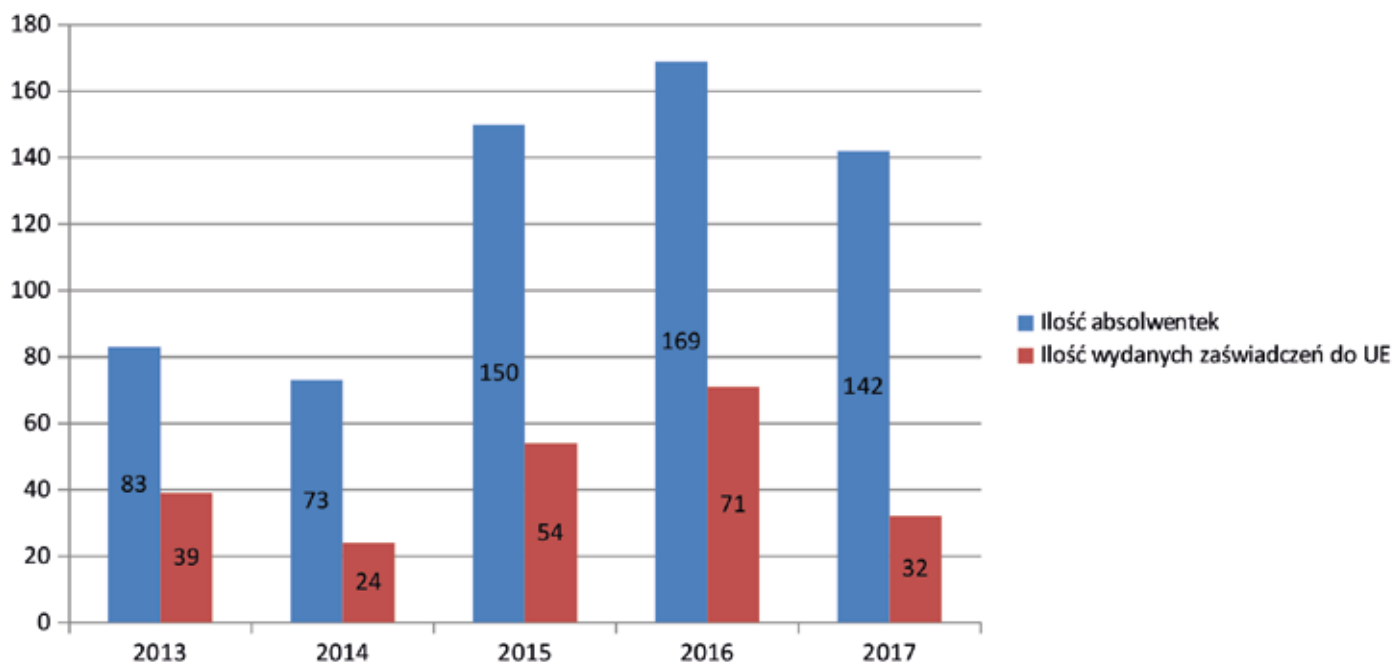


**TABELA II. STRUKTURA WIEKU PIEŁĘGNIAREK NA DZIEŃ 20.10.2017 r.**

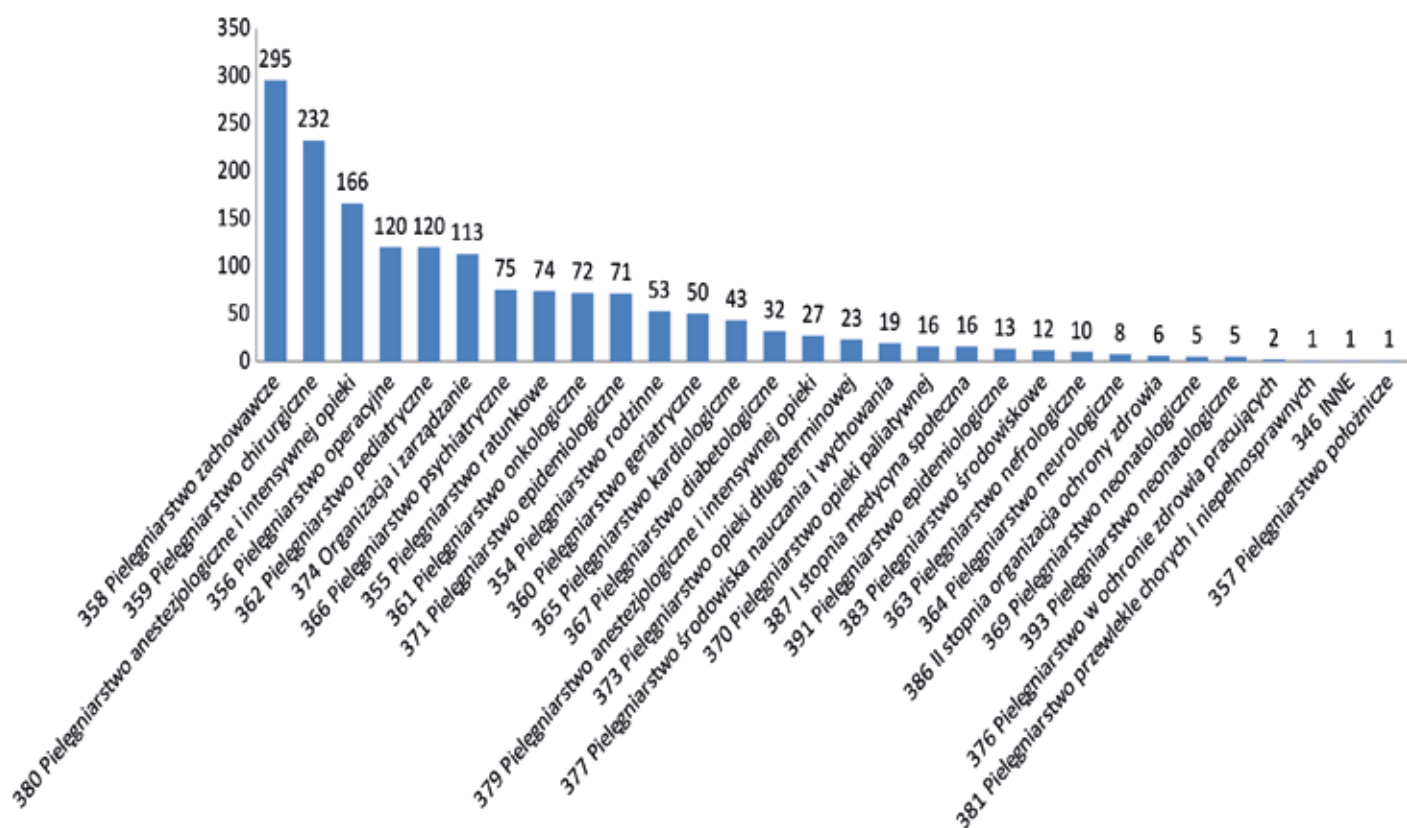




**TABELA III. LICZBA ABSOLWENTEK PIEŁĘGNIARSTWA ORAZ WYDANYCH ZAŚWIADCZEŃ O KWALIFIKACJACH ZAWODOWYCH DO UNII EUROPEJSKIEJ**



**TABELA IV. LICZBA PIEŁĘGNIAREK POSIADAJĄCYCH POSZCZEGÓLNE SPECJALIZACJE**



Pielęgniarki posiadające tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa: 1044 osoby.  
Liczba pielęgniarek i położnych zarejestrowanych w DOIPIP na dzień 20.10.2017r.: 16.610.



# NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

## STANOWISKO NR 12 PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Z DNIA 17 PAŹDZIERNIKA 2017 ROKU

## W SPRAWIE PROTESTU LEKARZY REZYDENTÓW

Protest głodowy rozpoczęty przez lekarzy rezydentów i kontynuowany przez przedstawicieli innych zawodów medycznych zrzeszonych w Porozumieniu Zawodów Medycznych, kolejny raz w drastyczny sposób zwraca uwagę na palące problemy służby zdrowia w Polsce, których jednym z podstawowych źródeł jest niedofinansowanie.

Niedofinansowanie to leży u podstaw:

- dynamicznie ograniczanej dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych,
- powiększających się z każdym rokiem niedoborów personelu medycznego: lekarzy, pielęgniarek i położnych, ale również przedstawicieli innych zawodów medycznych,
- pogarszających się warunków pracy personelu medycznego, będących jednocześnie warunkami leczenia pacjentów,
- niedostatecznej liczby procedur medycznych i niedoszacowanej wyceny tych procedur,
- niespójności przepisów prawa oraz nadmiernie rozbudowanej biurokracji i sprawozdawczości.

Powyższe od lat powoduje poszukiwanie oszczędności kosztem dbałości o dobro i zdrowie pacjenta. Pacjent w funkcjonującym systemie ochrony zdrowia stał się przedmiotem procedury medycznej, a przestał być traktowany jako człowiek potrzebujący pomocy.

Skutkami niedostatecznego finansowania służby zdrowia są również niskie wynagrodzenia,

praca na kilku etatach, emigracja zawodowa, które nasilają niedobory kadrowe w grupach pielęgniarek, położnych, lekarzy i innych pracowników medycznych, co powoduje zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Samodzielne zawody medyczne pielęgniarki i położnej zostały w ostatnich latach zdeprecjonowane w szczególnie sposób. Na wspomniane grupy zawodowe stale nakładane są nowe obowiązki, przy czym poziom ich finansowania pozostaje praktycznie bez zmian. Pielęgniarki i położne obciążane są coraz większą ilością zadań, których wykonywanie powinno należeć do przedstawicieli innych zawodów medycznych albo personelu pomocniczego.

Również rządzący traktują pielęgniarki i położne w sposób krzywdzący, czego wyrazem jest ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473). Pielęgniarki i położne stały się na mocy przywołanej ustawy personelem medycznym gorszej kategorii.

Dlatego też samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych postuluje po raz kolejny o zwiększenie nakładów finansowych na ochronę zdrowia w Polsce i tym samym solidaryzuje się z głodującymi lekarzami rezydentami. Samorząd upomina się przy tym o zwiększenie wynagrodzeń w służbie zdrowia oraz takie ustalenie ich wysokości, aby wynagrodzenia poszczególnych zawodów

medycznych odpowiadały zakresowi ich zadań i odpowiedzialności oraz poziomowi wymaganego wykształcenia i oczekiwanego zaangażowania w procesie leczenia i pielęgnowania pacjentów.

W związku z powyższym samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych domaga się dokonania w trybie pilnym zmian w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, poprzez zmianę brzmienia samej ustawy oraz punktów 7-9 w załączniku do niej. Ze zmienionego brzmienia ustawy powinno jednoznacznie wynikać, że dodatkowe środki finansowe na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) nie mogą być przeznaczane do realizacji ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r.

Wieloletnie zaniedbania w służbie zdrowia oraz brak zrozumienia dla postulatów środowiska medycznego po raz kolejny spowodowały, że przedstawiciele zawodów medycznych sięgają po drastyczne środki protestu. Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych oczekuje wypracowania realnych działań naprawczych.

*Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander*

*Prezes NRPiP  
Zofia Małas*

# 01.09.2017 – POWOŁANO KONSULTANTÓW WOJEWÓDZKICH W DZIEDZINIE PIELEŃNIARSTWA

Informujemy, iż Decyzją Wojewody Dolnośląskiego Pana Pawła Hreńniaka z dniem 01.09.2017 roku powołano do pełnienia funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych **Panią Dorotę Rudnicką.**

Ponadto uprzejmie informujemy, że kolejne powołania do pełnienia funkcji Konsultanta Wojewódzkiego otrzymały:

- **Pani Jolanta Kolasińska**  
– w dziedzinie pielęgniarstwa
- **Pani Dorota Milecka**  
– w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego
- **Pani Urszula Żmijewska**  
– w dziedzinie pielęgniarstwa w ginekologii i położnictwie.



W imieniu Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu życzę Paniom wytrwałości w realizacji wyznaczonych zadań i zamierzeń, pragnę również wyrazić nadzieję na dobrą współpracę z samorządem pielęgniarek i położnych.

Z wyrazami szacunku,

**Szanowne Panie !**

Pragnę serdecznie pogratulować powołania do pełnienia funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa, pielęgniarstwa pediatrycznego, pielęgniarstwa w ginekologii i położnictwie oraz pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych. Proszę przyjąć wyrazy uznania, a także życzenia powodzenia w wypełnianiu zadań wiążących się z pełnioną funkcją.

**mgr Anna Szafran**  
**Przewodnicząca DORPiP**  
**we Wrocławiu**



**DOROTA RUDNICKA**, pielęgniarka z 27 letnim stażem, absolwentka Liceum Medycznego w Rawiczu. Pierwszą pracę rozpoczęła w oddziale dziecięcym a następnie rehabilitacyjnym SPZOZ w Żmigrodzie. Studia wyższe ukończyła na Uniwersytecie Zielonogórskim wydział pedagogiki -specjalność rewalidacja osób chorych . Studia

podyplomowe kontynuowała na Akademii Medycznej we Wrocławiu w zakresie menedżer ochrony zdrowia. Specjalista Pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Uzupełniając wykształcenie zawodowe ukończyła studia podyplomowe uzyskując tytuł licencjata pielęgniarstwa.

Od 2001 roku pracuje w Ośrodku Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej w Będkowie obecnie na stanowisku dyrektora ds. pielęgniarstwa . Ciągłe doskonalenie swojej wiedzy i umiejętności zawodowe, a swoją wiedzę i doświadczeniem dzieli się z innymi prowadząc wykłady i szkolenia na kursach kwalifikacyjnych, specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa paliatywnego i pielęgniarstwa opieki długoterminowej .

Z ogromnym zaangażowaniem i poświęceniem oddaje się pracy z pacjentem onkologicznym, paliatywnym oraz ich opieką

nami pracując jako pielęgniarka hospicjum domowego stąd też zrodziła się potrzeba doskonalenia dobrej komunikacji, a tym samym pomysł na ukończenie studiów podyplomowych z psychoonkologii.

Decyzją Wojewody Dolnośląskiego z dniem 01.09.2017 roku powołana do pełnienia funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych .

**Dane do korespondencji:**

Miejsce pracy:  
Ośrodek Medycyny Paliatywnej  
i Hospicyjnej Będkowo  
Sp. Z O.O. Sp. Komandytowa  
Będkowo 1, 55-100 Trzebnica

**Email**

drudnicka@hospicjumbedkowo.pl  
**Tel 71-7222948, 603852669**



# X AKADEMIA PIELĘGNIARSTWA

## – WROCŁAW, 2 PAŹDZIERNIKA 2017 r.

Dnia 02 października 2017 r. w hotelu Novotel Wrocław Centrum przy ul. Powstańców Śląskich 7 odbyła się X jubileuszowa Akademia Pielęgniarstwa.

W tym roku Akademia została zorganizowana przez Dolnośląską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu przy współpracy z Komisją Kształcenia działającą przy Dolnośląskiej Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych.

Temat wiodący tegorocznej konferencji to:  
„Zagrożenia zawodowe w miejscu pracy pielęgniarek i położnych”.

### WYSTĄPIENIA KONFERENCYJNE:

- „Obciążenie pracą pielęgniarek i położnych”  
– mgr Jarosław Panek, Naczelny Pielęgniarz Szpi-

tal Kliniczny nr 1 w Zabrzu;

- „Zarządzanie ryzykiem upadków pacjentów w praktyce pielęgniarskiej”

– Prof. dr hab. Ryszard Andrzejak Kierownik Działu Zdrowie Publiczne USK we Wrocławiu;

- „Choroby zawodowe pielęgniarek i położnych”

– Dr n. med. Jarosław Tomczyk Dyrektor Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy SPZOZ;

- „Znaczenie ergonomii w pracy pielęgniarek i położnych”

– Dr Izabela Witczak Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości USK we Wrocławiu;

- „Ekspozycja zawodowa na szkodliwe czynniki biologiczne w pracy pielęgniarek i położnych”

– Dr Barbara Szmaj Przewodnicząca Zespołu Kontroli Zakażeń Bratislava Medica Szpital im. Św. Jana Pawła II Wrocław

- „Aspekty psychologiczne w pracy pielęgniarek i położnych”

– mgr psychologii Benita Dobrzańska;

- „Zagrożenia zawodowe pielęgniarek i położnych pracujących w Dolnośląskim Centrum Onkologii”

– mgr pielęgniarstwa Barbara Suszał.

Dzięki uprzejmości wykładowców przedstawiamy na kolejnych stronach niezmiernie ciekawe materiały konferencyjne.

Więcej zdjęć z X Akademii Pielęgniarstwa znajdziecie Państwo na stronie: [www.doipj.wroc.pl](http://www.doipj.wroc.pl) w zakładce: galeria



### Witam Państwa serdecznie na jubileuszowej, X Akademii Pielęgniarstwa

– cyklicznej konferencji organizowanej od 10 lat przez Dolnośląską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

Przez te 10 lat celem Akademii Pielęgniarstwa było niezmiennie przedstawianie nowości i problemów związanych z określonymi dziedzinami pielęgniarstwa oraz wskazanie znaczenia i roli i położnej w opiece nad pacjentami.

Współpracując w tym dziele z towarzyszami i stowarzyszeniami skupiającymi pielęgniarki i położne oraz z Konsultantami Wojewódzkimi w różnych dziedzinach pielęgniarstwa z terenu Dolnego Śląska omawialiśmy na kolejnych Akademii tematy:

- Wielodyscyplinarnej opieki nad pacjentem onkologicznym
- Roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem w oddziale intensywnej terapii
- Bezpiecznego szpitala dla dzieci
- Wybranych aspektów opieki nad kobietą cię-

żarną, rodzącą i noworodkiem

- Profilaktyki zakażeń szpitalnych

- Opieki psychiatrycznej na Dolnym Śląsku

Były też tematy bardziej ogólne, i tak kolejno:

- Co osiągnęliśmy w pielęgniarstwie – dokąd zmierzamy?

- Co nowego w pielęgniarstwie?

A zeszłoroczna Akademia Pielęgniarstwa przypadła na rok jubileuszu 25 lecia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych – i poświęcona była idei samorządności.

Dziś wspólnie z Komisją Kształcenia działającą przy DORPiP zapraszamy Państwa do wysłuchania tematów związanych z zagrożeniami zawodowymi w miejscu pracy pielęgniarek i położnych.

Mówi się, że Pielęgniarki i położne są trzonem zdrowia świata, ich praca odbywa się w różnych miejscach: takich jak szpitale, przychodnie, zakłady opiekuńczo-lecznicze, domy pacjentów, szkoły, żłobki i inne. Pracują w miastach i na wsiach, udzielają pacjentom świadczeń o szerokim zasięgu, zapewniają pacjentom podstawową opiekę i tę specjalistyczną, uczą pacjentów samoopieki, dbają o polepszenie zdrowia społeczeństwa. Reasumując pielęgniarki nie tylko zapewniają bezpośrednią opiekę pacjentom, ale odgrywają kluczową rolę w zapobieganiu zachorowaniom. Tym samym trudno przygotować pełną charakterystykę narażenia zawodowego naszej grupy zawodowej.

Praca w zawodzie pielęgniarki wiąże się z licznymi narażeniami na szkodliwy wpływ czynników biologicznych, chemicznych, fizycznych i ergonomicznych. Wywołują one nie tylko negatywne skutki zdrowotne w postaci chorób zawodowych lub wypadków w pracy ale także ograniczają skuteczność pracy pielęgniarek i położnych lub są przyczyną błędów w działaniu.

Aby zgłębić te zagadnienia wysłuchamy wykładów na temat obciążenia pracą pielęgniarek i położnych: zarządzania ryzykiem upad-

ków pacjentów w praktyce pielęgniarskiej. Możliwe będzie również o znaczeniu ergonomii w naszej pracy czy ekspozycji zawodowej na szkodliwe czynniki biologiczne. Na koniec dowiemy się o aspektach psychologicznych wykonywania naszych zawodów, między innymi o wypaleniu zawodowym.

Życzę więc Państwu pozyskania nowej wiedzy, która może być przydatna w Państwa pracy zawodowej, miłych wspomnień z dzisiejszego spotkania oraz wszelkiej pomyślności w życiu.

Wszystkim Gościom, Szacownym Wykładowcom i uczestnikom dziękuję za przyjęcie zaproszenia i przybycie.

Dziękuję również naszym sponsorom TU Interpolska i firmie Solfarm.



Teraz oddaję głos Pani Agnieszce Surek, która jest członkiem Komisji Kształcenia i która poprowadzi dzisiejszą konferencję.

Serdecznie Państwa zapraszam.

**mgr Anna Szafran**  
Przewodnicząca DORPiP we Wrocławiu

# CHOROBY ZAWODOWE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Dr n. med. Jarosław Tomczyk  
Dr n. med. Katarzyna Broszko-Dziedzic  
Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy we Wrocławiu,  
Wrocław ul. Oławska 14

Procedura orzekania i stwierdzania choroby zawodowej jest regulowana następującymi aktami prawnymi:

1. Ustawa Kodeks Pracy z dnia 26.06.1974 r. (Dz.U. Nr 24, poz. 141 z późn. zm.) tekst jednolity z dnia 23 grudnia 1997 r. (Dz.U. 1998 Nr 21, poz. 94 z późn. zm.)-art. 235, 2351, 2352, 237, 2371.

2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych, (tekst jednolity Dz. U. 2013, poz. 1367)

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (Dz.U. Nr 132, poz. 1121 z późn. zm).

Choroba zawodowa jest pojęciem prawnym. Definicja choroby zawodowej zawarta jest w art. 235 1 Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeksu pracy (Dz.U. z 1998r. Nr 21

poz 94 z późn. zm.)

Art. 235<sup>1</sup>

Za chorobę zawodową uważa się chorobę, wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy, zwanych „narażeniem zawodowym”.

Art. 235<sup>2</sup>

Rozpoznanie choroby zawodowej u pracownika lub byłego pracownika może nastąpić w okresie jego zatrudnienia w narażeniu zawodowym albo po zakończeniu pracy w takim narażeniu, pod warunkiem wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych w okresie ustalonym w wykazie chorób zawodowych.

Warunkiem koniecznym do zakwalifikowania schorzenia jako choroby zawodowej jest:

1. jego występowanie w wykazie chorób zawodowych, który stanowi załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych, (Dz.U. Nr 105, poz. 869 z późn. zm)

2. ustalenie, że jest ono biologicznym skutkiem działania czynników szkodliwych lub uciążliwych występujących w środowisku pracy

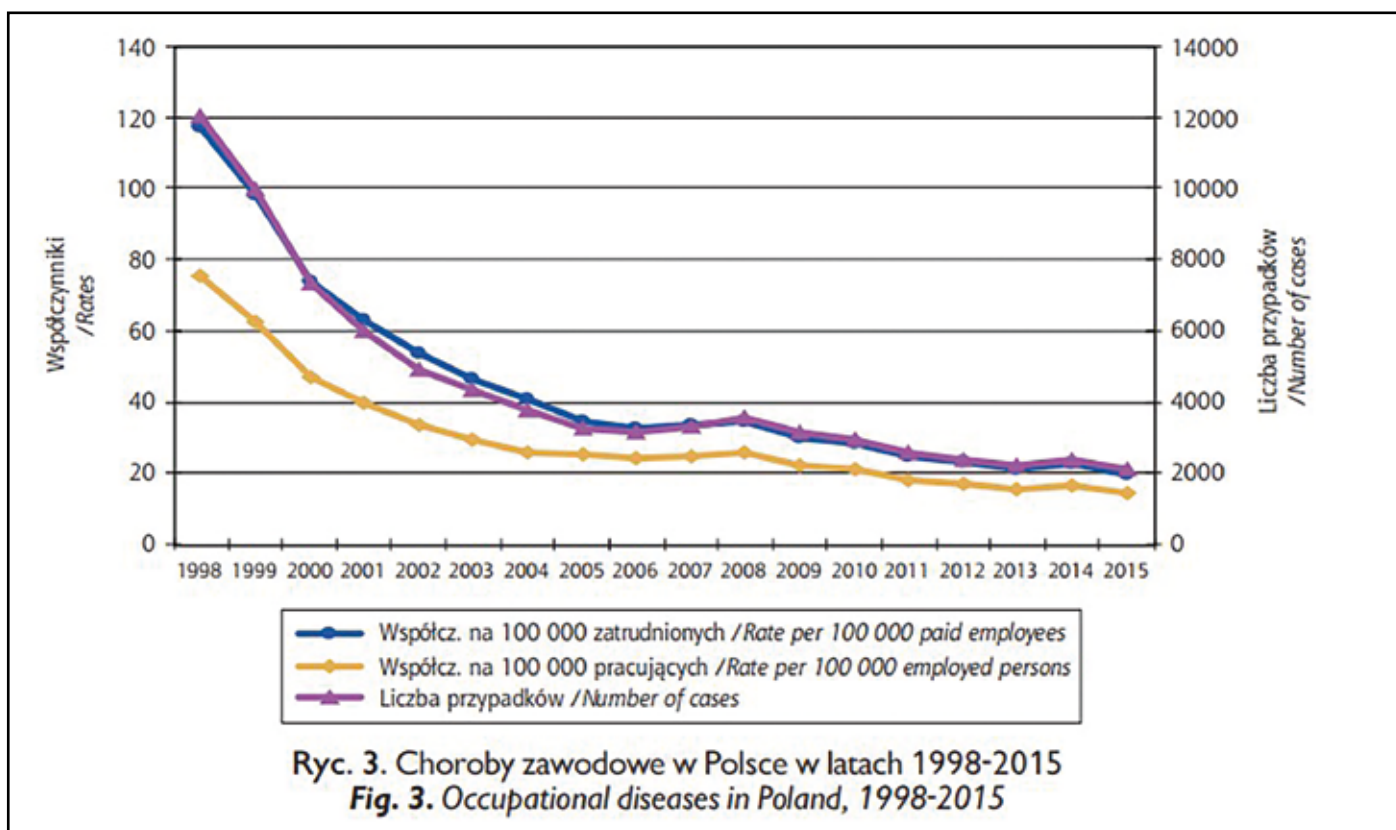
**Choroba zawodowa jako pojęcie medyczne.**

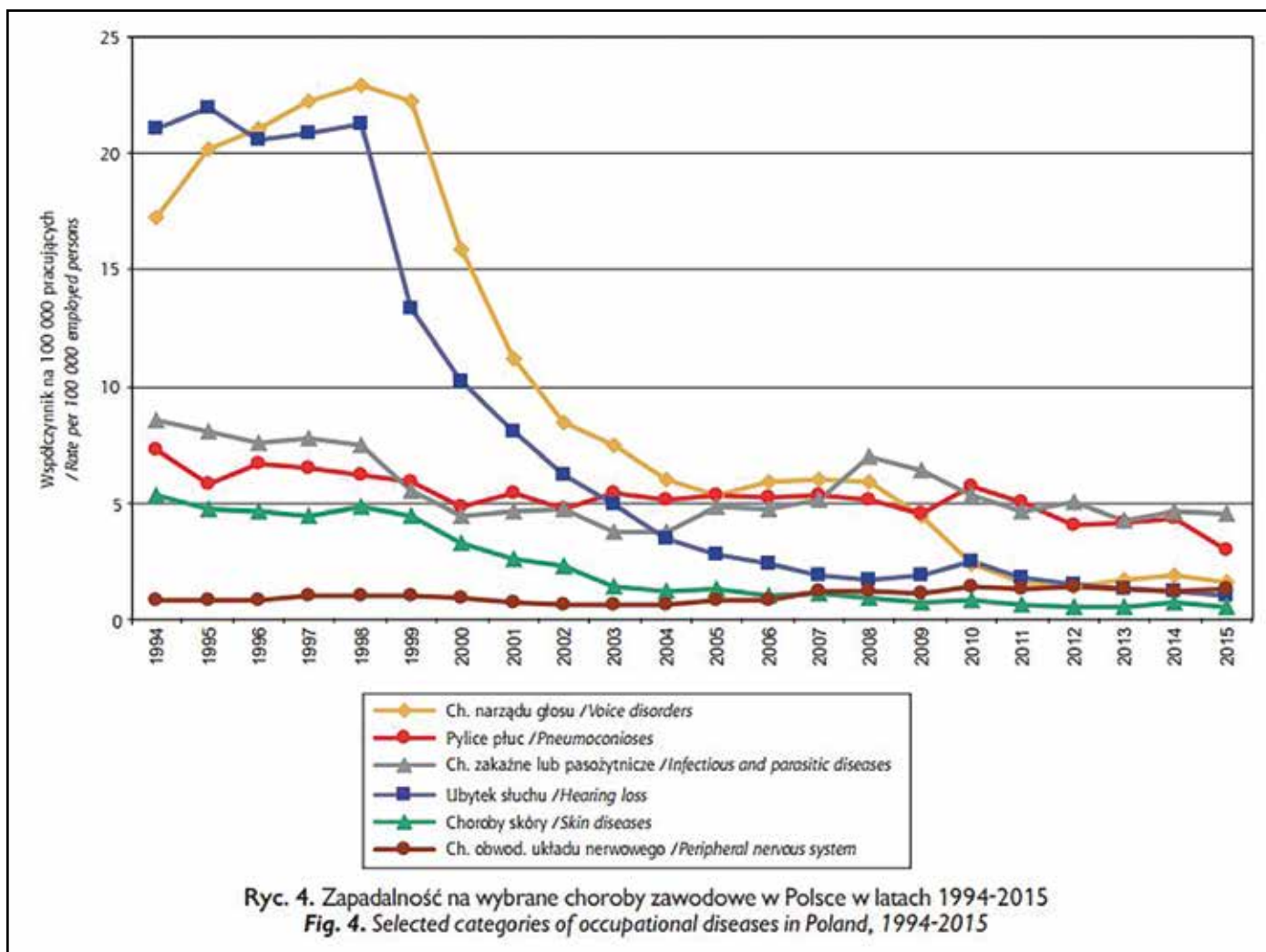
Mocą Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych, (Dz.U. Nr 105, poz. 869 z późn. zm) lekarz orzecznik ustala:

1. rozpoznanie kliniczne choroby;  
2. związek przyczynowy schorzenia z warunkami pracy.

Efekt końcowy jest tu wydanie orze-

## STRUKTURA CHOROBY ZAWODOWYCH ORAZ TENDENCJE W ZAKRESIE POSZCZEGÓLNYCH JEDNOSTEK CHOROBOWYCH W LATACH 1994-2015





czenia o rozpoznaniu lub braku podstaw do rozpoznania choroby zawodowej-mówimy więc często o chorobie zawodowej jako pojęciu medycznym.

#### Ocena narażenia zawodowego

Narażenie zawodowe podlega ocenie, przy dokonywaniu której uwzględnia się w odniesieniu do:

- 1) czynników chemicznych i fizycznych – rodzaj czynnika, wartość stężeń lub natężeń i średni czas narażenia zawodowego;
- 2) czynników biologicznych – rodzaj czynnika, ustalenie kontaktu, okresu utajenia oraz stwierdzenie mechanizmu działania lub drogi szerzenia się czynnika, bez konieczności określenia stężenia tego czynnika;
- 3) czynników o działaniu uczulającym (alergenów) – rodzaj czynnika i stwierdzenie kontaktu z takim czynnikiem w czasie pracy, jeżeli występował on w środowisku pracy, narzędziach pracy, surowcach, półproduktach lub gotowych wyrobach, bez konieczności określania stężenia tego czynnika;
- 4) czynników o działaniu rakotwórczym – substancje chemiczne, ich mieszaniny, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym okre-

ślone w przepisach wydanych na podstawie art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy oraz pierwotną lokalizację nowotworu i okres latencji;

5) sposobu wykonywania pracy – określenie stopnia obciążenia wysiłkiem fizycznym oraz chronometraż czynności, które mogą powodować nadmierne obciążenie odpowiednich narządów lub układów organizmu ludzkiego.

#### Ocenę narażenia zawodowego przeprowadza:

- 1) w związku z podejrzeniem choroby zawodowej – lekarz, który sprawuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, którego dotyczy podejrzenie;
- 2) w toku ustalania rozpoznania choroby zawodowej – lekarz zatrudniony w jednostce orzeczniczej, o której mowa w § 5 ust. 2 i 3;
- 3) w toku podejmowania decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej lub decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej – właściwy państwowy inspektor sanitarny.

Ocenę narażenia zawodowego sporządza się na formularzu określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 237 § 4 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks

pracy, przy wykorzystaniu dokumentacji gromadzonej zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 2981 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy przez pracodawców i jednostki organizacyjne Państwowego Inspektoratu Sanitarnego, a także, jeżeli postępowanie dotyczy aktualnego zatrudnienia, na podstawie oceny przeprowadzonej bezpośrednio u pracodawcy z uwzględnieniem oceny ryzyka zawodowego.

**Aktualny wykaz chorób zawodowych zawiera 26 pozycji wraz z określeniem okresu w którym muszą wystąpić udokumentowane objawy choroby zawodowej pomimo wcześniejszego zakończenia pracy zawodowej.**

1. Zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa wywołane przez substancje chemiczne;
2. Gorączka metaliczna;
3. Pylice płuc;
4. Choroby opłucnej lub osierdza wywołane pyłem azbestu;
5. Przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli spowodowało trwałe upośledzenie sprawności wentylacyjnej płuc z obniżeniem natężonej objętości wydechowej pierwszosekundowej (FEV1) poniżej 60% wartości należnej wywołane narażeniem



**Tabela 2.** Lista kolejności chorób zawodowych według liczby przypadków w Polsce w 2015 r.  
**Table 2.** Rank-list of occupational diseases by number of cases, Poland, 2015

| Choroby zawodowe /Occupational diseases                                                                             | Liczba przypadków /Number of cases | %     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------|
| Ogółem /Total                                                                                                       | 2094                               | 100,0 |
| 1. Choroby zakaźne lub pasożytnicze /Infectious and parasitic diseases                                              | 652                                | 31,1  |
| 2. Pylice płuc /Pneumoconioses                                                                                      | 422                                | 20,2  |
| 3. Przewlekłe choroby narządu głosu /Chronic voice disorders                                                        | 232                                | 11,1  |
| 4. Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego /Chronic diseases of peripheral nervous system                    | 186                                | 8,9   |
| 5. Ubytek słuchu /Hearing loss                                                                                      | 148                                | 7,1   |
| 6. Przewlekłe choroby układu ruchu /Chronic diseases of locomotor system                                            | 103                                | 4,9   |
| 7. Choroby skóry /Skin diseases                                                                                     | 79                                 | 3,8   |
| 8. Nowotwory złośliwe /Malignant neoplasms                                                                          | 68                                 | 3,3   |
| 9. Choroby opłucnej lub osierdza wywołane pyłem azbestu /Diseases of pleura or pericardium induced by asbestos dust | 54                                 | 2,6   |
| 10. Astma oskrzelowa /Bronchial asthma                                                                              | 47                                 | 2,3   |
| 11. Zespół wibracyjny /Vibration syndrome                                                                           | 28                                 | 1,3   |
| 12. Alergiczny nieżyt nosa /Allergic rhinitis                                                                       | 27                                 | 1,3   |
| 13. Zewnętrzne pochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych /Extrinsic allergic alveolitis                    | 19                                 | 0,9   |
| 14. Choroby układu wzrokowego /Diseases of visual system                                                            | 11                                 | 0,5   |
| 15. Przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli /Chronic obstructive bronchitis                                       | 7                                  | 0,3   |
| 16. Zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa /Acute and chronic intoxications and their sequels            | 4                                  | 0,2   |
| 17. Ostre uogólnione reakcje alergiczne /Acute general allergic reactions                                           | 4                                  | 0,2   |
| 18. Choroby płuc wywołane pyłem metali twardych /Lung diseases induced by hard metals dust                          | 1                                  | 0,0   |
| 19. Przedziurawienie przegrody nosa /Nasal septum perforation                                                       | 1                                  | 0,0   |
| 20. Choroby wywołane działaniem promieniowania jonizującego /Diseases caused by ionizing radiation                  | 1                                  | 0,0   |

- na pyły lub gazy drażniące, jeśli w ostatnich 10 latach pracy zawodowej co w najmniej 30 % przypadków stwierdzono na stanowisku pracy przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń;
6. Astma oskrzelowa;
  7. Zewnętrzne pochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych;
  8. Ostre uogólnione reakcje alergiczne;
  9. Byssinoza;
  10. Beryloza;
  11. Choroby płuc wywołane pyłem metali twardych;
  12. Alergiczny nieżyt nosa;
  13. Zapalenie obrzękowe krtani o podłożu alergicznym;
  14. Przedziurawienie przegrody nosa wywołane substancjami o działaniu żrącym lub drażniącym;
  15. Przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym;
  16. Choroby wywołane działaniem promieniowania jonizującego;
  17. Nowotwory złośliwe wywołane następstwem działania czynników występujących w środowisku pracy, uznanych za rakotwórcze u ludzi.
  18. Choroby skóry;
  19. Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy;
  20. Przewlekłe choroby obwodowego ukła-

- du nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy;
21. Obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu typu ślimakowego lub czuciowo-nerwowego spowodowany hałasem, wyrażony podwyższeniem progu słuchu o wielkości co najmniej 45 dB w uchu lepiej słyszającym, obliczony jako średnia arytmetyczna dla częstotliwości audiometrycznych 1, 2, 3 kHz.
  22. Zespół wibracyjny;
  23. Choroby wywołane pracą w warunkach podwyższonego ciśnienia atmosferycznego;
  24. Choroby wywołane działaniem wysokich albo niskich temperatur otoczenia;
  25. Choroby układu wzrokowego wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi;
  26. Choroby zakaźne i pasożytnicze;

#### SYSTEM ORZĘKANIA CHOROBY ZAWODOWYCH W POLSCE JEST DWUINSTANCYJNY.

- Placówki służby zdrowia orzekające o rozpoznaniu choroby zawodowej:
- Jednostkami orzecznictwem I stopnia są:**
- 1) poradnie chorób zawodowych wojewódzkich ośrodków medycyny pracy;
  - 2) kliniki i poradnie chorób zawodowych uniwersytetów medycznych (akademii

- medycznych);
- 3) poradnie chorób zakaźnych wojewódzkich ośrodków medycyny pracy albo przychodnie i oddziały chorób zakaźnych poziomu wojewódzkiego – w zakresie chorób zawodowych zakaźnych i pasożytniczych;
  - 4) podmioty lecznicze, w których nastąpiła hospitalizacja – w zakresie rozpoznawania chorób zawodowych u pracowników hospitalizowanych z powodu wystąpienia ostrych objawów choroby.

**Od orzeczenia wydanego przez jednostkę orzecznictwem I stopnia przysługuje prawo do odwołania się do jednostki orzecznictwem II stopnia.**

**Jednostkami orzecznictwem II stopnia są instytuty badawcze w dziedzinie medycyny pracy.**

#### PROCEDURA POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU PODEJRZENIA CHOROBY ZAWODOWEJ

Podejrzenie choroby zawodowej może powziąć:

- Pracodawca
- Każdy lekarz (lekarz sprawujący opiekę profilaktyczną nad zakładem pracy, lekarz każdej specjalności leczący pacjenta, lekarz stomatolog)
- Pracownik aktualnie zatrudniony lub był

pracownik (bezrobotny, rencista, emeryt)

Zgłoszenia dokonać należy pisemnie na odpowiednich formularzach stanowiących załączniki do Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (Dz.U. Nr 132, poz. 1121 z późn. zm).

**Pracownik aktualnie zatrudniony** dokonuje zgłoszenia przez lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną nad zakładem pracy. Schemat postępowania jak wyżej.

**Pracownik aktualnie niezatrudniony** dokonuje zgłoszenia na druku zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej. Wypełniony druk przysyła państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, właściwemu ze względu na siedzibę byłego zakładu pracy.

**Właściwym do orzekania w zakresie chorób zawodowych jest lekarz:**

1. spełniający wymagania kwalifikacyjne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy;
2. zatrudniony jednostce orzeczniczej I lub II stopnia.

**Lekarz, wydaje orzeczenie o rozpoznaniu choroby zawodowej albo o braku podstaw do jej rozpoznania, na podstawie:**

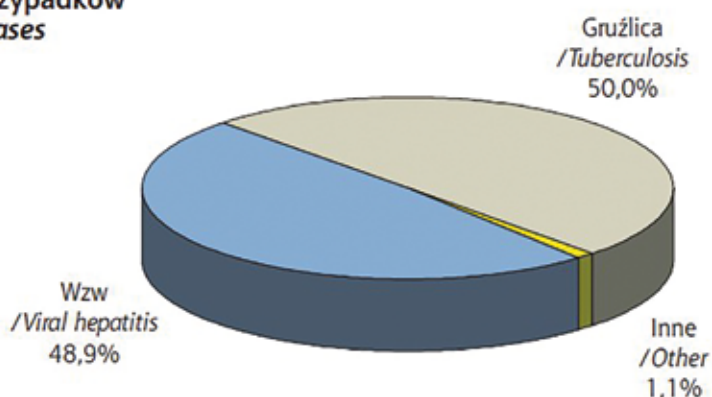
- wyników przeprowadzonych badań lekarskich i pomocniczych,
- dokumentacji medycznej pracownika lub byłego pracownika,

- dokumentacji przebiegu zatrudnienia,
- oceny narażenia zawodowego.

Jeżeli zakres informacji zawartych w dokumentacji badanego jest niewystarczający do wydania orzeczenia lekarskiego, lekarz występuje o ich uzupełnienie do:

- pracodawcy;
- lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę medyczną nad pracownikiem;
- właściwego państwowego inspektora sanitarnego;
- pracownika lub byłego pracownika.

88 przypadków  
/88 cases



**Ryc. 6. Struktura zawodowych chorób zakaźnych lub pasożytniczych wśród pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w Polsce w 2015 r.**

**Fig. 6. Structure of infectious and parasitic occupational diseases among health care and social workers in Poland, 2015**

**Odwołania od treści orzeczenia lekarskiego** wydanego w jednostce orzeczniczej I stopnia:

- przysługuje pracownikowi;

**Odwołanie od decyzji państwowego właściwego inspektora sanitarnego:**

- przysługuje pracownikowi i pracodawcy;

**Orzeczenie i decyzja wydane w II instancji mają charakter ostateczny nie przysługuje prawo do odwołania się od nich.**

Na decyzję państwowego właściwego inspektora sanitarnego wydającego decyzję w II instancji przysługuje skarga złożona za jego pośrednictwem do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego, w terminie 30 dni od daty jej doręczenia.

Na wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego przysługuje stronom skarga kasacyjna do Naczelnego Sądu Administracyjnego, złożona w terminie 30 dni od daty otrzymania wyroku.

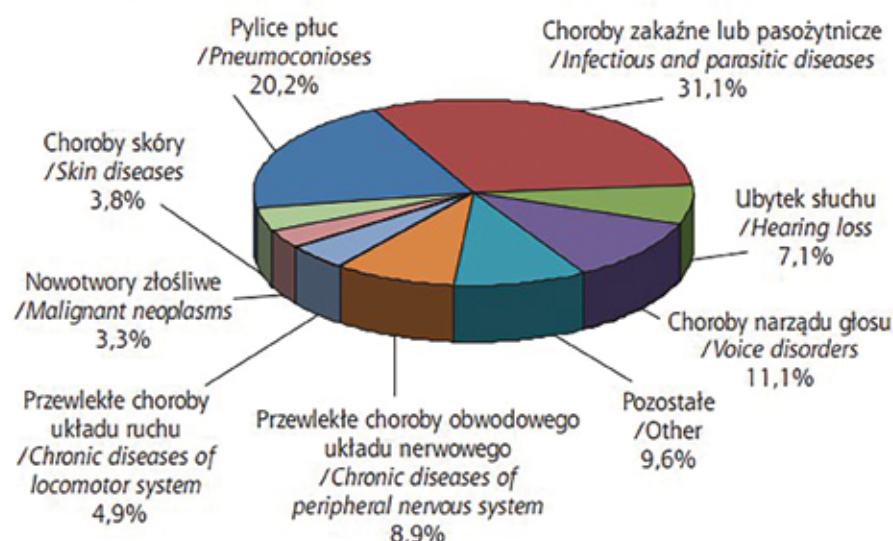
#### **Choroby zawodowe pracowników ochrony zdrowia**

**CHOROBY ZAWODOWE PRACOWNIKÓW ZATRUDNIONYCH W OCHRONIE ZDROWIA I OPIECE SPOŁECZNEJ OD WIELU LAT STANOWIĄ W POLSCE OKOŁO 10-15% OGÓŁU PRZYPADKÓW ZAREJESTROWANYCH W REJESTRZE CHOROÓB ZAWODOWYCH.**

W razie rozpoznania u pracownika choroby zawodowej, pracodawca jest obowiązany (art. 235 § 3 KP):

1. ustalić przyczyny powstawania choroby zawodowej oraz charakteru i rozmiar zagrożenia tą chorobą, działając w porozumieniu z właściwym organem Państwo-

Ogółem: 2094 przypadków  
Total: 2094 cases



**Ryc. 1. Struktura chorób zawodowych w Polsce w 2015 r.**  
**Fig. 1. Structure of occupational diseases in Poland, 2015**



## DOMINUJĄCE CHOROBY ZAWODOWE W SEKCJI OPIEKA ZDROWOTNA I POMOC SPOŁECZNA W 2015 ROKU

**Tabela 12.** Dominujące choroby zawodowe stwierdzone w Polsce w 2015 r. w wybranych sekcjach gospodarki narodowej według Polskiej Klasyfikacji Działalności

**Table 12.** Major categories of occupational diseases in selected NACE sections in Poland, 2015

| Sekcja /Section                                                                          | Współczynnik na 100 000 pracujących /Rate per 100 000 employed persons | Liczba przypadków /Number of cases | Dominujące schorzenia /Major categories of occupational diseases                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B Górnictwo i wydobywanie /Mining and quarrying                                          | 203,5                                                                  | 326                                | Pylice płuc (85,6%) /Pneumoconioses                                                                                                                                                 |
| A Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo /Agriculture, hunting, forestry and fishing | 23,8                                                                   | 568                                | Choroby zakaźne lub pasożytnicze (89,1%) /Infectious and parasitic diseases                                                                                                         |
| C Przetwórstwo przemysłowe /Manufacturing                                                | 22,6                                                                   | 570                                | Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego (21,9%) /Chronic diseases of peripheral nervous system<br>Pylice płuc (19,6%) /Pneumoconioses<br>Ubytek słuchu (16,5%) /Hearing loss |
| P Edukacja /Education                                                                    | 21,3                                                                   | 239                                | Przewlekłe choroby narządu głosu (94,1%) /Chronic voice disorders                                                                                                                   |
| Q Opieka zdrowotna i pomoc społeczna /Human health and social work activities            | 18,5                                                                   | 153                                | Choroby zakaźne lub pasożytnicze (57,5%) /Infectious and parasitic diseases                                                                                                         |
| F Budownictwo /Construction                                                              | 9,9                                                                    | 81                                 | Pylice płuc (34,6%) /Pneumoconioses<br>Ubytek słuchu (17,3%) /Hearing loss                                                                                                          |

wej Inspekcji Sanitarnej;

2. przystąpić niezwłocznie do usunięcia czynników powodujących powstanie choroby zawodowej i zastosować inne niezbędne środki zapobiegawcze;
3. zapewnić realizację zaleceń lekarskich.

W razie rozpoznania u pracownika choroby zawodowej, pracodawca jest obowiązany (KP): Art. 230

§ 1. W razie stwierdzenia u pracownika

objawów wskazujących na powstanie choroby zawodowej, pracodawca jest obowiązany, na podstawie orzeczenia lekarskiego, w terminie i na czas określony w tym orzeczeniu, przenieść pracownika do innej pracy nienarażającej go na działanie czynnika, który wywołał te objawy.

§ 2. Jeśli przeniesienie do innej pracy powoduje obniżenie wynagrodzenia, pracownikowi przysługuje dodatek wyrównawczy przez okres nieprzekraczający 6 miesięcy.

### Art. 231

Pracodawca, na podstawie orzeczenia lekarskiego, przenosi do odpowiedniej pracy pracownika, który stał się niezdolny do wykonywania dotychczasowej pracy wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej i nie został uznany za niezdolnego do pracy w rozumieniu przepisów emerytalnych i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Przepis art. 230 § 2 stosuje się odpowiednio.

**Tabela 4.2.** Choroby zawodowe stwierdzone w Polsce w 2015 r. wśród pracowników opieki zdrowotnej według wybranych zawodów i miejsca pracy

**Table 4.2.** Occupational diseases among health care employees by profession and workplace, Poland, 2015

| Miejsce pracy /Workplace                                          | Zawód /Profession          |                          |                     |                                    |                                                          | Ogółem /Total |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------|
|                                                                   | lekarz medycyny /physician | lekarz dentysta /dentist | pielęgniarka /nurse | ratownik medyczny /medical rescuer | inny pracownik ochrony zdrowia /other health care worker |               |
| Ogółem /Total                                                     | 17                         | 25                       | 61                  | 3                                  | 34                                                       | 140           |
| Oddział szpitalny /Hospital department                            | 11                         | 1                        | 47                  | 1                                  | 16                                                       | 76            |
| Laboratorium (pracownia) służby zdrowia /Laboratory               | –                          | –                        | –                   | –                                  | 7                                                        | 7             |
| Poradnia zabiegowa /Outpatient surgical clinic                    | –                          | 3                        | –                   | –                                  | 1                                                        | 4             |
| Inna poradnia służby zdrowia /Other outpatient clinic             | 4                          | –                        | 8                   | 2                                  | 3                                                        | 17            |
| Inna placówka służby zdrowia /Other institution of health service | –                          | –                        | 6                   | –                                  | 5                                                        | 11            |
| Prywatny gabinet zabiegowy /Non-public consulting room            | 2                          | 21                       | –                   | –                                  | 2                                                        | 25            |

Decyzja o stwierdzeniu choroby zawodowej nie jest jednoznaczna z przyznaniem świadczeń przewidzianych w ustawie o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Świadczenia te przyznawane są po przeprowadzeniu przewidzianej prawem procedury i wydaniu decyzji o przyznaniu świadczeń przez właściwy Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

**Z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej przysługują następujące świadczenia:**

- 1) „zasiłek chorobowy” - dla ubezpieczonego, którego niezdolność do pracy spowodowana została wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową;
- 2) „świadczenie rehabilitacyjne” - dla ubez-

piezonego, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy;

- 3) „zasiłek wyrównawczy” - dla ubezpieczonego będącego pracownikiem, którego wynagrodzenie uległo obniżeniu wskutek stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 4) „jednorazowe odszkodowanie” - dla ubezpieczonego, który doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 5) „jednorazowe odszkodowanie” - dla członków rodziny zmarłego ubezpieczonego lub rencisty;
- 6) „renta z tytułu niezdolności do pracy” - dla ubezpieczonego, który stał się niezdolny do pracy wskutek wypadku przy

pracy lub choroby zawodowej;

- 7) „renta szkoleniowa” - dla ubezpieczonego, w stosunku do którego orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie spowodowaną wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową;
- 8) „renta rodzinna” - dla członków rodziny zmarłego ubezpieczonego lub rencisty uprawnionego do renty z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej;
- 9) „dodatek do renty rodzinnej” - dla sieroty zupełnej;
- 10) dodatek pielęgnacyjny;
- 11) pokrycie kosztów leczenia z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne w zakresie określonym ustawą.

**Tabela 4.1. Choroby zawodowe wśród pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w Polsce w 2015 r. według Polskiej Klasyfikacji Działalności i jednostek chorobowych**

**Table 4.1. Occupational diseases among health and social workers in Poland in 2015 by nosologic units and NACE groups and classes**

| Jednostka chorobowa<br>/Nosologic unit                                                                    | Opieka zdrowotna i pomoc społeczna (86-88)<br>/Health care and social work | Opieka zdrowotna (86)<br>/Health care | Działalność szpitali (86.10)<br>/Hospital activities | Praktyka lekarska ogólna (86.21)<br>/Medical practice activities | Praktyka lekarska specjalistyczna (86.22)<br>/Specialistic medical practice activities | Praktyka lekarska dentystryczna (86.23)<br>/Dental practice activities | Pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej (86.90)<br>/Other health activities | Pomoc społeczna z zakwaterowaniem (87)<br>/Social work activities with accommodation | Pomoc społeczna bez zakwaterowania (88)<br>/Social work activities without accommodation |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ogółem /Total                                                                                             | 153                                                                        | 140                                   | 79                                                   | 15                                                               | 9                                                                                      | 28                                                                     | 9                                                                                      | 11                                                                                   | 2                                                                                        |
| Astma oskrzelowa /Bronchial asthma                                                                        | 1                                                                          | 1                                     | 1                                                    | -                                                                | -                                                                                      | -                                                                      | -                                                                                      | -                                                                                    | -                                                                                        |
| Ostre uogólnione reakcje alergiczne /Acute general allergic reactions                                     | 4                                                                          | 4                                     | 3                                                    | -                                                                | -                                                                                      | -                                                                      | 1                                                                                      | -                                                                                    | -                                                                                        |
| Alergiczny nieżyt nosa /Allergic rhinitis                                                                 | 3                                                                          | 3                                     | 2                                                    | -                                                                | -                                                                                      | -                                                                      | 1                                                                                      | -                                                                                    | -                                                                                        |
| Przewlekłe choroby narządu głosu /Chronic voice disorders                                                 | 6                                                                          | 1                                     | -                                                    | -                                                                | -                                                                                      | -                                                                      | 1                                                                                      | 4                                                                                    | 1                                                                                        |
| Choroby wywołane działaniem promieniowania jonizującego /Diseases caused by ionizing radiation            | 1                                                                          | 1                                     | 1                                                    | -                                                                | -                                                                                      | -                                                                      | -                                                                                      | -                                                                                    | -                                                                                        |
| Choroby skóry /Skin diseases                                                                              | 16                                                                         | 15                                    | 9                                                    | -                                                                | -                                                                                      | 6                                                                      | -                                                                                      | 1                                                                                    | -                                                                                        |
| Przewlekłe choroby narządu ruchu /Chronic diseases of locomotor system                                    | 17                                                                         | 16                                    | 4                                                    | 1                                                                | 2                                                                                      | 9                                                                      | -                                                                                      | 1                                                                                    | -                                                                                        |
| Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego /Chronic diseases of peripheral nervous system             | 15                                                                         | 15                                    | 3                                                    | -                                                                | 1                                                                                      | 10                                                                     | 1                                                                                      | -                                                                                    | -                                                                                        |
| Choroby układu wzrokowego /Diseases of visual system                                                      | 2                                                                          | 2                                     | 2                                                    | -                                                                | -                                                                                      | -                                                                      | -                                                                                      | -                                                                                    | -                                                                                        |
| Choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa /Infectious and parasitic diseases and their sequels | 88                                                                         | 82                                    | 54                                                   | 14                                                               | 6                                                                                      | 3                                                                      | 5                                                                                      | 5                                                                                    | 1                                                                                        |



**Tabela 4.3.** Choroby zawodowe stwierdzone w Polsce w 2015 r. wśród pracowników opieki zdrowotnej według wybranych zawodów i jednostek chorobowych

**Table 4.3.** Occupational diseases among health care employees by selected professions and nosologic units, Poland, 2015

| Jednostka chorobowa<br>/Nosologic unit                                                                       | Zawód /Profession                |                                |                        |                                             |                                                                   | Ogółem<br>/Total |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------|
|                                                                                                              | lekarz<br>medycyny<br>/physician | lekarz<br>dentysta<br>/dentist | pielęgniarka<br>/nurse | ratownik<br>medyczny<br>/medical<br>rescuer | inny pracownik<br>ochrony zdrowia<br>/other health care<br>worker |                  |
| Ogółem /Total                                                                                                | 17                               | 25                             | 61                     | 3                                           | 34                                                                | 140              |
| Astma oskrzelowa /Bronchial asthma                                                                           | –                                | –                              | 1                      | –                                           | –                                                                 | 1                |
| Ostre uogólnione reakcje alergiczne<br>/Acute general allergic reactions                                     | –                                | –                              | 3                      | –                                           | 1                                                                 | 4                |
| Alergiczny nieżyt nosa /Allergic rhinitis                                                                    | 1                                | –                              | 1                      | –                                           | 1                                                                 | 3                |
| Przewlekłe choroby narządu głosu<br>/Chronic voice disorders                                                 | –                                | –                              | –                      | –                                           | 1                                                                 | 1                |
| Choroby wywołane działaniem promieniowania jonizującego<br>/Diseases caused by ionizing radiation            | 1                                | –                              | –                      | –                                           | –                                                                 | 1                |
| Choroby skóry / Skin diseases                                                                                | –                                | 4                              | 7                      | –                                           | 4                                                                 | 15               |
| Przewlekłe choroby układu ruchu<br>/Chronic diseases of locomotor system                                     | –                                | 10                             | 3                      | –                                           | 3                                                                 | 16               |
| Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego<br>/Chronic diseases of peripheral nervous                    | 2                                | 10                             | 1                      | –                                           | 2                                                                 | 15               |
| Choroby układu wzrokowego<br>/Diseases of visual system                                                      | 1                                | –                              | 1                      | –                                           | –                                                                 | 2                |
| Choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa<br>/Infectious and parasitic diseases and their sequels | 12                               | 1                              | 44                     | 3                                           | 22                                                                | 82               |

#### Podsumowanie:

1. Za chorobę zawodową może być uznana jedynie choroba ujęta w wykazie chorób zawodowych, ale nie odbiera to prawa pacjenta do rozpoczęcia samodzielnie procedury podejrzenia choroby zawodowej.
2. Cała dokumentacja orzecznicza musi być prowadzona na drukach określonych w obowiązujących przepisach.
3. Orzekanie o chorobie zawodowej jest przeprowadzane w sprawie postawionego podejrzenia konkretnej choroby zawodowej, a nie by znaleźć u pracownika jakąś chorobę z wykazu chorób zawodowych.
4. Lekarz orzekający w sprawie podejrzenia choroby zawodowej ma ustalić jaki jest stopień prawdopodobieństwa, że dana choroba została spowodowana czynnikami obecnymi w pracy, a więc musi wziąć pod uwagę wszystkie informacje o stanie zdrowia pacjenta i ustalić ich związek z podejrzaną chorobą. Z tego względu pomocna jest całość dokumentacji medycznej oraz wiedza lekarza rodzinnego o stanie zdrowia pacjenta.



# ZARZĄDZANIE RYZYKIEM UPADKÓW PACJENTÓW W PRAKTYCE PIELĘGNIARSKIEJ

Prof. dr hab. n. med. Ryszard Andrzejak  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Wroclawiu

**Upadek (definicja wg WHO):** Jest to zdarzenie w wyniku którego człowiek niechcący znalazł się na ziemi, podłodze lub innym niższym poziomie; do upadków nie wlicza się samouszkodzeń, upadków ze zwierząt, z płonących budynków, pojazdów transportowych i maszyn oraz upadków do wody.

## EPIDEMIOLOGIA UPADKÓW

U starszych ludzi zwiększa się ryzyko występowania urazów na skutek upadków, jest to ściśle związane z procesem starzenia się.

Według badań wśród osób powyżej 65 roku życia przynajmniej raz w roku upada

- 50-67% pensjonariuszy domów opieki,
- 33% mieszkających samodzielnie,
- 20% chorych hospitalizowanych.

Raporty naukowe pokazują, iż 40% upadków osób starszych powyżej 65 roku życia kończy się poważnymi obrażeniami: złamaniami kończyn bądź urazami czaszkowo-mózgowymi.

Wg WHO w 2002 roku z powodu upadków zmarło aż 391000 ludzi.

Była to druga główna niezamierzona przyczyna śmierci po wypadkach drogowych.

Ponad 50% upadków kończy się hospitalizacjami, ograniczeniami sprawności fizycznej uniemożliwiającymi dotychczasowo-

wy tryb życia oraz zgonami.

Następstwa upadków u osób starszych są o wiele poważniejsze jak u osób młodych bądź dzieci. Jest to związane z osteoporozą (układ kostny jest osłabiony) oraz z wydłużeniem czasu reakcji (odruchy obronne po-

legające na ochronnym ułożeniu ciała podczas upadku są spowolnione).

Szwedzki Instytut ds. Zdrowia Narodowego podaje, iż na skutek upadków w Szwecji umiera dziennie więcej niż 3 osoby w wieku powyżej 65 lat. Jest to dwa razy więcej niż w wyniku wypadków drogowych.

Liczba pacjentów przyjmowana do szpitali po upadkach jest pięciokrotnie większa niż ilość pacjentów po wypadkach drogowych.

Według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia wskaźniki niesprawności na globie



ziemskim wykazują korelację z wiekiem.

Problemy z samodzielnością, codzienną egzystencją potwierdzono w grupie osób w wieku 75 lat i więcej u ponad 30% badanych, natomiast wieku 85 lat i powyżej aż u 70% badanych seniorów.

Starzenie się społeczeństwa w Polsce przebiega z większym natężeniem w środowisku wiejskim niż miejskim. Badania statystyczne wskazują, że w Polsce w 2000 roku osoby powyżej 65 roku życia stanowiły 12,3% ogółu społeczeństwa, przy czym w miastach wskaźnik ten osiągnął 11,7%, na wsi 13,3%.

Prognozy Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, że w 2020 roku odsetek osób po 60 roku życia ma osiągnąć 22,4%.

Jak wynika ze statystyk upadki osób starszych powyżej 65 roku życia występują bar-





dzo często, a ich konsekwencje są bardzo poważne zarówno dla samych tych osób (cierpienie fizyczne i psychiczne) jak i dla społeczeństwa, które bierze na siebie ciężar opieki nad tymi osobami u których wystąpiła niepełnosprawność w wyniku upadku.

Jest zaangażowanych wiele instytucji: szpitale, domy opieki społecznej, zakłady rehabilitacyjne.

**W obecnym czasie przy tak dynamicznych zmianach demograficznych w kierunku starzenia się całej populacji, problem powstawania niepełnosprawności na wskutek upadków osób starszych będzie się coraz bardziej pogłębiał.**

#### **ZAPOBIEGANIE UPADKOM U OSÓB STARSZYCH**

Aby jakiegokolwiek czynności prowadzące do zmniejszenia ryzyka wystąpienia upadków pacjentów były jak najbardziej efektywne należy dobrze poznać uwarunkowania jakie towarzyszą samemu zjawisku jakim jest upadek osoby starszej mającej powyżej 65 lat.

**Przyczyny upadków można podzielić na:**  
**WEWNĘTRZNE** – związane ze stanem fizycznym i psychicznym pacjenta  
**ZEWNĘTRZNE** – związane ze środowiskiem w jakim przebywa pacjent

#### **PRZYZCZYNY WEWNĘTRZNE**

- Osteoporoza – osłabienie układu kostnego, ten sam uraz u osoby młodej może nie wywołać żadnych skutków, natomiast u osoby starszej może doprowadzić do złamania kości.
- Słaby wzrok, niedowidzenie – w wyniku chorób oczu (zaćma, jaskra, wada wzroku) albo w wyniku innych chorób np. cukrzycy.
- Zaburzenia równowagi, zawroty głowy – w wyniku niedostatecznego krążenia mózgowego.
- Zaburzenia neurologiczne – pacjenci po udarze, z demencją
- Przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych,

uspakajających, nasennych i obniżających ciśnienie krwi (szczególnie narażeni są pacjenci zażywający więcej jak cztery leki dziennie)

- Osłabienie siły mięśniowej
- Zaburzenia układu krążenia – nagły spadek ciśnienia krwi po zmianie pozycji, po zażywaniu określonych leków
- Zaburzenia słuchu
- Słaba koordynacja ruchów – zmiany zwyrodnieniowe w kregostupie szyjnym i lędźwiowym, choroby stawów nóg (zwyrodnienia, zapalenia stawów, schorzenia stóp), choroba Parkinsona
- Choroby psychiczne – depresja, stany lękowe, otępienia
- Choroby układu sercowo-naczyniowego – zaburzenia rytmu serca, choroba niedokrwienna serca
- Zaburzenia metaboliczne – hipoglikemia, niedokrwistość, zaburzenia wodno-elektrolitowe
- Zaburzenia układu moczowego – nietrzymanie moczu, parcia naglące, stosowane leki np. psychotropowe, diuretyki, hipotensyjne



#### **Przyczyny zewnętrzne**

Czynniki zewnętrzne, środowiskowe - powodują około 30%-50% upadków w domu. Świadczą o braku dostosowania warunków środowiskowych do potrzeb ludzi starszych. Utratę równowagi powodują najczęściej: nieodpowiednie oświetlenie, strome schody, zniszczone nawierzchnie ulic, wysokie krawężniki, śliskie posadzki, zawinięte dywany, przesuwalne chodniczki, progi, brak uchwytów i poręczy.

#### **NASTĘPSTWA UPADKÓW**

Najczęstszymi następstwami upadków u osób starszych są złamania; głównie nóg (zazwyczaj okolicy szyjki stawowej kości udowej), rąk (kości ramiennej, nasady dalszej kości przedramiennej) oraz miednicy.

W wyniku złamania w obrębie szyjki kości udowej jakość życia osób starszych ulega znacznemu pogorszeniu, badania wykazały, iż 50% z tych osób nie uzyskuje sprawności sprzed upadku, staje się to przyczyną przedwczesnych zgonów.

W wyniku unieruchomienia u tych osób mogą wystąpić takie powikłania jak: zapalenia płuc, odleżyny, zakażenia układu moczowego, zaburzenia układu krążenia albo zakrzepicy żył głębokich.

Wszystkie te skutki upadków generują potrzebę intensywniejszej i bardziej czasochłonnej opieki nad tymi osobami, przy równocześnie znacznie obniżonej jakości ich życia.

#### **ZESPÓŁ POUPADKOWY**

Jest to rezultat lęku pacjenta przed upadkiem.

Osoba starsza ocenia negatywnie swoje możliwości poruszania się i utrzymania równowagi. Syndrom ten dotyczy zarówno osób, które uległy upadkowi, jak i tych, które obawiają się, że mogą упаść.

To właśnie lęk, a nie obiektywna utrata sprawności funkcjonalnej, zmusza osobę starszą do przyjęcia postawy biernej, mini-



malizującej prawdopodobieństwo upadku. Tworzy się błędne koło: rezygnacja z aktywności prowadzi do pogorszenia funkcji układów oddechowego, krążenia, narządów ruchu i oczywiście stanu psychicznego pacjenta.

Zespół poupadkowy dotyczy 20-25 proc. osób starszych, które się przewróciły.

#### PROFILAKTYKA UPADKÓW

Ponieważ w tej grupie wiekowej – 65+ do upadków dochodzi często, a ich konsekwencje są bardzo kosztowne, związane to jest z zaangażowaniem w opiekę tych osób wielu instytucji jak szpitale, domy opieki społecznej bądź zakłady rehabilitacyjne, upadki są narastającym problemem społecznym – tym bardziej, że populacje państw starzeją się i odsetek osób z niepełnosprawnością może drastycznie wzrastać.

O powadze problemu może świadczyć fakt iż powstało wiele programów, których celem jest zminimalizowanie występowanie upadków u osób starszych.

Centrum Monitorowania Jakości w swo-

ich wytycznych akredytacyjnych dla szpitali upadki pacjentów ujęła jako zdarzenia niepożądane, które trzeba obowiązkowo zgłaszać.

W 2011 roku wyszło zalecenie konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa dla dobrej praktyki pielęgniarstwa „Bezpieczny Szpital-Bezpieczny Pacjent” w sprawie zarządzania ryzykiem upadków pacjentów.

W USK we Wrocławiu zarządzanie ryzykiem upadków pacjentów jest składową Programu zapobiegania wypadkom i urazom w Uniwersyteckim Szpitalu klinicznym we Wrocławiu na lata 2015-2016; program ten jest ujęty w zarządzeniu nr 31/2015 Dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego

#### ZARZĄDZANIE RYZYKIEM UPADKÓW W SZPITALU

Aby na terenie szpitala w sposób sprawny i efektywny realizować program zapobiegania upadkom należy działać według pewnych schematów, a mianowicie:

- Przedstawić całemu personelowi medycznemu skalę problemu jakimi są upadki

- osób starszych i ich następstwa
- Przy przyjęciu pacjenta ustalić stopień ryzyka upadku jakim jest on obciążony
- Wdrożyć odpowiednie postępowanie w stosunku do osób z podwyższonym ryzykiem upadku
- Przy wypisie poinformować pacjenta z podwyższonym ryzykiem upadku o tym jak zapobiegać takim incydentom w środowisku domowym
- W przypadku kiedy dojdzie na terenie szpitala do upadku pacjenta należy ten fakt wraz z dokładnym opisem okoliczności zgłosić jako zdarzenie niepożądane do Działu Jakości

#### Ocena ryzyka upadku u pacjentów 65+

Ocenę tą zazwyczaj wykonuje się w dwóch etapach na początku przeprowadza się krótki wywiad a następnie uzupełnia się go odpowiednim testem określającym stan psychoruchowy pacjenta.

W wywiadzie pytamy o:

- upadki mające miejsce w przeszłości i ich okoliczności
- ilość leków branych codziennie
- występujące zaburzenia równowagi
- występujące choroby w przebiegu których może dojść do zaburzeń równowagi (cukrzyca, choroba Parkinsona, przebyte udary, jaskra, zaćma, zapalenie stawów)

#### TEST BERG

- Pacjent musi wykonać 14 czynności, ocenianych w skali od 0 do 4.
- Maksymalnie może otrzymać 56 punktów.
- 41-56 pacjent może poruszać się samodzielnie, bez pomocniczego sprzętu
- 37-40 pacjent powinien poruszać się z laską lub inną pomocą techniczną
- 21-36 pacjent powinien przy poruszaniu używać balkonika
- do 20 pacjent wymaga szczególnej opieki przy poruszaniu, zalecane jest poruszanie się na wózku

#### Czynności oceniane od 0 do 4:

1. Przejście z pozycji siedzącej do stojącej
2. Stanie bez podparcia
3. Siedzenie bez opierania się, stopy na podłodze
4. Przejście z pozycji stojącej do siedzącej
5. Transfery
6. Stanie z zamkniętymi oczami
7. Stanie ze złączonymi nogami
8. Skłon do przodu z wyciągniętymi rękami w kierunku ściany
9. Podniesienie przedmiotu z ziemi
10. Oglądnięcie się i patrzenie do tyłu
11. Obrót o 360 stopni
12. Stawianie naprzemiennie stóp na taborecie
13. Stanie bez podparcia jedną stopą przed drugą
14. Stanie na jednej nodze





**TEST TINETTI****DO OCENY RÓWNOWAGI I CHODU**

W skali od 0 do 2 ocenia się takie czynności jak:

siedzenie, siedzenie i wstawianie z krzesła, stanie z otwartymi i zamkniętymi oczami, obrót o 360 stopni, chód – łatwość rozpoczęcia chodu, płynność chodu, długość i symetria kroków, współtruchy.

Ocenia się czy czynności wykonywane są samodzielnie czy potrzebna pomoc.

Wynik ogólny niższy lub równy 22/28 wskazuje na ryzyko upadku.

**TEST WSTAŃ I IDŹ**

Mierzy się czas zadanych czynności – wstanie z krzesła, przejście 3 metrów, obrót o 180 stopni i powrót do krzesła, przyjęcie pozycji siedzącej.

Są wykonywane trzy próby i mierzy się średni czas wykonywania zadania.

Jeżeli czas jest dłuższy niż 30 sekund ryzyko upadku jest znaczne i badany wymaga pomocy innych osób przy poruszaniu.

Osoby sprawne zadanie to wykonują w czasie krótszym niż 12 sekund.

**POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM****Z PODWYŻSZONYM RYZYKIEM UPADKU**

- umieszczenie dzwonka przywołującego pomoc w miejscu łatwo dostępnym dla pacjenta
- poinformowanie pacjenta o konieczności zgłaszania personelowi medycznemu o występujących zaburzeniach równowagi.
- nauczanie pacjenta odpowiedniej techniki wstawania z łóżka, tak aby nie dochodziło do nagłego odpływu krwi z obwodowego układu naczyniowego (najpierw usiąść na łóżku, potem powoli spuścić nogi z łóżka, następnie stanąć na podłożu).
- należy zmodyfikować zażywanie leków przez pacjenta (często biorą leki których działanie jest takie samo).
- należy zaopatrzyć pacjenta, jeżeli jest taka konieczność, w kule lub balkonik.
- pacjent powinien korzystać ze stabilnego obuwia, z antypoślizgową podeszwą i stabilne w obrębie kostki
- pacjent powinien przestrzegać zaleceń personelu medycznego.
- pacjent powinien wiedzieć gdzie jest zlokalizowany włącznik światła, aby w nocy idąc do toalety mógł go użyć

**Bardzo ważne jest odpowiednie wyposażenie środowiska otaczającego pacjenta**

- Unikanie mokrych podłóg, zwracanie uwagi na pachotki ostrzegające przed mokrą powierzchnią
- Wyposażenie łazienek i toalet w odpowiednie uchwyty
- Stosowanie specjalnych taboretów do toalety oraz korzystanie z pomocy innych osób

- Pacjent powinien nosić okulary i aparat słuchowy
- Odzież nie powinna być za luźna
- Sale i korytarze powinny być odpowiednio oświetlone

**Po zakończonym pobycie w szpitalu podczas wypisu pacjent oraz jego rodzina powinni być poinformowani o zaleceniach w celu zminimalizowania ryzyka upadku w środowisku domowym.**

**ZALECENIA DLA PACJENTÓW PO OPUSZCZENIU SZPITALA**

- W środowisku domowym należy zadbać o właściwe wyposażenie pomieszczenia,
- zwrócić uwagę aby meble nie stały na szlakach komunikacyjnych, aby było odpowiednie oświetlenie.
- Łóżko – bezpieczna wysokość powinna wynosić 50 cm od górnej krawędzi materaca do podłogi.
- Krzesła i fotele – powinny być tak dobrane aby osoba, która na nich siedzi opierała obie stopy na podłożu, przy kolanach zgiętych do kąta 90°.
- Schody – powinny być dobrze oświetlone, na ich krawędziach powinna być umocowana taśma antypoślizgowa, powinny być wyposażone w poręcze.
- Łazienka, ubikacja – powinny być wyposażone w maty antypoślizgowe, uchwyty, osoby, które nie mogą długo stać powinny myć się na specjalnych krzesłkach i taboretach, sedes powinien być podwyższony.
- Przedmioty codziennego użytku – powinny być tak rozlokowane aby nie było problemu po nie sięgnąć, na wysokości rąk.
- Obuwie – odgrywa bardzo ważną rolę przy poruszaniu się osób starszych, powinno mieć podeszwę antypoślizgową, być stabilne w kostce, łatwe do włożenia, dopasowane do zdeformowanej stopy.
- Należy zapobiegać nagłym spadkom ciśnienia poprzez odpowiednią technikę zmiany pozycji z leżącej na stojącą.

**ALGORYTM POSTĘPOWANIA W ZARZĄDZANIU RYZYKIEM UPADKÓW PACJENTÓW**

- Zwiększanie świadomości personelu medycznego na temat upadków osób starszych i ich następstw – cykliczne prezentacje
- Ocena ryzyka upadków podczas przyjęcia pacjenta – wywiad (cztery pytania), w przypadku wszystkich odpowiedzi negatywnych przeprowadzenie testu „wstań i idź”
- U pacjentów z podwyższonym ryzykiem upadków należy zastosować odpowiednią opiekę
- Przy wypisie przedstawić zalecenia, jakie powinien stosować pacjent w domu aby zminimalizować ryzyko upadku – ulotka
- W przypadku wystąpienia upadku pacjenta należy zgłosić ten fakt do Działu Jakości jako zdarzenie niepożądane

**Pytania w wywiadzie oceniające ryzyko upadku**

- Czy w przeszłości występowały upadki i jakich okolicznościach
- Czy występują zawroty głowy
- Czy przyjmuje więcej jak 4 leki dziennie
- Czy występują choroby mogące wywoływać zawroty głowy lub upośledzające poruszanie się – cukrzyca, choroba Parkinsona, przebyte udary, jaskra, zaćma, zapalenie stawów)

**Ocena ryzyka upadku**

- W przypadku przynajmniej jednej odpowiedzi pozytywnej pacjenta należy zakwalifikować do grupy pacjentów z podwyższonym ryzykiem upadku.
- U pacjentów ze wszystkimi odpowiedziami negatywnymi należy przeprowadzić test „wstań i idź”, gdzie wynik pozytywny również kwalifikuje pacjenta do grupy o podwyższonym ryzyku.
- Pacjenci z negatywnym wynikiem testu są zaliczani do grupy o małym ryzyku upadku.





# ZACZEPEK ETYCZNY

## O PATERNALIZMIE I SPOLEGLIWEJ OPIECE

dr hab. Jarosław Barański – etyk, filozof, kierownik Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

*Od lat wielu, dziesięcioleci, kwestionowana jest postawa paternalistyczna w medycynie. Polega ona przede wszystkim na tym, że personel medyczny definiuje to, co jest dobrem chorego, pomijając lub bagatelizując to, jak rozumie i odczuwa dobro własne sam pacjent. Decyduje o zakresie potrzeb chorego i sposobach ich zaspokojenia, ignorując jednocześnie życzenia i oczekiwania pacjenta, także – co najistotniejsze – jego zdolność do decydowania o sobie. Taka więc postawa jest dziś wyrazem zasiedziałej w duszy pychy albo pośpiesznie do niej prowadzi.*

W paternalistycznej, asymetrycznej relacji pielęgniarka i położna oczekują od pacjenta lub pacjentki jedynie posłuszeństwa, poddania się ich decyzjom i działaniom, pełnej akceptacji dla planu i sposobu realizacji opieki. A wtedy każda chorych wątpliwość, każda prośba albo każdy sprzeciw przyjmowany jest jako wyraz nieposłuszeństwa i staje się potencjalnym źródłem konfliktu, a także przyczyną niechęci do pacjenta, karcenia go, a nawet gróźb ku niemu adresowanych.

Paternalizm spełnia się w dominującej pozycji personelu medycznego, który, aby ją potwierdzić, a czasami, aby wymusić na pacjencie podporządkowanie się, może odwoływać się do niedających się dziś zaakceptować sposobów uzyskiwania uległości. Wtedy infantylizuje się pacjenta, obwinia się go, zastrasza, poucza, protekcyjnie traktuje, jak również ogranicza zakres informacji jemu przekazywanej lub manipuluje się tą informacją, przykładowo – wypowiadając złudne nadzieje. Jak pisze H. Brody, w paternalizmie główną etyczną zasadą była korzyść pacjenta. Dopóty więc personel medyczny służył dobrostanowi chorych, dopóki był on usprawiedliwiony w oszukiwaniu, wymuszaniu i w czynieniu tego pacjentowi, co było i jest niedopuszczalne w innych relacjach międzyludzkich.

Paternalizm więc jest traktowaniem pacjenta jako osoby niekompetentnej, a dalej: nieodpowiedzialnej, a zatem – niesamodzielnej i – wreszcie – niezdolnej do decydowania o sobie. Jeśli celem opieki pie-

lęgniarskiej jest zachowanie samodzielności pacjenta albo jej przywrócenie, tej zdolności do samoopieki, to paternalizm jednak sprzyja zależności od personelu medycznego, względnie od otoczenia.

Sitę osoby opiekującej się chorymi można przejawiać dwojako: w postaci przymusu, jak to jest w paternalizmie, albo jako zdolność udźwignięcia potrzeb i oczekiwań pacjenta. W tym drugim przypadku mówimy o opiece spolegliwej. Sprawuje ją osoba, na której można polegać; która jest godna zaufania, rzetelna i wiarygodna. Tylko bowiem taka osoba może się właściwie zatroszczyć o drugiego człowieka i tylko takiej osobie można powierzyć siebie i swoje troski – po prostu: zawierzyć.

Spolegliwa opieka nad chorym jest zadaniem niezwykle trudnym i wymaga niewątpliwie odwagi, aby zmierzyć się z czymś cierpieniem i buntem, by również być zdolnym do poświęcenia, aby wykrzesać z siebie – wtedy, gdy inni rezygnują, odpuszczają i opuszczają, po prostu: tchórz – zaangażowanie, wyrozumiałość i łagodność. Aby znieść pretensje chorego, jego gniew i połajania, złość, a nawet złośliwość. Niezgoda chorego na siebie w chorobie i na chorobę samą bywa bowiem adresowana także do opiekuna w silnych negatywnych emocjach.

T. Kotarbiński szkicuje piękny moralnie obraz opiekuna spolegliwego. Cechuje go dobroć, dzielność, wstrzemięźliwość względem pokus i ponęt, silny charakter oraz prawość – a prawy człowiek to ten, „kto da świadectwo prawdzie, i ten kto dotrzyma



zapowiedzi i wytrwa przy niej wbrew podszeptom własnego interesu”. Jego obowiązkiem moralnym jest nie dopuszczać się czynów, które zasługują na potępieniu. Spolegliwy opiekun nadto to taki, na którego można liczyć w trudnych okolicznościach.

Postawa opiekuna spolegliwego polega na czynnej życzliwości, „nie tylko wobec osób, w stosunku do których zaciągnęliśmy jakieś wyraźne zobowiązanie, lecz to jest postawa uniwersalna wobec wszelkiej istoty zdolnej do cierpienia i której moglibyśmy pomóc własnym wysiłkiem” – wobec tej istoty, która cierpi albo której zagraża cierpienie. To przejaw ludzkości, wspartej życzliwością i współczuciem.

Kotarbiński rozpisując owe zalety moralne spolegliwego opiekuna, wymienia wprost jego cnoty: dobroć, uczciwość, bohaterstwo, dzielność, opanowanie, dzięki którym może okazać troskę z motywacją życzliwego opiekuna. Spolegliwy opiekun jest osobą bezinteresowną, chroniącą słabych przed nieszczęściem; jest osobą niecofającą się przed niebezpieczeństwem, nieżałującą niezbędnego wysiłku w świadczeniu pomocy, panującą nad sobą, aby nie oślabić swojej czujności i gotowości do czynu. Spolegliwość w opiece jest ludzka, ponieważ „W pełni dbać o sprawy cudze może ten tylko, kto jest usposobiony życzliwie względem podopiecznych, nadaje się więc na opiekuna bodaj najbardziej człowiek dobry, o dobrym sercu, wrażliwy na cudze potrzeby i skłonny do pomagania”.

Tej spolegliwości potrzebujemy w naszym otoczeniu, a nade wszystko pacjent w chwili zagrożenia, jaką jest choroba; w chwili rezygnacji, której przyczyną są nieodwracalne zmiany chorobowe; w chwili osamotnienia, którą przynosi pobyt w szpitalu. Potrzebuje on bowiem takiej opieki, na której może się oprzeć, aby wydzwignąć się ze swojej słabości.

# KOMUNIKACJA Z PACJENTEM

## ROZMOWA BEZ SŁÓW

Ewa Sawicka, autorka poradników, m.in. „Podręcznik savoir-vivre” i „Pierwsze kroki w zawodzie”.



*Ludzie porozumiewają się ze sobą na wielu poziomach. Informacją jest nie tylko to, co mówi rozmówca – równie ważne, a w sytuacjach silnie stresowych nawet ważniejsze – są niewerbalne (pozasłowne) komunikaty. Dla pacjenta, a także bliskiej mu osoby niemal każda styczność z przedstawicielem zawodu medycznego jest taką właśnie silnie stresującą sytuacją. W obawie o stan zdrowia chory bywa nieufnie lub wrogo nastawiony, spanikowany, ból wywołuje jego reakcje. To sprawia, że jest szczególnie wyczulony na pozasłowne informacje, które odbiera na poziomie nie wymagającym analizy intelektualnej, potocznie zwanym intuicyjnym.*

tuacji, gdy pielęgniarka lub położna naprawdę może skoncentrować swoją uwagę na tym konkretnym pacjencie. Idealem jest, by tak działało się zawsze, za każdym razem, gdy pacjent wymaga pomocy, co jednak, szczególnie w warunkach szpitalnych, nie zawsze jest możliwe. Bywa, że pomocy wzywa kilku pacjentów na raz i zwyczajnie nie ma czasu na świadome „przestawienie się”. Mając jednak mocno rozwiniętą empatię, czyli m.in. umiejętność właściwego odczytywania komunikatów niewerbalnych, takie zmiany następują automatycznie, bez udziału woli, która w tym czasie zaangażowana jest w podejmowanie decyzji o tym,

### CZYTAJĄC PIELĘGNIARKĘ

Mówiąc wprost, z zachowania pielęgniarki lub położnej, jej tonu głosu, tego, czy i jak patrzy chory stara się wyczytać, jaki faktycznie jest jego stan i rokowania dotyczące wyzdrowienia. Każde drgnienie powiek, grymas ust, wzruszenie ramion odbiera jako wyraz stosunku pielęgniarki lub położnej do siebie. I, w zależności od tego jak je zinterpretuje, reaguje. Ulgą lub napięciem, zaufaniem lub wrogością. Przy czym jego reakcja wcale nie musi być zgodna z tym, co pielęgniarka lub położna stara mu się przekazać!

Nie uspokoi go np. zapewnienie, że jego stan się poprawia, jeśli wypowiedzianym słowom towarzyszyć będzie nerwowe spoglądanie na monitor stojącej obok łóżka maszyny, niecierpliwy ton głosu, „nieobecny” wyraz twarzy itp. Okazuje się, że zachowania, których często nie kontrolujemy, ba, w wielu sytuacjach nie jesteśmy w stanie tego robić, bo nie jesteśmy ich świadomi, są częściej ważniejsze niż to, co świadomie chcemy przekazać. Kluczem do dobrej, czyli nie zafatowanej, komunikacji niewerbalnej, jest dostrzeżenie jej istnienia i umiejętność modyfikowania swojego zachowania zgodnie z wymogami sytuacji. Dla pielęgniarki i położnej jest to niemal zawodowy obowiązek, bo liczne badania potwierdzają, że pacjenci darzący zaufaniem personel medyczny szybciej wracają do zdrowia, nawet jeśli ich rokowania były gorsze niż pacjentów, którzy na takie zaufanie się nie zdobyli.

### OD PIERWSZEGO SPOJRZENIA

Zanim pielęgniarka lub położna wypowie pierwsze słowo, pacjent na ogół już ma wyrobiony (i rzadko potem zmieniany) pogląd na to, jaki ma do niego stosunek i czy można

jej ufać, jako profesjonalistce. Także pielęgniarka lub położna, na takim samym, podświadomym poziomie wyrabia sobie opinię o tym, z jakiego typu pacjentem ma do

### CIAŁO MÓWI

**Postawa ciała przekazuje mnóstwo informacji i to na wielu poziomach. Z postawy ciała, jaką przyjmuje człowiek, można odczytać:**

- jaki jest jego stosunek do innych ludzi – czy ich lubi, czy tylko niektórych i kogo,
- jaka jest dominująca cecha jego osobowości – np. pewność siebie, otwartość, nieśmiałość,
- jaką zajmuje pozycję społeczną – pochodzenie, pozycję w hierarchii zawodowej (inną pozę przybiera się w kontakcie z kimś podległym, inną w rozmowie z przełożonym)
- aktualny stan emocjonalny – sylwetka zdradza, podobnie jak napięcie i barwa głosu, że ktoś odczuwa lęk, napięcie, albo że jest rozluźniony, czuje się bezpiecznie.

czynienia i mimo woli dostraja swoje postępowanie do sytuacji. Cały proces trwa nie dłużej niż kilka sekund (niektórzy twierdzą, że jeszcze krócej – tyle, ile trwa wymiana pierwszego spojrzenia).

Ponieważ relacja pacjent – pielęgniarka/położna ze swej natury jest zwykle krótkotrwała, bywa, że chwila ta decyduje o tym, jak się ona ułoży. Nie będzie bowiem zbyt wielu okazji, by zmienić swoje wzajemne nastawienie. Dlatego tak ważne jest, by ten pierwszy kontakt odbywał się w sy-

jak nieść pomoc medyczną.

Warto inwestować czas i uwagę w pierwszy kontakt z pacjentem, bo gdy na wstępie poczuje się życzliwie i podmiotowo potraktowany, to jest szansa, że gdy sytuacja zmusi go do poczekania lub poddania się zabiegowi wykonywanemu przez zbieganą, zmęczoną kolejną godziną wyczerpującego dyżuru pielęgniarkę, nie odbierze tego jako lekceważenia jego potrzeb.

## WYZWALANIE POZYTYWNYCH EMOCJI

Czasem, by uspokoić emocje po trudnym zabiegu, niemiłej rozmowie lub zwyczajnie przestawić się z jednego absorbującego zadania na kolejne, wystarczy wziąć kilka głębszych oddechów albo wykonać inne rozluźniające ćwiczenie. Jeśli to nie po-

jest rozpogodzona, a sylwetka świadczy o otwartości (wyprostowane ramiona, głowa trzymana prosto, ręce swobodnie ułożone wzdłuż tułowia). Jeśli przy tym pielęgniarka lub położna rozmawiając z nim, będzie utrzymywała kontakt wzrokowy, mówiła spokojnym, niezbyt wysokim głosem, stała w odległości, którą pacjent uzna za

odczuwamy. Tylko aktorzy i szpiedzy potrafią tego dokonywać, a i to nie w każdej sytuacji. Jeśli pielęgniarka lub położna zmusza się do bycia miłą, odczuwając przy tym frustrację (niekoniecznie związaną z tym pacjentem), on to wyczuje i natychmiast się usztyni. W takich sytuacjach lepiej powiedzieć „przepraszam, jestem zdenerwowana / dziś mam wyjątkowo kiepski dzień”, a prawdopodobnie pacjent okaże wyrozumiałość i może się zdarzyć, że to jego życzliwość zmniejszy napięcie pielęgnującej go osoby.

## REAKCJE, KTÓRE MOŻNA KONTROLOWAĆ

**Świadomość tego, jaką pozycję w danej sytuacji przybrało ciało, pozwala skorygować jej, np. zapanowanie nad gestami lub odruchami, które często są nawykowe. Doskonale widać to na przykładzie postawy podczas słuchania:**

- lekkie pochylenie tułowia w stronę rozmówcy i trzymanie wzroku na poziomie jego twarzy świadczy o zainteresowaniu; taką postawę przyjmuje się mimowolnie, gdy słyszy się coś naprawdę interesującego,
- odchylenie tułowia do tyłu, uniesienie podbródka do góry świadczy o dystansie i braku zgody, na to co się słyszy, połączone z ironicznym uśmiechem odbierane jest jako wyraz pogardy,
- utrzymywanie sztywnej, bardzo wyprostowanej postawy zdradza napięcie i brak zaufania do rozmówcy,
- zgarbiona sylwetka i pochylona głowa (tzw. pozycja ofiary) sygnalizuje brak pewności siebie, wycofanie, czasem połączone z brakiem zgody na to, co się słyszy.

**Wymowne są także gesty. Uważane za nawykowe, wcale takimi być nie muszą. A przy tym nie są tak jednoznaczne, jak zwykłoby się uważać:**

- częste zwilżanie ust językiem – to oznaka strachu (jeśli jest nerwowe, ukradkowe) lub silnego podniecenia (jeśli język jest wyraźnie widoczny), a nie tylko reakcja na odwodnienie,
- kręcenie młynka kciukami – może oznaczać silne zdenerwowanie, zniecierpliwienie, nudę lub... głęboki namysł przed podjęciem ważnej decyzji,
- nawijanie pasma włosów na palec – to gest towarzyszący głębokiemu namysłowi, nudzie lub zalotom. Interpretacja zależy od kontekstu, w jakim jest wykonywany, np. przy czytaniu książki będzie to dowód przeżywania czytanych treści, połączony z tępym zapażeniem przed siebie wyrazem nudy, a uzupełniony spojrzeniami z ukosa, zza lekko opuszczonych rzęs – jako sygnał gotowości na miłosną przygodę.

maga, można przywołać jakieś miłe wspomnienie (sytuację z życia lub ulubioną scenę filmową), co natychmiast wygładzi rysy twarzy i zdejmie napięcie z sylwetki. Nie ma przy tym znaczenia, że ta pogodna myśl nie ma związku z pacjentem, którym trzeba się w danej chwili zająć.

Ważne, że zobaczy osobę, której twarz

bezpieczną dla siebie, to nawet jeśli sam jest poddenerwowany, a być może nie miły, mimo woli przyjmie podobną postawę (jeśli leży na łóżku, po prostu rozluźni się, skieruje głowę lub wzrok na rozmówczynię), a jego zachowanie dostosuje się do niej.

Trzeba jednak pamiętać, że nie da się „zaprogramować” ciała na emocje, których nie

## CZYTANIE PACJENTA

Znajomość zasad komunikacji niewerbalnej pomaga nie tylko w pracy nad własną postawą, ale przede wszystkim pozwala lepiej rozumieć, co się dzieje z innymi ludźmi. W pracy pielęgniarki i położnej umiejętność wychwytywania nawet drobnych zmian w zachowaniu pacjenta to część zawodowych kwalifikacji. Zwykle jednak uwaga (co zrozumiałe) nastawiona jest na sygnały świadczące o zmianach biologicznych, świadczących o zmianach stanu zdrowia.

Tymczasem umiejętność odczytywania komunikatów niewerbalnych (a nie tylko nieświadome ich rejestrowanie), może okazać się równie przydatne, bo wiele mówi o osobowości pacjenta i jego aktualnym nastawieniu do procesu terapeutycznego. Warto więc być wrażliwą na nie także wtedy, gdy stan pacjenta jest stabilny.

Dzięki temu łatwiej można dokonać wyboru właściwej formy kontaktu, szybciej i celniej zareagować, gdy np. jego samopoczucie znacznie się obniży, zdystansować się do nie zawsze eleganckich zachowań. Ta wiedza przydaje się zwłaszcza w kontaktach z pacjentami, którzy nie są skorzy do mówienia, a także tymi, którzy wydają się reagować przesadnie na to, co ich spotyka. Warto przy tym pamiętać, że jeden pacjent poczuje się „zaopiekowany”, gdy pielęgniarka zachowa dystans, a wszystkie niezbędne czynności wykona szybko i sprawnie, znikając po tym jak duch, a chory leżący na łóżku obok odbierze je jako zimne i poczuje się potraktowany przedmiotowo, jako kolejny „przypadek”, a nie cierpiąca potrzebująca cieplejszego potraktowania osoba. Oczekuje bowiem od swojej „siostry” pogładzenia po głowie, uważnego spojrzenia w oczy i pokrzepiającego uśmiechu. Rzadko przy tym te swoje potrzeby komunikuje wprost. Bywa, że wręcz im zaprzecza, odwracając się np. plecami do wszystkich. Położenie dłoni na ramieniu takiego wycofanego pacjenta i poczekaniu na reakcję – czy mięśnie pod wpływem dotyku rozluźnią się, czy przeciwnie nastąpi ich jeszcze większe usztynienie – jest taką właśnie, niewerbalną informacją, czego w tej konkretnej chwili naprawdę potrzebuje: zainteresowania czy chwili spokoju. Zapytany wprost pewnie nie odpowie lub burknie coś pod nosem.





**mgr Ewa Stasiak  
radca prawny DOIPiP we Wrocławiu**

**Czy pielęgniarka/położna będąc na dyżurze może podać hospitalizowanemu pacjentowi produkt leczniczy bez zlecenia lekarskiego” wymieniony w załączniku nr 3 rozporządzenia MZ z dnia 28 lutego 2017r w sprawie i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z 2017 r, poz. 497).**

Wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej podlega regulacjom ustawowym. Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 1251 z późn. zm.), **wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:**

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

**Natomiast zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy o zawodach, wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:**

- 1) rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opie-

ki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;

- 2) kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- 3) prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- 4) przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- 5) podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobywania łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
- 6) sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;
- 7) badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
- 8) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- 9) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;
- 10) profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych;
- 11) rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza;
- 12) sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą;
- 13) prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie:
  - a) przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,
  - b) przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

Zawód pielęgniarki i położnej, jest samodzielnym zawodem medycznym (art. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej). Upoważnia to zatem pielęgniarkę i położną do samodzielnego wykonywania świadczeń zdrowotnych, lecz jednakże wyrażnie określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z 2017r, poz. 497).

**Przywołane rozporządzenie określa:**

- 1) rodzaj i zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które mogą być udzielane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę i położną;

2) wykaz produktów leczniczych oraz środków pomocniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;

3) rodzaje materiałów, które mogą być pobierane przez pielęgniarkę i położną do celów diagnostycznych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;

4) rodzaj i zakres medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez pielęgniarkę;

5) wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania przez pielęgniarkę i położną.

Zgodnie z § 2 rozporządzenia, pielęgniarka lub położna może udzielać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami nabytymi po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych, z uwzględnieniem zapisów § 3 (dotyczy pielęgniarki, która jest uprawniona do wykonania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych w zakresie określonym tym przepisem) i zapisów § 7 (dotyczy położnej, która jest uprawniona do wykonania samodzielnego świadczeń diagnostycznych, leczniczych wskazanych w przepisie).

Powyżej powołane przepisy sugerują, iż dla czynności wykonywanych samodzielnie przez pielęgniarkę lub położną nie ma znaczenia pierwszorzędne miejsce jej pracy. Zatem czynności samodzielne mogą wykonywać także pielęgniarki lub położne wykonujące zawód w podmiocie leczniczym.

§ 8 ust. 1 rozporządzenia zobowiązuje jednakże pielęgniarkę i położną wykonującą zawód w podmiocie leczniczym informować bez zbędnej zwłoki lekarza, pod opieką którego znajduje się pacjent, o samodzielnym wykonaniu u tego pacjenta, bez zlecenia lekarskiego, świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz o podanych produktach leczniczych i wykonanych badaniach. Przy czym zakres czynności, co wyżej wskazano, zawierają § 3 – czynności pielęgniarki i § 7 – czynności położnej. Nadto, pielęgniarka i położna wykonująca zawód w podmiocie leczniczym, może samodzielnie bez zlecenia lekarskiego stosować produkty lecznicze w zakresie wymienionym w załączniku nr 3 do rozporządzenia, który zawiera „wykaz produktów leczniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego”.

Jak wyżej podano, pielęgniarka lub położna, która wykonuje samodzielnie świadczenie określone w § 3 i § 7 albo poda produkt leczniczy lub wykona badania, zobowiązana jest do poinformowania bez zbędnej zwłoki lekarza, pod opieką którego znaj-

duje się pacjent. Przepis § 8 ust. 1 rozporządzenia wskazuje na obowiązek „poinformowania lekarza pod opieką którego znajduje się pacjent”, nie reguluje kwestii zapisu tej czynności.

Jednakże ani przepisy ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej ani rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń ..., ani też przepisy ustawy o działalności leczniczej nie regulują zagadnienia sposobu i formy „poinformowania lekarza”. Zdaniem opiniującej, na kierowniku podmiotu leczniczego, jako odpowiedzialnym za funkcjonowanie tego podmiotu, spoczywa obowiązek ustalenia stosownych pro-

cedur zawierających normy postępowania w określonych przypadkach, uwzględniając nadto odpowiednie stosowanie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015r, poz. 2069). Z obowiązku przypomnieć należy, iż wpis w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

#### Podsumowując:

**Mając powyższe na uwadze, zdaniem opiniującego odpowiedź na zadane w tytule pytanie, tj. „Czy pielęgniarka/położna będąc na dyżurze może podać hospitalizowanemu pacjentowi produkt leczniczy bez zlecenia lekarskiego” wymieniony w załączniku nr 3 rozporządzenia MZ z dnia 28 lutego 2017r w sprawie i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego” winna być twierdząca.**

Wrocław, dnia 27.09.2017r



**mgr Ewa Stasiak**  
radca prawny DOIPiP we Wrocławiu

## w sprawie uprawnień pielęgniarek do wydawania produktów leczniczych (leków) dla pacjentów objętych terapią w ramach programów lekowych prowadzonych w oddziale.

Celem pełniejszego zrozumienia problemu należy przede wszystkim odnieść się do zagadnień teoretycznych i prawnych związanych z funkcjonowaniem programów lekowych.

Program lekowy to program zdrowotny w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. 2015r, poz. 581 z późn. zm.) obejmujący technologię lekową, w której substancja czynna nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, który nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych w rozumieniu tej ustawy.

Definicję programu lekowego zawiera ją przepisy ustawy z dnia 12 maja 2011 r.

o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696 ze zm.).

Pacjenci, którzy zakwalifikowali się do programów lekowych są leczeni bezpłatnie. Decyzję o kwalifikacji podejmuje lekarz placówki posiadającej kontrakt w tym zakresie – w oparciu o szczegółowe kryteria włączenia do programu.

Programy lekowe mogą być realizowane w trzech trybach:

- trybie ambulatoryjnym;
- trybie jednodniowym;
- trybie hospitalizacji.

O tym, w jakim trybie będzie prowadzony program lekowy decyduje lekarz i zależy to od drogi podania leku, czasu podania oraz od ewentualnej konieczności obserwacji pacjenta po podaniu leku pod kątem możliwych następstw lub objawów ubocznych.

Tryb ambulatoryjny stosowany jest najczęściej w przypadku podania lub wydania leku pacjentowi do domu w postaci tabletek czy kapsułek. Tryb hospitalizacji odbywa się na oddziałach szpitalnych.

Bez względu na tryb hospitalizacji, w leki zaopatruje uprawnionych apteka szpitalna. Jej rolę i zadania w programach lekowych określa ustawa z dnia 6 września 2001 roku – Prawo farmaceutyczne z (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 2142, z późn. zm.).

Zgodnie z art. 106 ust. 3 ustawy apteka szpitalna może zaopatrywać w leki:

- podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne lub w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, na podstawie umowy, zawartej przez uprawnione do tego podmioty, pod warunkiem, że nie wpłynie to negatywnie na prowadzenie podstawowej działalności apteki;

- pacjentów włączonych do terapii w ramach programów lekowych, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, a także pacjen-

tów korzystających z chemioterapii w trybie ambulatoryjnym.

W przypadku leków podawanych w postaci iniekcji, rola apteki szpitalnej ogranicza się do zapewnienia ciągłości dostaw leków dla wybranych oddziałów lub poradni specjalistycznych obsługujących programy lekowe. W takim przypadku monitorowaniem świadczeń i przechowywaniem dokumentacji medycznej zajmuje się oddział lub wytypowana poradnia.

Leki z programów lekowych podawane doustnie mogą być odbierane przez pacjenta w aptece szpitalnej, a nie w poradni lub na oddziale. Wiąże się to z synchronizacją godzin wydawania leków z programów terapeutycznych i pracy poradni specjalistycznej oraz lokalizacji obu jednostek na terenie szpitala, bowiem to lekarz wystawia receptę, którą pacjent zrealizuje później w aptece.

Z powołanej ustawy prawo farmaceutyczne wynikają także obowiązki nałożone na aptekę szpitalną. Apteka w myśl ustawy musi być odpowiedzialna za przechowywanie części dokumentacji medycznej (oświadczenie o odbiorze leku) oraz ma obowiązek zgłaszania do działu monitorowania świadczeń potwierdzeń dotyczących odbioru leku tak, aby placówka mogła rozliczyć się z NFZ.

Z Funduszem należy rozliczać się co miesiąc, więc raportowanie odbioru leków musi być częste. Świadczenie dla szpitala będzie zrefundowane, jeżeli spełnione będą określone warunki zawarte w umowie z NFZ. Jednym z warunków jest otrzymanie leku przez pacjenta w dniu wizyty. Jeżeli z jakiś przyczyn pacjent w dniu wizyty nie otrzyma leku, takiej wizyty nie można zaraportować i jednocześnie uzyskać rozliczenia poniesionych kosztów przez szpital.

**Podsumowując, należy stwierdzić, że pielęgniarki nie są uprawnione do wydawania produktów leczniczych pacjentom objętych terapią w ramach programów lekowych.**



*„Najlepsze życzenia, to marzeń spełnienia.*

*Bo cóż piękniejszego, niż właśnie marzenia...?  
Wiek emerytalny po to jest nam dany,  
By realizować... niespełnione plany.  
Więc nie ma co patrzeć na swą kartę zdrowia,  
Tylko tykać życie i się delektować.  
Brać wszystko co jeszcze do wzięcia zostało  
Póki posłuszeństwa nie odmówi ciało.”*

*Serdeczne podziękowanie dla naszej koleżanki*

**Krysi Dzygały**

*z okazji przejścia na zastępną emeryturę  
życzą koleżanki z oddziału chirurgicznego  
Szpitala Powiatowego im. A. Wolańczyka w Złotoryi*

Oława, 26.10.2017.

**Pani Annie Bień, Pani Halinie Greczyło  
oraz Pani Annie Marmulewicz**

*w związku z przejściem na emeryturę  
pragniemy podziękować za wieloletnią pracę,  
osobiste zaangażowanie i życzliwość.  
Życzymy zdrowia, samych radosnych dni  
oraz pomyślności na długie lata.*

*Pielęgniarka Naczelna  
Pielęgniarki i Położne Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oławie*

*Wiek emerytalny po to jest nam dany  
By realizować niespełnione plany.  
Więc nie ma co patrzeć na swą kartę zdrowia  
Tylko tykać życie i się delektować.*

**PODZIĘKOWANIE**

**Pani Halinie Proszowskiej**  
*Pielęgniarce Oddziałowej Oddziału Chirurgicznego*

*W związku z przejściem na emeryturę  
serdeczne podziękowania za wieloletnią współpracę  
pełną osobistego zaangażowania, za mądrość i rozagę ,  
za służenie radą i doświadczeniem.  
Wraz z życzeniami zdrowia oraz wszelkiej pomyślności  
w dalszym życiu  
podziękowanie składają*

*Pielęgniarki Oddziału Chirurgicznego  
Szpitala Powiatowego w Złotoryi*

*„Nie zgaśnie  
tej przyjaźni blask  
Co połączyła nas,  
Nie pozwolimy, by ją stał  
Nieubłagalny czas..”*

**PODZIĘKOWANIE**

**Pani**  
**Danucie Mroczek - Zarembie**  
*Pielęgniarce  
Oddziału Chirurgicznego  
w Złotoryi*

*W związku z przejściem  
na emeryturę  
serdeczne podziękowania  
za lata wspólnej pracy,  
zaangażowanie,  
życzliwość, cierpliwość  
i wyrozumiałość,  
za czas i serce  
poświęcone chorem .  
Wraz z życzeniami zdrowia,  
pogody ducha i wszelkiej  
pomyślności w dalszym życiu  
składają*

*koleżanki z oddziału.*



# ZAPOMOGA SOCJALNA DLA EMERYTÓW I RENCISTÓW

DOIPiP we Wrocławiu uprzejmie informuje, że osoby odchodzące na emeryturę, rentę lub świadczenie przedemerytalne mogą ubiegać się o jednorazową bezzwrotną zapomogę socjalną w wysokości 500,00 zł.

Zgodnie z regulaminem przyznawania zapomóg członkowie DOIPiP we Wrocławiu ubiegający się o zapomogę socjalną muszą złożyć:

- wypełniony oryginalny druk wniosku
- dołączyć kserokopię decyzji ZUS-u (zaświadczenie o przysługującym świadczeniu: emerytura, renta, świadczenie przedemerytalne)
- wypełniony załącznik nr 6 (zaświadczenie o odprowadzaniu składki na rzecz DOIPiP we Wrocławiu co najmniej przez 2 lata przed uzyskaniem świadczenia czyli emerytury, renty, świadczenia przedemerytalnego)

- wypełniony załącznik nr 4 (informacja podatkowa)
- wypełniony załącznik nr 3 (podanie o dokonanie przelewu)

Dokumenty należy pobrać z zakładki:  
**POMOC FINANSOWA/ZAPOMOGA SOCJALNA/WNIOSEK**

Wnioski rozpatrywane są w trzeci wtorek każdego miesiąca.

**UWAGA!**

Wniosek należy złożyć w ciągu 12 miesięcy od daty otrzymania decyzji z ZUS (data na dokumencie z ZUS)

**DORPiP we Wrocławiu**

Niech czas zabierze Ci z serca ból i żal,  
a pozostawi miłość, która nie przemija

Naszej Koleżance

**Iwone Klejewskej**

wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy  
z powodu śmierci  
MĘŻA

składa Pielęgniarka Naczelna, Pielęgniarka Koordynująca  
wraz z Zespołem Pielęgniarskim Przychodni Specjalistycznej  
oraz Pielęgniarki i Położne MCM w Miliczu.

Z głębokim żalem i bólem pożegnaliśmy  
naszą Koleżankę  
położną

**Mariolę Koczergę**

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci.

Pracownicy  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
w Legnicy.

Pani

**Wioletcie Winowskiej**

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci  
MAMY

składają Zarząd oraz koleżanki i koledzy  
Ośrodka Okulistyki Klinicznej Spektrum we Wrocławiu

# Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

## DZIAŁ KSZTAŁCENIA

Szanowni Państwo,

### PRZYPOMINAMY

Z dniem 1 maja wszedł w życie **System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych**, w związku z tym wnioski na kursy i specjalizacje można składać wyłącznie za pośrednictwem SMK, tylko w wersji elektronicznej.

Służymy pomocą w zakładaniu profilu zaufanego oraz konta użytkownika w systemie SMK wszystkim osobom, które zgłoszą się do nas z problemem.

### UWAGA !

Terminy zaplanowanych kursów na II półrocze 2017 r. ulegają zmianie (aktualne daty w SMK)

**Poniżej podajemy kursy zaplanowane na listopad 2017 r., na które są BEZPŁATNE miejsca:**

#### Kursy specjalistyczne we Wrocławiu

Resuscytacja oddechowo – krążeniowa noworodka

Resuscytacja krążeniowo – oddechowa

Wykonanie i interpretacja zapisu EKG

Opieka nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów

#### Kursy kwalifikacyjne we Wrocławiu

Pielęgniarstwo opieki długoterminowej

Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek

### ZAPRASZAMY

Nowa edycja kursu podstawowego „**Angielski w pracy zawodowej pielęgniarki i położnej**” rozpocznie się w Listopadzie 2017 r. Zgłoszenia ( składane w wersji papierowej) dostępne są na stronie internetowej DOIPiP oraz w Dziale Kształcenia.

Liczba miejsc ograniczona.

Czas trwania 9 miesięcy – 1 raz w tygodniu.

Cena – 1485,00 zł ( płatność jednorazowa lub ratałna).

Każdy uczestnik otrzymuje podręcznik.

### Szczegółowych informacji udzielają pracownicy Działu Kształcenia:

WROCŁAW: tel.: 71/333 57 08; 71/333 57 12 e mail: [dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl](mailto:dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl)

LUBIN: tel.: 76/746 42 03 e mail: [dk.lubin@doipip.wroc.pl](mailto:dk.lubin@doipip.wroc.pl)

*Krystyna Łukowicz Domagalska  
Kierownik Działu Kształcenia*