

O NAS DLA NAS

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁYMSTOKU

W tym wydaniu:

InspirujeMY

- Położnicza perspektywa na Mistrzostwach Ratownictwa 2025 – położne i ratownicy razem dla bezpieczeństwa rodzących

Praktyka zawodowa

- Pielęgniarka, położna na stanowisku kierowniczym. Prewencja wykroczeń zawodowych

- Pacjent niesłyszący a system ochrony zdrowia, czyli o trudnościach, jakie napotykają pacjenci

- Pierwsza pomoc

Samorząd to MY

- Najistotniejsze aktywności ORPiP w Białymstoku
- Spotkanie z Janiną Binkowską, Przewodniczącą ORPiP w Białymstoku I i II kadencji

Na naszej okładce
dr n. med. Rafał Milewski, Zakład
Zintegrowanej Opieki Medycznej
UMB, Wojewódzka Stacja Pogotowia
Ratunkowego w Białymstoku



O NAS DLA NAS

**Informator Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych w Białymstoku**

Wydawca

OIPiP w Białymstoku
ul. Marii Curie-Skłodowskiej 12/19
15-097 Białystok
e-mail: izba@oipip.bialystok.pl
tel. kom. 510 835 623
tel. 85 747 00 16

Zespół redakcyjno-promocyjny

dr n. med. Beata Janina Olejnik,
redaktor naczelna

mgr pielęgniarstwa Dorota Rodziewicz,
sekretarz redakcji

dr n. med. Anna Baranowska

redaktor prowadząca

mgr pielęgniarstwa Katarzyna Marta Malibo

mgr pielęgniarstwa Elżbieta Wasilko

mgr pielęgniarstwa Elżbieta Waluk

dr n. med. Anna Sienkiewicz

mgr pielęgniarstwa Magdalena Dąbrowska

Social Media Manager

mgr pielęgniarstwa Katarzyna

Dzięwiątkowska-Wigda

Social Media

lic. pielęgniarstwa Weronika Puchalska

Social Media

Opracowanie graficzne i skład

emildruk.pl

**Informator ukazuje się wyłącznie w formie
elektronicznej – do pobrania ze strony
internetowej www.oipip.bialystok.pl**

Zapraszamy do grona autorów

- Artykuł powinien być podpisany imieniem i nazwiskiem autora, prosimy o podanie tytułu naukowego i miejsca pracy i danych do kontaktu, np. numer telefonu, adres e-mail.
- Objętość artykułu nie powinna przekraczać 8 tysięcy znaków ze spacjami.
- Fotografie, ryciny, tabele prosimy przesłać w osobnym pliku.
- Artykuł prosimy zapisać w programie Word for Windows i przesłać na adres redakcja@oipip.bialystok.pl
- Artykuł nie powinien być wcześniej publikowany.
- Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych, a także zastrzega sobie prawo do redagowania i skracania nadesłanych artykułów i listów.

**Wykorzystywanie części i całości tekstów bez
pisemnego zezwolenia jest zabronione.**

**Wydawca nie ponosi odpowiedzialności
za treści ogłoszeń i konsekwencje opinii
wyrażonych przez autorów.**

Spis treści

Samorząd to MY. OIPiP w Białymstoku

- 5** Kartki z Kalendarza. Najistotniejsze aktywności ORPiP
- 6** Życie z pielęgniarstwem związane... cz. 2. Spotkania z Janiną Binkowską

Praktyka zawodowa

- 9** Pielęgniarka, położna na stanowisku kierowniczym. Prewencja wykroczeń zawodowych
- 10** Pacjent niesłyszący a system ochrony zdrowia
- 13** Pierwsza pomoc

InspirujeMY

- 15** Położnicza perspektywa na Mistrzostwach Ratownictwa 2025 – położne i ratownicy razem dla bezpieczeństwa rodzących

Gratulacje i podziękowania

- 18** Podziękowania dla położnej



Beata Janina Olejnik

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Koleżanki i Koledzy,

To już nasze 24. spotkanie w O NAS DLA NAS. Cieszę się, że jesteście z nami, bo to oznacza, że znajdujecie w biuletynie interesujące treści. Staramy się proponować Wam nie tylko relacje z wydarzeń istotnych z perspektywy członków naszego samorządu, ale także artykuły, które będą służyć aktualizacji i pogłębieniu wiedzy. W tym numerze przypominamy m.in. o tym, że w drugą sobotę września obchodzimy Międzynarodowy Dzień Udzielania Pierwszej Pomocy. To dobra okazja, by wskazać, jaki realny wpływ na przeżywalność ma szybka reakcja świadka, ale także zaprezentować statystyki dotyczące naszego regionu. Wiedziałam, że osoby niezwiązane zawodowo z medycyną mają opory, by wykorzystać w kryzysowym momencie AED, mimo to dane mnie zaskoczyły. Czy wiecie, że obecnie na terenie Białegostoku znajduje się 19 urządzeń AED tzw. miejskich, czyli zlokalizowanych na zewnątrz budynków, i kilkadziesiąt wewnątrz sklepów, zakładów pracy, w prywatnych przedsiębiorstwach i państwowych instytucjach, a ich użycie jest sporadyczne? Od momentu zainstalowania tych urządzeń (2017 r.) do dzisiaj miejskie AED zostały użyte tylko dwukrotnie! Co proponuje w tej sytuacji

autor artykułu „Pierwsza pomoc”? Coś, co wydaje się logiczne – upowszechnienie map lokalizacji AED, ich lepsze oznakowanie oraz promowanie „odwagi do naciśnięcia przycisku”. To rzeczywiście może się okazać kluczowe, dla skrócenia czasu do pierwszej defibrylacji.

W tym kontekście warto wspomnieć również o wydarzeniu, które miało miejsce w naszym mieście na początku września – Białystok stał się wówczas stolicą ratownictwa medycznego. W XXII Międzynarodowych Mistrzostwach Polski w Ratownictwie Medycznym wzięło udział około 50 zespołów ratowniczych z kraju i zagranicy, które przez trzy dni rywalizowały w scenariuszach symulujących realne zdarzenia medyczne. Jedną z bardziej poruszających i nietypowych konkurencji była symulacja porodu w nocy. Taki scenariusz opracowały dla grupy ratowników motocyklowych położne. Poza przyjęciem porodu zawodnicy musieli zdiagnozować atonię macicy i opanować zagrażający życiu krwotok, czyli sytuację wymagającą szybkich, skoordynowanych działań. Położne oceniały wykonanie czynności z wielu perspektyw: zapewnienia bezpieczeństwa pacjentki i noworodka, tempa i profesjonalizmu wykonywanych procedur oraz umiejętności komunikacji

z rodzącą. Mimo presji czasu i nocnego charakteru konkurencji, wszyscy uczestnicy sprostali zadaniu. Gratulujemy!

W tym numerze znajdziecie jeszcze jeden artykuł, który gorąco polecam Waszej uwadze – to „Pacjent niesłyszący a system ochrony zdrowia, czyli o trudnościach, które napotykają osoby głuche”. Czy wiecie, że pierwszym i najważniejszym językiem, którym posługują się w Polsce jest Polski Język Migowy? A co istotne, nie jest to odpowiednik fonicznego języka polskiego w formie miganej, lecz niezależny, pełnoprawny język, który ma odmienne zasady gramatyczne i leksykalne. Oznacza to, że język polski jest dla większości Głuchych językiem... obcym! Jeśli kiedykolwiek zdarzyło Ci się podjąć próbę komunikacji z takim pacjentem w formie pisanej, sprawdź, jak nikłe szanse miała ona na bycie skuteczną.

Na koniec zostawiłam wiadomość, która dotarła do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku w ostatnich dniach – to podziękowania dla położnej przesłane przez wdzięczną pacjentkę. Oby więcej takich powodów do dumy i radości. Każdej pielęgniarce i położnej życzę tego, by podopieczni doceniali ich trud, zaangażowanie. Czy coś bardziej może motywować w codziennej pracy?

BIURO Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

ul. M. Curie-Skłodowskiej 12/19, klatka II, 15-097 Białystok



PRZEWODNICZĄCA

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Beata Janina Olejnik

tel. kom. 505 854 995

e-mail: b.olejnik@oipip.bialystok.pl

SEKRETARZ

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Dorota Rodziewicz

tel. kom. 500 017 005

e-mail: d.rodziewicz@oipip.bialystok.pl

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Agata Panas

tel. kom. 696 674 190

e-mail: oroz@oipip.bialystok.pl

OROZ pełni dyżur w OIPIP w Białymstoku:

w 2 i 4 środę miesiąca

w godzinach: 15:00 – 17:00

SKARBNIK

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Elżbieta Waluk

e-mail: e.waluk@oipip.bialystok.pl

SEKRETARIAT BIURA

Alina Klimczuk

tel. kom. 510 835 623

tel. 85 747 00 16 wew. 32

tel. 85 744 11 09

e-mail: izba@oipip.bialystok.pl

REJESTR PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Uznawanie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych

Ośrodek Informacyjno-Edukacyjny

Biuletyn Informacji Publicznej System IMI

(Internal Market Information System)

Katarzyna Rymarczyk

tel. kom. 780 598 527

tel. 85 747 00 16 wew. 33

e-mail: k.rymarczyk@oipip.bialystok.pl

Godziny pracy biura

poniedziałek	7:30 – 15:30
wtorek	7:30 – 15:30
środa	10:00 – 18:00
czwartek	7:30 – 15:30
piątek	7:30 – 15:30

DZIAŁALNOŚĆ MERYTORYCZNA

Rejestr podmiotów wykonujących

działalność leczniczą

Rejestr podmiotów prowadzących

kształcenie podyplomowe

Przeszkolenia po ponad 5-letniej przerwie w wykonywaniu zawodu

Biblioteka

Istnieje możliwość zamówienia książek

telefonicznie i odbiór w godzinach pracy

biura OIPIP

IBUK Libra

Obsługa SMK System Monitorowania

Kształcenia Pracowników Medycznych

Dorota Rojsza

tel. kom. 690 537 891

tel. 85 747 00 16 wew. 34

e-mail: d.rojsza@oipip.bialystok.pl

każdy pierwszy wtorek miesiąca

praca w terenie (kontrole)

KSIĘGOWOŚĆ

Biuro Rachunkowe Anna Zubrycka

ul. Józefa Marjańskiego 3/204,

15-004 Białystok

tel. 85 676 52 59

KASA

Alina Packiewicz

tel. kom. 786 972 094

tel. 85 747 00 16 wew. 36

RADCA PRAWNY

Dariusz Prokopowicz

tel. kom. 510 835 668

Udziela członkom OIPIP w Białymstoku

porad prawnych, dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej:

w każdy poniedziałek w godz. 12-15 – osobiście

w siedzibie OIPIP (po uprzednim uzgodnieniu

z sekretariatem tel. 85 747 00 16 wew. 32)

od wtorku do piątku w godz. 9-15

INSPEKTOR DANYCH OSOBOWYCH

tel. kom. 510 835 668

e-mail: ido@oipip.bialystok.pl

Numer konta:

PKO Bank Polski S.A. I O/Białystok

21 1020 1332 0000 1702 0026 1180

Kartki z kalendarza

Najistotniejsze aktywności ORPiP w Białymstoku.

Autor tekstu: mgr pielęgniarstwa Dorota Rodziewicz, sekretarz ORPiP w Białymstoku

Sierpień 2025

04.08.2025

Posiedzenie Komisji ds. Pomocy Socjalnej w OIPiP w Białymstoku. Przyznano zapomogi:

- z powodu trudnych sytuacji losowych 19 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku,
- w ramach funduszu emerytalnego 100 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku,
- w ramach funduszu samopomocowego 1 członkowi samorządu OIPiP w Białymstoku.

05.08.2025

Posiedzenie Komisji ds. Dofinansowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego. Przyznano dofinansowanie:

- kosztu udziału w studiach II stopnia i I stopnia (pomostowe) kierunku pielęgniarstwo i położnictwo 14 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku,
- kosztu udziału w szkoleniu specjalizacyjnym 3 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku,
- kosztu udziału w kursie kwalifikacyjnym 1 członkowi samorządu OIPiP w Białymstoku,
- kosztu udziału w innych formach kształcenia 2 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku.

06.08.2025

Zaliczenie przeszkolenia pielęgniarzowi po przerwie w wykonywaniu zawodu przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat – komisji przewodniczyła Dorota Rojsza, członkowie komisji: Agata Panas, Irena Pawlenko.

06.08.2025

Zaliczenie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat – przewodnicząca komisji Dorota Rojsza, członkowie: Dominika Szafran, Aneta Łapińska.

13.08.2025

Spotkanie Zespołu Redakcyjno-Promocyjnego w OIPiP w Białymstoku.

19.08.2025

Posiedzenie Prezydium NRPiP w Warszawie. W spotkaniu uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Beata Janina Olejnik.

21.08.2025

Spotkanie Zespołu Redakcyjno-Promocyjnego w OIPiP w Białymstoku.

25.08.2025

Posiedzenie Komitetu Organizacyjnego obchodów 35-lecia samorządu pielęgniarek i położnych NPiP w Warszawie z udziałem przewodniczącej ORPiP w Białymstoku Beaty Janiny Olejnik.

30.08.2025

Egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Podstawy opieki paliatywnej dla pielęgniarek”, który został zorganizowany przez OIPiP w Białymstoku w Ośrodku Hospicyjno-Opiekuńczo-Edukacyjnym w Makówce.



W spotkaniach Zespołu Redakcyjno-Promocyjnego udział biorą:
 dr n. med. Beata Janina Olejnik, *redaktor naczelna*, mgr pielęgniarstwa Dorota Rodziewicz, *sekretarz redakcji*,
 dr n. med. Anna Baranowska, *redaktor prowadząca*, mgr pielęgniarstwa Katarzyna Marta Malibo,
 mgr pielęgniarstwa Elżbieta Wasilko, mgr pielęgniarstwa Elżbieta Waluk, dr n. med. Anna Sienkiewicz,
 mgr pielęgniarstwa Katarzyna Dziewiątkowska-Wigda, lic. pielęgniarstwa Weronika Puchalska *Social Media*

Życie z pielęgniarstwem związane... CZ. 2

Zapraszamy na kolejne spotkanie z Janiną Binkowską, Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku I i II kadencji, Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej III kadencji, Przewodniczącą Okręgowej Komisji Rewizyjnej IV kadencji, wieloletnią nauczycielką pielęgniarstwa i naczelną pielęgniarką. Pierwszy tekst tego cyklu znajdziecie w nr 4 O NAS DLA NAS.

Rozmawiała: mgr pielęgniarstwa Katarzyna Malibo

Po dłuższej przerwie spotykamy się ponownie, aby kontynuować opowieść o najdłuższym okresie Pani życia, który stanowiła praca zawodowa...

Pierwszą pracą po studiach pielęgniarskich było zatrudnienie w szpitalu psychiatrycznym dla dorosłych na etacie młodszego asystenta w województwie wrocławskim. Ja jednak jestem z białostockizny i życie złączyłam znowu z Białymstokiem. Pięć lat pracowałam w Zespole Szkół Medycznych, ucząc pielęgniarstwa, po czym związałam się z onkologią na stanowisku naczelną pielęgniarki.

Był wrzesień 1980 r., rodziła się „Solidarność”, naród budził się do „nowego”, a kryzys gospodarczy i polityczny narastał. 13 grudnia 1981 r. wprowadzono stan wojenny. Było jeszcze gorzej – godzina policyjna, gdy podnosiło się słuchawkę telefonu, pojawiał się komunikat „rozmowa kontrolowana”, była cenzura korespondencji, utrudnienia w przemieszczaniu się, przepustki, reglamentacja podstawowych artykułów, kartki upoważniające do kupienia żywności, obuwia (1 para butów na osobę na rok) itd. W szpitalu brakowało praktycznie wszystkiego. Otrzymywaliśmy różne tzw. „dary” zbierane za granicą najczęściej przez Polonię i ludzi dobrej woli. Panował swoisty terror, ale jednocześnie było dużo zwykłej życzliwości wśród ludzi. Każdy zakład opieki zdrowotnej miał swojego komisarza wojskowego. Stopniowo następowało łagodzenie zarządzeń stanu wojennego, zwolniono uwięzionych, strona rządowa i solidarnościowa doprowadziły do Obrad Okrągłego Stołu i częściowo wolnych wyborów parlamentarnych w 1989 r. To podczas Okrągłego Stołu uzgodniono między innymi utworzenie naszego samorządu, a rząd zobowiązano do pomocy pielęgniarkom i położnym.

Jak przebiegały te lata w Pani pracy?

Cóż, trzeba było zmagać się z trudnościami nie tylko materialnymi, ale także brakami kadrowymi. Na onkologii mieliśmy 183 łóżka szpitalne, izbę przyjęć, blok operacyjny, przychodnię i 60–70 pielęgniarek oraz salowe często o „skomplikowanych” osobowościach.

Zakłady opieki zdrowotnej były i są reorganizowane. Onkologię połączono ze szpitalem położniczo-ginekologicznym przy ul. Warszawskiej 15, tworząc Specjalistyczny ZOZ im. M. Skłodowskiej-Curie i zostałam naczelną pielęgniarką w nowej jednostce organizacyjnej.

Nowe zadania Panią czekały...

Tak i tu bardzo przydały się wykłady, ćwiczenia i roczna praktyka ze studiów z zakresu położnictwa i ginekologii. Spotkałam wspaniałe Koleżanki położne, dumne z pracy przy Warszawskiej, gdzie odbywało się wówczas ok. 5 tys. porodów rocznie. Po 2 latach pracy w nowym zakładzie – w grudniu 1986 roku – wyjechałam na 3 i pół roku do Libii. W Zliten, w ramach kontraktu zbiorowego między Polską a Libią, był Polski Zespół Medyczny obsadzający szpital i przychodnię. Pracowałam jako przełożona pielęgniarek i położnych w większości polskich (120 do 140), ale były też Pakistanki, Hinduski, Filipinki, Jugosłowianki i oczywiście Libijki. Kiedy kontrakt między Libią a Polską dobiegł końca, stopniowo naszą kadrę zamieniały Egipcjanki i Syryjki. To był bardzo interesujący czas.

Wróciła Pani do kraju odmienionego po 1989 roku.

Etat naczelną pielęgniarki w Specjalistycznym ZOZ im. M. Skłodowskiej-Curie znowu był wolny, więc przystąpiłam do konkursu ofert i zostałam przyjęta do dawnej pracy. Ucieszyłam

się, bo w ludziach było więcej entuzjazmu i nadziei mimo trudności.

Był czas tworzenia się samorządów.

Jak już nadmieniałam, klimat sprzyjający tworzeniu się samorządów pojawił się w 1989 r. podczas obrad Okrągłego Stołu, chociaż idea zmian w zawodach pielęgniarki i położnej podejmowana była od czasu tworzenia się „Solidarności” w 1980 r. w Gdańsku. Protokół Podzespołu ds. Zdrowia Okrągłego Stołu z marca 1989 r. zobowiązał władze PRL do utworzenia samorządu pielęgniarek i położnych.

W Gdańsku powstała grupa robocza, która była załącznikiem przyszłego Ogólnopolskiego Komitetu Organizacyjnego Izby Pielęgniarek i Położnych. W pracach Komitetu uczestniczyło po trzech przedstawicieli pielęgniarek i położnych z 47 województw. Województwo białostockie reprezentowane było przez Danutę Sienczyło – pielęgniarkę, Jerzego Lipskiego – pielęgniarszą i Grażynę Iwanowicz – położną.

Opracowane zostały dwa projekty ustaw – pierwszy przez Urszulę Krzyżanowską-Łagowską, pielęgniarkę, prawnika, stypendystkę Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. Stypendium umożliwiło jej poznanie organizacji samorządowych w krajach skandynawskich, Wielkiej Brytanii, USA i Kanadzie. Opracowano projekt pod patronatem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego pod nazwą „Projekt ustawy o Izbach Pielęgniarskich” i został on skierowany do Sejmu w lutym 1990 r. jako projekt poselski pilotowany przez posłankę Krystynę Ejsmont z upoważnienia Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Drugi projekt, tzw. Rządowy i firmowany przez Krystynę Sienkiewicz, opracowany został przez Ogólnopolski

Komitet Organizacyjny Izby Pielęgniarek i Położnych i wpłynął do Sejmu w lipcu 1990 r. Oba projekty były żywo dyskutowane w środowisku pielęgniarek i położnych całego kraju.

Prace parlament zakończył Ustawą o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 19 kwietnia 1991 r. opublikowaną w Dz. U. nr 41, poz. 178, która została podpisana przez Prezydenta Lecha Wałęsę w dniu 14 maja 1991 r. Ustawa rozpoczęła nową erę w naszych zawodach. Parlament obdarzył pielęgniarki i położne ogromnym zaufaniem i odpowiedzialnością. Był to wówczas trzeci samorząd zawodowy w służbie zdrowia i jedyny zrzeszający osoby głównie ze średnim wykształceniem medycznym.

Całe dziesięciolecie minęło. Jakie prze-myslenia im towarzyszą?

Miniony czas był pełen różnych zdarzeń. Zmieniały się formy kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych. Mamy wiele pielęgniarek z wyższym wykształceniem i stopniami naukowymi, wiele publikacji. Pielęgniarki i położne należą do różnych związków zawodowych. Przypuszczam, że najliczniej zrzeszone są pielęgniarki i położne w związku zawodowym pielęgniarek i położnych. Powstały liczne zawodowe towarzystwa specjalistyczne, utworzone przy wsparciu samorządu, w tym Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych obchodzące w 2026 roku trzydziestelecie. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie z bardzo długą historią i członkostwem w Międzynarodowej Radzie Pielęgniarek od okresu międzywojennego jest naszą wizytówką.

Na początku tworzenia się samorządu nie było zaplecza lokalowego, pracowników, finansów, struktury organizacyjnych. Jedynym kapitałem była niebywała chęć zmian w polskim pielęgniarstwie.

W minionych latach opracowano wiele aktów prawnych, w tym ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej, standardy zawodowe, rozwinięto współpracę z zagranicą, prowadzone jest kształcenie podyplomowe. Pielęgniarki i położne prowadzą własną działalność gospodarczą. Mają własne określone miejsce w systemie opieki zdrowotnej. Nie noszą czepków, rzadko słyszą kierowany do nich zwrot „siostró”.

Czy te zmiany dają naszym podopiecznym poczucie wysokiej jakości świadczeń pielęgniarstwa? Patrząc z dystansu na profesjonalistów i zadowolenie podopiecznych sądzę, że i „tak” i „nie”.

Oprócz inwestowania w wiedzę i technologię należy kształtować wrażli-

wość na drugiego człowieka. Sztuką jest zindywidualizować opiekę zachowując standardy i procedury. Sztuką jest pielęgniarstwo.

Nie wyobrażam sobie obecnego czasu bez samorządu, aby o sprawach naszych zawodów – ich rozwoju, kształceniu, zasadach etyki itp. miałyby wyłącznie decydować inne grupy zawodowe.

Wiele lat była Pani związana z samorządem, mimo stale wykonywanej pracy zawodowej – głównie w opiece onkologicznej. Jak przebiegało łączenie zadań w izbie z pracą naczelniej pielęgniarki?

Przez pierwsze dwie kadencje byłam przewodniczącą ORPiP, ale organy samorządu to nie jednoosobowa orkiestra. To zespoły ludzi i trzeba rozkładać zadania, delegować, ufać im, komunikować i informować cały zespół „muzyków” o planach, sukcesach, porażkach. Zawsze miałam szczęście do spotykania osób wspaniałych, otwartych na zadania, działających dla dobra spraw, dyskutujących o problemach, wspólnie je rozwiązujących. Staralam się być liderem, a nie autorytarnym zarządcą firmy. Był i jest wspaniały zespół pracowników biura, ceniony do dzisiaj za wysokie kwalifikacje merytoryczne i osobowościowe.

W trzeciej kadencji samorządu pełniłam funkcję Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych. Zespół Rzecznika opierał swoje postępowania wyjaśniające na mediacjach, w ostateczności kierując sprawy do Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych. W czwartej kadencji wiązała mnie z Izłą Okręgowa Komisja Rewizyjna. Tak upłynęło 16 lat. Teraz nadal z przyjemnością patrzę na dojrzałość Koleżanek i Kolegów w dynamicznie rozwijającej się rzeczywistości.

Jednocześnie pracowałam zawodowo. Nastąpiło rozdzielenie onkologii i położnictwa z ginekologią, które włączono do Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. J. Śniadeckiego w latach 90. XX wieku., a po kilku latach zupełnie opuściło ono ul. Warszawską, na której było od XIX wieku.

Opieka onkologiczna w Białymstoku rozpoczęła się w 1953 roku od poradni onkologicznej dla kobiet w nieistniejącym baraku (obecnie parking podziemny przy ul. Warszawskiej 15) i wydzieleniu kilku łóżek pacjentkom onkologicznym w szpitalu ginekologicznym (obecnie budynek Muzeum im. L. Zamenhofa). Dziś Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie musi rozwijać infrastrukturę oraz kadrę, by zabezpieczyć potrzeby ludności w zakresie onkologii. Dynamika rozwoju nie ominęła

pielęgniarek. Wyraźnie wzrosła liczba zatrudnionych i kwalifikacje pielęgniarek. Organizowaliśmy kursy specjalistyczne (leczenie bólu, podstawy opieki paliatywnej), kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa onkologicznego, specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego (2 edycje). Byliśmy z Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej pierwszymi organizatorami specjalizacji onkologicznej w kraju. Pielęgniarki onkologiczne wymieniały swoje doświadczenia na corocznych konferencjach krajowych i międzynarodowych organizowanych przez Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych, które należy do Europejskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych (EONS). W zespole pielęgniarstwie rosła liczba osób kończących studia, rosła świadomość miejsca i zadań zawodowych. Praca trudna, wymagająca wiedzy, umiejętności i empatii, bo i choroby onkologiczne nie są łatwe. Albo pielęgniarki zostawały w onkologii na wiele, wiele lat albo dość szybko odchodziły. Ja zakończyłam pracę w czerwcu 2008 roku.

Ogromnym sentymentem i szacunkiem darzę zespół ludzi, kobiety – pielęgniarki, położne, salowe, z którymi dane mi było pracować.

Wiemy, że bywała Pani zawodowo w różnych krajach.

Po raz pierwszy w praktyce zetknęłam się z pielęgniarstwem poza Polską w 1983 roku, pracując w domu opieki Sue Ryder dla weteranów wojennych, przewlekłe, nieuleczalnie chorych w Caven-dish – Anglia, potem była Libia, udział w wielu wyjazdach zagranicznych, konferencjach, udział w Programie Tempus z 6 tygodniowym stażem w placówkach opieki zdrowotnej i kształcenia w Holandii i 4 tygodnie w Londynie.

Doświadczeń było dużo, ale jedno jest pewne – możemy być dumni z naszego pielęgniarstwa.

Który z wyjazdów najbardziej tkwi w Pani pamięci?

Wyjazd do Bośni, Hercegowiny i Republiki Serbskiej w 2000 roku (kilka lat po zakończeniu wojny) do stacji Międzynarodowego Czerwonego Krzyża w Sarajewie, ale to temat na wspominkową wieczornicę.

Jak wspomina Pani po latach czas pierwszych studiów w Lublinie?

Piękny i skomplikowany czas. Wspaniali ludzie, przyjaźnie odnawiane na wielu spotkaniach z okazji różnych naszych rocznic – kolejne „lecia” rozpoczęcia i zakończenia studiów. W każdym Zjeździe uczestniczy nas coraz mniej, ale

przyjaźnie trwają. Z organizatorek holistycznej opieki pielęgniarstwa nad pacjentem stałyśmy się tzw. konsumentkami świadczeń zdrowotnych określonych kontraktem.

Zakończę moje rozłożone w czasie refleksje wierszem „Chwila po chwili” Urszuli Krzyżanowskiej-Łagowskiej, Pierwszej Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

*Chwila po chwili ucieka czas.
Zawsze po wypełnieniu się.
Nigdy przed.
Jak zatrzymać czas
by więcej w nim było nas?
Promień słońca biegnie stale
przed siebie.
Nie, to nie promień słońca.
To promień światła,
które także jest w nas.
A więc kto wyznacza czas?
Chwila po chwili
I w końcu nie ma nas.
Gdzie zatem jest czas?*

Tomik „Pobądź ze mną”,
Wydawnictwo NIPiP, Warszawa 2018



Czwarta z prawej Janina Binkowska (archiwum prywatne)

Pielęgniarka, położna na stanowisku kierowniczym

Prewencja wykroczeń zawodowych

Pielęgniarka i położna pełniąca obowiązki kierownicze nie może wydawać podległym jej osobom poleceń sprzecznych z przepisami prawa, wykorzystując w tym celu swoje stanowisko lub pozycję w hierarchii zawodowej.

Autor: mgr pielęgniarstwa Jolanta Bućko – zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej OIPiP w Białymstoku

Pielęgniarka, położna, która pełni funkcje kierownicze, zgodnie z Kodeksem Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej nie powinna angażować się w działania sprzeczne z zasadami etyki zawodowej, naruszać godności osobistej pracowników, wykorzystywać swojej pozycji do nieetycznych zachowań, jak również unikać odpowiedzialności za swoje decyzje.

Kodeks precyzuje, że pielęgniarka i położna jako kierownik powinna przestrzegać zasad etyki zawodowej, dbać o dobro pracownika i promować rozwój zawodowy i naukowy podległego personelu.

Stanowiska kierownika pielęgniarki, położnej nie można wykorzystywać dla swoich korzyści, czy też tolerować

nieprawidłowości w postępowaniu innych pielęgniarek, podejmować działań sprzecznych z etyką ani uchylać się od odpowiedzialności za swoje czyny.

Ponosi się odpowiedzialność za swoje decyzje i działania, a w przypadku naruszenia zasad etyki zawodowej, pielęgniarki/położnej na stanowisku kierownika powinna przyjąć konsekwencje swojego postępowania i nie unikać krytyki podległego personelu.

Stanowisko kierownicze wymaga reagowania na błędy w postępowaniu innych pielęgniarek /położnych, ale należy to robić w konstruktywny i zgodny z zasadami etyki sposób. Osoba pełniąca funkcję kierowniczą powinna dbać o transparentność i rzetelność w po-

stępowaniu, a w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych, powinna zadbać o ich wyjaśnienie i wyciągnięcie wniosków.

Powinna dbać o dobrą atmosferę w zespołach pielęgniarstkich i nie podejmować działań, które mogłyby naruszyć dobre imię pielęgniarek i położnych. □

Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej jest dokumentem, który precyzuje zasady postępowania w różnych sytuacjach zawodowych. Pielęgniarka/położna naczelnia, oddziałowa, kierownik zespołu jako lider powinna zarządzać personelem zgodnie z wymogami Kodeksu Pracy i Kodeksu Etyki.



PACJENT NIESŁYSZĄCY A SYSTEM OCHRONY ZDROWIA, czyli o trudnościach, jakie napotykają pacjenci

W ostatnią niedzielę września obchodzony jest Międzynarodowy Dzień Głuchych i Języka Migowego. To święto ustanowiono w 1958 roku, aby zwrócić uwagę na osiągnięcia, ale również problemy i trudności, z jakimi zmagają się na co dzień osoby niesłyszące. Na świecie jest około 70 milionów osób głuchych.

Autor: mgr rehabilitacji ruchowej Krzysztof Cis CODA – Childe Of Deaf Adults, tłumacz Języka migowego / PJM, edukator języka migowego, nauczyciel i wykładowca AMB, UMB, UwB, WSKiOZ w Białymstoku

Pierwszym i najważniejszym językiem, którym posługują się w Polsce osoby głuche, jest Polski Język Migowy (PJM). Co istotne, nie jest to odpowiednik fonicznego języka polskiego w formie miganej (SJM), lecz niezależny, pełnoprawny język, który ma odmienne zasady gramatyczne i leksykalne. Oznacza to, że język polski jest dla większości Głuchych językiem drugim, obcym. Dlatego podstawowym i najważniejszym udogodnieniem, które powinno być dla nich dostępne, jest tłumaczenie tekstów (również tych pisanych) w języku polskim na PJM. Jest to bardzo istotne zwłaszcza w zakresie usług dotyczących zdrowia i życia głuchych obywateli Polski. Zmuszanie osób niesłyszących do korzystania z nich w języku obcym, którego często dobrze nie rozumieją, wyklucza ich z wielu kontekstów i uniemożliwia im korzystanie z usług online, a według głuchych – wręcz dyskryminuje ich w życiu publicznym.

Znajomość języka polskiego wśród Głuchych jest...

różna. Poznają go jak drugi, aczkolwiek nie dotyczy to wszystkich (osoby ogłuchłe w okresie postlingwalnym posiadają wystarczające kompetencje językowe, aby sprawnie posługiwać się językiem polskim i PJM, będąc osobami dwujęzycznymi). Niewystarczająca znajomość języka polskiego powoduje wyzwania w korzystaniu z usług telekomunikacyjnych oraz cyfrowych i zrozumieniu komunikatów kierowanych do odbiorców w formie tekstowej.

Szacuje się, że 95% Głuchych nie rozumie dobrze języka polskiego...

co związane jest z jego złożoną strukturą gramatyczną, która klasyfikuje go jako trzeci najtrudniejszy język

na świecie po chińskim i arabskim. Ponadto, język polski ma dużo więcej słów niż PJM znaków, a przeciętny użytkownik PJM ma mniejszy zasób znaków niż przeciętny słyszący użytkownik słów języka polskiego. Rodzi to trudności ze zrozumieniem i przekładem języka polskiego na PJM. Z tego samego powodu, gdy tworzy się teksty, należy używać prostego języka i unikać pojęć abstrakcyjnych, które stwarzają trudność w przekładzie i wytłumaczeniu. Różnica między polskim językiem a Polskim Językiem Migowym jest w przybliżeniu taka, jak między językami polskim a językiem angielskim. Gramatyka PJM jest niemal bliźniacza językowi angielskiemu, stąd też znajomość języka angielskiego przez Głuchych w krajach anglojęzycznych jest o wiele wyższa niż znajomość języka polskiego przez Głuchych w Polsce.

Gdy mówimy o osobach głuchych...

warto zwrócić uwagę na język, jakim się posługujemy. Przymiotnik „głucha/głuchy” nie jest odbierany jako obraźliwy czy stygmatyzujący – neutralnie określa stan osoby i jej przynależność do pewnej grupy, stąd często pisany jest z dużej litery; „Głucha/Głuchy”. Uwaga jednak na słowo „głuchoniema/głuchoniemy”. Sugeruje ono, że osoba tak określona nie posługuje się językiem i jest „niema”, co nie jest prawdą, ponieważ używa języka migowego.

Uznanie komunikacji w języku migowym jako mowę...

znajduje też odzwierciedlenie w zmianie grafik do oznaczania usług dostępnych dla głuchych. Lepiej używać takich, które akcentują pozytywny element komunikacji, a nie negatywny, sugerujący niekompletność – brak możliwości komunikacji. Dotychczas

stosowano znak przekreślonego ucha, który nie zawsze zapewniał dostępność tłumacza PJM, a jedynie ułatwiał różnymi sposobami przekaz informacji osobom z dysfunkcją słuchu. Aktualnie za dobrą praktykę coraz częściej uznaje się symbol dwóch dłoni w znaku migowym „gdy”, gdzie piktogram ten zapewnia o dostępności tłumacza PJM stacjonarnie lub online.



Dostępne dla osób niesłyszących i niedosłyszących



Osoba znająca język migowy do dyspozycji

Skuteczność komunikacji Głuchych z osobami słyszącymi często zależy od kompetencji nie Głuchych, a osób słyszących. Wielu Głuchych opowiada o sytuacjach, w których byli zmuszeni

porozumieć się z osobami słyszącymi bez wsparcia tłumacza PJM. Jednym ze sposobów jest wtedy komunikacja za pomocą kartek, na których zapisuje się wiadomości. Jest to jednak stresujące i niepewne, bowiem wiele zależy od otwartości osoby słyszącej na dostosowanie poziomu językowego, którym pisze do kompetencji językowych osoby niesłyszącej.

Ostatnio mój mąż był na pogotowiu i tam musiałam komunikować się z lekarzem dyżurnym za pomocą kartek – z jedną lekarką nie mogłam się dogadać, a z drugą bez problemu. To zależy od słownictwa drugiej strony (żeby miała chęć tłumaczyć prostym językiem).

W komunikacji za pomocą pisanego języka polskiego...

(SMS, wiadomości na komunikatorach, e-mail, czy kartki z zapisanymi wypowiedziami) ważna jest konstrukcja zdań. Ważne, aby unikać skomplikowanej składni i trudnych, abstrakcyjnych zwrotów. Przeszkadzać w zrozumieniu komunikatu mogą też zwroty grzecznościowe czy formułki wypowiedziane często ze względu na rytuały związane z codziennymi sytuacjami. Proste, krótkie zdania spowodują, że osobie głuchej łatwiej będzie zrozumieć i odpowiedzieć. A to z kolei pozytywnie wpłynie na jej komfort. Aby lepiej zrozumieć w czym problem, posłużę się prostą wskazówką: jeśli masz postawić przecinek, postaw kropkę.

W polskim systemie ochrony zdrowia...

istnieje dostępność ścieżki dla osób głuchych do zgłaszania problemu poprzez numer 112 Centrum Powiadomienia Ratunkowego. Jest to specjalna aplikacja na smartfony, jednakże w związku z problemami natury poznawczej i znajomością języka polskiego w stopniu umożliwiającym obsługę aplikacji (około 5% Głuchych) Głusi nie korzystają z tej możliwości. Wstrzymanie się od działań jest racjonalną reakcją na ryzyko, w którym stawką są konsekwencje nieporozumień. Niektóre województwa uruchomiły dodatkowo numer telefonu komórkowego dla Głuchych do komunikacji w formie sms. Głusi nie korzystają z nich, gdyż obsługujący je operatorzy nie są w stanie nawiązać komunikacji z Głuchymi, a Głusi zrozumieć komunikaty operatorów.

Głuchym byłoby łatwiej podjąć działanie...

gdyby mieli pewność, że mogą szybko zareagować i wyjaśnić sytuację, w której się znaleźli. Niestety, często je-



dynym kanałem komunikacji jest wtedy telefon, który pozostaje niedostępny dla osoby głuchej. W sytuacji zagrożenia zdrowia czy życia osoba głucha jest pozostawiona sama sobie lub zależna od wsparcia osoby słyszącej, która posiada umiejętność komunikacji w PJM. Preferowaną ścieżką mogłoby być spotkanie online za pośrednictwem tłumacza z przedstawicielem ochrony zdrowia lub na miejscu w obecności tłumacza.

Specyficzny problem stanowią...

aparaty słuchowe, gdzie stosunek osób niesłyszących do ich zastosowania jest zróżnicowany. Wśród niedosłyszących w różnym stopniu nie były one szczególnie popularne lub uznawane za niezbędne na co dzień, chociaż wiele osób je posiada i od czasu do czasu z nich korzysta. Niektórzy niedosłyszący polegają na aparacie i traktują go jako wartościowe narzędzie w życiu codziennym. Wspominają, że próbowali korzystać z aparatu, lecz zdecydowali się go nie nosić. Wskazują na to, że wzmocnione przez

urządzenie dźwięki powodowały hałas i nie wpływały pozytywnie na ich doznania.

Kiedyś miałem aparat słuchowy, ale już go nie używam, bo było za głośno.

Miałem kiedyś aparat słuchowy. Lubilem go, ale hałasy mi przeszkadzały, czasem mi wypadł na ziemię i miałem wypadki. Nie pomagał mi słuchać mojej, nie rozumiałem jej.

Korzystanie z aparatów słuchowych czasem zależy też od kontekstu. Część Głuchych wspomina, że w niektórych sytuacjach aparat jest pomocny, w innych – okazuje się zbędny.

Jak się dzieci urodziły, to dzięki temu, że miałam aparat, słyszałam, jak dzieci płaczą i dałam radę. W pracy nie używam aparatu, bo taki hałas, że lepiej bez.

Aparat słuchowy nie powoduje, że stajesz się osobą słyszącą. Aparat słuchowy pomaga uchwycić otaczające

osobę dźwięki, ale często nie wystarcza do tego, aby rozumieć mowę. Duże znaczenie ma w tym przypadku znajomość języka, którego dźwięki nie tylko się słyszy i rozpoznaje, ale rozumie ich znaczenie. Taki poziom językowy jest dostępny stosunkowo nielicznej grupie głuchych.

W aparacie słyszę dźwięki, ale nie jestem w stanie rozpoznać mowy.

Jak biała laska w przypadku osób słabowidzących, tak aparat słuchowy w przypadku osób głuchych może prowadzić do nieporozumień. Ciężko bowiem wyjaśnić osobom niewtajemniczonym specyfikę funkcjonowania

Głuchych, którzy mimo że słyszą coś dzięki aparatowi, to nie rozumieją słów. Należy do takich osób mówić wolniej i prościej. Brak zrozumienia komunikatu może narazić ich na konfrontację z przykrym traktowaniem lub krzywdzącym stereotypem Głuchych jako osób z deficytami intelektualnymi.

Akceptowana forma komunikacji...

zależy od wagi sytuacji. Głusi przytaczają przykłady, w których komunikują się za pomocą kartek (z napisanymi po polsku zdaniem) bez wsparcia tłumacza PJM. Decydują się w ten sposób na ustępstwo, jakim jest brak tłumacza (a więc mniej precyzyjna, niepewna ko-

munikacja), co zależy od postrzeganej przez nich wagi załatwianej sprawy. I tak, dla jednych załatwianie sprawy nie wymaga aż takiej pewności i w jej poczuć kartki są wystarczające. W zakresie zdrowia – na przykład podczas wizyty w placówce medycznej – waga precyzji komunikacji rośnie i tłumacz staje się nieodzownym wsparciem.

W urzędzie zazwyczaj wystarczy karteczka, żeby się komunikować, ale jak chodzi o zdrowie (szpital, lekarz), to tylko z tłumaczem.

Nieocenioną rolę w zapewnianiu dostępu do służby zdrowia pełnią...

organizacje pożytku publicznego działające na rzecz społeczności Głuchych w Polsce. Często jest to jedyny sposób zapewnienia obecności tłumacza PJM poza formą komercyjną, gdy Głuchy korzysta z pomocy tłumacza, za którego usługę musi zapłacić, lub wykorzystuje udział w komunikacji tzw. „tłumacza rodzinnego”, czyli członka rodziny znającego PJM, ale nieprofesjonalnego tłumacza PJM. Obecność bliskiej osoby daje poczucie bezpieczeństwa – bo choć wiele instytucji deklaruje możliwość skorzystania ze wsparcia tłumacza, to głusi zakładają, że nie będzie ono dostępne, lub tłumacz będzie posługiwać się SJM a nie PJM. Głusi przytaczają też sytuacje, w których tłumacz PJM był dostępny, lecz zbyt słabo znał PJM. Ostatecznie trzeba było komunikować się za pomocą kartek.

Załatwiam sprawy razem z córką, bo nie ma tłumacza, a nie chcę podpisywać niczego, jak czegoś nie rozumiem. □

Możliwość skomunikowania się w PJM w instytucjach publicznych, nie tylko ochrony zdrowia, brzmi dla Głuchych jak sen z bajki. Wielu z nich nie próbuje nawet zgłaszać problemów, bo wiąże się to ze zbyt dużym wysiłkiem. Wybranie kontaktu z osobą migającą w PJM nie musi gwarantować zadowolenia osób głuchych. Jednocześnie istnieją sytuacje, których nie da się rozwiązać zwyczajnym wskazaniem problemu.

Swego rodzaju „Światłem w tunelu”, czy też „Gwiazdą nadziei”, jest Karta komunikacji z osobą głuchą opracowana w 2019 roku przez Piotra Kimlę, studenta Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego i tłumacza języka migowego. Z myślą o głuchych pacjentach stworzył „Kartę komunikacji z osobą głuchą”.

cdn. w kolejnym numerze
O NAS DLA NAS



Jak biała laska w przypadku osób słabowidzących, tak aparat słuchowy w przypadku osób głuchych może prowadzić do nieporozumień. Ciężko wyjaśnić osobom niewtajemniczonym specyfikę funkcjonowania Głuchych, którzy mimo że słyszą coś dzięki aparatowi, to nie rozumieją słów.

Pierwsza pomoc

W sytuacji nagłego zatrzymania krążenia liczą się sekundy. Od odwagi i wiedzy osób postronnych zależy, czy uda się utrzymać przy życiu poszkodowanego do czasu przyjazdu profesjonalnej pomocy.

Autor: dr n. med. Rafał Milewski, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB, Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku

Co roku w drugą sobotę września obchodzimy Międzynarodowy Dzień Udzielania Pierwszej Pomocy – w 2025 roku przypada on 13 września. To dobra okazja, by przypomnieć, że pierwsza pomoc nie jest domeną wyłącznie medyków. Jej skutki – liczone w uratowanych ludzkich życiach oraz mniejszej liczbie trwałych powikłań – zależą przede wszystkim od świadków zdarzenia. To oni, jeszcze przed przyjazdem Zespołu Ratownictwa Medycznego (ZRM), często decydują o losie osoby poszkodowanej.

Czym jest „pierwsza pomoc”?

Zgodnie z obowiązującą ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (PRM), pierwsza pomoc to zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez świadka zdarzenia do czasu przekazania poszkodowanego profesjonalnym służbom. W praktyce klinicznej najgroźniejszym nagłym stanem jest nagle zatrzymanie krążenia (NZK). Dochodzi wtedy do zatrzymania czynności mechanicznej serca, co powoduje ustanie krążenia krwi, wtórne zatrzymanie oddechu i w konsekwencji prowadzi to do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu. To dlatego pierwsza pomoc w rozumieniu społecznym to głównie szybkie podjęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) i możliwe najszybsze użycie automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED). Postępowanie zgodnie z łańcuchem przeżycia (składającego się z wczesnego rozpoznania i wezwania pomocy przez świadków zdarzenia, wczesnego rozpoczęcia RKO, wczesnej defibrylacji i opieki poresuscytacyjnej) daje największe szanse na uratowanie osoby, u której wystąpiło NZK.

Twarde liczby: skala problemu i skutki działania świadków

W Europie występowanie pozaszpitalnego NZK wynosi około 84/100 000 mieszkańców rocznie. W Polsce wskaźnik ten oceniono na około 146/100 000, a w Białymstoku w latach 2018–2019



– 133,1/100 000 mieszkańców rocznie. Niestety, średnia przeżywalność do wypisu ze szpitala pozostaje niska i w wielu analizach oscyluje wokół 8–10%. W przypadku nagłego zatrzymania krążenia rezerwy tlenowe organizmu wystarczają na 4–5 minut. Jeżeli w tym czasie nie zostanie podjęte RKO, na skutek niedotlenienia dojdzie do nieodwracalnych zmian w mózgu. Dojazd karetki pogotowia do miejsca zdarzenia najczęściej jest zbyt długi – na terenie Białegostoku średni czas wynosi 8 min 30 s – dlatego kluczową rolę odgrywa świadek zdarzenia. Badania lokalne z Białegostoku wykazały, że w sytuacji gdy świadek zdarzenia podejmował RKO, powrót spontanicznego krążenia pacjenta uzyskano w 30,53% przypadków. Natomiast gdy RKO nie było rozpoczęte przez osobę postronną, powrót krążenia wystąpił zaledwie w 2,35% przypadków. Te liczby pokazują, że decyzja świadka o rozpoczęciu ucisków dosłownie „przelicza się” na ludzkie życie.

AED – proste urządzenie, które ratuje ludzkie życie

AED jest urządzeniem intuicyjnym i bezpiecznym. Po włączeniu urządzenia

głosowe i wizualne komunikaty prowadzą ratownika–laika krok po kroku. Analiza rytmu odbywa się automatycznie, a impuls elektryczny jest zalecany tylko wtedy, gdy jest to uzasadnione. Wykonanie defibrylacji w ciągu 3–5 minut od utraty przytomności może skutkować przeżywalnością na poziomie 50–70%. Z każdą minutą opóźnienia defibrylacji zmniejsza się prawdopodobieństwo przeżycia do momentu wypisu ze szpitala o około 10%. W obecnych czasach systemy ratownictwa medycznego na całym świecie nie są zdolne, aby zapewnić każdej osobie z NZK wykonanie defibrylacji w pierwszych kilku minutach od zatrzymania akcji serca. Aby zapewnić większą dostępność i możliwość przeprowadzenia szybkiej defibrylacji, rozpoczęto rozwijać inicjatywy związane z urządzeniami AED.

Obecnie na terenie Białegostoku znajduje się 19 urządzeń AED tzw. miejskich, które są ogólnodostępne dla wszystkich osób (również dla tych, którzy nie są w żadnym stopniu związani z szeroko pojętą medycyną, ani nie są przeszkoleni z obsługi AED) i zlokalizowane są one na zewnątrz budynków. Zostały zakupione w ramach kilku

edycji Budżetu Obywatelskiego. Ponadto na terenie miasta jest kilkadziesiąt kolejnych urządzeń AED, które zlokalizowane są wewnątrz sklepów, zakładów pracy, w prywatnych przedsiębiorstwach i państwowych instytucjach. Niestety, dane pokazują, że na terenie Białegostoku AED jest stosowane sporadycznie. Od momentu zainstalowania urządzeń (2017 r.) do dzisiaj miejskie AED zostały użyte tylko dwukrotnie. Wydaje się, iż upowszechnienie map lokalizacji AED, ich lepsze oznakowanie oraz promowanie „odwagi do naciśnięcia przycisku” byłoby kluczowe, by skrócić czas do pierwszej defibrylacji.

Nowelizacja ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym – co realnie się zmieniło?

7 maja 2025 r. Prezydent RP podpisał ustawę nowelizującą PRM. Poza zmianami organizacyjnymi (m.in. nowe typy zespołów, motocyklowe jednostki ratownicze, doprecyzowanie wymagań dla dyspozytorni czy limitów czasów przyjęcia pacjenta do SOR) najważniejsza z perspektywy świadków jest zmiana definicji pierwszej pomocy. Pozwala ona osobie udzielającej pomocy – w sytuacji nagłej – podać leki ratujące życie z zasobów własnych chorego, zgodnie z ich przeznaczeniem. W praktyce chodzi o leki, które pacjent przewlekle chory ma przy sobie i których zastosowanie jest pilne i standardowe: adrenalinę przy ciężkiej reakcji anafilaktycznej, glukagon w ciężkiej hipoglikemii oraz leki wziewne rozszerzające oskrzela w napadzie astmy. □



13 września to nie tylko data w kalendarzu

- ✓ Międzynarodowy Dzień Udzielania Pierwszej Pomocy ma przypominać, że najpotężniejszym „lekiem” jest szybka reakcja świadka: rozpoznanie NZK, wezwanie pomocy, podjęcie RKO i użycie AED.
- ✓ Należy zwiększać świadomość i wiedzę społeczeństwa. Aby to osiągnąć należy edukować społeczeństwo, szkolić z zakresu pierwszej pomocy, prowadzić kampanie i akcje informacyjne oraz upowszechniać publiczny dostęp do defibrylacji.

- ✓ To od nas często zależy, czy w miejscu publicznym ktoś odważy się rozpocząć uciski klatki piersiowej i poprosić o AED. Priorytety na najbliższą przyszłość to: lepsza widoczność i dostępność AED (w tym mapy online i oznakowanie), szkolenia świadków (szkoły, urzędy, obiekty sportowe), a także regularne przypominanie prostych zasad RKO (przy braku oddechu: 100–120 ucisków/min, głębokość 5–6 cm, minimalne przerwy).

Największy wpływ na ROSC i przeżywalność ma podjęcie RKO przez świadka zdarzenia – to fakt potwierdzony w badaniach lokalnych i europejskich.

- ✓ Nowelizacja ustawy o PRM umacnia możliwości prawne i praktyczne w sytuacjach anafilaksji, hipoglikemii i napadów astmy, a konsekwentna edukacja realnie przekłada się na przeżywalność. Pamiętajmy, że każdy z nas może być ogniwem łańcucha przeżycia – dziś, jutro, zawsze.

Piśmiennictwo:

1. Rynek Zdrowia: „Rewolucyjne zmiany w pierwszej pomocy. Skuteczniejszy ratunek w astmie, alergii, cukrzycy”, 26.05.2025.
2. WSSE w Bydgoszczy: „Światowy Dzień Pierwszej Pomocy” (gov.pl).
3. Dz.U. 2025 poz. 637: Ustawa z 24 kwietnia 2025 r. o zmianie ustawy o PRM; Informacja Kancelarii Prezydenta RP z 8.05.2025.
4. European Resuscitation Council Guidelines

- 2021 – Adult basic life support and AED.
5. Blom, M.T., Beesems, S.G., Homma, P.C., et al.: Improved survival after out-of-hospital cardiac arrest and use of automated external defibrillators. *Circulation*, 2014. 130(21): p. 1868–75.
6. Ringh, M., Rosenqvist, M., Hollenberg, J., et al.: Mobile-phone dispatch of laypersons for CPR in out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med*, 2015. 372(24): p. 2316–25.

7. Gräsner, J.T., Wnent, J., Herlitz, J., et al.: Survival after out-of-hospital cardiac arrest in Europe – Results of the EuReCa TWO study. *Resuscitation*, 2020. 148: p. 218–226.
8. Milewski, R., Lewko, J., Milewska, G., et al.: Actions Taken by Bystanders During Sudden Cardiac Arrest: Analysis of Emergency Medical Service Documentation in Poland. *J. Clin. Med.*, 2024. 13(24):7765.

Położnicza perspektywa na Mistrzostwach Ratownictwa 2025 – położne i ratownicy razem dla bezpieczeństwa rodzących

XXII Międzynarodowe Mistrzostwa Polski w Ratownictwie Medycznym zawładnęły Białymstokiem. Sprawdźcie, co wydarzyło się na początku września w naszym mieście!

Autor: dr n. med. Anna Sienkiewicz, dr n. med. Agnieszka Szyszko Perłowska, mgr położnictwa Joanna Boratyńska

PW pierwszy weekend września Białystok stał się stolicą ratownictwa medycznego. Mistrzostwa przyciągnęły do miasta zespoły ratownicze z kraju i zagranicy, które przez trzy dni rywalizowały w scenariuszach symulujących realne zdarzenia medyczne, prezentowały umiejętności oraz przypominały mieszkańcom miasta zasady udzielania pierwszej pomocy. Oficjalne otwarcie miało miejsce w Auli Magna Pałacu Branickich – miejscu symbolicznym dla Białegostoku, które tego dnia wypełniło się przedstawicielami służb medycznych, władzami samorządowymi oraz licznie przybyłą publicznością. Organizatorem wydarzenia byli lokalni i regionalni partnerzy środowiska ratowniczego przy współpracy instytucji medycznych, kulturalnych, sportowych oraz służb porządkowych. W komunikatach prasowych podkreślano, że zawody mają nie tylko charakter sportowy, lecz także edukacyjny i integracyjny dla środowiska ratowniczego.

RYWALIZACJA

Do Białegostoku przyjechało około 50 zespołów ratowniczych z różnych regionów Polski i drużyny zagraniczne. Reprezentanci służb ratowniczych rywalizowali w klasycznych konkurencjach z zakresu medycyny przedszpitalnej: ocena stanu poszkodowanego, zaawansowane zabiegi resuscytacyjne, stabilizacja urazów, postępowanie przy wielonarządowych obrażeniach oraz szybkie i bezpieczne przewiezienie chorego. Po raz pierwszy w historii mistrzostw pojawiły się także zespoły motocyklowe – ich udział podkreślał rosnącą rolę ratowników działających w warunkach utrudnionego dojazdu (np. podczas dużych zatorów drogowych czy imprez masowych). Formuła zawodów zakładała ocenę nie tylko efektu końcowego, lecz także pracy zespołowej, komunikacji, zastosowania algorytmów postępowania oraz dbałości o bezpieczeństwo



na zdjęciu od lewej: dr Agnieszka Szyszko Perłowska, dr Anna Sienkiewicz

ratowników i poszkodowanych. Sędziowie – doświadczeni specjaliści z zakresu ratownictwa i medycyny – punktowali szybkość, precyzję zespołową oraz umiejętność adaptacji do zmiennych warunków scenariusza.

EDUKACJA

Poza właściwą częścią konkursową organizatorzy zaplanowali bogaty program towarzyszący. W mieście odbyła się parada ambulansów, która przyciągnęła uwagę mieszkańców i stanowiła

fol. archiwum redakcji



na zdjęciu od lewej:
mgr Joanna Boratyńska,
dr Agnieszka Szyszko Perłowska

widoczny element promocji bezpieczeństwa. Na terenach pokazowych ustawiono stanowiska edukacyjne, na których instruktorzy uczyli podstaw pierwszej pomocy – od resuscytacji krążeniowo-oddechowej, przez postępowanie przy zadławieniach, po uciskanie krwotoków. Dla rodzin i dzieci przygotowano strefy demonstracyjne z manekinami i krótkimi warsztatami, co spotkało się z dużym zainteresowaniem i pozwoliło połączyć sportową rywalizację z misją edukacyj-



Na zdjęciu od lewej: mgr Joanna Boratyńska, dr Agnieszka Szyszko Perłowska

ną. W salach konferencyjnych odbywały się panele i wykłady dotyczące najnowszych wytycznych w ratownictwie, bezpieczeństwa pracy ratownika oraz innowacji sprzętowych. Przedstawiono także problemy organizacyjne, takie jak koordynacja działań wielosłużbowych, czy logistyczne aspekty działania zespołów w warunkach masowych zdarzeń. Dyskusje te miały charakter praktyczny – uczestnicy dzielili się doświadczeniami z akcji i analizowali przypadki nietypowe, co sprzyjało wymianie wiedzy i dobrych praktyk.

Warto dodać, że jednym z bardziej poruszających i nietypowych elementów programu stanowiła nocna konkurencja przygotowana przez grupę położnych, które opracowały scenariusz symulo-

wanego porodu przeznaczony dla grupy ratowników motocyklowych. W składzie zespołu położnych sędziów były: dr Agnieszka Szyszko Perłowska, dr Anna Sienkiewicz oraz mgr Joanna Boratyńska. Scenariusz wymagał od uczestników, z których każdy wchodził na stanowisko „bez wiedzy” o warunkach zadania i miał 10 minut na przeprowadzenie całej interwencji. Poza przyjęciem porodu zawodnicy musieli zdiagnozować atonię macicy i opanować zagrażającą życiu krwotok – sytuację wymagającą szybkich, skoordynowanych działań. Położne oceniały wykonanie czynności z wielu perspektyw: zapewnienie bezpieczeństwa pacjentki i noworodka, tempo i profesjonalizm wykonywanych procedur oraz umiejętność komunika-



Na zdjęciu od lewej: dr Mirosław Rybałtowski, dr Agnieszka Szyszko Perłowska

cji z rodzącą. Mimo presji czasu i nocnego charakteru konkurencji, wszyscy uczestnicy sprościli zadaniu – popełnione błędy były drobne i nie zagrażały życiu matki ani dziecka. Całość przebiegała w atmosferze pełnego profesjonalizmu i realistycznego odwzorowania warunków akcji. To podkreśla wartość takiej współpracy – wymiana doświadczeń między zawodowymi położnymi a ratownikami wzbogaca obie strony, podnosi jakość opieki i ma bezpośrednie przełożenie na bezpieczeństwo pacjentów.

ROZWÓJ

XXII Mistrzostwa w Białymstoku potwierdziły, że zawody ratownictwa medycznego to nie tylko arena sportowej rywalizacji, lecz także platforma wymiany doświadczeń, testowania standardów i edukacji publicznej. Pojawienie się zespołów motocyklowych wskazuje na ewolucję form działania ratowniczego i rosnące znaczenie mobilnych form interwencji. Dla mieszkańców Białego- stoku wydarzenie było okazją do zobaczenia pracy zespołów ratowniczych od zewnątrz, dla uczestników – do sprawdzenia procedur i doskonalenia umiejętności, gdy działa się pod presją. Białystok przez ten weekend zaprezentował się jako miasto przyjazne inicjatywom związanym z bezpieczeństwem i edukacją zdrowotną, a uczestnicy wrócili do swoich środowisk z nowymi doświadczeniami i inspiracjami do dalszego doskonalenia.



Składamy serdeczne podziękowania organizatorom XXII Mistrzostw, a w szczególności Komandorowi dr Mirosławowi Rybałowskiemu za odważne i przemyślane włączenie położnych do zawodów – to była cenna lekcja dla obu stron. Mistrzostwa przyniosły emocje, konkretne doświadczenia praktyczne i wartościową platformę wymiany wiedzy. Wrażenia były naprawdę niepowtarzalne: profesjonalizm, realizm scenariuszy i atmosfera rywalizacji pozostaną z nami na długo. Jako, że sędziowie są nauczycielami akademickimi Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, mającymi bezpośredni kontakt ze studentami, jesteśmy przekonane, że zdobyte doświadczenia pozytywnie wpłyną na udoskonalenie kształcenia przyszłych ratowników w zakresie położniczym. Z niecierpliwością czekamy na kolejne wyzwania i możliwości współpracy przy następnych mistrzostwach.



Na zdjęciu od lewej: mgr Joanna Boratyńska, dr Anna Sienkiewicz, dr Mirosław Rybałowski, dr Agnieszka Szyszko Perłowska



Na zdjęciu od lewej: dr Anna Sienkiewicz, dr Agnieszka Szyszko Perłowska oraz mgr Joanna Boratyńska.

PODZIĘKOWANIA

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku
z dumą zamieszcza podziękowania pacjentki dla położnej przesłane przez wdzięczną
pacjentkę.

Pochwała dla Położnej

Chciałabym serdecznie podziękować i wyrazić moją ogromną wdzięczność oraz najwyższe uznanie dla Pani Marii Osińskiej, położnej która sprawowała opiekę nade mną oraz moim noworodkiem po porodzie przez cesarskie cięcie.

Jestem głęboko przekonana, że szybka i zdecydowana reakcja położnej miała kluczowe znaczenie dla ochrony mojego zdrowia, a być może nawet życia. Profesjonalizm, empatia i zaangażowanie są przykładem najwyższych standardów opieki medycznej. Wiedza Pani Marii i oddanie są nieocenione i pozostaną w mojej pamięci na zawsze.

Uważam, że tak kompetentni i oddani swojej pracy pracownicy zasługują na szczególne wyróżnienie oraz docenienie ze strony kierownictwa i instytucji odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną.

Z wyrazami wdzięczności i szacunku,

Pacjentka



ROK ZAŁOŻENIA 1991

