

2024

SZCZĘŚLIWEGO NOWEGO ROKU

Wokół
Biuletyn informacyjny nr 74
Czepka



STANOWISKO	IMIĘ I NAZWISKO	ADRES E-MAIL
Przewodnicząca ORPiP	mgr Małgorzata Sokulska	przewodniczaca@orpip.radom.pl
Sekretarz ORPiP	mgr Barbara Tusińska	sekretarz@orpip.radom.pl
St. specjalista ds rejestru	mgr Agnieszka Gozdur	rejestr@orpip.radom.pl
Specjalista ds administracyjno - biurowych	Jolanta Jasiuk	administracja@orpip.radom.pl
St. specjalista ds szkoleniowych	mgr Diana Wiśniewska - Janas	szkolenia@orpip.radom.pl

HARMONOGRAM POSIEDZEŃ OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH I PREZYDIUM ORPIP NA ROK 2023

Lp.	Planowany termin	Gremium
1	13 stycznia - piątek	Prezydium
2	9 lutego - czwartek	Prezydium
3	24 lutego - piątek	Prezydium
4	3 marzec - piątek	ORPiP
5	20 marzec - poniedziałek	Prezydium
6	14 kwiecień - piątek	ORPiP
7	9 maj - wtorek	Prezydium
8	1 czerwca - czwartek	ORPiP
9	21 lipca - piątek	Prezydium
10	25 sierpnia - piątek	Prezydium
11	22 września - piątek	ORPiP
12	20 października - piątek	Prezydium
13	17 listopada - piątek	Prezydium
14	15 grudnia - piątek	ORPiP

WOKÓŁ CZEPKA
Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Adres Redakcji: 26-600 Radom, ul. Paderewskiego 15 tel./fax 48 360 69 60 e-mail: orpip@orpip.radom.pl www.orpip.radom.pl Redaktor Naczelna Małgorzata Sokulska Zespół Redakcyjny Diana Wiśniewska-Janias Barbara Tusińska

DZIAŁY TEMATYCZNE:

I. Na marginesie

I	NA MARGINESIE.....	3
II	AKTUALNOŚCI.....	5
III	WOKÓŁ SAMORZĄDU.....	6
IV	ZGODNIE Z PRAWEM.....	7
V	WARTO WIEDZIEĆ.....	11
VI	KONIECZNIE PRZECZYTAJ.....	24
VII	OGŁOSZENIA, PODZIĘKOWANIA.....	27

**Szanowne Koleżanki i Koledzy!**

I zbliżamy się do kolejnych Świąt Bożego Narodzenia i końca 2023r. Podsumowując- był to rok naprawdę dobry. Zakończyła się dokuczliwa pandemia i przepisy wróciły na właściwe tory. Dla naszej izby i koleżanek był to wyjątkowy rok. Zrealizowaliśmy projekt pn. „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarzek i położnych” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020 współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego. Wzięło w nim udział ponad 1050 pielęgniarzek i położnych wpisanych do rejestru naszej izby i nie tylko. Zrealizowaliśmy 19 kursów specjalistycznych oraz 11 dokształcających. Naszym zadaniem było przeszkolenie 10% osób wpisanych do naszego rejestru, a w końcowym efekcie przeszkoliliśmy blisko dwa razy tyle.

Jest to wspólny wysiłek, w którym uczestniczyli pracownicy biura OIPIP, oraz członkowie ORPiP. Robimy analizy i podsumowania i już z całą pewnością możemy powiedzieć, że odnieśliśmy wspólny sukces. Pięknie za to wszystko dziękuję i liczę na kolejne projekty.

A z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia życzę wszelkiej pomyślności, niepowtarzalnej atmosfery, ciepła, radości i pokoju.

Niech poczucie prywatnego i zawodowego spełnienia towarzyszą Wam drogie koleżanki i koledzy przez cały następny Nowy Rok.

Małgorzata Sokulska
Przewodnicząca ORPiP

Wigilijnie

Taka Wigilia nam przystoi
Jak spokój lasu, pieśń anioła,
Śnieg, który nocą łąki stroił,
Szepty płynące po jemiolach.

Jak przez ogrody wiatru przewiew,
W którym znajomy ton usłyszysz,
I śpiewać chciałbyś, ale nie wiesz,
Czy znajdziesz słowa w nocnej ciszy.

Jak trzask gałązki nadepniętej,
Żal za tym, czego nie ma wcale,
Czy słowa z mądrej księgi wzięte,
W których nie umiesz się odnaleźć.

Zrozumiesz jednak wszystkie treści,
Przy wigilijnym siedząc stole,
Przy którym także Bóg się zmieścił
I wspólnie śpiewa każda z kołęd.

Autor: Jan Stanisław Kiczor



Czym są Święta Bożego Narodzenia dla mnie, dla Ciebie, dla nas?

Boże Narodzenie to wielkie misterium narodzin. Wielkie misterium gdy rodzi się Bóg i gdy rodzi się człowiek. Przyjście na świat w rodzinie dziecka jest czymś tak wzniosłym, że rodzice dzielą się tą radością ze swoimi krewnymi, przyjaciółmi gdyż poczucie dumy oraz zrozumienie doniosłości wydarzenia domaga się podzielenia radością z innymi. Tej radości doznajemy każdego roku zdając sobie sprawę z ważności wydarzenia głosimy, że Bóg przychodzi do mnie, do Ciebie, do nas i przypomina nam o tym, że Jezus Chrystus jest dla nas darem. Chce być z nami, chce być w naszym życiu i ukazywać światło i drogę do prawdziwego szczęścia. W tym momencie zostaje nam dana niebywała wola życia, taka, która wszystko przezwycięża. Dlatego Boże narodzenie ma moc ponadczasową i wspaniałą pokoleniową. Jest świętem bliskości Boga i ludzi. To dlatego świąteczne tradycje mają w sobie tak wiele ciepła, bliskości i serdeczności. W wigilię łamiemy się opłatkiem na znak tego, że dzielimy wspólny los, że dzielimy się swoimi radościami i troskami. Co roku w Wigilię słyszymy starą wymowną piosenkę Czerwonych Gitar: „Jest taki dzień bardzo ciepły choć grudniowy, dzień w którym gasną wszystkie spory”. Boże Narodzenie to rodzinne święta, ale paradoksalnie wystawia nasze więzi rodzinne na próbę. Jeżeli rodzina jest zgodna wtedy mamy radosne świętowanie. Natomiast gdzie relacje w rodzinach są zepsute to trudne jest wspólne przeżywanie świąt. Zastanawiam się dlaczego rodzinom bywa ze sobą tak trudno? Od lat obserwuję nowy obyczaj spędzania świąt. Wiele rodzin wyjeżdża do Zakopanego albo innych kurortów. Biura podróży kuszą promocyjnymi cenami wycieczek zagranicznych z których korzysta 25% Polaków. Dlaczego ludzie uciekają na święta? Może nie chcą spotkać się z rodziną? Może marzą o odpoczynku i wygodzie? Święta są dziś zdominowane przez ducha handlowego i materialistycznego. Czy my czasem światłem choinki, dekoracji i prezentami nie przykrywamy istoty tego co dokonało się w Betlejem? Popatrzmy ile dobrych rzeczy dzieje się w święta. Najważniejsze to, że jesteśmy razem z rodziną, mamy dla siebie dużo czasu, możemy spokojnie porozmawiać, powspominać dawne święta. Przeżywamy je jak dziecko, bo wspomnienia z dzieciństwa to właśnie wspomnienia Świąt Bożego Narodzenia. Kto z nas dziś pozbawia swoje pociechy przeżyć świątecznych niech wie, że kradnie im najpiękniejszy fragment ich dzieciństwa. Dlaczego z wiekiem tracimy tą dziecięcą radość ze świętowania? Wiele osób samotnych, chorych, niepełnosprawnych odczuwają brak bliskich,

rodziny, przyjaciół stąd statystyki przynoszą niepokojące dane iż w grudniu wzrasta liczba zachorowań na depresję. Może w te święta zrozumiemy coś więcej, może te święta dla wielu samotnych lub w ograniczonym składzie mają być czasem refleksji i zadumy, że stosunek do świąt kształtują osobiste przeżycia utrwalone w emocjonalnej pamięci. Bóg rodzi się w każdym z nas, skorzystajmy z tej szansy, że święta nas zmieniają, odrodzą, stworzą na nowo. Nie wolno tego zaprzepaścić, że coś dobrego się spełniło dla mnie, dla Ciebie dla wszystkich. Za sprawą tych Świąt odnajdujemy własną tożsamość pamiętając, że liczy się nie tylko co otrzymujemy ale to co możemy ofiarować innym. Wiele z Was koleżanek i kolegów spędzi święta w pracy z ludźmi chorymi, bądźcie im bliskie i otwórzcie swe serca, przyozdóbcie ich drobnymi gestami czułości, przytulcie ich do ciepła tych świąt, ciepła, którego tak im brakuje. Przeżyjcie je najgodniej czyniąc dobro. Wszyscy dołóżmy starań, by po tego rocznym Bożym Narodzeniu pozostały miłe wspomnienia a nie zmęczenie. Zgodnie z tradycją święta są okazją do składania życzeń. Nie powtarzajmy mechanicznie formulek „wszystkiego najlepszego, wesołych świąt...” tylko spójrzmy w oczy matce, ojcu, dziecku, siostrze, bratu i wypowiedzmy życzenia świadczące o tym, że myślimy o tej osobie i wiemy co dla niej jest ważne. Na pewno najważniejsze są uczucia, jakie sobie wzajemnie okazujemy a nie darowane przedmioty czy nawet najbardziej urozmaicone bukiety smaków w świątecznych potrawach. Rodzinne więzi umacniają w nas poczucie bezpieczeństwa i wartości stwarzają szansę spełnienia wzajemnych potrzeb.

Życzę, by moc tych Świąt była waszą mocą w ciężkiej służbie drugiemu człowiekowi, niech pozwala wam każdego dnia stawiać czoła przeciwnościom i nigdy nie pozwoli zatracić zadowolenia i entuzjazmu. Życzę- abyśmy pamiętali o tym co w tych Świątach jest najistotniejsze, by to Boże Narodzenie było dla nas narodzeniem nowego świata, cywilizacji

przepełnionej zaufaniem, szacunkiem i miłością. Życzę nadziei, własnego skrawka nieba, zadumy nad płomieniem świecy, piękna poezji i muzyki, nabrania dystansu do tego co wokół, chwil roziskrzonych kolędami i wspomnieniami. Życzę abyśmy potrafili cieszyć się sobą nawzajem.

Jadwiga Kowalczyk

Najlepsze polecane prezenty dla pielęgniarek i położnych na gwiazdkę

Kiedy część z nas nie może się już doczekać pierwszej wigilijnej gwiazdki, innych dopada panika: co kupić w prezencie najbliższemu? Jeśli w Twoim otoczeniu jest położna lub pielęgniarka, zadanie może być jeszcze trudniejsze. Oto propozycje!

Coś dla ciała

Choć satysfakcja z niej płynąca jest bezcenna, praca z pacjentami wiąże się z dodatkowymi kosztami ze strony personelu. Podatkami odprowadzanym niezwykle odpowiedzialnych zajęć mogą być różnego rodzaju bóle i napięcia. Szukając idealnego prezentu dla pielęgniarki lub położnej, warto pomyśleć o rzeczach, które ułatwią jej życie.

• Masaż

Praca pielęgniarki to nie tylko korzystanie z wiedzy medycznej, to też ciężka praca fizyczna, która może skutkować bólami – zwłaszcza w okolicy pleców, karku i ramion. Voucher na masaż lub serię masażów tkanek głębokich lub nawet zwykły masaż relaksacyjny może okazać się gwiazdkowym strzałem w dziesiątkę.

• Mata do akupresury

Jeśli masaż to według Ciebie zbyt krótkotrwałe rozwiązanie, jego długoterminową alternatywą, która błyskawicznie rozluźnia napięcia w ciele, może być mata do akupresury ciała. Naszpikowana małymi plastikowymi kolcami, znana jest z tego, że relaksuje i ciało, i umysł.

• Przenośny sterylizator UV

Całymi dniami obracamy się wśród zarazków, a bezpieczeństwo jest w naszej pracy kwestią priorytetową. Zamiast nieustannie opryskiwać wszystkie małe przedmioty nieprzyjemnie pachnącymi płynami do odkażania, wygodniej używać przenośnego sterylizatora UV, który w ułamku sekundy zabije nieproszonych gości na telefonie, kluczach, czy okularach.

• Wielorazowa butelka na wodę

W bieganinie między pacjentami zdarza nam się zapomnieć o własnych potrzebach – w tym o potrzebach organizmu. Często nie pamiętamy o regularnym nawadnianiu. Przyjemnie wyglądająca i charakterystyczna butelka na wodę zdecydowanie będzie o tym przypominać każdej zabieganej pielęgniarence i położnej.

• Bon do sklepu obuwniczego

Cały dzień na nogach niekiedy skutkuje bólem stóp, zwłaszcza tych, które spędziły kilkanaście godzin w niezbyt wygodnych butach. Zapewniające stopom komfort specjalistyczne obuwie to jednak często koszt przewyższający możliwości finansowe polskich pielęgniarek i położnych, więc każda z nich ucieszy się z bonu do sklepu, w którym dostaną takie buty.

Coś dla ducha

Tak samo, jak wypoczętego ciała, każdy człowiek potrzebuje też wypoczętego umysłu. Pracując na co dzień z wieloma osobami, pomagając im i poznając ich historie, po dyżurze często chcemy uciec myślami gdzie indziej – a czasami nie myśleć w ogóle. Właśnie dlatego każda z nas doceni prezent, który chociaż na chwilę pozwoli jej oderwać się od rzeczywistości.

• Kurs medytacji

Chociaż może się wydawać, że nie ma nic prostszego od medytacji, tej teorii trzymają się głównie osoby, które nigdy tego nie próbowały. Wyłączenie głowy na zawołanie to dla człowieka jedna najcięższych rzeczy do wykonania – wie to każdy, kto choć raz próbował zasnąć podczas męczącej gonitwy myśli. Warto jednak się tego nauczyć, jako że nauka dowodzi, że medytowanie niesie za sobą szereg korzyści dla ciała i umysłu.

• Zajęcia jogi

Świetnym wyciszaczem mogą być również zajęcia jogi, która nie tylko wzmacnia mięśnie i usprawnia pracę wszystkich organów wewnętrznych, ale i uspokaja cały układ nerwowy, wprowadzając człowieka w stan błęgiego relaksu – a każdy wie, że relaks to zawsze świetny pomysł na prezent!

• Książka

W ciemne zimowe wieczory nic nie odpręża tak jak ciepły koc, kubek ulubionej herbaty i wciągająca książka. A jak wiadomo – książka to zawsze dobry prezent (tak, nawet edukacyjna!)

W tym roku pod choinkę pielęgniariek i położnych szczególnie polecamy te tytuły:

- Chirurdzy. Opowieści Prawdziwe
- Dlaczego zebry nie mają wrzodów?
- Tajemnice transplantacji
- Zbrodnia prawie doskonała
- Stulecie chirurgów
- Historia medycyny
- Medycyna w Polsce
- Krótka historia medycyny

Mamy nadzieję, że ten krótki świąteczny przewodnik po prezentach pomoże w podjęciu decyzji.

Źródło: <https://nursing.com.pl/>

II. Aktualności

07.09.2023 r. – Przewodnicząca OIPiP Małgorzata Sokulska wzięła udział w uroczystym otwarciu wyremontowanego oddziału dziecięcego w SPZZOZ – Szpital w Iłży.

11-12.09.2023 r. – Małgorzata Sokulska, Ewa Banaszek i Barbara Tusińska wzięły udział w szkoleniu dla przewodniczących, skarbników i sekretarzy organizowane przez NIPiP.

13.09.2023 r. – odbyło się posiedzenie Komisji konkursowej w związku z wyborem kandydatki na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej w SPZZOZ – Szpital w Iłży.

14.09.2023 r. – Przewodnicząca OIPiP wzięła udział w uroczystym otwarciu wyremontowanych oddziałów szpitalnych w SPZZOZ w Lipsku.

18-20.09.2023 r. – odbyło się posiedzenie NRPiP, w którym wzięła udział Przewodnicząca Małgorzata Sokulska.

20.09.2023 r. – Sekretarz ORPiP Barbara Tusińska wzięła udział w uroczystości otwarcia szpitala w SPZZOZ im. Lecha i Marii Kaczyńskich Pary Prezydenckiej.

22.09.2023 r. – odbyło się posiedzenie ORPiP pod przewodnictwem Przewodniczącej ORPiP w Radomiu Małgorzaty Sokulskiej.

25-26.09.2023 r. – w Warszawie odbyło się szkolenie dla Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Zastępcy

ORZOZ, w którym udział wzięły Monika Urbańska i Renata Cwalina.

02-03.10.2023 r. – Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej – Halina Frynas oraz członkowie OKR Alicja Siczek i Agnieszka Starczewska wzięły udział w szkoleniu okręgowych komisji rewizyjnych organizowane przez NIPiP w Warszawie.

05.10.2023 r. – odbyła się uroczystość Inauguracji Roku Akademickiego 2023/2024 na Uniwersytecie Radomskim, w którym udział wzięła Sekretarz Barbara Tusińska.

18.10.2023 r. – w siedzibie OIPiP w Radomiu odbyło się spotkanie z udziałem Pani Lili Kimmer-Dziwisz - Konsultant Wojewódzką na teren Mazowsza w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej. W spotkaniu uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Małgorzata Sokulska.

18.10.2023 r. – w RSzS odbyło się spotkanie Delegatów VIII Kadencji z Przewodniczącą Małgorzatą Sokulską, na którym wybrano również Pełnomocnika ORPiP.

19.10.2023 r. – odbyło się posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych pod przewodnictwem Przewodniczącej OSPiP Małgorzaty Kowalczyk.

20.10.2023 r. – odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP w Radomiu, któremu przewodniczyła Małgorzata Sokulska.

23-24.10.2023 r. – odbyła się II edycja

szkolenia dla rzeczników odpowiedzialności zawodowej i ich zastępców, w którym udział wzięły Edyta Mindewicz i Agnieszka Nocoń.

24.10.2023 r. – w siedzibie OIPiP w Radomiu odbyło się posiedzenie komisji konkursowej w sprawie wyboru kandydatki na stanowisko Położnej Oddziałowej w SPZZOZ – Szpital w Iłży.

25.10.2023 r. – Przewodnicząca OIPiP Małgorzata Sokulska wzięła udział w posiedzeniu Komisji Etyki przy NIPiP w Warszawie.

26.10.2023 r. – odbyło się posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej pod przewodnictwem Przewodniczącej Haliny Frynas.

27.10.2023 r. – Przewodnicząca OIPiP Małgorzata Sokulska wzięła udział w uroczystym Dyplomatorium Absolwentów Kierunku Lekarskiego Uniwersytetu Radomskiego.

6-8.11.2023 r. – odbyło się szkolenie dla członków okręgowych sądów pielęgniariek i położnych, w którym udział wzięły Małgorzata Kowalczyk, Renata Kowalska, Agnieszka Moskwa i Agnieszka Fałek – Pisarek.

09.11.2023 r. – Przewodnicząca OIPiP Małgorzata Sokulska wzięła udział w posiedzeniu Konwentu Przewodniczących w Warszawie.

17.11.2023 r. – odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP pod przewodnictwem Małgorzaty Sokulskiej.

28.11.2023 r. – odbyło się posiedzenie komisji konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej oddziału wewnętrznego w SPZ ZOZ w Pionkach

30.11.2023 r. – odbyło się posiedzenie Komisji Kontroli Podmiotów Leczniczych NPiP,

w którym udział wzięła Przewodnicząca Małgorzata Sokulska.

5-7.12.2023 r. – odbyło się posiedzenie NRPiP w Warszawie, w którym udział wzięła Małgorzata Sokulska Przewodnicząca OIPiP.

14.12.2023 r. – w siedzibie OIPiP w Radomiu odbyło się spotkanie z Dyrektorami ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarkami Naczelnymi pod przewodnictwem Przewodniczącej Małgorzaty Sokulskiej.

15.12.2023 r. – odbyło się posiedzenie ORPiP oraz spotkanie z członkami organów OIPiP w Radomiu.

16.12.2023 r. – odbyło się świąteczne spotkanie Zespołu „Jesiennych Klimatów” z Panią Wiceprezydent Martą Michalską-Wilk oraz Dyrektorem Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej panią Elwirą Skoczek. W spotkaniu wzięła udział Przewodnicząca ORPiP Małgorzata Sokulska.

III. Wokół samorządu

Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych:

W dniu 22 września 2023 roku odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwały nr 68-72/VIII/2023 - w/s stwierdzenia PWZ pielęgniarki i wpisu do rejestru ORPiP w Radomiu

Uchwała nr 73/VIII/2023 - w/s stwierdzenia PWZ położnej i wpisu do rejestru ORPiP w Radomiu

Uchwały nr 74-75/VIII/2023 - w/s wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu

Uchwały nr 76-81/VIII/2023 - w/s wykreślenia pielęgniarki z rejestru OIPiP w Radomiu

Uchwała nr 82/VIII/2023 – w/s wydania zaświadczenia o posiadanych kwalifikacjach pielęgniarki

Uchwała nr 83/VIII/2023 – w/s potwierdzenia posiadania zaświadczenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki

Uchwała nr 84/VIII/2023 – w/s przyznania pomocy koleżeńskiej

Uchwała nr 85/VIII/2023 - w/s odmowy przyznania pomocy koleżeńskiej

Uchwała nr 86/VIII/2023 - w/s przyznania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę

Uchwały nr 87-88/VIII/2023 - w/s przyznania pomocy koleżeńskiej finansowej

Uchwała nr 89/VIII/2023 - w/s udzielenia pomocy humanitarnej

Uchwała nr 90/VIII/2023 - w/s przyznania dofinansowania kształcenia podyplomowego

Uchwały nr 91-95/VIII/2023 - w/s odmowy dofinansowania kształcenia podyplomowego

Uchwała nr 96/VIII/2023 – w/s rozpatrzenia odwołania dofinansowania kształcenia podyplomowego

Uchwała nr 97/VIII/2023 – w/s wytypowania przedstawiciela ORPiP do komisji egzaminacyjnej

Uchwały nr 98-99/VIII/2023 - w/s wytypowania przedstawicieli ORPiP do komisji konkursowych

Uchwała nr 100/VIII/2023 - w/s powołania komisji i zespołów problemowych

Uchwała nr 101/VIII/2023 - w/s zatwierdzenia wypłaty wynagrodzenia dla członków organów

Uchwała nr 102/VIII/2023 - w/s w sprawie aneksu do uchwały ORPiP w Radomiu nr 554/VII/2020 z dnia 24.01.2020 r. w sprawie wypłaty wynagrodzenia dla członków organów

Uchwała nr 103/VIII/2023 - w/s wprowadzenia zmiany do Regulaminu Komisji Socjalnej

Uchwała nr 104/VIII/2023 - w/s kierowania członków OIPiP w Radomiu na turnusy rehabilitacyjno-lecznicze w 2024 roku

Uchwała nr 105/VIII/2023 - w/s zakupu kalendarzy dla członków OIPiP na 2024 rok

Uchwała nr 106/VIII/2023 - w/s przeprowadzenia remontu w biurze OIPiP w Radomiu

Z prac Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych:

W dniu 11 października 2023 roku odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwała nr 159/VIII/2023 – w/s wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych Kursu specjalistycznego „Żywność dojelitowa i pozajelitowa” dla pielęgniarek organizowanego przez Entermed spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

W dniu 20 października 2023 roku odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwała nr 160/VIII/2023 - w/s stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru pielęgniarek/-rzy ORPiP w Radomiu

Uchwały nr 161 - 163/VIII/2023 - w/s wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu

Uchwały nr 164 - 165/VIII/2023 – w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek ORPiP

Uchwała nr 166/VIII/2023 – w/s udzielenia pomocy koleżeńskiej

Uchwała nr 167/VIII/2023 – w/s świadczenia w związku z przejściem na emeryturę

Uchwała nr 168/VIII/2023 – w/s dofinansowania kształcenia podyplomowego

Uchwała nr 169/VIII/2023 – w/s wytypowania przedstawiciela ORPiP do pracy w komisji konkursowej w SPZZOZ – Szpital w Iłży na stanowisko Piel. Oddziałowej

Uchwała nr 170/VIII/2023 – w/s

wytypowania przedstawiciela ORPiP do pracy w komisji konkursowej w SPZZOZ – Szpital w Iłży na stanowiska Ordynatorów

Uchwała nr 171/VIII/2023 – w/s zorganizowania i sfinansowania posiedzenia ORPiP oraz organów podsumowujące projekt unijny

W dniu 17 listopada 2023 roku odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwały nr 172 - 174/VIII/2023 - w/s stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru pielęgniarek/-rzy ORPiP w Radomiu

Uchwały nr 175 - 178/VIII/2023 - w/s wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu

Uchwały nr 179 - 181/VIII/2023 – w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek ORPiP

Uchwała nr 182/VIII/2023 – w/s wykreślenia z rejestru położnych ORPiP

Uchwała nr 183/VIII/2023 – w/s zaświadczenia o kwalifikacjach pielęgniarki

Uchwała nr 184/VIII/2023 – w/s udzielenia pomocy koleżeńskiej

Uchwała nr 185/VIII/2023 – w/s świadczenia w związku z przejściem na emeryturę

Uchwała nr 186/VIII/2023 – w/s udzielenia pomocy koleżeńskiej finansowej członkowi OIPiP z siedzibą w Rzeszowie

Uchwała nr 187/VIII/2023 – w/s dofinansowania kształcenia podyplomowego

Uchwała nr 188/VIII/2023 – w/s skierowania położnej na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w ostatnich 6 latach

Uchwały nr 189-191/VIII/2023 – w/s wytypowania przedstawicieli ORPiP do pracy w komisjach egzaminacyjnych kursów specjalistycznych w SPZZOZ w Kozienicach, M.Sz.S. Sp. z o.o. i SPZZOZ w Przysusze.

IV. Zgodnie z prawem

Jako pielęgniarki i położne jesteśmy zobowiązane do stałego aktualizowania wiedzy, mamy również prawo poszerzania swoich umiejętności w inny sposób niż kształcenie podyplomowe, a przysługuje nam na to płatny urlop. Czy pracodawca może nie wyrazić na niego zgody? O ile dni można wnioskować? Oto wszystko, co warto wiedzieć o urlopie szkoleniowym.

Urlop szkoleniowy – na co?

Zgodnie z postanowieniem § 1 ust. 7 Porozumienia zawartego w dniu 9 lipca 2018 r. pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych a Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia, pielęgniarkom i położnym, które chcą podnosić swoje kwalifikacje zawodowe w inny sposób niż kształcenie podyplomowe, przysługuje urlop szkoleniowy w wymiarze do 6 dni roboczych w ciągu roku. W tym czasie wynagrodzenie jest płatne według zasad obowiązujących przy urloпах wypoczynkowych.

- Zgodnie z art. 61a ust. 4 u.z.p.p. **każda pielęgniarka lub położna w okresie kształcenia podyplomowego bez skierowania pracodawcy ma prawo do płatnego urlopu szkoleniowego w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie.**

Ustawa jasno określa również rodzaje kształcenia podyplomowego. Są to:

- **szkolenie specjalizacyjne (specjalizacja)**
- **kurs kwalifikacyjny**
- **kurs specjalistyczny**
- **kurs dokształcający**

Możliwość skorzystania z 6-dniowego urlopu szkoleniowego nie dotyczy jednak:

- konferencji
- kongresów
- seminariów
- sympozjów
- warsztatów

W powyższych przypadkach pielęgniarki i położne są często zmuszone do wykorzystywania urlopu wypoczynkowego w celu uczestniczenia w tego rodzaju wydarzeniach.

Ważne jest to, że ostateczny wymiar urlopu ustala pracodawca, uwzględniając przy tym czas trwania wybranej formy podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Z tego powodu wnioskująca o urlop osoba powinna wcześniej przedstawić przełożonemu dokument, który określa czas trwania kształcenia.

Kształcenie podyplomowe

Jeśli chodzi o kształcenie podyplomowe, pielęgniarki i położne zatrudnione na podstawie umowy o pracę mogą korzystać z kształcenia podyplomowego na własny wniosek, po wcześniejszym uzyskaniu z ręki pracodawcy skierowania do organizatora – lub bez niego.

Warto pamiętać, iż odnośnie form kształcenia podyplomowego określonych w art. 66 ust. 1 u.o.z.p.i.p. pielęgniarki i położne mogą wnioskować o urlop szkoleniowy celem udziału w obowiązkowych zajęciach w ciągu całego okresu trwania kształcenia podyplomowego – w tym wypadku możemy liczyć na urlop o wymiarze nawet do 28 roboczych. Warunkiem jego uzyskania jest skierowanie od pracodawcy, który ustala liczbę dni urlopu w zależności od czasu trwania kształcenia.

Prawo do urlopu bez skierowania

Aby uzyskać prawo do skorzystania z płatnego urlopu szkoleniowego, pielęgniarka, która zamierza odbyć kształcenie podyplomowe bez skierowania, musi spełnić pewne warunki. Należą do nich:

1. Zatrudnienie na umowie o pracę;
2. Zawarcie z organizatorem kształcenia umowy, celem odbycia kształcenia podyplomowego;
3. Brak skierowania od pracodawcy na kształcenie podyplomowe (zmiana pracodawcy lub odmowa zgody przełożonego).

Czy pracodawca może odmówić urlopu szkoleniowego?

Choć uzyskanie skierowania od pracodawcy nie jest obowiązkowe, każda pielęgniarka i położna musi uzyskać od niego zgodę na skorzystanie z wolnych dni na szkolenie. Bez jego akceptacji można narazić się na poważne problemy – od upomnienia, po zwolnienie z pracy.

Ważne jednak, by pamiętać, że realizacja naszego obowiązku podnoszenia kwalifikacji zawodowych i otrzymanie zgody na płatny urlop szkoleniowy nie zależy od “widzimisię” pracodawcy. W sytuacji odmowy udzielenia takiego urlopu chętniej pielęgniarkie lub położnej decyzja pracodawcy może zostać poddana weryfikacji przez jego przełożonych, a w przypadku wykrycia jakichkolwiek naruszeń lub podejrzenia dyskryminacji sprawa może skończyć się nawet w Sądzie Pracy.

Źródło: [Ministerstwo Zdrowia gov.pl/web/zdrowie](https://ministerstwozdrowia.gov.pl/web/zdrowie)

Od 1 listopada 2023 r. wprowadzamy zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Więcej pacjentów skorzysta z większej liczby świadczeń, a lekarze zlecą więcej badań.



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.153.2023.MK

Warszawa, dnia 20 października 2023 r.

Pani
Katarzyna Sójka
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W związku wątpliwościami, zgłaszanymi przez członków samorządu pielęgniarek i położnych, uprzejmie proszę o komentarz i interpretację dotyczącą:

- uznawania recept wystawionych przez uprawnione pielęgniarki i położne z Polski, które będą realizowane w pozostałych krajach członkowskich objętych Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r., (tj. w krajach objętych opieką transgraniczną) niezależnie od tego czy w krajach tych pielęgniarki i położne mogą wystawiać recepty na leki i wyroby określone na przedmiotowych receptach.

Powyższe zapytanie dotyczy recept wystawianych przez pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 2702 z późn. zm.).

Powyższa kwestia jest istotna, zwłaszcza w obliczu zmian przepisów dotyczących zasad wydawania leków na podstawie wystawionych recept, w celu zapewnienia ciągłości leczenia pacjentów.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

Mariola Łodzińska

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, tel.: (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl





Ministerstwo Zdrowia

Departament
Polityki Lekowej i Farmacji

PLPR.454.243.2023.MI
Warszawa, 14 listopada 2023

Pani
Mariola Łodzińska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

nawiązując do pisma z dnia 20 października 2023 r. z prośbą o komentarz i interpretację dotyczącą uznawania recept wystawionych przez uprawnione pielęgniarki i położne z Polski, które będą realizowane w pozostałych krajach członkowskich objętych dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r., Departament Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia przekazuje poniższe informacje.

Zasady uznawania recept wystawionych w innym państwie członkowskim na poziomie unijnym reguluje art. 11 wyżej wspomnianej dyrektywy, zgodnie z którym co do zasady w przypadku, gdy produkt leczniczy jest dopuszczony do obrotu na ich terytorium, zgodnie z dyrektywą 2001/83/WE lub rozporządzeniem (WE) nr 726/2004, państwa członkowskie zapewniają, aby recepty wystawione na taki produkt w innym państwie członkowskim na nazwisko określonego pacjenta mogły być zrealizowane na terytorium państw zgodnie z aktualnie obowiązującym prawodawstwem krajowym oraz by zakazane były jakiegokolwiek ograniczenia w zakresie uznawania konkretnych recept, chyba że takie wymogi:

- a) są ograniczone do tego, co jest konieczne i proporcjonalne do zagwarantowania ochrony zdrowia ludzkiego, oraz nie mają charakteru dyskryminującego; lub
- b) opierają się na uzasadnionych i usprawiedliwionych wątpliwościach co do autentyczności, treści lub zrozumiałości konkretnej recepty.

Uznawanie takich recept nie może naruszać krajowych przepisów dotyczących przepisywania i wydawania, jeżeli te przepisy są zgodne z prawem unijnym, w tym przepisów dotyczących leków generycznych lub innych zamienników.

Na potrzeby przytoczonej normy istotne jest zdefiniowanie samej recepty, która zgodnie z art. 3 lit. k omawianej dyrektywy oznacza receptę na produkt leczniczy lub na wyrób medyczny wydaną przez osobę wykonującą zawód regulowany w zakresie opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 3 ust. 1 lit. a) dyrektywy 2005/36/WE, uprawnioną zgodnie

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

z prawem do wykonywania tego zawodu w państwie członkowskim, w którym recepta została wydana.

Przepis odsyła zatem do dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz.Urz.UE.L Nr 255, str. 22), która w swoim zakresie regulacji obejmuje także pielęgniarstwo (Seksja 3) czy położnictwo (Seksja 6).

Konkludując zatem, określone normy kształtują co do zasady możliwość realizowania recept wystawionych przez pielęgniarki i położne w Polsce w oparciu o uprawnienia wskazane w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U. z 2022 r. poz. 2702, ze zm.) na terytorium innych państw członkowskich, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z art. 11 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE.

Należy mieć oczywiście na względzie, że dyrektywa – jako źródło prawa – nie jest stosowana bezpośrednio i wymaga implementacji na gruncie prawa krajowego. Sam sposób i prawidłowość implementacji tych przepisów do prawodawstwa poszczególnych krajów i w rezultacie faktyczne realizowanie takich recept w innych państwach członkowskich, pozostaje poza zakresem Ministra Zdrowia.

Zaznaczenia wymaga, że powyższe nie stanowi powszechnie obowiązującej interpretacji przepisów. Minister Zdrowia może dokonywać interpretacji indywidualnych wyłącznie w granicach i na podstawie prawa, co w tym przypadku przewiduje jedynie art. 34 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2023 r. poz. 221, ze zm.) – dalej: „upp”. Zgodnie z przywołanym przepisem ustawy, przedsiębiorca może złożyć do właściwego organu lub właściwej państwowej jednostki organizacyjnej wniosek o wydanie wyjaśnienia co do zakresu i sposobu stosowania przepisów, z których wynika obowiązek świadczenia przez przedsiębiorcę daniny publicznej lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, w jego indywidualnej sprawie (interpretacja indywidualna). Przedmiotem żądania przedsiębiorcy może więc być wyłącznie interpretacja zakresu i sposobu stosowania tych przepisów prawa powszechnie obowiązującego, których zastosowanie powodować będzie powstanie po stronie przedsiębiorcy obowiązku poniesienia obciążeń (pieniężnych i niepieniężnych), które mogą zostać zaklasyfikowane jako danina publiczna lub składka na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne. Ustawodawca wskazał konkretne instytucje prawne oraz okoliczności, w których organy władzy publicznej są zobowiązane do wydawania interpretacji przepisów prawa, natomiast przedstawione zagadnienie nie podlega interpretacji w trybie art. 34 ust. 1 upp.

Z wyrazami szacunku

Łukasz Szmulski
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/

Do wiadomości:

1. Departament Rozwoju Kadr Medycznych.

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Zasady opieki pielęgniarzkiej wobec pacjenta przewlekle chorego, niesamodzielnego oraz długotrwale unieruchomionego w opiece długoterminowej

Dr n. o zdr. Mariola Rybka, prof. PANS

Konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej

Intensywny rozwój opieki medycznej wpłynął na obniżenie poziomu śmiertelności, a choroby sklasyfikowane jako wysoce śmiertelne stały się chorobami przewlekłymi. Stan zdrowia uzależniony jest w znacznym stopniu od stylu życia, dostępności do usług medyczno-rehabilitacyjnych oraz czynników ekonomicznych, socjalnych. Wskaźniki demograficzne dotyczące osób będących w wieku podeszłym są wprost proporcjonalne do zjawiska polipatologii. Wiele schorzeń równolegle na siebie zachodzących, a odnoszących się do tzw. zespołów geriatrycznych, wzajemnie się zazębiają. Najczęściej dotyczy to chorób układu sercowo-naczyniowego (75% populacji), układu ruchu (68%), oddechowego (46%), pokarmowego (34%), zaburzeń pamięci,¹ zaburzeń równowagi,^{2,3} znacznego pogorszenia funkcji narządu wzroku i słuchu.⁴ W wyniku wielochorobowości dochodzi do szeregu powikłań jak odleżyny, nietrzymanie moczu, owrzodzenia niedokrwienne, przykurcze, które mają znamieny wpływ na poziom jakości życia.^{5,6,7} Choroba przewlekła jest źródłem pogorszenia się stanu sprawności, nasila niesamodzielną w zakresie złożonych i podstawowych czynności dnia codziennego. Przejawia się ograniczeniem codziennej aktywności, obniżonym poziomem adaptacji do funkcjonowania w warunkach ciągłych zmian socjoekonomicznych. Jest ona powiązana z bólem, uciążliwym leczeniem, pogorszeniem stanu psychicznego oraz uzależnieniem od osób trzecich. Pojawia się wątpliwość, jakie podjąć działania by sprostać pojawiającym się problemom wynikającym z naturalnego procesu inwolucyjnego oraz nasilonego

poprzez wielochorobowość oraz polipragmazję. Opieka długoterminowa dotyczy dwóch obszarów ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Świadczenia z zakresu opieki długoterminowej są realizowane przez profesjonalistów (pielęgniarki, lekarzy, terapeutów, rehabilitantów, opiekunów medycznych), ale również przez opiekunów nieformalnych (znajomych, członków rodziny, przyjaciół, wolontariuszy). Celem opieki długoterminowej jest podejmowanie działań, których priorytetem jest dbanie o jakość życia osób z ograniczoną zdolnością do samodzielności.⁸ Tak postrzegana opieka długoterminowa to szeroki obszar, który swoim działaniem obejmuje osoby potrzebujące opieki i pielęgnacji od narodzin, aż do ostatnich dni. Opieka długoterminowa to profesjonalna, ciągła i długookresowa pielęgnacja, rehabilitacja z zachowaniem leczenia dietetycznego oraz kontynuacją farmakoterapii. Obszar tych działań przeznaczony jest dla osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych, obłożnie lub przewlekle chorych, u których został zakończony proces intensywnego diagnozowania i leczenia, ale ze względu na znaczne deficyty w zakresie samoopieki i samopielęgnacji wymagają dalszych świadczeń z poziomu specjalistycznej oraz podstawowej pielęgnacji i rehabilitacji. Podstawą opieki długoterminowej jest wspomaganie osoby chorej oraz osób najbliższych do podejmowania wszelkich możliwych działań mających na celu jak najdłuższy lub stały pobyt osoby niesamodzielnej, przewlekle chorej lub będącej w podeszłym wieku w środowisku domowym, wśród najbliższych. Wdrażanie skoordynowanych działań z obszaru pomocy społecznej oraz świadczeń zdrowotnych przyczynia się do poprawy jakości usług i sprawia, że pobyt w warunkach środowiska domowego daje poczucie bezpieczeństwa i wpływa na subiektywną ocenę jakości życia. Kompensacyjne działania podejmowane przez członków zespołu interdyscyplinarnego pracującego w obszarze opieki długoterminowej czyli pielęgniarki, opiekunowie medyczni, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, psycholodzy rozpoznają tkwiące rezerwy somatyczne i psychiczne i ukierunkowują działania terapeutyczne na ich wzmocnienie.

Starzenie się społeczeństwa oraz systematycznie rosnąca populacja osób przewlekle chorych, niesamodzielnych wpływa na dynamiczny wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej. Jednym z głównych przyczyn niesamodzielności pacjentów objętych opieką długoterminową są schorzenia układu sercowo-naczyniowego m.in. udar mózgu, który stanowi najczęstszą przyczynę niepełnosprawności. Dominującym powikłaniem udaru, który utrudnia funkcjonowanie to niesamodzielność oraz dysfagia. Wielokrotnie alternatywą staje się wytworzenie gastrostomii odżywczej (PEG). Kolejnym powodem niepełnosprawności pacjentów opieki długoterminowej to stwardnienie rozsiane (SM). To choroba demielizacyjna centralnego układu nerwowego. W grupie objawów neurologicznych dominują: niedowłady piramidowe kończyn dolnych i górnych, zaburzenia czucia, zaburzenia koordynacji, zaburzenia kontroli zwieraczy, zaburzenia ostrości wzroku, zawroty głowy, oczopląs, skurcze mięśniowe. Analiza najczęstszych

stanów klinicznych kierowanych do opieki długoterminowej stacjonarnej dotyczy:

- stanu po udarze mózgu
- choroby niedokrwiennej serca
- nadciśnienia tętniczego
- miażdżycy uogólnionej
- cukrzycy
- po urazach/zabiegach ortopedycznych
- niewydolności nerek
- niewydolności oddechowej
- owrzodzenia odleżynowego
- kardiomiopatii
- stanów otępiennych
- choroby Parkinsona⁹

Bardzo dużą grupę pacjentów opieki długoterminowej stanowią pacjenci z zespołami otępiennymi. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) otępienie to zespół objawów spowodowanych chorobą mózgu o przewlekłym i dynamicznym postępie. W takim przypadkach obserwujemy zaburzenia funkcji korowych jak pamięć, uczenie się, myślenie, orientacja, liczenie, rozumienie i zaburzenia zdolności dokonywania ocen.

W wyniku wielochorobowości, znacznego poziomu niesamodzielności oraz długotrwałego unieruchomienia pojawiają się powikłania m.in. odleżyny, które stanowią istotny problem w opiece długoterminowej, przysparzając pacjentowi cierpienia oraz nasilają dolegliwości bólowe. Rany przewlekłe w postaci odleżyn stanowią istotną grupę powikłań występujących u pacjentów obarczonych ograniczoną sprawnością ruchową, wielochorobowością, niedożywionych zarówno ilościowo jak i jakościowo, z chorobami neurologicznymi, naczyń obwodowych.^{10,11} Według międzynarodowej definicji American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) i European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) odleżyna jest umiejscowionym uszkodzeniem skóry i/lub głębszej tkanki, która zwykle pojawia się na wypukłości kostnej w wyniku ucisku lub połączenia ucisku i rozrywania.¹² Okolice ciała, w których najczęściej dochodzi do powstania odleżyn to okolica dolnej połowy ciała, umiejscowienie jest uzależnione od pozycji ułożeniowej w jakiej znajduje się pacjent, dotyczy to głównie okolicy kości krzyżowej (ok. 40%), guzów kulszowych (ok. 5%), krętarzy (ok. 10%), kostek bocznych goleni (ok. 5%) i guzów piętowych (ok. 10%).^{12,13} Powstanie rany odleżynowej może być spowodowane nieprzerwanym uciskiem trwającym kilka godzin (2-4 godz.).¹⁴ Analiza literatury przedmiotu wskazuje, iż odleżyny najczęściej rozwijają się w pierwszym okresie unieruchomienia obejmującym pierwsze 2 tygodnie, przy czym w ponad 30-40% przypadków dotyczy pierwszych 7 dni, a w ok. 70% dotyczy kolejnych dni unieruchomienia.¹⁵

Prowadzenie oraz monitorowanie ciągłej, zindywidualizowanej pielęgnacji przeciwodleżynowej stanowi priorytet w opiece pielęgniarskiej nad chorym zagrożonym jej wystąpieniem lub z występującą już odleżyną.¹² Działania profilaktyczne skupione są na identyfikacji chorych z grup ryzyka, minimalizacji lub eliminacji czynników ryzyka, unikanie bądź zmniejszenie ucisku przy zastosowaniu dostępnych na rynku pozycjonerów, utrzymanie właściwego środowiska mikroklimatu w pomieszczeniu. Istotne postępowanie terapeutyczne obejmuje pielęgnację skóry, wdrożenie adekwatnej co do stanu klinicznego pacjenta rehabilitacji ruchowej, stosowanie diety z wyrównaniem zaburzeń, na przykład stężenia cukru, białka, hemoglobiny, żelaza, wody i elektrolitów.^{10,16} Profilaktyka stanowi podstawę postępowania przeciwodleżynowego. Pomimo intensywnych działań profilaktycznych u części chorych ryzyko powstania odleżyny będzie się utrzymywać na wysokim poziomie i dojdzie do jej powstania. Ta sytuacja stanowi kolejne wyzwanie jak postępować z trudno gojącą się raną. Proces ten jest zazwyczaj trudny i kosztochłonny wymaga on pełnego zaangażowania zespołu specjalistów w zakresie działań leczniczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych. Gojenie się ran odleżynowych może trwać od kilku (ok. 13% odleżyn powierzchownych udaje się wyleczyć w okresie ok. 2 tygodni) do kilku miesięcy, a nawet lat (zwykle 6-12 miesięcy). Dobór odpowiednich metod, technik pielęgnowania oraz leczenia miejscowego jest uzależniony od rodzaju i charakteru rany, jej umiejscowienia, wielkości łóżyska rany, czasu trwania, stanu mikrobiologicznego oraz stopnia i fazy gojenia.¹⁷ Na dobór opatrunku ze względu na duży wybór opatrunków dostępnych na rynku należy się kierować określonymi kryteriami.

Tabela nr 1 Kryteria doboru opatrunku^{18, 19, 20, 21, 22}

Kryteria doboru opatrunku	
Faza gojenia rany	opatrunek dobiera się zgodnie z tkanką dominującą w dnie owrzodzenia (martwica sucha, martwica rozpułnna, ziarnina, naskórkowanie)
Wysięk	ocena wysięku zgodnie z systemem punktacji Falangi i dobór opatrunku o odpowiedniej chłonności
Stan mikrobiologiczny rany	ocena kliniczna objawów infekcji (obrzęk, rumień, zapach, ucieplenie skóry wokół odleżyny) porównana z oceną mikrobiologiczną (posiew bakteryjny)
Obecność jam, kieszeni, przetok	ocena głębokości odleżyny i dobór opatrunku wypełniającego odleżynę
Współistniejące uszkodzenia skóry pod postacią (maceracji, erozji, hydratacji, hiperkeratozy, nadżerek, wyprzeń)	dobór opatrunku albo preparatu gojącego i chroniącego otaczającą skórę przed dalszym uszkodzeniem

Konsekwencją polipatologii jest znaczne obniżenie sprawności funkcjonalnej co prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne. Istotnym celem podejmowanych działań pielęgnacyjnych skierowanych do pacjentów przewlekle chorych jest edukacja ukierunkowana na samego pacjenta, ale również na jego rodzinę, osoby sprawujące bezpośrednią opiekę. Zakres edukacji obejmuje naukę samoopieki – jak korzystać z dostępnych na rynku wyrobów chłonnych, pomocniczych środków pielęgnacyjnych, jak prowadzić samokontrolę parametrów życiowych, takich jak tętno, RR, pomiar glikemii. W tym kontekście pojawia się konieczność oceny efektów profesjonalnej opieki pielęgniarstwa sprawowanej w warunkach środowiska domowego jak również tej realizowanej w zakresie stacjonarnym czyli w zakładach opiekuńczo-leczniczych/opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Postawienie diagnozy pielęgniarstwa, rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych, wdrożenie odpowiednich interwencji jest kierunkiem działań podejmowanych wobec pacjenta. Przykładowe diagnozy i interwencje pielęgniarstwa wg ICNP® w opiece nad pacjentem objętym opieką długoterminową przedstawia tabela nr 2.

Tabela nr 2 Wybrane problemy pielęgnacyjne w ujęciu ICNP® stosowanych w opiece długoterminowej

Diagnoza pielęgniarstwa	Interwencje	Wynik
Nietrzymanie moczu [10025686]	Ocenianie trzymywania moczu [10030781] Zarządzanie nietrzymaniem moczu [10031879] Zarządzanie cewnikiem urologicznym [10031977] Zapewnienie urządzenia zabezpieczającego [10024527] Promowanie higieny [10032477] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562]	Trzymanie moczu [10027836]
Nietrzymanie stolca [10027718]	Ocenianie trzymywania stolca [10030558] Zapewnienie urządzenia zabezpieczającego [10024527] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562]	Trzymanie stolca [10027741]
Ryzyko upadku [100151221]	Ocenianie ryzyka upadku [10023520] Ocenianie stopnia samodzielności [10002723] Demonstrowanie metod prewencji upadków [10040248] Zapewnienie urządzenia zabezpieczającego [10024527] Nauczanie o prewencji upadków [10040253] Nauczanie rodziny o prewencji upadków [10040269] Nauczanie o bezpieczeństwie w domu [10032960] Nauczanie o urządzeniu uruchamiającym [10037474] Nauczanie o bezpiecznym korzystaniu z urządzeń [10044944] Nauczanie o środkach bezpieczeństwa [10024687] Nauczanie o technikach przemieszczania [10041489] Prewencja upadków [10040211] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562]	Brak upadku [10034704]

Tabela nr 2, ciąg dalszy Wybrane problemy pielęgnacyjne w ujęciu ICNP® stosowanych w opiece długoterminowej

Diagnoza pielęgnarska	Interwencje	Wynik
Ryzyko zaburzonego statusu odżywienia [10037224]	Ocenianie statusu odżywienia [10030660] Ocenianie ryzyka zaburzonego statusu odżywienia [10002747] Ocenianie zachowań związanych z jedzeniem i piciem [10002747] Ocenianie apetytu [10038901] Ocenianie postawy wobec statusu odżywienia [10002694] Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533] Nauczanie rodziny o reżimie diety [10026525] Nauczanie o wzorcu przyjmowania pokarmów [10032918] Monitorowanie przyjmowania płynów [10035303] Monitorowanie wagi ciała [10032121] Ważenie pacjenta [10033323] Monitorowanie odżywiania [10036032] Zarządzanie reżimem diety [10023861] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562]	Poprawa statusu odżywienia [10035569]
Deficyt samoopieki [10023410]	Ocenianie samoopieki [10021844] Ewaluacja planu opieki [10031252] Ewaluacja stanu domu przed rozpoczęciem opieki domowej [10041038] Promowanie samoopieki [10026347] Nauczanie o samoopiece [10045014] Nauczanie opiekuna [10033086] Wzmacnianie samodzielności [10022537] Asystowanie w samoopiece [10035763]	Pozytywna zdolność do samoopieki [10025714]
Ryzyko odleżyny [10027337]	Ocenianie ryzyka odleżyny [10030710] Ocenianie skóry [10041126] Ocenianie integralności skóry [10033922] Ocenianie perfuzji tkanek [10030775] Monitorowanie perfuzji tkankowej [10035335] Planowanie opieki [10035915] Zapewnienie ciągłości opieki [10006966] Prewencja odleżyny [10040224] Pielęgnacja skóry [10032757] Pozycjonowanie pacjenta [1001471] Nauczanie o prewencji odleżyny [10036861] Nauczanie o używaniu urządzenia wspierającego [10040909]	Bez odleżyny [100290651]
Zaparcie [10000567]	Ocenianie statusu wypróżnienia [10036475] Ocenianie zachowań związanych z jedzeniem i piciem [10002747] Ocenianie mobilności [10030527] Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533] Monitorowanie przyjmowania płynów [10035303] Monitorowanie przyjmowania pokarmów [1003614] Zarządzanie reżimem diety [10023861] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562] Leczenie zaparcia [10044729]	Efektywna defekacja [10028403]
Biegunka [10000630]	Ocenianie bilansu płynów [10037881] Monitorowanie bilansu płynów [10040852] Terapia płynami [10039330] Ocena kontroli objawów [10026161] Monitorowanie oznak i objawów infekcji [10012203] Zarządzanie wypróżnieniem [10041427] Monitorowanie odżywiania [10036032] Pielęgnacja skóry [10032757] Zapobieganie odleżynom [10040224]	Prawidłowe wypróżnienie [10028398]

Występowanie szeregu chorób przewlekłych jednocześnie prowadzi do pojawienia się szeregu niekorzystnych konsekwencji dla pacjenta, które negatywnie wpływają na wszystkie sfery funkcjonowania. W przypadku osób w wieku podeszłym oraz senioralnym rozpatrujemy je pod kątem wielkich problemów geriatrycznych i dotyczą one: zaburzenia mobilności/przemieszczania się, zaburzenia równowagi, nietrzymanie moczu i stolca, upadki, zaburzenia funkcji poznawczych, upośledzenie słuchu i wzroku, występowanie objawów depresji. Choroba zaburza poczucie stabilizacji, uniemożliwia pełnienie ról społecznych, prowadzi do wycofania się i powoduje pojawienie się objawów depresji. Zachęcanie pacjenta do udziału w zajęciach terapeutycznych oraz aktywnego uczestnictwa w procesie nauki działań samoopiekuńczych prowadzi do poprawy samopoczucia i utrzymania sprawności fizycznej i psychicznej na optymalnym poziomie. Opieka długoterminowa stacjonarna, realizując zadania terapeutyczne, angażuje członków zespołu interdyscyplinarnego w poszukiwaniu nowych metod leczenia, opieki, pielęgnacji, terapii oraz rehabilitacji. Mając na uwadze poprawę jakości życia osób przewlekle chorych i niesamodzielnych angażuje w ten proces samego pacjenta, ponieważ nikt inny jak tylko sam pacjent, dobrze zorientowany, zaznajomiony z zakresem oczekiwanych efektów terapii jest najważniejszym członkiem tego zespołu, jest „pierwszym terapeutą samego siebie”.

W opiece nad pacjentem przewlekle chorym ustawodawca zobowiązuje świadczeniobiorcę do oceny stanu niesamodzielności za pomocą wystandaryzowanego narzędzia jakim jest skala Barthel. Ocena według tej skali jest jednym z głównych kryteriów objęcia pacjenta opieką długoterminową. Za pomocą tej skali określany jest poziom deficytu niesamodzielności z obszaru spożywania posiłków, przemieszczania się, ubierania, utrzymania higieny osobistej oraz kontroli potrzeb fizjologicznych. Pacjent kierowany do opieki długoterminowej nie może przekroczyć 40 pkt., gdzie maksymalna liczba punktów uzyskanych przez pacjenta samodzielnego wynosi 100 pkt. Wskaźnik punktowy skali poniżej 40 pkt. wskazuje, że jest to osoba wymagająca zaangażowania wszystkich członków zespołu interdyscyplinarnego w proces terapeutyczny.

Do wiodących problemów pielęgnacyjnych zdiagnozowanych u pacjentów opieki długoterminowej należą: ograniczona aktywność ruchowa, upadki, suchość skóry, nietrzymanie moczu, nietrzymanie stolca, trudności w połykaniu - dysfagia, zaparcia, odleżyny, deficyt samoopieki i samopielęgnacji, zaburzenia pamięci, odparzenia, lęk, poczucie osamotnienia. Jednym z głównych problemów pielęgnacyjnych pacjentów kierowanych do opieki długoterminowej jest ograniczona sprawność ruchowa. Wiek oraz dolegliwości wynikające z wielochorobowości są głównymi determinantami nasilenia poziomu niesamodzielności wynikającej z braku ruchu/aktywności. Wyzwaniem dla personelu medycznego jest bezpieczne przemieszczanie/transfer pacjenta przy zastosowaniu różnych metod i technik z wykorzystaniem sprzętu specjalistycznego by minimalizować powikłania

z tytułu długotrwałego unieruchomienia. Wpływ bezruchu/długotrwałego unieruchomienia spowodowanego chorobą, urazem, wypadkiem, operacją może przyjąć postać hipokinezji lub akinezji. Akinezja to bezruch spowodowany uszkodzeniem OUN. Hipokinezja to niedostatek ruchu w stosunku do potrzeb organizmu. Zarówno akinezja, jak i hipokinezja są przyczyną ciężkich zaburzeń, których proces terapeutyczny jest długotrwały, złożony i trudny do cofnięcia. Wielokrotnie powstałe zmiany stają się przyczyną kolejnego problemu jakim są odleżyny. Zmiany jakie powstają w organizmie człowieka z tytułu długotrwałego unieruchomienia dotyczą każdego narządu i układu, zwiększając ryzyko wielu powikłań, dodatkowych chorób, a przez to zwiększając ryzyko zgonu. Przyczyny długotrwałego unieruchomienia mogą być spowodowane chorobami układu sercowo-naczyniowego (np. udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, NZK), chorobami neurologicznymi (np. choroba Alzheimera, Parkinsona, stwardnienie rozsiane, miastenia), chorobami układu kostno-stawowego (np. zwyrodnienie stawów, złamania szyj kości udowej). Konsekwencje wynikające z niedoboru ruchu prowadzą do m.in.: zakrzepicy żył głębokich, zapalenia płuc, odleżyn, niewydolności układu krążenia, niewydolności układu oddechowego oraz zaburzeń funkcji układu moczowego czy zaburzeń o charakterze depresji.

Tabela nr 3 Wpływ bezruchu/unieruchomienia na poszczególne narządy i układy organizmu^{23, 24, 25}

Układy/narządy	Wpływ unieruchomienia
Układ krążenia i krwiotwórczy	Spadek RR krwi Wzrost tętna Zmniejszenie objętości osocza o 7% Zmniejszenie objętości wyrzutowej serca Przyspieszenie rytmu serca Zmniejszenie transportu krwi Obrzęki Zaleganie chłonniki i krwi żyłnej Zmniejszenie erytrocytów Zagęszczenie krwi
Układ oddechowy	Spłycenie i zmniejszenie liczby oddechów Zmniejszenie ruchomości klatki piersiowej Zmniejszenie wydolności oddechowej Niedotlenienie tkanek Zmniejszenie pojemności życiowej płuc Zwiększone ryzyko zapalenia płuc
Układ pokarmowy	Zaburzenia wchłaniania Zaparcia
Układ nerwowy	Problemy z równowagą Zaburzenia ortostatyczne Zaburzenia czucia powierzchniowego i głębokiego
Układ mięśniowy	Oslabienie siły mięśniowej Spadek elastyczności i masy mięśni Odruchowe napięcie mięśniowe Przykurcze, niedowłady Zanik mięśni

Tabela nr 3, ciąg dalszy Wpływ bezruchu/unieruchomienia na poszczególne narządy i układy organizmu^{23, 24, 25}

Układy/narządy	Wpływ unieruchomienia
Układ kostny	Utrata wapnia Demineralizacja kości Osteoporoza
Układ stawowy	Ograniczenie ruchomości Wiotkość stawów Podatność na skręcenia i zwichnięcia Niestabilność Zesztywnienie
Skóra	Zmniejszenie elastyczności Łuszczenie się Odleżyny

Istotnym problem w opiece nad pacjentem z chorobą przewlekłą oraz z zaburzeniami koordynacji ruchowej są upadki. Stanowią one jeden z głównych przyczyn inwalidztwa i piątą przyczynę śmiertelności.²⁶ Powodują spadek aktywności ruchowej, nasilają objawy depresji, pojawia się lęk poudupkowy, który demotywuje do uczestnictwa w podejmowaniu prób przemieszczania się, poruszania. Kolejnym istotnym problemem determinującym jakość życia pacjentów opieki długoterminowej jest zaburzona czynność zwieraczy prowadząca do nietrzymania moczu, stolca.

Nietrzymanie moczu (NTM) to bezwiedny wyciek, na który cierpi ponad 10% populacji. Problem ten zdecydowanie dotyczy kobiet w średnim i starszym wieku, a nasila go polipatologia. Mężczyźni borykają się z wymuszoną mikcją i dyskomfortem częstego kropelkowego oddawania moczu, który towarzyszy w przypadku przerostu gruczołu krokowego. U pacjentów ze stwardnieniem rozsianym obserwujemy częstomocz oraz bezwiedne oddawanie moczu. Problem zaburzenia oddawania stolca to znaczący problem mający charakter nietrzymania stolca lub zaparc. Nietrzymanie stolca to problem u chorych w polineuropatii cukrzycowej, po uszkodzeniach rdzenia kręgowego czy też u chorych ze zdiagnozowanymi zmianami w mózgu o charakterze naczyniowym. Zaparcia najczęściej występują u pacjentów po urazie rdzenia kręgosłupa, u chorych z chorobą Parkinsona, w stwardnieniu rozsianym oraz dotyczy to wszystkich pacjentów długotrwale unieruchomionych, gdzie w wyniku braku ruchu występuje leniwa peristaltyka jelit. Współczesne osiągnięcia medyczne i techniczne dają nam możliwość rozwiązywania powyższych problemów pielęgnacyjnych poprzez wykorzystanie dostępnych na rynku wyrobów medycznych w postaci pieluchomajtek, wkładek anatomicznych, majtek chłonnych, podkładow zawierających środki absorpcyjne/wchłaniające oraz barierowych kremów ochronnych.

Tabela nr 4 Systematyka wyrobów medycznych zalecanych w NTM

Wyroby chłonne przeznaczone do stosowania z bielizną		
Rodzaj	Funkcja/zastosowanie	Charakterystyka/zastosowanie
Wkładki anatomiczne (urologiczne) dla kobiet i dla mężczyzn	• mały i średni stopień NTM • ochrona skóry • pacjenci sprawni ruchowo lub częściowo samodzielni • zbieranie i gromadzenie moczu	• wkłady profilowane odpowiednio do anatomii kobiet lub mężczyzn • zróżnicowany poziom chłonności oraz rozmiarowo
Pieluchy anatomiczne dla kobiet i mężczyzn	• średni i duży stopień NTM • ochrona skóry • pacjenci sprawni ruchowo lub częściowo samodzielni	• wkłady profilowane odpowiednio do anatomii ciała • uniwersalne dla obu płci • zróżnicowane wielkością, poziomem chłonności
Wkłady na nietrzymanie kału	• zbieranie kału • ochrona skóry	• anatomiczne wkłady chłonne specjalnego przeznaczenia • uniwersalne dla obu płci
Wyroby chłonne przeznaczone do stosowania bez dodatkowego mocowania		
Majtki chłonne	• średni i ciężki stopień NTM • ochrona skóry	• profilowane odpowiednio do anatomii kobiet lub mężczyzn • zróżnicowane rozmiarowo i poziomem chłonności
Pieluchomajtki	• umiarkowany i duży stopień NTM • pacjenci leżący, niemobilni, z zaburzeniami świadomości	• uniwersalne dla obu płci • zróżnicowane rozmiarowo i poziomem chłonności

Głównym kryterium doboru środków absorpcyjnych jest stopień mobilności pacjenta, poziom nietrzymania moczu, stan świadomości. W odniesieniu do cech produktu chłonnego istotne znaczenie ma rozmiar produktu, chłonność, „oddychalność produktu”, sposób mocowania oraz zabezpieczenie przed wyciekami. W celu poprawy integralności skóry oraz minimalizacji inkontynencji zaleca się stosowanie specjalistycznych preparatów wzmacniających integralność skóry, a w przypadku oddziaływania wilgoci również preparatów barierowych. Pielęgniarki przy stosowaniu wyrobów chłonnych bardzo często zalecają stosowanie środków pomocniczych w postaci barierowych kremów ochronnych, pianek, chusteczek.

Tabela nr 5 Systematyka środków do higieny osobistej zalecanych w NTM

Preparat/rodzaj środka/postać	Funkcja/działanie
• gąbki • myjki jednorazowe • jednorazowe rękawice do mycia na sucho • jednorazowe rękawice do mycia na mokro • pianki • płyny • chusteczki • ochronne preparaty barierowe	• oczyszczanie i odkażanie skóry • oczyszczanie i nawilżanie skóry • oczyszczanie i nawilżanie śluzówki, • łagodzenie podrażnień skóry • natłuszczanie • neutralizacja PH • tworzenie bariery ochronnej • tworzenie bariery ochronnej dla wilgoci, działanie antybakteryjne i przeciwzapalne, odbudowa płaszcza hydrolipidowego naskórka, zmniejszenie uczucie świądu

Artykuł powstał w ramach Akademii Pielęgniarstwa i Położnictwa Sudocrem Expert

PARTNER HONOROWY



PARTNER MERYTORYCZNY



PARTNER PROGRAMU EDUKACYJNEGO



Piśmiennictwo:

- Kocemba J. Biologiczne wyznaczniki starości (w:) Panek A., Szrota Z. (red.) Zrozumieć starość, Kraków 2000; 107-110
- Kowalik S. Użyteczność koncepcji jakości życia dla procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych (w:) Wołowicka L. (red.) Jakość życia w naukach medycznych. Wyd. Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001, 54-77
- Żak M. Problemy rehabilitacji geriatrycznej - unieruchomienie, upadki, poruszanie się. (w:) Panek A., Szrota Z. (red.) Zrozumieć starość, Kraków 2000; 116-121
- Wieczorkowska-Tobis K. Specyfika medycyny geriatrycznej, Polska Medycyna Rodzinna, 2004; 6
- Kosicka B., Wrońska I. Rola pielęgniarki w edukacji chorych na cukrzycę, Via Medica, Problemy pielęgniarstwa 2007, tom 15, zeszyt 2-3, 187-191
- Szewczyk T., Jawień A. Sytuacja zdrowotna chorych z owrzodzeniem żylnym, Valetudinaria 2002, 7, 3, 44-49
- Szewczyk T. i wsp. Znaczenie masażu w obrętkach kończyn dolnych w przewlekłej niewydolności żylny, Valetudinaria 2002, 7, 3, 50-54
- Szwałkiewicz E. Opieka długoterminowa w świadczeniach pielęgniarstwa i opiekunek, Toruń 2006; 5
- Mapy potrzeb na lata 2022-2026, Ministerstwo Zdrowia, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analiza/opieka-dlugoterminowa/> (30.04.2023 r.)
- Krasowski G., Kruk M. Leczenie odleżyn i ran przewlekłych. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2008
- Szewczyk M., Sopata M., Jawień A. i wsp. Zalecenia profilaktyki i leczenia odleżyn, Leczenie Ran 2010; 7: 79-106
- Sopata M., Tomaszewska E., Głowacka A. Odleżyny – ocena ryzyka zagrożenia i profilaktyka, Pielęg. Chir. Angiol. 2007; 4: 165-169
- Budynek M., Nowacki C. Opatrywanie ran, Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008
- Shi C, Dumville JC, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention: a network meta-analysis. PLoS ONE 2018; 13: e0192707
- Profilaktyka odleżyn – zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Część I* Prophylaxis of the pressure ulcers – recommendations of the Polish Wound Management Association. Part I. Leczenie Ran 2020; 17 (3): 113-146
- Kózka M. Odleżyny - występowanie, profilaktyka i leczenie. Rehab. Med. 2004, 8: 29-38
- Cwajda-Błasiak J., Szewczyk M., Mościcka P. i wsp. Leczenie ran odleżynowych. (w:) Leczenie ran przewlekłych. Szewczyk M., Jawień A. (red.). PZWL Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2019; 161-183
- Terech-Skóra S., Piotrkowska R., Książek J. Trudności w pielęgnowaniu i leczeniu ran. Analiza przypadków Pielęgniarstwo i Położnictwo 2017; 3-4
- Moffat CJ, Falanga V, Romanelli M. Wound bed preparation in practice. Position document. European Wound Management Association. Medical Education Partnership, London 2004
- Sopata M., Tomaszewska E., Kotlińska-Lemieszek A. Nowoczesne zasady zachowawczego leczenia odleżyn, Leczenie Ran 2012; 9: 25-32
- Sopata M., Jawień A., Mrozikiewicz-Rakowska B. i wsp. Wytyczne postępowania miejscowego w ranach niezakażonych, zagrożonych infekcją oraz zakażonych – przegląd dostępnych substancji przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w leczeniu ran, Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran, Leczenie Ran 2020; 17: 1-21
- Fadzil M, Hani A, Arshad L i wsp. Detection and Classification of Granulation Tissue in Chronic Ulcers. Second International Visual Informatics Conference, IVIC 2011. Part 1. LNCS 7066; 139-150
- Stawińska T., Wójcik G. Aktywność pacjenta [w:] Podstawy pielęgniarstwa (red.) Ślusarska B., Zarzycka D. PZWL Wydawnictwo Medyczne 2017, 195-196
- Strugała M., Talarowska D. (red.) Rehabilitacja i pielęgnowanie niepełnosprawnych. PZWL Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2013
- Szewczyk M., Jawień A. Leczenie ran przewlekłych, PZWL Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2012, 110-111
- Czerwiński E., Białoszewski D., Borowy P., Kumoreka., Białoszewski A. Epidemiologia, znaczenie kliniczne oraz koszty i profilaktyka upadków u osób starszych, Epidemiology, Clinical Significance, Costs and Fall Prevention in Elderly People. Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2008; 5(6); Vol. 10, 419-42
- Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji – część I: Nietrzymanie moczu 2017



Czepek symbolizuje pokorę, biały strój – czystość, ubóstwo, ale i stanowi ochronę przed zakażeniem skóry. Mundur pielęgniarki i położnej posiada długą i fascynującą historię, świadczącą o profesjonalizmie tych zawodów. Jakie elementy stroju składają się na przepisowy ubiór pielęgniarki i położnej? Co łączy go z wojskiem i zakonem? Czarny czy czerwony – który jest kolorem pielęgniarki, a który położnej?

Elementy stroju

W kontekście historyczno-symbolicznym mundur pielęgniarki i położnej składa się z zestawu odzieży, czepka, fartucha (najczęściej z szarego płótna, fartucha białego krzyżowego, butów profilaktycznych oraz peleryny sukiennej).

Mundur – historia i współczesność

Pierwsze wzmianki na temat mundurów pochodzą z okresu wczesnego chrześcijaństwa, kiedy diakonisy sprawujące funkcje opiekuńczo-pielęgnacyjne nosiły jednakową odzież i jednakowe nakrycia głowy. Z kolei siostry szarytki – opiekunki chorych ze świeckiego Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia, założonego przez Wincentego à Paulo w 1633 r. – nosiły suknie szare z szerokimi rękawami, a głowy okrywały białymi chustami.

W Polsce strój pielęgniarski pojawił się na początku XX w. i był wzorowany na mundurach pielęgniarek amerykańskich. Składał się z bawełnianej sukienki z długimi rękawami (często kolorowej, czasem w kolorowe paski czy w kratkę), z uszytym kołnierzykiem i mankietami. Do pracy zakładano fartuch z bawetnem (fartuch bez rękawów, typu krzyżak), czepek, pantofle na niskim obcasie, pończochy w kolorze obuwia. Uzupełnieniem stroju była kolorowa peleryna, sięgająca do połowy uda. Niektóre szkoły pielęgniarskie okresu międzywojennego wprowadzały umundurowanie według własnych projektów.

Pierwsze zapisy dotyczące formalnych wymagań w sprawie umundurowania, zostały zawarte w rozporządzeniu Ministra Opieki Społecznej i w pierwszej ustawie o pielęgniarstwie z dnia

21 lutego 1935 r. (Dz.U.1935 Nr.27 poz. 199, art.18, pkt. 11). W 1961 r. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej wydało **Regulamin Szpitalny**, w którym znalazł się zapis dotyczący umundurowania pielęgniarek i położnych, a w Zarządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 31 marca 1977 r. wymieniono skład umundurowania pielęgniarek: czepek, sukienka, ubranie dwuczęściowe, fartuch krzyżowy, fartuch biały, trzewiki profilaktyczne, półbuty tekstylne, peleryna sukienna.

W latach 1990–1995 podczas wykonywania czynności zawodowych zastępowało się mundur **odzieżą ochronną**, zgodną z obowiązującymi przepisami BHP. Zwracano również uwagę na potrzebę noszenia obuwia profilaktycznego oraz przestrzegano przed noszeniem biżuterii w czasie pracy.

Zmiany w stroju pielęgniarek i położnych determinowały m.in.: doświadczenia, potrzeba poprawienia funkcjonalności, wiedza o zakażeniach, tendencje w **modzie kobiecej**. Modyfikowano kołnierze, długość munduru i rękawów. Z czasem dodatkiem do munduru stał się zegarek z sekundnikiem i nożyczki z zaokrąglonymi końcówkami, noszone w kieszeni.

Wyraźne zmiany w stroju pielęgniarek i położnych nastąpiły w końcu XX w., kiedy dopuszczono w miejscu pracy noszenie **garsonek** i garniturów, w różnych kolorach oraz fasonach.

Czepek

Czepek pielęgniarki i położnej jest nakryciem głowy, białej barwy, owalnego kształtu z poziomym paskiem szerokości 2,5 cm, **czarnym** dla pielęgniarek i **czerwonym** dla położnych. Dawniej pełnił funkcje ochronne (zabezpieczał włosy), ale stanowił także element stroju wielu żeńskich zgromadzeń zakonnych. Współcześnie ma

znaczenie symboliczno-informacyjne. Pierwsze czepki okrywały całą głowę, chroniły przed kurzem. Czepki miały najróżniejsze kształty, zdobione były falbankami, welonikami i zakładkami, noszono czepki z welonikiem, okrągłe, w kształcie motylka, natomiast kolor zawsze był biały. Z czasem wielkość czepka została zmniejszona i czepki noszone pod koniec XX wieku zakrywały już tylko czubek głowy. Czepek wykonany był z różnych materiałów, jak muslin, batyst, płótno, czy w ostatnich latach tworzywa sztuczne.

Po raz pierwszy **czepki** pojawiły się w 1876 r. w szpitalu w Bellevue (USA). W Polsce nieco później, wraz z powstaniem Szkoły Zawodowych Pielęgniarek Stowarzyszenia Panien Ekonomek Św. Wincentego à Paulo w Krakowie w 1911 r. Był to okrągły czepek z niewielkim wyłogiem, który w celach reprezentacyjnych okrywany był granatowym welonikiem. Czepki późniejszych szkół różniły się **detalami**: wysokością wyłogów, ich zakończeniem (zaostrome, zaokrąglone, wywinięte, zwężone), komunikowały otoczenie o przynależności do danej szkoły, były przedmiotem dumy.

Pierwszy czepek otrzymywała **uczennica** szkoły pielęgniarskiej w czasie uroczystości „czepkowania”. Wchodząc w kolejne stopnie wtajemniczenia do zawodu, uczennicy szkoły w czasie uroczystego „paskowania” nakładano aksamitny pasek na wyłog czepka (kolejne paski w miarę upływu nauki szkolnej). W Polsce uroczystość „czepkowania” stała się tradycją, miała podniosły charakter i była oczekiwana zarówno przez młodzież jak i nauczycieli. Towarzyszył jej ceremoniał i starannie opracowane scenariusze.

Absolwentki szkół miały prawo do noszenia na czepkach aksamitnego szerokiego **paska**, pielęgniarki – czarnego, natomiast położne – czerwonego. Często na pasku przyczepiały metalowy znaczek – symbol ukończonej Szkoły.

Aksamitka, podobnie jak w wojsku, symbolizuje rangę osoby w zawodzie (uczennica, pielęgniarka dyplomowana). Dawne prawo noszenia aksamitnych kapturków we Francji miały tylko kobiety wysoko urodzone pochodzące ze szlacheckich rodów. Aksamitka miała odzwierciedlać profesjonalizm pielęgniarki i położnej. Pochodzenie czarnego paska – aksamitki, jest utożsamiane ze zdarzeniem, które miało miejsce we Francji, kiedy Katarzyna Medycejska, królowa Francji (w latach 1547-1589), w dowód wdzięczności przyznała prawo noszenia aksamitnego kapturka położnej Luysie Bourgeois Dousier. Pochodzenie aksamitki na białym czepku, związane jest zatem z przywilejem noszenia aksamitnego czepka.

Warunki uzyskania prawa do noszenia **oznak zawodu** regulowało pismo okólnie Ministra Zdrowia z 8 lutego 1950 r. (Dz. U. Min. Zdr. z dn. 5 lutego 1950 r.), które zawierało zapis: „*pielęgniarki, które ukończyły szkołę pielęgniarek lub złożyły państwowy egzamin, mogą nosić na czepkach pasek szerokości 2 cm w kolorze czarnym (czerwonym – położna, niebieskim – dietetyczka). Zgodnie z pismem, zabrania się noszenia wyżej podanych oznak przez inny personel*”.

Stanowiskiem I Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 12 grudnia 1990 r. w sprawie identyfikatorów zawodowych pielęgniarek i położnych uchylono konieczność noszenia czepka jako **identyfikatora zawodu**, a nałożono obowiązek legitymowania się plakietką informacyjną. Wiele pielęgniarek dodatkowo wpina w mundur metalową miniaturkę czepka pielęgniarskiego. Zgodnie ze stanowiskiem XV Krajowego Zjazdu PTP (2009 r.) czepek pielęgniarski stanowi element **stroju galowego pielęgniarki**. Czepek jako symbol zawodowy ozdabia wizerunki np. książek, używany jest również podczas uroczystości.

Czepek pielęgniarki i położnej w znaczeniu symbolicznym oznaczał **pokorę**, chęć służenia innym. Posiadał również znaczenie funkcjonalne: ochronę i zabezpieczenie włosów. Ostatecznie przyznano mu wyłącznie rolę symbolu i zastąpiono znacznikiem, miniaturowym czepkiem noszonym w kłapie munduru. Przypisuje się mu również znaczenie refleksyjne - wyzwalanie myślenia opartego na

idei humanizmu.

W Polsce nie ma już nakazu noszenia czepków, ku uldze większości z nas, bo trochę jednak przeszkadzały, a wraz z rozwojem technologii medycznej i nowych procedur epidemiologicznych – Covid – 19, byłoby bardzo trudno je nosić. Jednak ani czepki ani strój pielęgniarki czy położnej nie przestał pełnić ważnej funkcji w naszym życiu zawodowym. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych Uchwałą nr 96/VII/20216 z dnia 22 czerwca 2016 roku ustaliła jak ma wyglądać strój uroczysty pielęgniarki i położnej. Składa się on z czepka z czarną wstążką, granatowej sukienki oraz zakietu w kolorze ecru, dla pielęgniarki. Dla położnej sukienka jest w kolorze czerwonym, na czepku czerwona wstążka i również zakiet w kolorze ecru. Mężczyźni noszą granatowy garnitur, białą koszulę i czarny krawat oraz spinka w kształcie czepka z czarną wstążką dla pielęgniarsza, a czerwony krawat i spinka w kształcie czepka z czerwoną wstążką dla położnego.

Zasady używania uroczystego stroju zawodowego pielęgniarki, pielęgniarsza, położnej, położnego określone przez uchwałę NRPiP

Uroczysty strój zawodowy pielęgniarki, pielęgniarsza, położnej, położnego noszony jest podczas:

- 1) uroczystości państwowych i kościelnych,
- 2) wręczenia odznaczenia samorządu pielęgniarek i położnych,
- 3) jubileuszy i uroczystych spotkań,
- 4) uroczystości w miejscach pamięci narodowej,
- 5) innych uroczystości i wystąpień indywidualnych.

Goniąc za wszystkim co nowoczesne, często tradycja wydaje się być staroświecka i staromodna. Wiele szkół odeszło też od ceremonii związanych z kultywowaniem tradycji na długie lata. Teraz na szczęście pojawiają się informacje o uroczystych **ceremoniach czepkowania** w szkołach kształcących pielęgniarki. Studenci ubierają się w kolorowe sukienki i garnitury, ale symbol czepka pozostał niezmienny.

Przypominam historię stroju pielęgniarki czy położnej, która dla wielu z nas jest znana, bo jest jeszcze rzesza pielęgniarek i położnych, które na co dzień pracowały w czepkach. Pamiętamy ze szkoły szare sukienki i białe fartuchy „krzyżaki”, czepki płócienne własnoręcznie krochmalone. Pamiętam też konieczność posiadania

butów płóciennych tzw. profilaktycznych i pewnie nie tylko ja.

Do przypomnienia historii i współczesności stroju pielęgniarki i położnej skłoniła mnie przykra okoliczność. Otóż w dniu 20 września 2023 roku odbyła się uroczystość otwarcia szpitala SPZZOZ im. Lecha i Marii Kaczyńskich Pary Prezydenckiej w Pionkach. Uroczystość zgromadziła wielu gości, szczególnie tych, którzy przyczynili się do realizacji inwestycji. Obecny był Premier Mateusz Morawiecki, parlamentarzyści ziemi radomskiej, przedstawiciele samorządu terytorialnego, dyrektorzy szpitali z terenu ziemi radomskiej. Oczywiście, zaproszeni byli również pracownicy szpitala i to zarówno administracji jak, i personelu medycznego, a w tej liczbie spora grupa Pań Pielęgniarek, ubranych w mundury i czepki pielęgniarskie. Nie byłoby w tym nic dziwnego, gdyby nie wylała się na Nie fala niechęci, żeby nie powiedzieć hejtu.

Dlaczego? Bo upięły na głowach czepki.

Oczywiście! Kiedy przyjmujemy w naszym domu ważnych dla nas gości, ubieramy się uroczysto i elegancko. Podobnie było i tu. Ważnych Gości przyjęto godnie i uroczysto. Panie Pielęgniarki przybyły w ubraniach cywilnych (i bardzo pięknie wyglądały) oraz w ubraniach służbowych, jednakowych mundurkach i czepkach pielęgniarskich – jako elementach stroju uroczystego. To, że osoby nie związane z zawodem krytykowały założenie czepków (bo „pielęgniarki dawno już nie pracują w czepkach”), można wybaczyć i wytłumaczyć, ale to, że krytykowały Koleżanki Pielęgniarki jest niezrozumiałe i znaczy tylko tyle, że nie wiedzą o uroczystej funkcji czepka. A to już nie jest zrozumiałe.

Chciałabym, żeby historia i współczesność stroju były dobrze znane szerokiej rzeszy pielęgniarek i położnych, bo jest to część naszego zawodowego dziedzictwa.

Barbara Tusińska

Sekretretarz ORPiP w Radomiu

Na podstawie:

artykułu na portalu dla kobiet Polki.pl 08.03.2021, „Czepek i fartuch, czyli historia stroju pielęgniarki i położnej”

oraz opracowania Krystyny Wolskiej-Lipiec; <http://www.wmpp.org.pl/pl/symbole-pielęgniarskie/czepek.html> Zachęcamy do zapoznania się z informacjami zawartymi na stronie Wirtualnego Muzeum Pielęgniarstwa

Uroczysta Inauguracja Roku Akademickiego 2023/2024

W dniu 5 października w murach Uniwersytetu Radomskiego odbyła się uroczysta Inauguracja Roku Akademickiego, pierwsza po uzyskaniu przez Uczelnię statusu pełnoprawnego Uniwersytetu.

Uroczystość swoją obecnością uświetnili przedstawiciele Ministerstwa Edukacji i Nauki na czele z Dyrektorem Generalnym Panem Sławomirem Adamcem, parlamentarzyści ziemi radomskiej, przedstawiciele władz wojewódzkich na czele z Panem Arturem Standowiczem – Wicewojewodą Mazowieckim, przedstawiciele władz miejskich na czele z Panią Kingą Bogusz – Przewodniczącą Rady Miejskiej oraz Panem Radosławem Witkowskim – Prezydentem Miasta Radomia, przybył także Biskup Radomski ksiądz dr. Marek Solarczyk.

Kluczowym punktem inauguracji była immatrykulacja, w trakcie której ślubowanie złożyli przedstawiciele studentów pierwszego roku ze wszystkich Wydziałów oraz przedstawiciele studentów zagranicznych.

W trakcie uroczystości wręczono pracownikom Uniwersytetu złote, srebrne oraz brązowe medale za długoletnią służbę oraz Medale Komisji Edukacji Narodowej.

Całą uroczystość uświetniły występy Orkiestry Wojskowej w Radomiu oraz Chóru Akademickiego pod przewodnictwem Pani Agnieszki Kobierskiej.

Studentom Wszystkich Wydziałów Uniwersytetu Radomskiego życzymy tylko zdanych egzaminów oraz pomyślnego nowego roku akademickiego.



VI. Koniecznie Przeczytaj

Dwukrotna zmiana czasu niekorzystna dla zdrowia



Krótszy sen, więcej wypadków w pracy i w ruchu drogowym, gorsza sprawność działania, częstsze ataki serca, a nawet obniżenie średniej długości życia - to negatywne konsekwencje dwukrotnej zmiany czasu w ciągu roku - podsumowuje psycholożka z Uniwersytetu SWPS. Dodaje, że na krótką metę gorsza dla zdrowia jest zmiana czasu z zimowego na letni.

W nocy z 28 na 29 października nastąpiła zmiana czasu z letniego na zimowy. Przesunęliśmy zegarki do tyłu o godzinę.

Prof. Iskra-Golec przypomina na stronie uczelni różne definicje pojęcia czasu. Podkreśla, że najistotniejszy dla działania ludzkiego organizmu jest czas biologiczny, a nie urzędowy. Zegar biologiczny - wykształcony w procesie ewolucji - reguluje okołodobową, rytmiczną zmienność intensywności przebiegu wszystkich procesów życiowych organizmów żywych (włącznie z człowiekiem), począwszy od ekspresji genów - do najbardziej złożonych zachowań.

- Zegar biologiczny nastawiany (synchronizowany) jest przez światło słoneczne (cykl światło-ciemność), czyli czas słoneczny. Naturalny cykl światło-ciemność, wyznaczany przez obrót Ziemi wokół własnej osi skutkujący cyklicznością dnia i nocy, nastawia zegar biologiczny człowieka - tłumaczy psycholożka.

Czas słoneczny (tzw. czas naturalny) jest wyznaczany względem Słońca. - Nie zawsze uświadamiamy sobie do końca, że czas słoneczny różni się nawet pomiędzy relatywnie niedalekimi miejscami na Ziemi. Przykładowo w Polsce maksymalna różnica czasu słonecznego wynosi około 40 minut i występuje między najdalej wysuniętym na zachód Osinowem Dolnym w zakolu Odry (na zachód od Cedyni), a najdalej wysuniętym na wschód miejscem w Zosinie w zakolu Bugu (na wschód od Hrubieszowa). Nad Zosiną Słońce wschodzi i zachodzi o około 40 minut wcześniej niż nad Osinowem - podaje przykłady profesor.

Dodaje, że ze względu na zróżnicowanie czasu słonecznego w zależności od położenia geograficznego konieczne jest terytorialne ujednolicenie obowiązującego czasu. To czas urzędowy, zwany także zegarowym czy też umownym. W Polsce określa go wspomniana wcześniej ustawa, która uznaje za czas oficjalnie przyjęty w Polsce czas środkowoeuropejski (CSE) czyli czas południka leżącego 15 stopni na wschód od Greenwich.

Czas zimowy uznaje się dzisiaj za bardziej naturalny, bo obowiązywał on nim wprowadzono czas letni.

Zdaniem prof. Ireny Iskry-Golec, dwukrotna zmiana wskazań zegarów w ciągu roku powoduje wiele niekorzystnych konsekwencji wynikających z zaburzenia związków pomiędzy czasem słonecznym, zegarowym i biologicznym człowieka. Zmiany te, szczególnie przy przejściu z czasu zimowego na letni, zwiększają różnicę pomiędzy

tym, co człowiek musi wykonać ze względu na czas urzędowy (np. iść do pracy rano wcześniej o godzinę), a tym, co jest w stanie wykonać ze względu na swój czas biologiczny (np. obudzić się rano wcześniej o godzinę).

- Zanim nastąpi przystosowanie zegara biologicznego do nowego czasu, które u większości ludzi trwa zwykle do tygodnia, występuje wiele niekorzystnych konsekwencji dla szeroko rozumianego dobrostanu człowieka - stwierdza profesor.

Wykazano, że różnica pomiędzy czasem urzędowym a biologicznym (zwłaszcza przesuwanie pór budzenia się na wcześniejsze) wiąże się w dłuższej perspektywie z pogorszeniem zdrowia, obniżeniem średniej długości życia, obniżeniem wydajności w pracy, w tym - zmniejszeniem osiągnięć akademickich i przyczynia się do zaburzeń snu, których koszt dla społeczeństwa oceniany jest na 2 proc. produktu krajowego brutto.

W 2018 roku podczas otwartych konsultacji publicznych w krajach członkowskich UE 84 proc. respondentów opowiedziało się przeciw zmianom czasu. W efekcie przygotowano projekt dyrektywy w sprawie rezygnacji ze zmian czasu w krajach unijnych. Jest on nadal procedowany w Unii Europejskiej.

- Ujednolicenie czasu w krajach członkowskich przyniesie wiele korzyści – tłumaczy prof. Irena Iskra-Golec, psycholożka z Wydziału Psychologii i Prawa w Poznaniu. Zaznacza ona, że zmiana czasu, wprowadzona kiedyś ze względów oszczędnościowych, nie tylko nie doprowadziła do zakładanego efektu, ale wywołała wiele niekorzystnych skutków zdrowotnych.

- Oficjalne stanowisko ekspertów z zakresu chronobiologii zaleca, aby każde państwo przyjęło stały standardowy czas urzędowy, który zbliżony jest w największym stopniu do lokalnego czasu słonecznego. Tak więc dyrektywa znosząca zmianę czasu w krajach UE nie tylko wyraża subiektywne opinie, ale także ma swoje naukowe uzasadnienie - stwierdza psycholożka.

Zmiana czasu w ostatnią niedzielę października odbywa się zgodnie z rozporządzeniem prezesa Rady Ministrów wydanym na lata 2022–2026.

Obowiązujący w Polsce do 29 października czas letni odpowiada czasowi wschodnioeuropejskiemu (UTC+2). Czas zimowy, na który wkrótce przejdziemy, jest zgodny ze strefą czasu środkowoeuropejskiego (UTC+1).

Źródło: <https://nursing.com.pl/>



Światowy Dzień Walki z Bólem.



W Polsce ból, zwłaszcza przewlekły, jest źle leczony – oceniają eksperci. Dlatego Polskie Towarzystwo Badania Bólu opracowało rekomendacje, które mają poprawić jakość leczenia bólu przewlekłego w naszym kraju. Zaprezentowano je we wtorek na konferencji prasowej w Warszawie.

Spotkanie odbyło się w ramach obchodów Światowego Dnia Walki z Bólem.

„O tym, jak leczymy ból w Polsce świadczy to, że silnych analgetyków opioidowych w leczeniu bólu stosujemy pięć razy mniej niż średnia europejska. Niestety w zużyciu opioidów, czyli również w jakości medycyny bólu, jesteśmy jeszcze na poziomie Czarnogóry, Rosji, Albanii” – powiedziała prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu (PTBB) dr Magdalena Kocot-Kępska.

Jak przypomniała, z danych wynika, że jedna piąta obywateli Europy (ok. 150 mln) cierpi z powodu bólu przewlekłego. W Polsce liczbę tę szacuje się na 8-8,5 mln.

– Ból przewlekły jest jednym z najistotniejszych problemów współczesnej medycyny, ponieważ u pacjenta występuje niezwykle wysokie ryzyko rozwoju depresji, lęku, zaburzeń poznawczych, zaburzeń snu. Jest to problem nie tylko pacjenta, ale i jego rodziny – mówiła specjalistka. Jak dodała, ból przewlekły jest bardzo drogim schorzeniem dla systemu ochrony zdrowia, ale też dla pracodawców (ze względu na wysoką absencję w pracy oraz obniżoną produktywność) i społeczeństwa. – Są to koszty większe niż koszty chorób sercowo-naczyniowych, raka i cukrzycy – podkreśliła.

Dr Kocot-Kępska podkreśliła, że w ostatnim roku udało się po wielu latach starań wprowadzić rozporządzenie ministra zdrowia (w lutym 2023 r.) w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych. Dotyczy ono przede wszystkim podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. – To rozporządzenie to rzeczywiście jest przełom. Wprowadziło ono standard i pokazało, w jaki sposób oceniać nasilenie bólu oraz w jaki sposób wdrażać leczenie bólu - przede wszystkim przewlekłego i istotnego klinicznie – oceniła specjalistka.

Zgodził się z nią dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dziągiewski. – Zrobiliśmy bardzo duży krok, bo pokazaliśmy, że bólem należy się zająć i dodatkowo poprowadzić odnośnie bólu osobną dokumentację, co wiąże się z tym, że lekarz musi zainteresować się bólem i proponować pacjentowi jakieś leczenie. To bardzo dobry początek – powiedział.

Kolejnym krokiem na drodze do poprawy leczenia bólu w Polsce jest opracowanie przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu we współpracy z Fundacją Eksperci dla Zdrowia rekomendacji dotyczących wdrażania profilaktyki bólu przewlekłego oraz jego leczenia, w tym stosowania tzw. zintegrowanej medycyny bólu.

Według dr Kocot-Kępskiej istotną rekomendacją jest podniesienie wyceny świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach poradni leczenia bólu. – Obecna wycena tych świadczeń nie jest adekwatna. W celu zwiększenia dostępności podejścia zintegrowanego w leczeniu bólu wnioskujemy o wpisanie porady psychologicznej w ramach poradni leczenia bólu – powiedziała. Porada psychologiczna nie jest płacona w poradniach.

Kolejnym postulatem PTPP jest utworzenie oddziałów

wysokospecjalistycznych, w których pacjenci z bólem przewlekłym byłoby leczeni wielokierunkowo, zgodnie z zasadami zintegrowanej medycyny bólu, obejmującej nie tylko farmakoterapię, ale też metody alternatywne, styl życia i psychoterapię. – Muszą to być oddziały prowadzone przez specjalistów medycyny bólu, czyli osoby mające doświadczenie w medycynie bólu, które posiadają specjalizacje europejskie, czy są po studiach podyplomowych w tej dziedzinie. Bo to jest w tej chwili jedyna gwarancja odpowiedniej wiedzy w zakresie leczenia bólu – powiedziała dr Kocot-Kępska.

Konieczne jest utworzenie czterech oddziałów leczenia bólu w Polsce (łącznie ok. 20 łóżek szpitalnych) dla pacjentów w kryzysie bólowym. – Trzeba stworzyć dla pacjenta miejsce, gdzie w momencie gdy tabletki nie pomagają, nie pomagają te wszystkie metody stosowane w poradni, w sposób natychmiastowy (...) włączy się w to wielospecjalistyczny zespół lekarzy, psychologów i terapeutów i w ciągu krótkiego czasu opanuje kryzys bólowy – ocenił dr hab. Dariusz Kosson z Sekcji Interwencyjnej PTBB.

Kolejną rekomendacją jest stworzenie ścieżki leczenia dla pacjenta z neuralgią po przebytym półpaścu. Jest to najdroższe i najbardziej dokuczliwe powikłane półpaśca. Ból z tym związany często trwa do końca życia pacjenta. – Przede wszystkim chodzi o zaproponowanie metod leczenia ostrego bólu, a w celu zapobiegania neuralgii popółpaścowej rekomendujemy zwiększenie dostępności do szczepionki przeciwko półpaścowi – tłumaczyła specjalistka. Jej zdaniem wprowadzenie profilaktyki półpaśca może znacząco zmienić medycynę bólu.

– Będziemy też wnioskować (do Ministerstwa Zdrowia – PAP) o wpisanie bólu przewlekłego na listę chorób przewlekłych – mówiła dr Kocot-Kępska.

W jej opinii obecnie najbardziej realne do zrobienia jest poszerzenie liczby specjalności lekarskich, których reprezentanci będą mogli przyjmować w poradniach leczenia bólu i będzie to zakontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. – Będą to lekarze posiadający umiejętność: medycyna bólu – wyjaśniła specjalistka.

Bardzo ważna jest rekomendacja dotycząca zapewnienia pacjentom z bólem dostępu to odpowiedniej, zindywidualizowanej terapii przeciwbólowej. – Analgetyki opioidowe albo nie są refundowane, albo mają niejednorodną refundację. Dlatego ja się wcale nie dziwię, że lekarze POZ nie chcą ich przepisywać – mówiła dr Kocot-Kępska. Jej zdaniem refundacja tych leków wymaga ujenolicenia i uporządkowania. Wszystkie opioidy powinny być wprowadzone do refundacji jako leków pierwszego wyboru.

Jej zdaniem część tych rekomendacji jest realna do zrobienia w najbliższym czasie.

Źródło: PAP Nauka w Polsce naukawpolsce.pl



Źródło: <https://nursing.com.pl/>

Rozpoczął się Różowy Październik, czyli miesiąc, w którym oczy całego świata skierowane są na piersi i ochronę ich zdrowia. Jak my – jako pielęgniarki i położne, ale i kobiety – możemy przyłożyć się do szerzenia świadomości na temat raka piersi?

Polska potrzebuje Różowego Października

Chociaż świat obchodzi **Miesiąc Świadomości Raka Piersi** już od 1985 roku, w wielu rozwiniętych krajach jej poziom nadal wydaje się niewystarczający. Należy do nich Polska, gdzie w ciągu ostatnich stu lat rak piersi stał się jednym z najczęstszych przyczyn przedwczesnych zgonów wśród kobiet.

U kobiet rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem (25%) i najczęstszą przyczyną zgonów (14%) na świecie. Według szacunków WHO co roku rozpoznaje się go u blisko 1,7 miliona kobiet, a ponad 500 tys. z nich umiera z jego powodu.

A jak wyglądają polskie statystyki? Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów, co roku diagnozę raka piersi słyszy ponad 22 tys. kobiet, a 5-10 proc. z tych przypadków to nowotwory w zaawansowanym stadium. Bardzo niepokojąco wygląda również rosnąca tendencja umieralności na ten rodzaj nowotworu, która utrzymuje się u nas od kilkunastu lat – zdaniem ekspertów jest to nadal zbyt rzadko nagłaśniany problem w debacie publicznej. Brakuje również odpowiedniej edukacji pacjentek, która skłoniłaby je do regularnej profilaktyki.

W Polsce wykrywalność raka piersi we wczesnym stadium wynosi ok. 41 proc., podczas gdy w innych krajach europejskich przekracza 50 proc.

– To pokazuje, że wykrywamy raka zbyt późno, zbyt wiele kobiet trafia do lekarza już w stadium zaawansowanym – powiedziała w rozmowie z agencją Newseria Biznes Anna Kupiecka, prezeska Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej – Co prawda w Polsce funkcjonuje program przesiewowych badań mammograficznych w kierunku wykrywania raka piersi, ale ostatnie dane pokazują, że zgłasza się do niego średnio 45 proc. uprawnionych kobiet, a są nawet takie gminy, gdzie ten odsetek oscyluje wokół 5 proc. To pokazuje, że jesteśmy w dramatycznej sytuacji. Potrzebny jest szereg zakrojonych na szeroką skalę działań, aby zmobilizować kobiety do tego, żeby się zgłaszały i korzystały z tego programu w placówkach stacjonarnych albo mammobusach.

Niska świadomość profilaktyki i opóźnienia w diagnostyce znajdują odbicie w statystykach dotyczących pięcioletniej przeżywalności pacjentek z rakiem piersi, która w Polsce oscyluje wokół 77 proc., a w innych krajach europejskich sięga ponad 83 proc. (w niektórych nawet 90!).

Miesiąc Świadomości Raka Piersi: wydarzenia

Od 1 października w całej Polsce organizowane są różnorodne wydarzenia i akcje specjalne oscylujące wokół tematu lepszej profilaktyki nowotworów piersi. W wielu miastach i miasteczkach odbywają się koncerty i wydarzenia kulturalne, biegi i zbiórki charytatywne i akcje informacyjne, a szereg prywatnych i państwowych placówek medycznych umożliwia kobietom bezpłatne badania profilaktyczne.

Co mogę zrobić jako pielęgniarka lub położna?

Edukuj, edukuj i jeszcze raz edukuj! Nie tylko Twoje pacjentki, ale i inne kobiety w Twoim otoczeniu. Bądź dla nich kolejnym zaufanym źródłem wiedzy o chorobie, zachęcaj do zapisania się na badania i podkreślaj rolę systematyczności w profilaktyce raka piersi.

Zalecaj im:

- USG piersi co najmniej raz w roku;
- mammografia co 2 lata od 50 do 69 r.ż.;
- samobadanie piersi raz w miesiącu;
- badanie mutacji genu BRCA1 i BRCA2 (jeśli w rodzinie były przypadki raka piersi).

Nie zapomnij przy tym o zdrowiu swoich piersi!

Mammografia już od 45 roku życia

Od 1 listopada 2023 r. profilaktyczną mammografię na NFZ będą mogły zrobić panie w wieku 45 – 74 lata. Dzięki tej zmianie z programu profilaktycznego raka piersi skorzysta jeszcze więcej kobiet. Do tej pory bezpłatna mammografia była dostępna dla pań w wieku 50 – 69 lat.

Na profilaktyczną mammografię **nie trzeba skierowania**. Badanie jest **bezpłatne**, finansuje je Narodowy Fundusz Zdrowia. Badania w ramach programu można wykonać **co dwa lata**.

Profilaktyczna cytologia także obejmie więcej kobiet

Zmiany czekają również program profilaktyki raka szyjki macicy. Do tej pory korzystały z niego panie w wieku 25-59 lat. **Od 1 listopada 2023 r. program obejmie kobiety od 25 do 64 roku życia.**

Na profilaktyczną cytologię **nie trzeba skierowania**. Badanie jest **bezpłatne**, finansuje je Narodowy Fundusz Zdrowia.

Panie powinny robić profilaktyczne badania cytologiczne:

- co trzy lata
- co roku u kobiet obciążanych czynnikami ryzyka (tzn. zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV — typem wysokiego ryzyka).

Rak szyjki macicy na wczesnym etapie jest wyleczalny w 99% przypadków.

>> Więcej informacji oraz przydatne linki na stronie NFZ.



VII. Ogłoszenia i podziękowania

Drogie Koleżanki
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Radomiu
z okazji przejścia na emeryturę przekazuje
serdeczne życzenia
realizacji dalszych planów i zamierzeń
wspieranych dobrym zdrowiem i zasłużoną satysfakcją
z zawodowych dokonań, oraz
wszelkiej pomyślności w życiu osobistym.
Życzenia przekazujemy Paniom :

- | | |
|---|--|
| 1. Zalewskiej Jadwidze - zatrudnionej w SPZOZ w Nowym Mieście nad Pilicą | 11. Kabańskiej Jolancie - zatrudnionej w SPZOZ „BELMED” w Grójcu |
| 2. Drab Jolancie - zatrudnionej w SWPZZPOZ w Radomiu | 12. Wójcik Małgorzacie Marii - zatrudnionej w RSzS |
| 3. Włodarczyk Ewie - zatrudnionej w SPZZOZ w Zwoleniu | 13. Bryńskiej Katarzynie Barbarze - zatrudnionej w RSzS |
| 4. Surawskiej Ewie - zatrudnionej – RSzS | 14. Rębiś Stanisławie - zatrudnionej w SPZZOZ w Kozienicach |
| 5. Wachnik Krystynie - zatrudnionej w SPZOZ w Warce | 15. Sułek Barbarze - zatrudnionej w SPZOZ w Jedlińsku |
| 6. Grzybowskiej Ewie - zatrudnionej w RSzS w Radomiu | 16. Walczak Jadwidze - zatrudnionej w SPZOZ w Jedlińsku |
| 7. Dąbrowskiej Henryce - zatrudnionej w NZOZ „Medycyna Rodzinna” w Grójcu | 17. Jastrzebskiej Małgorzacie - zatrudnionej w SPZOZ w Jedlińsku |
| 8. Adach Annie - zatrudnionej w RSzS | 18. Malinowskiej Izabeli - zatrudnionej w RSzS |
| 9. Pobudin Małgorzacie - zatrudnionej w ENDOMED Janusz Romanowski Sp. j. | 19. Senator Mariannie - zatrudnionej w SPZOZ w Białobrzegach |
| 10. Komorowskiej Beacie - zatrudnionej w M.Sz.S. Sp. z o.o. | 20. Raszewskiej Elżbiecie - zatrudnionej w M.Sz.S. Sp. z o.o. |

WAŻNE!!!

W 2024r zorganizowane będą między innymi w Kołobrzegu turnusy rehabilitacyjne w następujących terminach:

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| 1. 01.06 - 08.06.2024r | - 20 miejsc (10 pokoi/ 2 os) |
| 2. 08.06 - 15.06.2024r | - 20 miejsc (10 pokoi/ 2 os) |
| 3. 02.09 - 09.09.2024 | - 20 miejsc (10 pokoi/ 2 os) |

Wnioski do OIPiP będzie można składać od 1 lutego 2024r.

Decyduje kolejność złożenia wniosku. Szczegóły oferty ukażą się w styczniu 2024r na stronie internetowej OIPiP w Radomiu.



Składniki

- 125 ml jogurtu naturalnego
- 2 jajka
- 125 ml oleju roślinnego
- 16 g cukru wanilinowego
- 150 g cukru
- 250 g mąki pszennej
- 1 łyżka kakao
- 1 łyżeczka cynamonu
- 20 g przyprawy piernikowej
- 2 łyżeczki proszku do pieczenia
- 0,5 łyżeczki sody oczyszczonej
- 2 jabłka (1,5 szklanki startych)

Posypka

- 2/3 szklanki obranych orzechów włoskich
- 2 łyżki cukru trzcinowego lub zwykłego
- 1 łyżeczka cynamonu

Przygotowanie

- Piekarnik nagrzać do 180 stopni C. Małą formę keksową (11 x 25 cm) wyłożyć papierem do pieczenia.
- Do miski wlać jogurt, dodać jajka, olej roślinny, cukier wanilinowy i cukier. Wymieszać różgą do połączenia się składników.
- Do drugiej miski wsypać mąkę, dodać kakao, cynamon, przyprawę piernikową, proszek do pieczenia oraz sodę. Wszystko wymieszać.
- Jabłka obrać i zetrzeć na tarce. Powinno wyjść ok. 1,5 szklanki.
- Połączyć wszystkie składniki: mokre, suche oraz jabłka - powoli wymieszać łyżką, tylko do pierwszego połączenia się składników (nie mieszać za długo!).
- Ciasto wyłożyć do formy, wyrównać powierzchnię.
- Wierzch posypać grubo pokrojonymi orzechami, potem cukrem trzcinowym i cynamonem.
- Wstawić do nagrzanego piekarnika i piec przez ok. 40 - 45 minut, do suchego patyczka.

Śledzik na ostro z papryczką chili, imbirem i czosnkiem, w zalewie z octu ryżowego



Składniki

2 porcje

- ok. 300 g filetów śledziowych a'la matjas w oleju*
- 1 szklanka wody
- 3 ziarna pieprzu
- 1/2 małej cebuli
- 1 mała papryczka chili
- 2 cm świeżego imbiru
- 1 ząbek czosnku
- 1/3 szklanki octu ryżowego (lub zwykłego)
- 1 łyżeczka cukru
- 1 łyżka oleju

Przygotowanie

Przygotować zalewę: zagotować wodę z dodatkiem pieprzu.

Odstawić z ognia i od razu dodać cienko pokrojoną cebulę, pokrojoną na cienkie plasterki papryczkę chili (bez pestek), obrany i pokrojony na paseczki imbir oraz obrany i pokrojony na plasterki czosnek.

Dodać ocet ryżowy, cukier oraz olej, wymieszać, a następnie całkowicie ostudzić.

Śledzie wyjąć z opakowania i pokroić na kawałeczki.

Zimną zalewą przekładać śledzie w słoiku lub szklanym pojemniku. Zamknąć i odstawić do lodówki na około 1 dobę. Przechowywać do 1 tygodnia w lodówce.



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Radomiu

OŚRODEK SZKOLENIA OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

OFERTA SZKOLEŃ W ZAKRESIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

W I - II KWARTALE 2024 ROKU

Lp.	Dziedzina/zakres kształcenia	Planowany termin rozpoczęcia - *
SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE		
1.	Pielęgniarstwo internistyczne – dla pielęgniarek	16.02.2024
2.	Pielęgniarstwo rodzinne – dla pielęgniarek	17.02.2024
KURSY KWALIFIKACYJNE		
1.	Pielęgniarstwo operacyjne – dla pielęgniarek	15.03.2024
2.	Pielęgniarstwo diabetologiczne – dla pielęgniarek	22.03.2024
3.	Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii – dla położnych	09.02.2024 (LIPSKO)
KURSY SPECJALISTYCZNE		
1.	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych Kurs dla pielęgniarek i położnych	26.01.2024
2.	Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów Kurs dla pielęgniarek i położnych	02.02.2024
3.	Szczepienia ochronne Kurs dla pielęgniarek	09.02.2024
4.	Resuscytacja krążeniowo – oddechowa Kurs dla pielęgniarek i położnych	23.02.2024
5.	Wywiad i badanie fizykalne Kurs dla pielęgniarek i położnych	19.04.2024
6.	Leczenie ran Kurs dla pielęgniarek	17.05.2024
7.	Edukator w chorobach układu krążenia Kurs dla pielęgniarek	07.06.2024
8.	POZOSTAŁE KURSY SPECJALISTYCZNE ZGODNIE Z ZAPOTRZEBOWANIEM ŚRODOWISKA	
KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE **		
1.	Obsługa portów naczyniowych – dla pielęgniarek i położnych	
2.	Warsztaty z resuscytacji krążeniowo-oddechowej – dla pielęgniarek i położnych	
3.	Warsztaty z interpretacji zapisu elektrokardiograficznego – dla pielęgniarek i położnych	

* Możliwe przesunięcie zaplanowanego terminu w przypadku braku wymaganej liczby uczestników.

** Kursy te mogą być realizowane w każdym podmiocie leczniczym po uprzednim ustaleniu terminów z organizatorem.

Informacja

Osoby zainteresowane zapraszamy do zgłaszania swojego udziału w powyższych szkoleniach poprzez składanie wniosków w systemie SMK.

Informacji dotyczących szkoleń można uzyskać w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Radomiu, ul. Paderewskiego 15, pod numerem telefonu (48) 360-05-12, e-mail: szkolenia@orpip.radom.pl lub na stronie internetowej: www.orpip.radom.pl

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Paderewskiego 15

26-600 Radom

Tel./fax 48 360 69 60 sekretariat

48 366 94 79 rejestr

e-mail: orpip@orpip.radom.pl

www.orpip.radom.pl

Ośrodek Szkoleniowy OIPiP

ul. Paderewskiego 15

26-600 Radom

tel./fax 48 360 05 12

e-mail: szkolenia@orpip.radom.pl

DYŻURY RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ *

każdy poniedziałek w godz. 15:00 - 16:00

DYŻURY RADCY PRAWNEGO

PONIEDZIAŁEK 15:00 - 16:00

DYŻURY CZŁONKÓW OKRĘGOWEGO SĄDU

I i III wtorek m-ca w godz. 15:00 - 16:00

GODZINY PRACY	BIURA OIPiP *
PONIEDZIAŁEK	8:00 - 16:00
WTOREK	8:00 - 16:00
ŚRODA	7:30 - 15:30
CZWARTEK	7:30 - 15:30
PIĄTEK	7:00 - 15:00

NUMERY KONT BANKOWYCH

Bardzo prosimy o przekazywanie do banku PEKAO S.A:

Składek członkowskich na nr konta: 12 1240 3259 1111 0011 0504 4522

Ubezpieczenia nr konta : 45 1240 3259 1111 0011 0504 4607

Konto bieżące nr: 41 1240 3259 1111 0011 0504 4388



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Radomiu



WESOŁYCH ŚWIAŁ!

• I SZCZĘŚLIWEGO NOWEGO
ROKU!

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Paderewskiego 15

26-600 Radom

Tel./fax 48 360 69 60 sekretariat

48 366 94 79 rejestr

e-mail: orpip@orpip.radom.pl

www.orpip.radom.pl

ISSN 1429-2599