



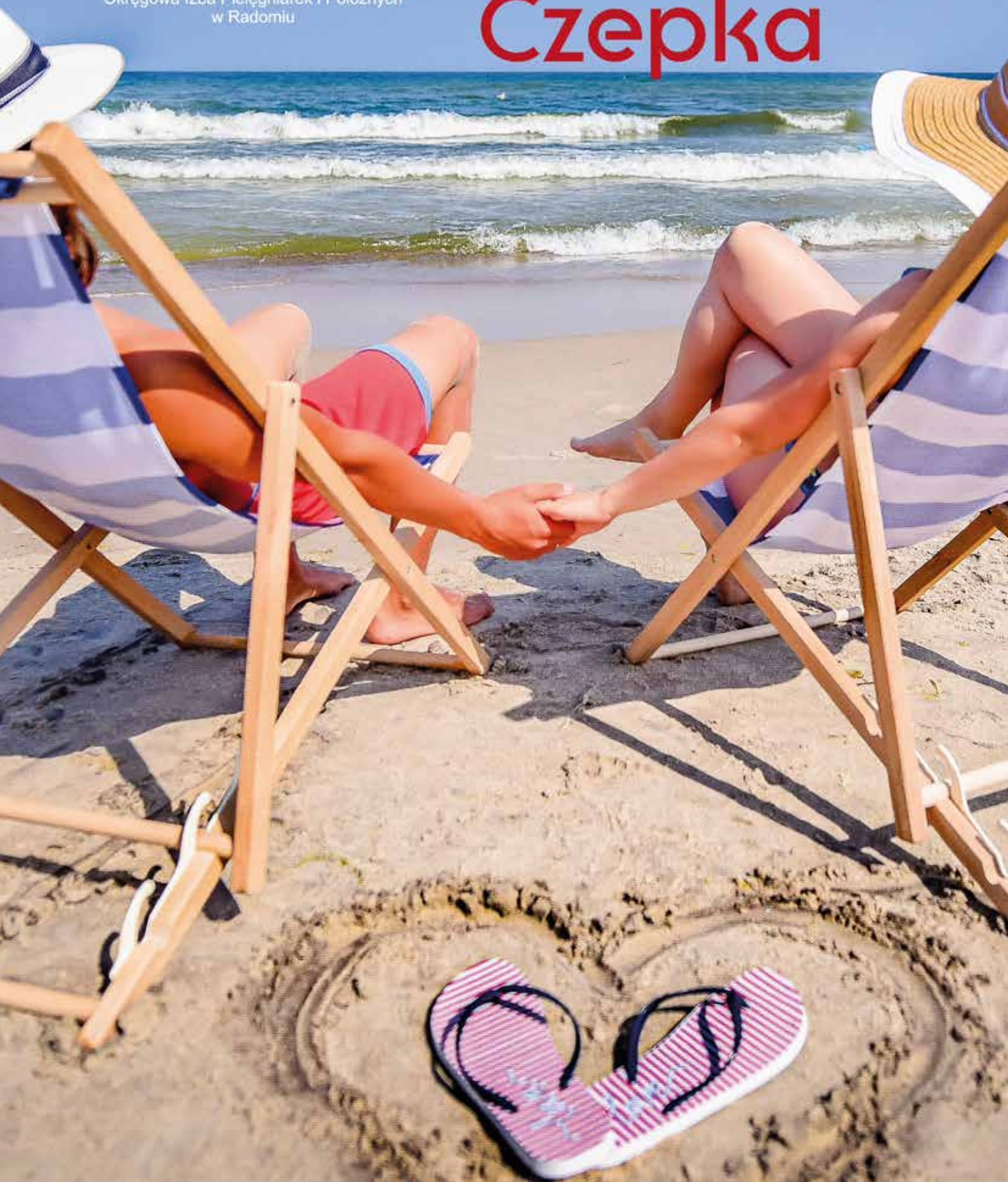
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Radomiu

kwiecień - czerwiec 2024

Wokół

Biuletyn informacyjny nr 76

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 2024

Lp.	Planowany termin	Gremium
1	19 styczeń - piątek	ORPiP
2	16 lutego - piątek	Prezydium
3	15 marca - piątek	ORPiP
4	19 kwietnia - piątek	Prezydium
5	24 maja - piątek	Prezydium
6	7 czerwca - piątek	ORPiP
7	5 lipca - piątek	Prezydium
8	9 sierpnia - piątek	Prezydium
9	17 września - wtorek	Prezydium
10	11 października - piątek	ORPiP
11	15 listopada - piątek	Prezydium
12	13 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

DZIAŁY TEMATYCZNE:

I. Na marginesie

I	NA MARGINESIE.....	3
II	AKTUALNOŚCI.....	4
III	WOKÓŁ SAMORZĄDU.....	4
IV	ZGODNIE Z PRAWEM.....	11
V	WARTO WIEDZIEĆ.....	13
VI	KONIECZNIE PRZECZYTAJ.....	21
VII	OGŁOSZENIA, PODZIĘKOWANIA.....	28

**Szanowne Koleżanki i Koledzy!**

W obecnym wydaniu biuletynu znajdują się relacje z przebiegu uroczystości obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej, które odbyły się w dniu 10 maja 2024r. Jak co roku przybyło wielu zaproszonych gości oraz koleżanek i kolegów. Wręczone zostały odznaki Honorowe „ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA” koleżankom zatrudnionym w DPS, którym serdecznie gratuluję i pragnę zapewnić, że nie są pominięte w działaniach na rzecz poprawy ich sytuacji finansowej, która tak różni je od pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Od pierwszego lipca wejdą kolejne zmiany wynagrodzenia zasadniczego. Oby nie były kolejnym rozczarowaniem.

Zachęcam do uczestnictwa w organizowanych przez izbę turnusach rehabilitacyjnych. Zwiększona została ich dostępność z 5 do 3 lat,

bo musimy inwestować we własne zdrowie. Już są zamówione terminy wyjazdów do sanatorium San Medica SPA w Kołobrzegu na czerwiec i wrzesień 2025r.

Zachęcam również do uczestnictwa w konferencji, którą organizujemy z okazji Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta. Odbędzie się ona w dniu 17 września 2024r w auli Uniwersytetu Radomskiego. Dokładna agenda jest już przygotowywana i niezwłocznie zostanie opublikowana.

A przed nami wyczekiwane wakacje i urlopy.

Pragnę Wam życzyć udanych urlopów, słońca, beztroskiego lennictwa i zasłużonego wypoczynku.

Małgosia



II. Aktualności

03.04.2024 r – Przewodnicząca OIPiP Małgorzata Sokulska wzięła udział w posiedzeniu Zespołu roboczego w Urzędzie Marszałkowskim.

03.04.2024 r – odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP w trybie korespondencyjnym.

16.04.2024 r – odbyło się posiedzenie Rady Społecznej Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej, w którym udział wzięła Przewodnicząca OIPiP Małgorzata Sokulska.

17-18.04.2024 r – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięła udział w konferencji pn. : „Podsumowania, uwagi i najnowsze kierunki zmian w systemie opieki zdrowotnej”, organizowanej przez Zarząd Oddziału Warszawskiego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ) w Pułtusk.

19.04.2024 r – odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP w Radomiu pod przewodnictwem Małgorzaty Sokulskiej.

07.05.2024 r – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięła udział w uroczystych obchodach Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej na zaproszenie Przewodniczącej Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Anny Dudzińskiej.

09.05.2024 r – Przewodnicząca i Sekretarz

ORPiP wraz z duszpasterzem Księdzem Przemysławem Wójcikiem wzięli udział w spotkaniu z Księdzem Biskupem Markiem Solarczykiem.

09.05.2024 r – Przewodnicząca ORPiP Małgorzata Sokulska wzięła udział w obchodach Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej w SPZZOZ w Pionkach.

15-17.05.2024 r – w Europejskim Centrum Solidarności w Gdańsku odbyła się Międzynarodowa Konferencja : „Zaawansowana praktyka pielęgniarek i położnych wartością dla pacjenta, systemu i płatnika” organizowana przez NIPiP. W konferencji wzięła udział Przewodnicząca wraz z członkami ORPiP.

18.05.2024 r – Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych zorganizowało wyjazd pielgrzymkę do Częstochowy z okazji obchodów 100-lecia Duszpasterstwa Służby Zdrowia.

21.05.2024 r – odbył się egzamin Położnej po przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w ostatnich 6 latach. Komisji Egzaminacyjnej przewodniczyła Halina Frynas.

23.05.2024 r – w siedzibie OIPiP odbyło się szkolenie dla pielęgniarek i położnych zorganizowane we współpracy z firmą Nestle „Wybór, który czyni różnicę”.

24.05.2024 r – odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP, któremu przewodniczyła Małgorzata Sokulska.

28.05.2024 r – odbyło się posiedzenie rozstrzygające komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej w SPZZOZ Pionki.

06.06.2024 r – odbyło się spotkanie Zespołu „Jesienne Klimaty” pod przewodnictwem Przewodniczącej – Hanny Giełżeckiej.

07.06.2024 r – odbyło się posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych pod przewodnictwem Przewodniczącej Małgorzaty Kowalczyk.

07.06.2024 r – odbyło się posiedzenie ORPiP w Radomiu pod przewodnictwem Przewodniczącej OIPiP Małgorzaty Sokulskiej.

10.06.2024 r – odbyło się spotkanie Komitetu Organizacyjnego Konferencji „Bezpieczny pacjent”, która planowana jest na wrzesień 2024 r.

11-13.06.2024 r – Przewodnicząca ORPiP wzięła udział w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

12.06.2024 r – odbyło się posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej pod przewodnictwem Przewodniczącej OKR Haliny Frynas.

III. Wokół samorządu

Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych:

W dniu 7 czerwca 2024 roku odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwały nr 180-181/VIII/2024 – w/s stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 182/VIII/2024 – w/s wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 183/VIII/2024 – w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 184/VIII/2024 – w/s przyznania pomocy koleżeńskiej.

Uchwała nr 185/VIII/2024 – w/s świadczenia w związku z przejściem na emeryturę.

Uchwała nr 186/VIII/2024 – w/s dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 187/VIII/2024 – w/s wytypowania przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnych kursów specjalistycznych w RSzS.

Uchwała nr 188/VIII/2024 – w/s wytypowania przedstawiciela ORPiP do komisji egzaminacyjnej do ustnego kolokwium z zakresu wiedzy teoretycznej i oceny umiejętności określonych w ramowym programie stażu adaptacyjnego obcokrajowca.

Uchwała nr 189/VIII/2024 – w/s zorganizowania i sfinansowania konferencji „Bezpieczny pacjent” w dniu 17 września 2024 r.

Uchwała nr 190/VIII/2024 – w/s przystąpienia do ubezpieczenia OC dla członków samorządu.

Uchwała nr 191/VIII/2024 – w/s ukarania Pielęgniarki za przewinienie zawodowe zgodnie z postanowieniem Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Radomiu.

Uchwała nr 192/VIII/2024 – w/s wsparcia finansowego Społecznego Komitetu Budowy Pomnika Upamiętniającego Postać Położnej Stanisławy Leszczyńskiej. Pomnik powstanie w Warszawie.

Z prac Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych:

W dniu 3 kwietnia 2024 roku odbyło się posiedzenie korespondencyjne Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwała nr 209/VIII/2024 - w/s przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarzowi, obywatelowi Białorusi, który uzyskał kwalifikacje poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej i wpisania do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Radomiu.

W dniu 19 kwietnia 2024 roku odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwały nr 210-221/VIII/2024 - w/s stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 222/VIII/2024 - w/s przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki osobie nie będącej obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej i wpisania do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Uchwały nr 224-225/VIII/2024 - w/s wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwały nr 226-230/VIII/2024 - w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 231/VIII/2024 - w/s wygaszenia prawa wykonywania zawodu z powodu zgonu pielęgniarek.

Uchwała nr 232/VIII/2024 - w/s przyznania pomocy koleżeńskiej.

Uchwała nr 233/VIII/2024 - w/s przyznania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę.

Uchwała nr 234/VIII/2024 - w/s dofinansowania udziału w turnusie rehabilitacyjno- leczniczym.

Uchwała nr 235/VIII/2024 - w/s dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 236/VIII/2024 - w/s odmowy dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 237/VIII/2024 - w/s aneksu do uchwały ORPiP nr 102/VIII/2023 z dnia 22.09.2023 r. w sprawie wypłaty wynagrodzenia dla członków organów.

Uchwała nr 238/VIII/2024 - w/s wytypowania przedstawicieli ORPiP do komisji konkursowych w RSzS.

Uchwała nr 239/VIII/2024 - w/s dofinansowania kosztów wynajmu autokaru.

Uchwała nr 240/VIII/2024 - w/s modernizacji strony internetowej.

Uchwała nr 241/VIII/2024 - w/s wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.

W dniu 24 maja 2024 roku odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwały nr 242 - 246/VIII/2024 - w/s stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwały nr 247-249/VIII/2024 - w/s wpisu do rejestru ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 250/VIII/2024 - w/s przyznania pomocy koleżeńskiej.

Uchwała nr 251/VIII/2024 - w/s przyznania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę.

Uchwała nr 252/VIII/2024 - w/s dofinansowania udziału w turnusie rehabilitacyjno- leczniczym.

Uchwała nr 253/VIII/2024 - w/s przyznania pracownikom prawa do dofinansowania wypoczynku.

Uchwała nr 254/VIII/2024 - w/s dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 255 - 259/VIII/2024 - w/s odmowy dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 260/VIII/2024 - w/s wytypowania przedstawicieli ORPiP do komisji konkursowych.

Uchwała nr 261/VIII/2024 - w/s wytypowania członków ORPiP na szkolenie liderów POZ.



Prowadzący uroczystość: pielęgniarka Iwona Raszewska i pielęgniarz Sebastian Bugaj, oraz Przewodnicząca ORPiP w Radomiu Małgorzata Sokulska.

W dniu 10 maja 2024r. obchodziliśmy uroczyste Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej.

Jak co roku maj był miesiącem, w którym pielęgniarki i położne obchodziły swoje coroczne święto. Tradycyjnie już uroczyste obchody odbyły się w Teatrze Powszechnym im. Jana Kochanowskiego w Radomiu.

Sponsorami tych obchodów była Radomska Szkoła Wyższa oraz Towarzystwo Ubezpieczeń INTER POLSKA.

W scenariuszu uroczystości znalazły się podziękowania i gratulacje oraz wspomnienia historii naszego zawodu.

8 maja jako dzień swojego święta, wskazały Polskie położne w hołdzie niezwykłej położnej, szczerze oddanej swojemu zawodowi, Sługi Bożej Stanisławy Leszczyńskiej. Jest to dzień jej urodzin.

12 maja to także dzień urodzin najsłynniejszej przedstawicielki zawodu, twórczyni nowoczesnego pielęgniarstwa, założycielki pierwszej szkoły pielęgniarstwa, Damy z Lampą, czyli Florence Nightingale. Został on ustanowiony podczas kongresu w Meksyku w 1973r przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek i Położnych.



Poczet sztandarowy ORPiP w Radomiu. Od prawej : pielęgniarka Magda Walczak, pielęgniarz Witold Kucharski i położna Paulina Jasińska.



Nasze Święto to tradycyjnie już okazja, aby poza życzeniami i podziękowaniami za pracę, uhonorować koleżanki odznaczeniami.

Inicjatywą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Radomiu było wskazanie, a także wystąpienie do dyrektorów Domów Pomocy Społecznej o wytypowanie pielęgniarek lub położnych do uhonorowania za zaangażowanie, za ogromny, wieloletni wkład pracy na rzecz mieszkańców Domów Pomocy Społecznej.

Odznakę honorową „ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA” otrzymały: Julita Czarnecka, Barbara Dors, Halina Grudzińska, Katarzyna Grymuła, Agnieszka Łęcka, Jolanta Nogacka, Danuta Ptasieńska, Alina Glinkowska, Emilia Malko, Janina Turzyńska.



Od prawej : Małgorzata Sokulska Przewodnicząca ORPiP w Radomiu, Mariola Łodzińska Prezes NRPiP, Waldemar Trelka Starosta powiatu radomskiego, pielęgniarki: Danuta Ptasieńska, Agnieszka Łęcka, Jolanta Nogacka, Katarzyna Grymuła, Halina Grudzińska, Barbara Dors i Julita Czarnecka.

Pani Julita Czarnecka

pracę zawodową rozpoczęła 1992r. w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym w Oddziale wewnętrznym na stanowisku pielęgniarki, a od 2010r. najpierw w Domu Pomocy Społecznej Weterana Walki i Pracy w Radomiu na stanowisku „Pielęgniarka – kierownik Zespołu Pielęgniarek” i następnie w Pallotyńskim Centrum Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjnym we Wrzosowie. Jest członkiem Zarządu Fundacji „Wrzós”. Bardzo sumienna i obowiązkowa zaangażowana jest w pracę na rzecz mieszkańców domu pomocy społecznej. W swojej pracy Pani Julita Czarnecka wyróżnia się zaangażowaniem oraz umiejętnością rozwiązywania problemów, powierzone obowiązki wykonując z pasją i empatią. Pracuje na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych, cierpiących na choroby otępienne w tym choroba Alzheimera.

Ma ogromny udział w tworzeniu kompleksu opiekuńczego we Wrzosowie, niezwykle kreatywna i zaangażowana w pracę na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych. Aktywnie uczestniczy w życiu samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych pełniąc przez okres 5 kadencji funkcję delegata Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Radomiu oraz pracując społecznie w zespole ds. DPS. W pełni zasługuje na odznakę Honorową „ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA”

Pani Barbara Dors:

otrzymała Odznakę Honorową za szczególne osiągnięcia w zakresie realizacji powierzonych zadań, promowanie zdrowego trybu życia, wyjątkowo humanitarne traktowanie mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Lipsku. Pani Barbara Dors sprawuje opiekę na jak najwyższym poziomie mieszkańcom Domu według wymaganego poziomu standardu świadczonych usług, a także stosowania i wdrażania niezbędnych procedur. Aktywnie prowadzi działania na rzecz tworzenia dogodnych warunków do realizowania działań opiekuńczo-rehabilitacyjnych w placówce, a także poprawy warunków zdrowotnych i higienicznych podopiecznych. W swojej pracy Pani Barbara wyróżnia się zaangażowaniem oraz umiejętnością rozwiązywania problemów, a powierzone obowiązki wykonuje z pasją i zaangażowaniem, szczególnie wobec osób starszych i niepełnosprawnych.

W pełni zasługuje na odznakę Honorową „ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA”

Pani Halina Grudzińska:

wykonuje zawód pielęgniarki od ponad 38 lat. Przez 6 lat, od 1980 roku zatrudniona była w Zespole Opieki Zdrowotnej w Kozienicach, a od 02.04.1991r. do nadal w Domu Pomocy Społecznej im. Kazimierzy Gruszczyńskiej w Kozienicach.

Pani Halina Grudzińska to bardzo profesjonalny, odpowiedzialny i godny zaufania pracownik, wykazujący prawdziwą troskę o podopiecznych.

Powierzone obowiązki wykonuje sumiennie, z dużą starannością i zaangażowaniem. W kontaktach zarówno ze współpracownikami jak i podopiecznymi wykazuje się wysoką kulturą osobistą i taktem. Jest wrażliwa na potrzeby drugiego człowieka, wykazując się zrozumieniem dla jego aktualnej sytuacji. Zawsze miła, uśmiechnięta – zaraża optymizmem wszystkich podopiecznych i współpracowników.

Czas pracy Pani Haliny Grudzińskiej w Domu Pomocy Społecznej w Kozienicach to czas w pełni wykorzystany na realizację potrzeb zdrowotnych mieszkańców i rozwiązywanie ich problemów. Swoją postawą Pani Halina zaskarbiła sobie zaufanie i szacunek zarówno podopiecznych jak i współpracowników.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że przez cały okres pracy zawodowej pozostawała w pełnej dyspozycji zakładu pracy i nie skorzystała nawet z jednego dnia zwolnienia lekarskiego. W pełni zasługuje na odznakę Honorową „ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA”

Pani Katarzyna Grymuła :

od 2008r. pracuje w Domu Pomocy Społecznej Weterana Walki i Pracy w Radomiu na stanowisku Kierownik Zespołu Pielęgniarek. W swojej pracy Pani Katarzyna Grymuła wyróżnia się

zaangażowaniem oraz umiejętnością rozwiązywania problemów. Powierzone obowiązki wykonuje z pasją i zaangażowaniem, szczególnie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Wszystkie sprawy związane z prawidłowym funkcjonowaniem Domu w sferze terapeutyczno-opiekuńczej prowadzi rzetelnie i kompetentnie. Wykazuje się znajomością przepisów niezbędnych do właściwego wykonywania obowiązków wynikających z opisu stanowiska pracy. Jako Kierownik dba o zapewnienie podległym pracownikom odpowiednich warunków do wykonywania pracy oraz prowadzi ścisły nadzór nad jej wykonywaniem. Pani Katarzyna w pełni wykorzystując swoje kompetencje pielęgniarskie w motywowaniu pracowników do osiągania wysokiej skuteczności i jakości pracy. Z uwagi na jej dużą życzliwość jest wybierana przez mieszkańców DPSWiP w Radomiu na Pracownika Pierwszego Kontaktu. Z uwagi na wielochorobowość oraz złożoność problemów mieszkańców Katarzyna Grymuła w pełni wykorzystuje swoje kwalifikacje i kompetencje podległego jej personelu w celu świadczenia opieki na wysokim poziomie w społeczności Domu Pomocy Społecznej Weterana Walki i Pracy. W pełni zasługuje na odznakę Honorową „ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA”

Pani Agnieszka Jolanta Łęcka:

pracuje od 22 lat w Domu Pomocy Społecznej im. Św. Kazimierza w Radomiu, rozpoczęła pracę na stanowisku pielęgniarki 1 marca 2002r., a od 1 maja 2016 r. pracuje na stanowisku kierownika zespołu pielęgniarek. Kieruje ponad 20-osobowym zespołem pracowników opiekuńczo-rehabilitacyjnych w placówce przeznaczonej dla osób przewlekłe psychicznie chorych. Od 10 lat nadzoruje opiekę na jak najwyższym poziomie mieszkańcom Domu według wymaganego poziomu standardu świadczonych usług, poprzez organizowanie pracy podległych pracowników opiekuńczo-rehabilitacyjnych, a także przygotowywanie i wdrażanie niezbędnych procedur. Aktywnie prowadzi działania na rzecz tworzenia dogodnych warunków organizacyjno-technicznych do realizowania działań opiekuńczo-rehabilitacyjnych w placówce. Efektem powyższego jest doposażanie placówki do występujących potrzeb, oraz jakość świadczonej opieki, a także poprawa warunków zdrowotnych i higienicznych podopiecznych. Uczestniczy w działaniach środowiskowych na rzecz promocji zdrowia, takich jak lokalne festyny, czy organizowany „Piknik Zdrowia”. Promuje również profilaktykę prozdrowotną w placówce, w sposób odpowiedzialny organizowała sprawnie opiekę podczas epidemii COVID-19 w latach 2020-2021, w tym w okresie zachorowań podopiecznych oraz pracowników. Z dużym zaangażowaniem uczestniczy w organizacji i prowadzeniu działalności szkoleniowej, z zakresu pielęgnacji oraz w pracach zespołu terapeutyczno – opiekuńczego w szczególności w zakresie realizacji indywidualnych planów wsparcia mieszkańców. Bardzo dobrze współpracuje z mieszkańcami, lekarzami, rodzinami mieszkańców oraz podległym personelem wykazując dużą życzliwość, troskę i dbałość o dobrą i zgodną atmosferę w pracy. W pełni zasługuje na odznakę Honorową „ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA”

Pani Jolanta Nogacka:

pracę w zawodzie pielęgniarki rozpoczęła 5 listopada 1984 w Domu Pomocy Społecznej w Radomiu przy ul. A. Struga. I w tej jednej placówce przepracowała 39 lat, aż do przejścia na emeryturę w styczniu 2024. Wyróżniała się wzorową postawą wypełniając swoje obowiązki z wielkim zaangażowaniem i empatią w stosunku do mieszkańców DPS zapewniając im profesjonalną opiekę i poczucie bezpieczeństwa. Pełniąc funkcje kierownicze posiadała bardzo dobre relacje z personelem oraz mieszkańcami. Stale podnosiła swoje kwalifikacje uczestnicząc we wszystkich formach kształcenia podyplomowego dzieląc się wiedzą i doświadczeniem w procesie adaptacji pracy nowych pracowników. Bardzo aktywnie współpracuje z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych jako delegat i Pełnomocnik ORPIP w Radomiu reprezentuje interesy zarówno mieszkańców DPS-ów jak i pielęgniarek w nich zatrudnianych. W pełni zasługuje na odznakę Honorową „ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA”

Pani Danuta Ptasieńska:

magister pielęgniarstwa. Od ponad 27 lat poświęca swoje zawodowe życie mieszkańcom Domu Pomocy Społecznej „Pod Topolami” w Lesznowoli. Niekwestionowany autorytet wśród współpracowników. Wierna ideom pielęgniarstwa. To osoba cechująca się ogromną empatią, zaangażowaniem i poświęceniem dla drugiego człowieka. W sytuacjach kryzysowych przejmuje kontrolę i rolę lidera. Słowa: „człowiek”, „życie”, „zdrowie” i „wolność” to główne wartości w jej pracy.

W pełni zasługuje na odznakę Honorową „ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA”

Odznaka Honorowa „ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA” na wniosek kierownik ZOZ w Błędowie przyznana została pielęgniarkom: Alinie Glinkowskiej, Barbarze Marczak, oraz Janinie Turzyńskiej, które nie były obecne podczas uroczystości. Panie w pełni zasługują na odznakę Honorową „ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA”

Alina Glinkowska :

pracuje w zawodzie 45 lat, W trakcie pracy zawodowej dała się poznać jako pielęgniarka rzetelna, obowiązkowa, kompetentna. Bardzo sumiennie wykonuje swoje zadania wykazując empatię

Podczas uroczystości mieliśmy przyjemność gościć Panią Zofię Małas Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych VII kadencji, obecnie przewodniczącą Komisji Etyki przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, która przedstawiła prezentację na temat Etyki w obecnym pielęgniarstwie.

Przedstawiony wykład i prezentacja pozwoliły nam zrozumieć czym jest Kodeks Etyki Zawodowej i dlaczego jest on tak ważny.



Zofia Małas Prezes NRPiP VII kadencji, obecnie Przewodnicząca Komisji Etyki przy NRPiP w Warszawie.

Kodeks zawiera zbiór norm, które pozwalają na rozstrzygnięcie dylematów moralnych (etycznych), pojawiających się w trakcie realizacji powierzonych pielęgniarkie i położnej zadań zawodowych. Odpowiednie normy są swoistym przewodnikiem przy podejmowaniu decyzji i działań oraz sposobem na rozwiązanie problemów. Kodeks wypełnia przestrzeń pomiędzy ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej i ustawą o samorządzie zawodowym. Nieprzestrzeganie podczas wykonywania zawodowych zadań i czynności zapisów ujętych w Kodeksie jest wykroczeniem. Działania sprzeczne z Kodeksem są podstawą odpowiedzialności zawodowej przed sądami pielęgniarek i położnych. Nieznajomość zapisów ujętych w Kodeksie nie zwalnia od odpowiedzialności.

Obecnie obowiązujący Kodeks wszedł w życie uchwałą nr 18 VIII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 maja 2023 r.

Dlaczego Kodeks wymagał zmian?

Potrzeba aktualizacji Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej wymuszona została zmianami, które zaszły w ciągu ostatnich 20 lat zarówno w funkcjonowaniu społeczeństwa, jak i powyższych zawodów.

i życzliwość w niesieniu pomocy pacjentom. Promując zdrowie i profilaktykę służy radą i doświadczeniem pacjentom którzy darzą ją niezwykłym zaufaniem i szacunkiem. Jest również autorytetem wśród koleżanek i przełożonych.

Pani Barbara Marczak :

pracuje w zawodzie pielęgniarki 42 lata. Wykazuje ogromną życzliwość i gotowość niesienia pomocy osobom potrzebującym. Angażuje się w problemy zdrowotne lokalnej społeczności zyskując zaufanie pacjentów. Promując zdrowie i profilaktykę służy radą i doświadczeniem pacjentom, którzy darzą ją niezwykłym zaufaniem i szacunkiem. Jest również autorytetem wśród koleżanek i przełożonych.

Pani Janina Turzyńska

pracuje w zawodzie pielęgniarki 50 lat. Wykazuje ogromną życzliwość i gotowość niesienia pomocy osobom potrzebującym. Angażuje się w problemy zdrowotne lokalnej społeczności zyskując zaufanie pacjentów. Promując zdrowie i profilaktykę służy radą i doświadczeniem młodzieży darzącej ją niezwykłym zaufaniem i szacunkiem. Jest również autorytetem wśród koleżanek i przełożonych.

Poprzednio obowiązujący Kodeks, przyjęty uchwałą nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r., wymagał zaktualizowania, uporządkowania i wprowadzenia regulacji nowych sfer funkcjonowania zawodów oraz dostosowania do zmian rozwoju społecznego.

Na przestrzeni ostatnich 20 lat ustawodawca dokonywał wielu zmian (uchylanie, rozszerzenie lub wprowadzenie nowych przepisów) m.in. w zakresie:

- wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej i prawa korzystania z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych,
- obowiązku udzielenia pomocy, jak również odmowy wykonania zlecenia lekarskiego lub innego świadczenia,
- uzyskiwania prawa wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej przez cudzoziemców,
- rozszerzania uprawnień zawodowych pielęgniarki i położnej w kierunku samodzielności zawodowej,
- kształcenia zawodowego pielęgniarki i położnej.

Jakich zmian w Kodeksie dokonano?

Wprowadzono cechy charakterystyczne dla aktu prawnego (artykuły), co podkreśliło i zaakcentowało jego rangę oraz znaczenie prawne.

Podkreślono działania zawodowe zgodne z zasadami aktualnej wiedzy medycznej, wprowadzono regulację ochrony dóbr osobistych pacjenta, w tym obowiązku uzyskania jego zgody na rozpowszechnienie, np. wizerunku, podkreślenie obowiązku przestrzegania tajemnicy zawodowej, udziału w transplantologii oraz promocji zdrowia.

Uregulowano także działania zawodowe pielęgniarek i położnych w sytuacjach, w których mogą one odmówić udziału w zabiegach i eksperymentach medycznych. Określono zakaz uczestniczenia w przeprowadzaniu eutanazji oraz pomagania pacjentowi w samobójstwie wspomagany. Określono zakaz uczestniczenia pielęgniarek i położnych w formach niehumanitarnego postępowania.

Wprowadzono zakaz propagowania i stosowania metod leczniczych i diagnostycznych niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną oraz zasady działania pielęgniarek i położnych biorących udział w badaniach na zlecenie producentów produktów leczniczych, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego.

Podkreślono pozytywne postawy wobec współpracowników, określono zachowania negatywne podlegające odpowiedzialności

zawodowej.

W wyniku zmian samodzielną podstawą odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych stał się mobbing, manipulacje lub innego rodzaju naruszenia godności i dóbr osobistych innych osób oraz znieważenie, zniesławienie innych członków samorządu zawodowego

Wprowadzono zapis dotyczący aktywności pielęgniarki i położnej w środkach masowego przekazu:

„Podejmując aktywność w środkach masowego przekazu, w tym w szczególności w prasie, telewizji i Internecie, pielęgniarka i położna zobowiązane są przestrzegać zasad etyki zawodowej określonych w Kodeksie”. (Art. 2, pkt. 4)

Co niosą za sobą wprowadzone zmiany?

Zmiany Kodeksu polegające na uszczegółowieniu i aktualizacji zasad etyki postępowania zawodowego pielęgniarek i położnych umożliwią zwiększenie efektywności prewencji zawodowej, co wpłynie na bezpieczeństwo wykonywania obu zawodów oraz pacjentów.

Dzięki zmianom Kodeks pozwoli na lepszą orientację osób wchodzących do zawodów odnośnie zasad moralnych wiążących się z ich wykonywaniem.

Podczas gali przekazywane były ciepłe życzenia i gratulacje od przybyłych gości, wśród których nie zabrakło przedstawicieli naszego samorządu, duchowieństwa, władz miasta, uczelni czy dyrektorów szpitali.

Po części oficjalnej wszyscy uczestnicy bawili się podczas spektaklu teatralnego „Przyjazne Dusze”.



Biskup Radomski Marek Solarczyk.



Mariola Łodzińska Prezes NRPiP.



Agnieszka Stolarczyk Dyrektor CKZiU.



Marta Michalska-Wilk Zastępca Prezydenta Miasta Radomia.



Karol Stępniewski Wiceprezes ORL w Warszawie, Przewodniczący Delegatury Radomskiej Okręgowej Izby.



Od prawej : Sławomir Bukowski Rektor Uniwersytetu Radomskiego, Ryszard Tomasiuk Dziekan Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Radomskiego, Justyna Natora Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Radomskiego, Emilia Klimaszewska Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Radomskiego.



Od prawej: Aneta Jędrzejewska Dyrektor d/s Pielęgniarstwa i Średniego Personelu Medycznego Naczelnia Pielęgniarka Radomskiego Szpitala Specjalistycznego, Beata Iwańska Zastępca Dyrektora d/s Lecznictwa Radomskiego Szpitala Specjalistycznego



Waldemar Trelka Starosta Powiatu Radomskiego.



Maria Chmielnicka Dyrektor Szpitala w Lipsku.



Zbigniew Kwaśnik Rektor Radomskiej Szkoły Wyższej.



Od prawej : Barbara Mazurkiewicz Wiceprzewodnicząca Warszawskiej ORPiP.



Przedstawicielki TU Inter Polska: Katarzyna Ładno, Mariola Łopuszyńska i Justyna Wulczyńska.

Uczestnicy uroczystości.



Informacje zaczerpnięte z prezentacji Pani Zofii Małas Prezes NRPiP VII kadencji, obecnie Przewodnicząca Komisji Etyki przy NRPiP w Warszawie.

Iwona Raszevska|
mgr pielęgniarstwa

IV. Zgodnie z zprawem

Badania prenatalne bez ograniczeń wiekowych

Wszystkie kobiety w ciąży będą miały prawo do badań prenatalnych. 21 maja 2024r W Dzienniku Ustaw (poz.767) zostało opublikowane Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia z dnia 14 maja 2024r zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie programów zdrowotnych. Jest to kolejny element pakietu dla kobiet "Bezpieczna, świadoma ja".

Dotychczas badania prenatalne mogły wykonać kobiety od 35 roku życia. Obecne zmiany znoszą ograniczenia wiekowe kobiet.

Rozporządzenie wskazuje terminy, w których powinny zostać wykonane priorytetowe badania prenatalne:

- na etapie poradnictwo i badania biochemiczne pomiędzy 11 a 14 tygodniem ciąży
- na etapie poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych w I trymestrze pomiędzy 11 a 14 tygodniem ciąży, w II trymestrze pomiędzy 18 a 22 tygodniem ciąży i 6 dniem ciąży

Do udziału w programie wymagane jest skierowanie wystawione przez lekarza prowadzącego ciążę, zawierające informację o zaawansowaniu ciąży w tygodniach.

W przypadku etapu poradnictwo i badania genetyczne oraz pobranie materiału płodowego do badań genetycznych (amniopunkcja lub biopsja trofoblastu lub kordocenteza) wymagane jest skierowanie

z informacją o wskazaniach do objęcia programem wraz z opisem nieprawidłowości i dołączonymi wynikami badań potwierdzającymi zasadność skierowania do programu, wystawione przez lekarza prowadzącego ciążę lub z etapu poradnictwo i badania biochemiczne lub poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych.

Badania pozwalają wcześniej wykryć wady płodu oraz ich diagnostykę we wczesnym okresie ciąży oraz – w miarę możliwości – podjąć leczenie jeszcze w okresie płodowym.

Dzięki wprowadzonym zmianom zwiększy się dostęp do badań prenatalnych dla wszystkich kobiet w ciąży niezależnie od wieku. Według Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z programu może skorzystać ponad 210 tys. kobiet.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Źródło: Ministerstwo Zdrowia gov.pl/web/zdrowie

Większy dostęp do znieczulenia przy porodzie

Minister Zdrowia Izabela Leszczyna przedstawiła pakiet dla kobiet „Bezpieczna i świadoma ja”. Jednym z zaproponowanych rozwiązań jest zapewnienie większego dostępu przyszłym mam do znieczulenia przy porodzie drogami natury. Prezes NFZ podpisał zarządzenie, które wprowadza system nagradzania szpitali za zwiększenie odsetka znieczuleń w porodach naturalnych. Premia może wynieść nawet 21%.

Szpital, które nie zwiększą dostępności do znieczuleń dla pacjentek, otrzymają za poród mniej środków z NFZ.

– W ponad połowie porodówek w kraju nie wykonano w 2022 r. ani jednego znieczulenia zewnątrzoponowego, a to powinno być standardem. Kobieta ma być godnie traktowana i mieć zapewnioną intymność – podkreśliła Izabela Leszczyna, minister zdrowia, podczas prezentacji pakietu rozwiązań w ochronie zdrowia „Bezpieczna i Świadoma Ja” otwiera się w nowej karcie, który jest adresowany do kobiet.

Ważne miejsce w tym pakiecie zajmuje opieka okołoporodowa, w tym zwiększenie udziału porodów naturalnych ze znieczuleniem.

Raport NFZ o porodach: znieczulenia zewnątrzoponowe do porodów naturalnych - 17% w skali Polski

Narodowy Fundusz Zdrowia przygotował specjalny raport o porodach i opiece okołoporodowej. Z najnowszych danych NFZ wynika, że w 2023 r. odsetek porodów naturalnych ze znieczuleniem zewnątrzoponowym wyniósł 17% w skali całego kraju.

Średnia europejska to ok. 40% znieczuleń w porodach naturalnych.

Premia finansowa za znieczulenia

Minister Izabela Leszczyna zdecydowała o wprowadzeniu premii finansowej dla szpitali, które zwiększą odsetek znieczuleń do porodów naturalnych.

Przypomnijmy, że NFZ finansuje dodatkowo znieczulenie zewnątrzoponowe do porodów naturalnych. Koszt takiego znieczulenia to ponad 1 tys. zł[1] i jest on dodawany do kosztu samego porodu.

Premia dotyczy zwiększenia udziału znieczuleń zewnątrzoponowych lub podpajęczynówkowych (w uzasadnionych medycznie przypadkach) w ogólnej liczbie porodów naturalnych, w konkretnym szpitalu.

Premia jest przyznawana w trzech progach:

- **udział znieczuleń powyżej 10%:** współczynnik korygujący (premiowy) wynosi 12%
- **udział znieczuleń powyżej 20%:** współczynnik korygujący (premiowy) wynosi 19%

- **udział znieczuleń powyżej 35%:** współczynnik korygujący (premiowy) wynosi 21%.

Jednocześnie szpitale, które nie osiągną minimalnego progu 5% udziału znieczuleń w porodach naturalnych (w kwartale), otrzymają niższe wynagrodzenie za poród (o 5%).

Od kiedy wchodzi zmiany?

Pierwsze wyliczenie wskaźników nastąpi od 1 lipca 2024 r. za II kwartał 2024 r. i będzie podstawą do zmiany płatności za porody w okresie od 1 lipca do 30 września 2024 r.

Szczegóły znajdziesz w zarządzeniu Prezesa NFZ

Zapoznaj się z zarządzeniem Prezesa NFZ z 29 maja 2024 r.

Źródło: NFZ nfz.gov.pl

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do szpitali z przypomnieniem, iż odsyłanie pacjentów przez szpitale i poradnie przyszpitalne do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w celu wykonania badań, wystawienia zwolnienia lekarskiego bądź przepisania bezpłatnych leków dla seniorów lub dzieci narusza prawa pacjenta.

Rzecznik Praw Pacjenta przypomina, że każdy szpital i przychodnia przyszpitalna mająca zawartą umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia ma obowiązek zapewnienia ich udzielania w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń. **Pacjent nie może być „odsyłany” z powrotem do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej** tylko po to, aby wykonać dodatkowe badania lub aby lekarz poz wystawił pacjentowi zaświadczenie, że może być operowany. Jest to postępowanie niezgodne z przepisami prawa. Szpital, zarówno na etapie kwalifikacji do zabiegu, jak i już po przyjęciu pacjenta na oddział, ma obowiązek całościowo zająć się pacjentem.

Nie ma także żadnego uzasadnienia odsyłanie pacjentów do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej po uzyskanie przez nich orzeczenia o czasowej niezdolności do pracy, po hospitalizacji na oddziale szpitalnym lub w szpitalnym oddziale ratunkowym; to lekarz szpitala ma wiedzę o stanie zdrowia pacjenta i jeśli ten stan to uzasadnia – powinien wystawić zwolnienie lekarskie.

Kolejną kwestią jest wystawianie recept dla seniorów lub dzieci na bezpłatne leki. W tym zakresie należy wskazać, że bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie leków refundowanych przysługuje również na podstawie recepty (z symbolem „S” lub „DZ”) wystawionej w postaci elektronicznej przez lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) lub lekarza po zakończonym leczeniu szpitalnym. Także zatem i w tym przypadku to lekarz w szpitalu powinien zabezpieczyć pacjenta, a nie przerzucać kwestię uzyskania ww. recepty na pacjenta, kierując go do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Źródło: Rzecznik Praw Pacjenta gov.pl/web/rpp



V. Warto wiedzieć

W dniach 7 i 8 kwietnia 2024 r. odbyły się warsztaty w zakresie reagowania w sytuacjach kryzysowych pod nazwą

„Bezpieczeństwo kobiet”

Szkolenie poprowadził Jarosław Rogowski- szkoleniowiec, wykładowca, motywator z wieloletnim doświadczeniem w sztukach, sportach i systemach walki.

Tematyka szkolenia obejmowała:

- napaść, gwałt, pobicie, agresja słowna oraz prześladowanie;
- analiza i symulacje sytuacji związanych z wykonywaną pracą poprzez:

- wzmocnienie ciała oraz psychikę
- znajdowanie najlepszych rozwiązań przeciwko przemocy
- rozpoznawanie sytuacji niebezpiecznych i adekwatne reagowanie

- co robić i jakich sytuacji unikać, by zapewnić sobie maksymalne bezpieczeństwo;
- nabywanie wiedzy z zakresu psychologii walki.

Szkolenie odbyło się z myślą, aby codzienna praca w zawodzie pielęgniarstwa była jak najbardziej bezpieczna.

Zdobyta wiedza na pewno zbliżyła nas i uświadomiła na co zwracać uwagę, jak rozpoznać, uniknąć i w razie czego obronić się w sytuacji potencjalnego zagrożenia. Zajęcia warsztatowe na sali jak i w terenie pozwoliły nam wcielić się w „ofiara” i „agresora”. Mam nadzieję, że zdobyta wiedza i doświadczenie pozwoli nam czuć się bardziej bezpiecznie w świecie, w którym niebezpieczeństwo może czyhać na nas na każdym kroku.



Prowadzący Jarosław Rogowski wraz z uczestniczkami kursu.



Prowadzący Jarosław Rogowski wraz z uczestniczkami kursu.

„Higiena Rany- strategia proaktywnego leczenia ran”.

Tematyka szkolenia obejmowała:

- Dobór opatrunku do rany;
- Zastosowanie opatrunków CovaTec na przykładach ran- case study.

Higiena rany to strategia leczenia ran, uwzględniająca obecność biofilmu, mająca na celu wspieranie pracowników ochrony zdrowia na całym świecie, aby wygrać walkę z trudno gojącymi się ranami i poprawić jakość życia pacjentów.

Higiena Rany to antybiofilmowa strategia, obejmująca oczyszczanie i dekontaminację rany oraz likwidację barier w gojeniu, często spowodowanych obecnością biofilmu. Tak jak codziennie przestrzegamy podstawowej higieny, myjąc ręce, zęby i biorąc prysznic, powinniśmy stosować regularnie cztery kroki higieny rany, aby utrzymać je w czystości i usunąć biofilm. Wdrażając strategię Higieny Rany, możesz dać każdej ranie najlepszą szansę na wygojenie.



Warsztaty z opracowania rany.



W dniach 14 i 15 kwietnia 2024r. odbyło się szkolenie o tematyce:

„Zamień walkę we współpracę, czyli techniki pracy z pacjentem żyjącym z demencją”.

Mieliśmy po raz kolejny przyjemność gościć Panią Iwonę Przybyło:



mgr Iwona Przybyło

Pracuje jako pielęgniarka od 15 lat. Jest magistrem pielęgniarstwa, ukończyła Wydział Nauk o Zdrowiu na kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku oraz specjalizację Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki. Jest również dyplomowanym terapeutą zajęciowym, coachem i trenerem. Kierownik Zespołu Wsparcia Pielęgniarskiego w Akademii Opiekunów, na co dzień pracuje również w szpitalu.

Celem szkolenia było zdobycie nowych umiejętności, które ułatwią nam komunikowanie z każdym pacjentem.

Kurs składał się z części wykładowej, ale przede wszystkim były to ćwiczenia warsztatowe, gdzie każdy z uczestników mógł przećwiczyć każdą technikę.

Demencja zmienia osoby, które się z nią zmagają. Na skutek tych zmian potrafią odmawiać opieki, jedzenia, kąpieli, leczenia. Za pomocą nowych technik i zmiany podejścia można pomóc im, i sobie, aby w tej trudnej chorobie, choć część rzeczy mogła być łatwiejsza. Jak te techniki wykorzystywać, żeby radzić sobie z oporem, agresją, przeciwstawieniem się zabiegom leczniczym i pielęgnacyjnym.



**W dniu 23 maja 2024 odbyło się szkolenie:
„WYBÓR, KTÓRY CZYNI RÓŻNICĘ”**

Program szkolenia:

- „Oligosacharydy w mleku matki i mieszkankach dla niemowląt: podobieństwo, różnice, korzyści”
- „Czy depresja poporodowa ma wpływ na zaburzenia psychiczne u dzieci”.

Cukry, w tym cukry złożone, wpływają na rozwój nowo narodzonego maluszka. Właśnie dlatego warto wiedzieć, czym są HMO, czyli oligosacharydy mleka kobiecego. Okazuje się bowiem, że to bardzo pożyteczny składnik Twojego mleka!

Oligosacharydy mleka kobiecego, czyli wyjątkowe cukry w mleku matki

HMO (ang. human milk oligosaccharides) to skrót oznaczający oligosacharydy mleka kobiecego, czyli wyjątkowe węglowodany zawarte w mleku mamy. Wspierają one układ odpornościowy dziecka. W przewodzie pokarmowym dziecka nie ma enzymów niezbędnych do trawienia HMO. W odróżnieniu od pozostałych najważniejszych stałych składników mleka kobiecego: laktozy, białka

i tłuszczu, nie mają one funkcji odżywczej. Nie oznacza to jednak, że oligosacharydy mleka kobiecego nie są dziecku potrzebne – stanowią pożywienie dla zawartych w jelicie „dobrych” bakterii. Są więc nieocenionym składnikiem mleka mamy.

Wyjątkowe mechanizmy działania HMO:

- wspierają rozwój korzystnych bifidobakterii w jelicie dziecka,
- eliminują drobnoustroje chorobotwórcze (patogeny) i chronią maluszka przed ich działaniem,
- utrudniają patogenom przytwierdzenie się do powierzchni jelita dziecka, dzięki czemu trudniej im wywołać infekcję,
- sprzyjają zachowaniu równowagi w układzie odpornościowym maluszka.

Co warto wiedzieć o HMO w mleku kobiecym?

1. HMO to w naturze składniki występujące tylko w mleku kobiecym. Są wyjątkowe, tak jak wyjątkowe jest mleko mamy – takie różnorodności oligosacharydów ani tak wysokiej ich zawartości nie znajdziemy w mleku żadnych innych ssaków.

2. Zawartość oligosacharydów w mleku matki to nawet 2 g/100 ml mleka. Ich ilość zależy m.in. od wieku dziecka i stanu odżywienia matki. Najwyższy poziom odnotowuje się w pierwszych dniach laktacji, kiedy produkowana jest tzw. siara.

3. Pod względem zawartości HMO stanowią trzeci, tuż po laktozie i tłuszczu, stały składnik mleka kobiecego.

4. Do dziś odkryto już wiele różnych HMO występujących w mleku kobiecym, jednak nie wszystkie są obecne w nim w takiej samej ilości. Największą część stanowi 2'-fukozylolaktoza, w skrócie 2'-FL, która jest aktualnie najlepiej poznanym spośród wszystkich HMO.

5. Dzięki szczególnym właściwościom HMO zawarte w mleku kobiecym sprzyjają rozwojowi wyłącznie „dobrych” bakterii w niedojrzałym jeszcze przewodzie pokarmowym niemowlęcia i pomagają chronić przed działaniem bakterii chorobotwórczych. Zmniejszają w ten sposób ryzyko infekcji.

Prześciowe spadki samopoczucia po ciąży wynikają między innymi z wahań hormonalnych i są naturalną reakcją na poród oraz zmiany związane z pojawieniem się maluszka na świecie. Jeśli jednak obniżony nastrój utrzymuje się powyżej dwóch tygodni, może być zapowiedzią depresji poporodowej, która nie jest już stanem naturalnym.

Co to jest depresja poporodowa?

Depresja poporodowa jest zaburzeniem nastroju polegającym na wystąpieniu epizodu depresyjnego po urodzeniu dziecka. Choroba ta dotyka od 10% do 20% kobiet i pojawia się z reguły w ciągu 6 miesięcy po porodzie. Może trwać kilka tygodni, miesięcy, a nawet dłużej. Nieleczona depresja poporodowa nie mija bowiem sama, lecz potrafi długotrwale obniżać jakość życia młodej mamy i odbierać radość z macierzyństwa. Dlatego nie należy zwlekać z udaniem się do lekarza – im szybciej choroba zostanie zdiagnozowana, tym szybciej będzie można wdrożyć leczenie i uzyskać poprawę.

Zaburzenia nastroju nie pozostają bez wpływu na dziecko. Wiele badań potwierdza, że depresja poporodowa rodziców wiąże się z zagrożeniem dla prawidłowego rozwoju dziecka. Konsekwencje widać już we wczesnym dzieciństwie, ale także u dzieci, kiedy już dorosną. Oto jeden z przykładów: depresja matki może być przyczyną zaburzeń rytmu snu i czuwania u niemowlęcia oraz rozwoju lękowego stylu przywiązania. Dzieje się tak dlatego, że matki wiedzione lękiem o zdrowie i życie swoich dzieci często wybudzają je ze snu, aby upewnić się czy wszystko jest w porządku.

Konsekwencje dla rozwoju dziecka

Dziecko jest zależne od stanów emocjonalnych swojego głównego opiekuna – najczęściej matki. Interakcja między matką a noworodkiem kształtuje jego doświadczenia poznawcze, emocjonalne i społeczne na całe życie. Depresja poporodowa może mieć więc ogromny wpływ na rozwój dziecka we wszystkich jego

sferach. Wczesne rozpoznanie tego zaburzenia jest jedyną gwarancją prawidłowego rozwoju dziecka i – rzecz jasna – wprowadzenia programu pomocy dla jego rodziców. Regularne leczenie umożliwi monitorowanie nieprawidłowych zachowań rodziców oraz wprowadzanie strategii, które zminimalizują wpływ choroby na najmłodszych członków rodziny.

Badania pokazują, że dzieci rodziców cierpiących na depresję, częściej niż ogół populacji wykazują symptomy zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych. Z upływem czasu u dzieci z tej grupy mogą się rozwinąć zaburzenia internalizacyjne: lęki, zahamowania społeczne, zaburzenia psychosomatyczne. Mogą się wystąpić u nich zaburzenia eksternalizacyjne związane z zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi.

Badany u dzieci rodziców z depresją poziom kortyzolu wskazuje, że już półroczne niemowlęta mają wyższy poziom stresu, w związku z tym, mogą w późniejszych swoich latach życia mogą mieć większą skłonność do zapadania na choroby o podłożu zapalnym, np. choroby cywilizacyjne, jak otyłość lub cukrzyca. Jako nastolatki dwa razy częściej przejawiają trudności w matematyce niż rówieśnicy, a siedmiokrotnie częściej zapadają na depresję w chwili wstąpienia w dorosłość.

Cierpiący na stany depresyjne rodzice formułują często obawy w stosunku do bezpieczeństwa dzieci, wywołując tym u nich trudności w adekwatnej ocenie rzeczywistości. Wpływa to na funkcjonowanie nie tylko w okresie dzieciństwa i dorastania, ale również w dorosłym życiu.



Źródło: Nestle.pl

MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA „ZAAWANSOWANA PRAKTYKA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH WARTOŚCIĄ DLA PACJENTA, SYSTEMU I PŁATNIKA”

Gdańsk 16-17 maja 2024 r.

W dniach 16 - 17 maja 2024 r. odbyła się międzynarodowa konferencja „Zaawansowana praktyka pielęgniarek i położnych wartością dla pacjenta, systemu i płatnika”. Wydarzenie odbyło się w Europejskim Centrum Solidarności w Gdańsku. Organizatorami wydarzenia była Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych oraz Gdański Uniwersytet Medyczny. Patronat nad wydarzeniem objęło Ministerstwo Zdrowia oraz Prezydent Miasta Gdańsk. Wydarzenie swoją obecnością uświetnili: Ministra Zdrowia Izabela Leszczyna, Wiceminister Zdrowia Katarzyna Kacperczyk, Senator RP Bogdan Borusewicz, Gdański Uniwersytet Medyczny prof. dr hab. Agnieszka Zimmermann, Członkini Naczelnej Rady Aptekarskiej Natalia Wrzosek. W wydarzeniu udział wzięło również wielu znamienitych zagranicznych gości m.in.: Dr Paul de Raeve - Sekretarz Generalny EFN, Margerita Langis - Doradca ds. polityki pielęgniarskiej i położniczej w Biurze Regionalnym WHO, Agita Melbarde-Kelmer, prof. Romy Maher-Imhof, Chanel Watson, Dyrektor Programowy/Koordinator Programu Erasmus w RCSI, Bes rta Taganovig Kolegium Heimerera w Kosowie.



Minister Zdrowia Izabela Leszczyna z uczestnikami konferencji.

W trakcie trwania wielu sesji z udziałem gości z zagranicy dyskutowano m.in. na temat strategicznych kierunków rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa na świecie, różnych rozwiązań prawnych, na których oparta jest preskrypcja pielęgniarska w UE (na przykładzie Hiszpanii, Irlandii i Polski) oraz wymieniano się doświadczeniami z realizacji zaawansowanej praktyki pielęgniarek i położnych.

Konferencja zakończyła się debatą, poświęconą poszukiwaniom odpowiedzi na pytanie, czy zaawansowana praktyka i preskrypcja pielęgniarska odpowiadają na potrzeby pacjentów, systemu i płatnika.

Owocem konferencji było wypracowanie Deklaracji Gdańskiej, która została uchwalona przez uczestników konferencji „Zaawansowana praktyka pielęgniarek i położnych wartością dla pacjenta, systemu i płatnika”. Podpisali ją reprezentanci: Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek i Położnych oraz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.



Podpisanie aktu Deklaracji Gdańskiej



Prelegenci konferencji.



Od lewej :Minister Zdrowia Izabela Leszczyna i Mariola Łodzińska Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

Deklaracja Gdańska 2024 wzywa do podjęcia prac legislacyjnych, które umożliwią pełne i efektywne wykorzystanie nowych kompetencji, samodzielnych ról zawodowych, umożliwiających zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, poprawę jakości i bezpieczeństwa pacjentów oraz optymalizacji systemu opieki zdrowotnej.

Deklaracja Gdańska została 22 maja 2024 roku przekazana na ręce Izabeli Leszczyny, Minister Zdrowia.

Diana Wiśniewska-Janias i Barbara Tusińska

Relacja z misji Siostry Iwony Biczuk - pielęgniarki i misjonarki z Kuby.

Kuba to piękna wyspa, zielona i słoneczna. Ludzie są tam radośni i życzliwi, mówimy, że mają to coś w sobie co ich odróżnia. Pomimo wielkich trudności, zachowują pogodę ducha.

Jestem siostrą Wspomożycielką Dusz Czyścowych bezhabitu. Na misjach jestem z współsiostrą Anną Pękowską ze zgromadzenia. Piąty rok posługujemy przy Parafii w Jiguani na południu Kuby tzw. Oriente, w Diecezji Bagomo-Monzanillo. Teren Parafii obejmuje

3 kościoły i 3 wspólnoty dojazdowe oddalone na około 40 km. Razem odwiedzamy chorych w domach i w szpitalach w tych miejscowościach. Katechizujemy dzieci, młodzież i ludzi starszych, przygotowując ich do sakramentów św: komunii, bierzmowania itp. Obecna sytuacja na Kubie jest bardzo trudna i nie sposób tego opisać. Brak żywności, mydła, pościeli, leków, witamin, prądu, paliwa: szukanie jedzenia, niekończące się kolejki i ciągle proszenie o pozwolenie na zakup paliwa itd.... Trudno to sobie wyobrazić nam – mieszkańcom krajów europejskich.

Jesteśmy tam z nimi w tej trudnej sytuacji. Otaczamy ich duchową opieką, wspólną modlitwą, dobrym słowem, pocieszeniem, wsłuchaniem się w ich potrzeby. Pomagamy im dając jedzenie, ubrania, leki i wszystko to co otrzymujemy od dobrodziejów z Polski.



Wspólnota Cencerro czyli Dzwoneczek.



Wspólnota Cautillo.



Krem z filtrem SPF – fakty i mity*Źródło: zdrowie.pap.pl*

W dzisiejszych czasach coraz więcej osób zdaje sobie sprawę z konieczności ochrony skóry przed szkodliwym działaniem promieniowania słonecznego. Jednakże wokół kremów z filtrem SPF narosło wiele mitów i nieporozumień, które mogą wpływać na wybory dotyczące pielęgnacji skóry.

Czy naprawdę potrzebujemy kremu z filtrem w pochmurne dni? Czy wysokie SPF zapewnia dwa razy większą ochronę niż niższe wartości? W tym artykule zostały przedstawione najpopularniejsze fakty na temat kremu SPF, rozwiane popularne mity na temat kremu SPF i zostało wskazane, jak właściwie chronić swoją skórę przed szkodliwym działaniem promieniowania UV.

Dlaczego warto stosować krem z filtrem SPF?

Krem z filtrem SPF (Sun Protection Factor) jest nieodzownym elementem codziennej pielęgnacji skóry, niezależnie od pory roku czy warunków pogodowych. Regularne stosowanie kremu z filtrem przynosi liczne korzyści, które wpływają na zdrowie i wygląd skóry. Oto kilka kluczowych powodów, dla których warto go używać, popartych faktami i badaniami.

1. Ochrona przed promieniowaniem UVA i UVB

Promienie UVA przenikają głęboko w skórę, powodując przedwczesne starzenie się skóry, powstawanie zmarszczek i utratę elastyczności. Promienie UVB są głównie odpowiedzialne za poparzenia słoneczne i bezpośrednio uszkadzają DNA komórek skóry, co może prowadzić do rozwoju raka skóry.

2. Zapobieganie przebarwieniom i zmarszczkom

Ekspozycja na słońce bez odpowiedniej ochrony prowadzi do powstawania przebarwień. Kremy z filtrem SPF pomagają zapobiegać powstawaniu tych plam, utrzymując jednolity kolor skóry. Badania wykazały, że osoby regularnie stosujące kremy z filtrem mają znacznie mniej zmarszczek i bardziej jędrną skórę w porównaniu z osobami, które nie używają takich produktów.

3. Zmniejszenie ryzyka rozwoju raka skóry

Narażenie na promieniowanie UV jest głównym czynnikiem ryzyka rozwoju raka skóry. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), ponad 90% przypadków raka skóry jest związanych z ekspozycją na promieniowanie UV. Stosowanie kremów z filtrem SPF zmniejsza ilość promieni UV docierających do skóry, co z kolei zmniejsza ryzyko uszkodzenia DNA komórek skóry i rozwoju nowotworów.

4. Ochrona przed innymi szkodliwymi czynnikami

Niektóre kremy z filtrem SPF zawierają dodatkowe składniki ochronne, takie jak przeciwutleniacze, które pomagają neutralizować wolne rodniki i chronić skórę przed zanieczyszczeniami środowiskowymi. Dzięki temu krem z filtrem SPF może również pełnić funkcję ochrony antyoksydacyjnej, wspierając zdrowie skóry na wielu poziomach.

Mity na temat kremu z filtrem SPF

Pomimo powszechnej wiedzy na temat korzyści płynących ze stosowania kremów z filtrem SPF, wciąż istnieje wiele nieporozumień i mitów, które mogą wpływać na decyzje dotyczące ochrony przeciwsłonecznej. Poniżej zostały przedstawione najpopularniejsze mity na temat kremu z filtrem SPF oraz zostało wyjaśnione, dlaczego są one błędne, odwołując się do badań naukowych i opinii ekspertów.

Mit 1: krem z filtrem SPF 50 to dwa razy większa ochrona niż krem z filtrem SPF 25

Wiele osób błędnie uważa, że krem z filtrem SPF 50 zapewnia dwukrotnie większą ochronę niż SPF 25. W rzeczywistości różnica w ochronie jest mniejsza, niż mogłoby się wydawać. SPF 25 blokuje około 96% promieniowania UVB, podczas gdy SPF 50 blokuje około 98%. Według badań opublikowanych w „Journal of the American

Academy of Dermatology”, wzrost SPF nie jest liniowy i wyższe wartości SPF oferują jedynie nieznacznie lepszą ochronę.

Mit 2: krem z filtrem SPF nie jest potrzebny w pochmurne dni

Wielu ludzi mylnie sądzi, że w pochmurne dni nie ma potrzeby stosowania kremu z filtrem SPF. Niestety, promieniowanie UV przenika przez chmury i jest obecne przez cały rok. Badania przeprowadzone przez Amerykańską Akademię Dermatologii wykazały, że nawet w pochmurne dni skóra jest narażona na szkodliwe promieniowanie, dlatego zaleca się codzienne stosowanie kremu z filtrem SPF, niezależnie od pogody.

Mit 3: Stosowanie kremu z filtrem powoduje niedobór witaminy D

Istnieje obawa, że stosowanie kremów z filtrem SPF może prowadzić do niedoboru witaminy D, ponieważ blokują one promieniowanie UVB, które jest niezbędne do syntezy tej witaminy w skórze. Jednak badania pokazują, że codzienne stosowanie kremu z filtrem nie prowadzi do znaczącego niedoboru witaminy D. Przegląd badań opublikowany w „British Journal of Dermatology” wykazał, że poziomy witaminy D u osób stosujących kremy z filtrem nie różni się znacząco od tych, które ich nie używają.

Mit 4: kremy z filtrem są szkodliwe dla zdrowia

Niektórzy ludzie obawiają się, że składniki zawarte w kremach z filtrem mogą być szkodliwe dla zdrowia. W rzeczywistości kremy z filtrem są bezpieczne w użyciu, a ich składniki są dokładnie badane i regulowane przez agencje zdrowia publicznego, takie jak FDA i UE. Większość obaw związanych z kremami z filtrem opiera się na niepopartych badaniach i dezinformacji.

Mit 5: kosmetyki z SPF do makijażu wystarczają jako ochrona przeciwsłoneczna

Badania opublikowane w „Journal of the American Academy of Dermatology” pokazują, że pełna ochrona wymaga stosowania odpowiedniej ilości produktu na skórę, co jest trudne do osiągnięcia wyłącznie za pomocą makijażu z SPF. Dermatolodzy zalecają więc stosowanie dedykowanego kremu z filtrem SPF jako podstawowej warstwy ochronnej, a kosmetyki z SPF mogą służyć jako dodatkowa ochrona.

Fakty na temat kremu z filtrem SPF

Stosowanie kremów z filtrem SPF jest jednym z najważniejszych kroków w codziennej pielęgnacji skóry. Choć wiele osób jest świadomych potrzeby ochrony przeciwsłonecznej, nie zawsze wiedzą, jak prawidłowo stosować te produkty, aby zapewnić maksymalną ochronę. Poniżej zostały przedstawione najważniejsze fakty na temat kremu z filtrem SPF, które warto znać.

Fakt 1: krem z filtrem powinien być stosowany codziennie

Promieniowanie UV jest obecne przez cały rok, nawet w pochmurne dni i w pomieszczeniach. Codzienne stosowanie kremu z filtrem SPF pomaga chronić skórę przed szkodliwym działaniem promieniowania. Badania opublikowane w „Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology” wykazały, że regularne stosowanie kremu z filtrem przeciwsłonecznym zmniejsza ryzyko uszkodzeń skóry, takich jak zmarszczki, przebarwienia i rak skóry.

Fakt 2: ilość aplikowanego kremu z filtrem SPF ma znaczenie

Krem z filtrem musi być stosowany w odpowiedniej ilości, aby zapewnić deklarowaną ochronę. Amerykańska Akademia Dermatologii zaleca aplikowanie około 2 mg kremu na centymetr kwadratowy skóry, co odpowiada około jednej łyżeczce na twarz i szyję oraz jednej uncji (około 30 ml) na całe ciało. Badania pokazują, że większość ludzi używa zbyt mało kremu, co znacząco zmniejsza jego skuteczność.

Fakt 3: ponowne aplikowanie kremu SPF jest konieczne

Ochrona przeciwsłoneczna nie utrzymuje się przez cały dzień bez ponownej aplikacji. Krem z filtrem SPF powinien być ponownie aplikowany co najmniej co dwie godziny, a także po pływaniu,

poceniu się czy wycieraniu ręcznikiem. Badania opublikowane w „Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine” wykazały, że regularne ponawianie aplikacji kremu znacznie zwiększa ochronę przed promieniowaniem UV.

Fakt 4: ochrona przed promieniowaniem UVA i UVB jest ważna

Promienie UVA przenikają głębiej w skórę, powodując starzenie się skóry i zmarszczki, podczas gdy promienie UVB są głównie odpowiedzialne za oparzenia słoneczne. Oba typy promieniowania przyczyniają się do rozwoju raka skóry. Dlatego ważne jest, aby krem

z filtrem SPF zapewniał szerokie spektrum ochrony, chroniąc przed oboma rodzajami promieniowania.

Fakt 5: filtry mineralne są łagodniejsze dla skóry wrażliwej

Filtry mineralne są często zalecane dla osób z wrażliwą skórą, ponieważ są mniej prawdopodobne do wywołania podrażnień i reakcji alergicznych. Badania przeprowadzone przez „Journal of Drugs in Dermatology” wykazały, że filtry mineralne są skuteczne w ochronie przed promieniowaniem UVA i UVB, a jednocześnie są łagodniejsze dla skóry wrażliwej niż filtry chemiczne.

Polski pielęgniarz opracował innowacyjne rozwiązanie

Polski pielęgniarz, Adrian Nowakowski, opracował rozwiązanie wykorzystujące sztuczną inteligencję (SI) do nauki komunikacji z pacjentami z demencją. Dostał za ten pomysł prestiżowe wyróżnienie przyznawane przez królową Szwecji – Nagrodę Pielęgniarską Królowej Sylwii (Queen Silvia Nursing Award).

Wręczenie nagrody laureatowi odbędzie się we wrześniu 2024r

Adrian Nowakowski, pracownik Kliniki Neurologii Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, który równocześnie studiuje informatykę, postanowił połączyć obie te dziedziny, aby stworzyć narzędzie, które pomagałoby personelowi medycznemu w komunikacji z pacjentami cierpiącymi na demencję.

„Zajmowałem się problemami komunikacyjnymi, z którymi boryka się personel medyczny, zwłaszcza pielęgniarki i pielęgniarze opiekujący się pacjentami z demencją. Opracowałem symulator wykorzystujący sztuczną inteligencję, który umożliwia naukę i praktykę skutecznej komunikacji” – opowiadał w rozmowie z PAP.

Wyjaśniał, że osoby z demencją często nie pamiętają niedawnych wydarzeń, ale mogą dobrze przypominać sobie zdarzenia sprzed lat czy dekad.

„Na co dzień pracuję z osobami z utrudnionym kontaktem. Początkowe dni pracy stanowiły duże wyzwanie, ponieważ musiałem nauczyć się, jak komunikować się z nimi. Po ukończeniu studiów nie byłem na to przygotowany” – wspominał Adrian Nowakowski.

Dlatego jego rozwiązanie skupia się głównie na wsparciu dla studentów pielęgniarstwa. Koncepcja polega na tym, że student aktywuje symulator i prowadzi rozmowę ze sztuczną inteligencją, która „udaje” chorego. Przyszły pielęgniarz stara się przekonać SI np. do przyjęcia leków. Kiedy SI zachowuje się tak, jak niektórzy starsi ludzie z demencją, np. odmawiając połknięcia tabletek, student musi znaleźć sposób, by przekonać maszynę do zmiany zdania.

„Należy opracować konkretne techniki, zrozumieć tę osobę, jej perspektywę, aby móc nawiązać z nią spokojny dialog. Jeśli nie znamy diagnozy demencji u pacjenta i traktujemy go jak zdrową osobę, możemy napotkać poważne trudności” – zaznaczył pielęgniarz.

Podczas pracy nad projektem wykorzystał kilka dostępnych obecnie narzędzi. „Stworzyłem odpowiednie scenariusze i wprowadziłem je do różnych modeli sztucznej inteligencji odpowiedzialnych za „wzrok” lub przetwarzanie tekstu” – wyjaśniał.

Tak przygotowany symulator potrafi rozpoznawać otoczenie, obiekty, kształty, ludzi oraz rozumieć mowę. Potrafi przetworzyć informacje, aby udzielić odpowiedzi. Poprawne kierowanie symulacją sprawia, że maszyna zachowuje się jak osoba cierpiąca na demencję.

„Musiałem opisać charakterystykę takiego pacjenta, aby model językowy wiedział, co ma robić. Pacjent może przejawiać chwile jasności umysłu, podczas których można z nim normalnie rozmawiać. Jednak po chwili może zapomnieć, co się wydarzyło. Może to prowadzić do frustracji lub irytacji. Tacy pacjenci często są zagubieni, mogą nie rozpoznawać otoczenia i znajomych osób. Wszystko to uwzględniłem w scenariuszu” – wyjaśniał pomysłodawca rozwiązania.

Jako początkującemu pielęgniarzowi największe trudności sprawiały

mu kontakty z pacjentami, którzy nie rozumieli, że ich zachowanie może być dla nich szkodliwe.

„Ryzyko występuje na przykład, gdy pacjent z udarem mózgu próbuje wstać, mimo że nie utrzymuje równowagi. Często trudno przekonać takiego pacjenta, aby pozostał w łóżku” – stwierdził Adrian Nowakowski.

Podkreślił, że kluczem do zatrzymania takiej osoby w łóżku jest „długa i uprzejma rozmowa”. „W takich sytuacjach cierpliwość jest kluczowa” – wyjaśnił, dodając, że tego właśnie uczy przyszłych pielęgniarzy sztuczna inteligencja.

Po każdej symulacji SI analizuje przebieg i podsumowuje zachowanie studentów względem wirtualnego pacjenta. Udziela też wskazówek, jakie sformułowania mogłyby przynieść lepsze rezultaty w rozmowie z osobą cierpiącą na demencję, oraz wskazuje, w którym momencie przyszły pielęgniarz popełnił błąd.

„Jeśli użyjemy wobec pacjenta terminu +tachykardia+, sztuczna inteligencja podsumuje symulację, zauważając, że to fachowe określenie prawdopodobnie było dla pacjenta niezrozumiałe. Zasugeruje, że lepiej byłoby użyć wyrażenia +kłopoty z sercem+” – tłumaczy Nowakowski.

Autor projektu uważa, że sztuczna inteligencja może być użyteczna nie tylko w ćwiczeniach z komunikacji medycznej, ale warto wdrożyć ją do różnych przedmiotów, na przykład do zajęć z podstaw pielęgniarstwa.

„Studenci przez cały pierwszy rok uczą się na fantomach w pracowniach. Można by wykorzystać sztuczną inteligencję, oferując dodatkowy rok nauki komunikacji” – zauważył pielęgniarz.

Podkreślił, że lepsza komunikacja z pacjentem cierpiącym na demencję oznacza bardziej skuteczną opiekę nad nim oraz zmniejszenie poziomu stresu u pacjenta i personelu medycznego.

Autor rozwiązania uważa, że sztuczna inteligencja może również pomóc rodzinom chorych – członkowie rodzin pacjentów mogliby ćwiczyć z maszyną już wtedy, gdy u osoby starszej występują pierwsze objawy demencji. „Zaawansowana demencja nie pojawia się nagle, to długotrwały proces. Warto więc wykorzystać wszystkie możliwe metody, aby przygotować się na kontakt z osobą, u której choroba postępuje” – zauważył.

Nowakowski nie obawia się, że zaawansowane roboty kiedyś zastąpią personel medyczny.

„Jeśli rozważamy przyszłość w kontekście science fiction, roboty mogą wspierać rodziny chorych lub opiekunów medycznych, np. w zakupach czy w kuchni. Jednak jestem przekonany, że maszyna nie może zastąpić człowieka w opiece nad pacjentem. Po pierwsze, robot u osoby z demencją może wywoływać lęk. Po drugie, kontakt z drugim człowiekiem jest niezwykle ważny dla pacjentów cierpiących na schorzenia otępienne, co może opóźnić postęp choroby. Opieka medyczna opiera się na empatii i ludzkiej trosce” – podsumował Adrian Nowakowski.

Nagroda Pielęgniarska Królowej Sylwii to stypendium ustanowione przez Swedish Care International w 2013 roku dla studentów pielęgniarstwa oraz pielęgniarek i pielęgniarzy. Laureaci otrzymują 6 tysięcy euro oraz możliwość odbycia stażu. Nagroda ma na celu podkreślenie znaczenia roli pielęgniarki i pielęgniarza oraz wspieranie kształcenia ustawicznego.

Organizatorem Queen Silvia Nursing Award w Polsce jest Fundacja Medicover. W 2023 roku odbyła się dziesiąta edycja konkursu, a ósma w Polsce. W tym roku o zwycięstwo walczyło prawie 170 polskich pielęgniarek i pielęgniarzy oraz studentów pielęgniarstwa.

Królowa Szwecji wręczy nagrody laureatom 12 września podczas uroczystej gali w Pałacu Królewskim w Sztokholmie.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2050 roku osoby

w wieku 60+ będą stanowić 40 procent polskiego społeczeństwa – będzie ich prawie 14 milionów. Z kolei Biuletyn Informacji Publicznej Rzecznika Praw Obywatelskich podaje, że obecnie w Polsce żyje ponad 500 tysięcy osób z demencją, z których wielu nie ma postawionej diagnozy. Wśród nich 310 tysięcy cierpi na chorobę Alzheimera, z których większość nie jest diagnozowana.

Źródło: PAP Nauka w Polsce naukawpolsce.pl

Światowy Dzień Zdrowia Układu Pokarmowego: Skupienie na Profilaktyce i Leczeniu Raka Jelita Grubego

29 maja obchodzimy Światowy Dzień Zdrowia Układu Pokarmowego, który w tym roku koncentruje się na podnoszeniu świadomości na temat raka jelita grubego. Rak jelita grubego jest jednym z najczęściej diagnozowanych nowotworów na świecie, a wczesna diagnostyka oraz skuteczna profilaktyka mogą znacznie zwiększyć szanse na skuteczne leczenie.

Eksperti podkreślają, że kluczowe znaczenie ma regularne wykonywanie badań przesiewowych, takich jak kolonoskopia, szczególnie u osób powyżej 50. roku życia lub mających w rodzinie przypadki zachorowań. Warto również zwrócić uwagę na zdrową dietę, bogatą w błonnik, warzywa i owoce, a ubogą w czerwone mięso oraz przetworzoną żywność, co może znacznie obniżyć ryzyko rozwoju choroby.

Światowy Dzień Zdrowia Układu Pokarmowego to również okazja do przypomnienia, że zmiany stylu życia, takie jak regularna aktywność fizyczna, unikanie palenia tytoniu i ograniczenie spożycia alkoholu, mogą mieć pozytywny wpływ na zdrowie układu pokarmowego.

W Polsce organizowane są liczne akcje edukacyjne i kampanie informacyjne, które mają na celu zachęcić społeczeństwo do dbałości o zdrowie jelit i regularnych badań profilaktycznych. Lekarze i specjaliści apelują o nielekceważenie objawów takich jak bóle brzucha, zmiany w rytmie wypróżnień czy krwawienia, które mogą być sygnałem do natychmiastowej konsultacji z lekarzem.

Dbajmy o zdrowie naszego **układu pokarmowego**, bo wcześniej wykryty rak jelita grubego daje duże szanse na wyleczenie.

Najwięcej zachorowań na nowotwór jelita grubego występuje w Polsce (w porównaniu z całą Europą). Nie ustalono jaka jest przyczyna zachorowań na raka, ale zauważono zależności między pewnymi czynnikami a występowaniem choroby. Należą do nich dieta bogata w tłuszcze zwierzęce, czerwone mięso, obecność substancji onkogennych w pożywieniu i inne.

W artykule opisano objawy nowotworu jelita, którą są bardzo specyficzne, występują późno i są zależne od stopnia zaawansowania choroby. Podkreślono, że objawy mogą zależeć również od tego, w której części jelita jest rak. W związku z tym wczesne wykrycie nowotworu jelita jest bardzo trudne. Autorzy zaznaczają, że podstawową metodą leczenia jest operacja, a rozległość tego zabiegu zależy od zaawansowania i umiejscowienia nowotworu. Prócz tego opisują program rehabilitacji pacjentów oraz rolę pielęgniarki w zespole diagnostyczno-terapeutycznym.

Epidemiologia

Każdego dnia z powodu raka jelita grubego umiera w Polsce aż 28 osób. Nasz kraj odnotowuje najwyższą dynamikę liczby zachorowań w całej Europie. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów liczba zachorowań wyniosła w 2013 roku około 17 tys., z czego u mężczyzn 9,5 tys. i 7,5 tys. u kobiet. Oznacza to, że skala zachorowalności i niestety wciąż umieralności z powodu nowotworu jelita grubego nieustannie wykazuje tendencję wzrostową (ryc. 1 i 2). W Polsce liczba zgonów u pacjentów, w szczególności mężczyzn, jest o wiele wyższa niż w krajach Europy Zachodniej i Północnej, gdzie współczynnik umieralności na ten typ nowotworu od wielu lat ma tendencję malejącą.

Przyczyny

Dotychczas nie ustalono specyficznych przyczyn raka jelita grubego, udało się jedynie określić zależność pomiędzy pewnymi czynnikami a występowaniem tej choroby. Są to czynniki środowiskowe, genetyczne oraz specyficzne stany przednowotworowe. Należą do nich:

- Dieta bogata w tłuszcze zwierzęce, czerwone mięso oraz węglowodany. W krajach uprzemysłowionych, gdzie tłuszcze stanowią 40% wszystkich przyjmowanych pokarmów, dramatycznie wzrasta zachorowanie na raka jelita grubego. Przeprowadzone badania na zwierzętach potwierdzają, iż tłuszcze stymulują proces onkogenny. Spożywane tłuszcze zwiększają endogenną produkcję neutralnych steroidów i drugorzędnych kwasów żółciowych oraz zwiększają ich degenerację, wydalane są z kałem, stymulując karcynogenezę.

- Obecność substancji onkogennych w spożywanych pokarmach, takich jak: etanol, węglowodory aromatyczne, nitrozoaminy. Znaleźć je można w grillowanym lub przypalonym jedzeniu.

- Dieta uboga w błonnik. Dzięki diecie bogatej w tę substancję można skutecznie obniżyć ryzyko zachorowania na raka jelita grubego. Błonnik przyspiesza perystaltykę jelit oraz zwiększa objętość stolca, dzięki czemu substancje kancerogenne mogą być szybciej wydalone z organizmu,

- co skraca czas kontaktu tych substancji z błoną śluzową jelita. Błonnik, poprzez zwiększenie objętości stolca, zmniejsza stężenie wszystkich substancji onkogennych w jelitach. Dieta bogata w błonnik to przede wszystkim zawierająca duże ilości warzyw i owoców, a także produktów z pełnego ziarna i roślin strączkowych.

- Zwiększona masa ciała, otyłość, nadwaga. Nadwaga ma wpływ na wszystkie etapy powstawania raka jelita grubego. Jest to związane z insulinoodpornością, która skutkuje wzrostem poziomu insuliny, kwasów tłuszczowych i glukozy we krwi.

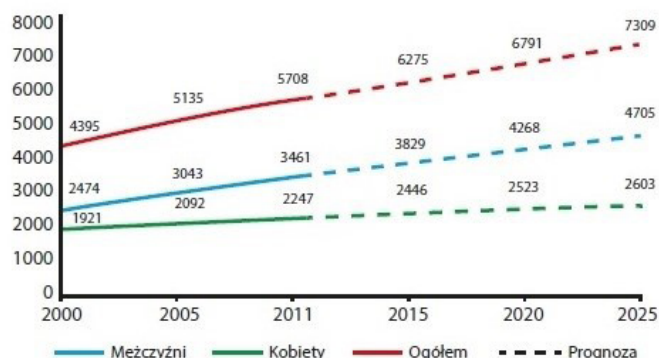
- Zaparcia, nieregularny tryb wypróżnień, przez co treść jelitowa ma długi kontakt z błoną śluzową jelita.

- Niska podaż niektórych witamin. W badaniach wykazano, iż 15-letnia suplementacja kwasem foliowym u kobiet zmniejszyła ryzyko powstania raka jelita grubego i odbyticy o 25%. Zwraca się również uwagę na rolę wapnia w przeciwdziałaniu nowotworom jelita grubego.

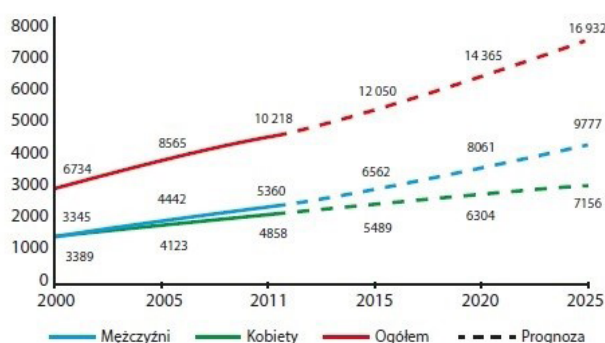
- Wrzodziejące zapalenie jelita grubego. W przypadku trwania tej choroby ryzyko zachorowania na raka jelita grubego zwiększa się sześciokrotnie.

- Choroba Leśniowskiego-Crohna. W przypadku trwania choroby istotny jest czas – przyjmuje się, że ryzyko zachorowania na raka jelita grubego wzrasta wraz z czasem trwania choroby.

- Polipy jelita grubego. Są to najczęściej występujące zmiany w okrężnicy i odbyticy, szacuje się występowanie ich u około 15–20% osób dorosłych. Wyróżniając typy po-lipów, tymi najczęściej przekształcającymi się w nowotwory są polipy gruczolakowate.



Rycina 1. Liczba zachorowań na nowotwór okrężnicy w latach 2000–2015 oraz prognoza na lata 2020 i 2025. Źródło: Obecny stan zwalczania nowotworów w Polsce. PTO



Rycina 2. Liczba zachorowań na nowotwór odbytnicy w latach 2000–2015 oraz prognoza na lata 2020 i 2025. Źródło: Obecny stan zwalczania nowotworów w Polsce. PTO

Mając na względzie badania histopatologiczne, można je podzielić na:

- gruczolaki cewkowe – przekształcają się w nowotwór w 5–10%,
- gruczolaki kosmkowe – stopień złośliwienia ocenia się na 29–70%,
- gruczolaki cewkowo-kosmkowe – zmieniają się w raka w 19%.

Liczne występowanie polipów gruczolowatych w jelicie grubym jest znane w zespole polipowatości rodzinnej, rozpoznaje się go w przypadkach, gdy liczba polipów przekracza 100 w całym jelicie. Wystąpienie tego zespołu skutkuje zachorowaniem na raka jelita grubego u 100% chorych nieleczonych w ciągu 20 lat.

- Czynniki genetyczne. Zachorowanie krewnego pierwszego stopnia w rodzinie zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwór 2–4-krotnie. Odkrytych zostało kilka genów, które są odpowiedzialne za powstawanie nowotworów:

o przy rodzinnej polipowatości jelita grubego za zmiany odpowiada mutacja genu APC, który znajduje się na ramieniu długim chromosomu 5,

o mutacje genu p53, zlokalizowanego w chromosomie 17p, prowadzą do mechanizmów, które sprzyjają rozwojowi nowotworu,

o mutacje genu K-ras opisano w 30–50% przypadków chorych z polipami i nowotworami jelita grubego.

- Wiek. Ryzyko zachorowania na nowotwór jelita grubego wzrasta po 50. roku życia – 90% zachorowań dotyczy osób po 50. roku życia.

Objawy

Objawy nowotworu jelita są niespecyficzne, występują późno i zależą od stopnia zaawansowania oraz umiejscowienia.

Objawy nowotworu jelita grubego umiejscowionego w prawej części okrężnicy:

- niespecyficzne dolegliwości bólowe ze strony jamy brzusznej,
- zaparcia,
- ciemne zabarwienie stolca związane z obecnością krwi,
- krew utajona w kale,
- niedokrwistość mikrocytarna,
- zapalenie otrzewnej,
- osłabienie,
- utrata masy ciała,
- namacalny guz.

Objawy nowotworu jelita grubego umiejscowionego w lewej części okrężnicy:

- objawy ograniczonej drożności jelit,
- krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego,
- zmiana rytmu wypróżnień,
- tzw. stolec ołówkowy,
- zaparcia naprzemienne z biegunką,
- nudności,
- wymioty.

Objawy nowotworu jelita grubego umiejscowionego w odbytnicy:

- świeża krew na stolcu,
- uczucie niepełnego wypróżnienia,
- objaw niedrożności jelita (bóle kolkowe),
- nudności,
- wymioty,
- bolesne parcia na stolec,
- stolce ołówkowe,
- bóle okolicy kroczu.

Objawy nowotworu odbytu:

- krwawienie,
- świąd odbytu,
- wydzielina śluzopodobna,
- ból,
- uczucie ciała obcego w odbycie,
- guz,
- nietrzymanie gazów i stolca.

Rozpoznanie

Wczesne rozpoznanie nowotworu jelita grubego jest trudne, stawia się je w oparciu o badanie podmiotowe i przedmiotowe uzupełnione badaniem per rectum oraz wziernikowaniem jelita. Z kolei metodą endoskopową z wyboru pozostaje kolonoskopia, natomiast rektoskopia wykonywana jest znacznie rzadziej. Na postawienie diagnozy pozwala pobranie wycinków ze stwierdzonego w badaniu guza i uzyskanie potwierdzenia histopatologicznego obecności komórek raka. Dalszym krokiem jest przeprowadzenie oceny stopnia zaawansowania choroby. W tym celu wykonywane są badanie tomograficzne jamy brzusznej z miednicą małą oraz tomografia klatki piersiowej w celu weryfikacji obecności przerzutów.

Miejscowa ocena raka odbytnicy obejmuje ultrasonografię przezodbytniczą, a także metodę rezonansu magnetycznego. Badania te oceniają głębokość nacieku nowotworu w stosunku do ściany jelita oraz obecność lokalnych przerzutów węzłów chłonnych. Przed rozpoczęciem leczenia należy także wykonać pomiar poziomu markera, jakim jest antygen karcynoembrionalny (CEA). Poziom CEA jest wykorzystywany do monitorowania leczenia oraz w obserwacji pacjentów po zakończeniu terapii. Badanie PET (pozytrona emisyjna tomografia komputerowa) w raku dolnego odcinka jelita wykonywane jest w diagnostyce wznowy lub celem weryfikacji zmian przerzutowych, natomiast nie jest zalecane w pierwotnej diagnostyce guzów jelita. Przeprowadzone badania stanowią bazę do ostatecznego rozpoznania.

Leczenie

Podstawową metodą terapeutyczną w **nowotworach jelita grubego** jest zabieg operacyjny. Zaawansowanie, umiejscowienie i unaczynienie guza nowotworowego decydują o rozległości

zabiegu. Operacja polega na wycięciu fragmentu jelita wraz z kreską i okolicznymi węzłami chłonnymi (minimum 12 węzłów). Zabieg usunięcia segmentu jelita wraz z kreską i jej naczyniami osiowymi jest standardem chirurgicznego postępowania onkologicznego.

W przypadku dużego zaawansowania lub niekorzystnego umiejscowienia nie zawsze udaje się odtworzyć ciągłość przewodu pokarmowego (głównie w przypadku raka odbytnicy). Wówczas konieczne jest wytworzenie tzw. odbytu sztucznego (stomia), czyli wyprowadzenie jelita na powłoki brzucha. Stomia może mieć charakter przejściowy (jest zamykana po zakończeniu całego procesu leczenia) lub trwały.

W raku odbytnicy przed zabiegiem operacyjnym w bardziej zaawansowanych przypadkach konieczne jest leczenie indukcyjne. Obowiązują dwie metody. Jedną to radioterapia, podczas której chory otrzymuje 25 Gy (5 frakcji napromieniania po 5 Gy) i po której operacja przeprowadzana jest do 14 dni od zakończenia napromieniania (optymalnie 5.7. doba po radioterapii). Drugą metodą to chemioradioterapia. Pacjent przebywa kilkutgodniowe napromienianie niskimi dawkami promieniowania połączone z podawaniem cytostatyków w określonych dniach zaplanowanej terapii. Leczenie operacyjne następuje tutaj po około miesiącu od zakończenia napromieniania.

Podstawową metodą terapeutyczną w nowotworach jelita grubego jest zabieg operacyjny. Zaawansowanie, umiejscowienie i unaczynienie guza nowotworowego decydują o rozległości zabiegu.

W przypadku wystąpienia czynników niekorzystnych pacjenci z rakiem okrężnicy po zabiegu operacyjnym podlegają terapii uzupełniającej w postaci 6-miesięcznej chemioterapii opartej na 5-Fluorouracylu. Pacjenci z rakiem odbytnicy, którzy nie przebyli leczenia przedoperacyjnego, także podlegają terapii uzupełniającej. Wskazaniemi do leczenia adjuwantowego są obecność przerzutowych węzłów chłonnych lub nie- właściwe marginesy chirurgiczne.

Rehabilitacja

Program rehabilitacji medycznej pacjentów z rakiem jelita grubego powinien polegać na zapobieganiu powstawania zaburzeń czynnościowych i przywracaniu prawidłowego funkcjonowania w zakresie:

- wystąpienia powikłań po zastosowanym leczeniu chirurgicznym i skojarzonym,
- łagodzenia dolegliwości bólowych,

- poprawy wydolności układu oddechowego i krążenia,
- poprawy motoryki przewodu pokarmowego,
- nauki odpowiedniego oddychania, efektywnego kaszlu ze stabilizacją rany po-operacyjnej,
- profilaktyki przeciwzakrzepowej,
- wyuczenia wykonywania czynności samoobsługi i czynności dnia codziennego,
- dbania o ranę pooperacyjną i higienę skóry wokół stomii,
- nauczania zasad odżywiania,
- wspierania psychologicznego i duchowego,
- poprawy jakości życia.

Zasadniczymi elementami postępowania w rehabilitacji pooperacyjnej będą: poprawa wydolności układu oddechowego, prawidłowe oddychanie torem piersiowym i efektywny kaszel ze stabilizacją rany pooperacyjnej. Kolejnym elementem będzie postępowanie zapobiegające powikłaniom zatorowo-zakrzepowym, którymi nowotwory złośliwe przewodu pokarmowego są w dużym stopniu obciążone. W zależności od umiejscowienia przetoki zewnętrznej, czyli połączenia światła przewodu pokarmowego z powierzchnią ciała, mamy do czynienia z gastrostomią, ileostomią lub kolostomią. Konieczne jest wyuczenie pacjenta samodzielnej zmiany worków stomijnych, ich mocowania i higieny skóry tej okolicy. Szybka pionizacja i aktywizacja chorego to profilaktyka przeciwzakrzepowa, poprawa motoryki przewodu pokarmowego i poprawa jego wydolności fizycznej osłabionej przez chorobę i leczenie. Wyniki leczenia chirurgicznego nowotworów przewodu pokarmowego często są niezadowalające ze względu na zaawansowane stadium choroby. Konieczne staje się więc wprowadzenie do programu rehabilitacji kolejnych elementów postępowania.



Artykuł z magazynu "Analiza Przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo 2/2018"

VI. Koniecznik Przeczytaj

Porada laktacyjna świadczeniem gwarantowanym

Jak informuje Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Minister Zdrowia, Izabela Leszczyna, zaaprobowała proponowane przez Zespół ds. poprawy jakości opieki okołoporodowej w obszarze poradnictwa laktacyjnego rozwiązania systemowe mające na celu podniesienie standardów tej dziedziny.

Pierwszymi działaniami, które zostaną podjęte, są:

- Wprowadzenie specjalistycznej porady laktacyjnej lekarza oraz położnej do usług gwarantowanych w ramach opieki specjalistycznej ambulatoryjnej, zgodnie z opracowaną przez Zespół koncepcją karty.
- Zapewnienie opieki zdrowotnej.
- Modyfikacja formularzy (MZ/Szp-11 i MZ-11) w systemie monitorowania sposobu żywienia noworodków i niemowląt prowadzonym w ramach Programu badań statystycznych.
- Rekomendacje dotyczące poprawy jakości poradnictwa laktacyjnego, przygotowane przez przedstawicieli społeczeństwa z ramienia Zespołu, będą starannie analizowane i ewentualnie włączane w kolejne etapy prac.

- Serdecznie dziękujemy Zespołowi za ich zaangażowanie w zapewnienie kompleksowego wsparcia dla matek karmiących piersią, położnych oraz opieki laktacyjnej - powiedziała Mariola Łodzińska, Prezeska NRPIP, w imieniu środowiska i pacjentów.

Źródło: NIPiP nipip.pl



Niedożywienie - diagnoza, zapobieganie, leczenie

Źródło: nursing.com.pl

Niedożywienie to stan wynikający z niedoborów składników zarówno energetycznych jak i odżywczych lub pogorszonego ich wchłaniania, zazwyczaj manifestujący się niekorzystnymi zmianami w składzie ciała, w wynikach badań laboratoryjnych oraz obniżeniem statusu funkcjonalnego.

Zatem zgodnie z tą definicją osoba otyła również może być niedożywiona. Nadmiar tkanki tłuszczowej nie świadczy o prawidłowym stanie odżywienia. Pomimo tak powszechnej wiedzy na temat niedożywienia, nadal choroba ta nie jest w odpowiednim czasie diagnozowana i leczona, co niesie za sobą zarówno konsekwencje zdrowotne jak i ekonomiczne. Najczęściej niedożywienie jest diagnozowane u chorych z chorobami układu pokarmowego, nerwowego oraz u chorych onkologicznych. W populacji osób starszych szacuje się, iż niedożywienie może dotyczyć 10% populacji, a w przypadku osób starszych z wielochorobowością problem może dotyczyć nawet co drugiego seniora.

Zgodnie z podpisaną w Wiedniu 2022 Międzynarodową Deklaracją Prawa Człowieka do Opieki Żywnościowej, każdy człowiek ma prawo do zdrowia, a zatem także odpowiedniego żywienia na każdym etapie leczenia.

W dokumencie uwzględniono także, iż opieka żywieniowa rozumiana jest jako proces obejmujący badanie przesiewowe, diagnostykę, ocenę stanu odżywienia, włączenie wsparcia żywieniowego celem obniżenia wskaźników niedożywienia szpitalnego i związanych z nim powikłań. Ponadto, zwrócono uwagę, iż terapia żywieniowa powinna być zalecana przez przeszkolonych w tym obszarze specjalistów tj. dietetyków, pielęgniarki, lekarzy i farmaceutów. Warto zaznaczyć, że wsparcie żywieniowe powinno być wdrożone w przypadku już rozpoznania ryzyka niedożywienia, a w szczególności w przypadku diagnozy niedożywienia. Wsparcie żywieniowe powinno być realizowane w sposób ciągły od momentu zdiagnozowania jednostki chorobowej czy to w warunkach szpitalnych czy też ambulatoryjnych, w trakcie i po zakończeniu hospitalizacji. Ciągłe zbyt mało mówi się o tzw. zespole poszpitalnym związanym z osłabieniem po hospitalizacji i koniecznością objęcia chorych między innymi wsparciem żywieniowym. W ostatnim czasie wiele uwagi poświęca się także tzw. prehabilitacji żywieniowej skoncentrowanej na przygotowaniu chorego do procesu terapeutycznego. Elementami prehabilitacji są: ocena stanu odżywienia, w tym ryzyka niedożywienia i włączenie wsparcia żywieniowego, wsparcie psychologiczne, dopasowana do stanu i możliwości chorego aktywność fizyczna oraz rezygnacja z nałogów.

Przedoperacyjna opieka żywieniowa ma na celu utrzymanie lub poprawę gojenia ran pooperacyjnych, poprawę wyników leczenia, zmniejszenie ryzyka powikłań.

W jaki sposób zdiagnozować niedożywienie?

Celem identyfikacji osób z ryzykiem niedożywienia należy przeprowadzić badania przesiewowe. W Polsce obligatoryjnie takie badania są przeprowadzane przy przyjęciu chorego do szpitala przy użyciu dwóch kwestionariuszy NRS 2002 oraz SGA. Oba narzędzia skupiają się na zmianach masy ciała w czasie, wskaźniku BMI, wpływie choroby na zapotrzebowanie na energię oraz zmiany w ilości przyjmowanych pokarmów. Dodatkowo, w przypadku kwestionariusza NRS 2002 wiek 70 lat i więcej powoduje konieczność doliczenia 1 punktu. Uzyskanie 3 i więcej punktów wskazuje na konieczność podjęcia interwencji żywieniowej. W polskim ustawodawstwie określono, iż w przypadku chorych hospitalizowanych regularnie należy przeprowadzać badanie przesiewowe w dniu przyjęcia i nie rzadziej jak co 14 dni. U chorych hospitalizowanych w trybie jednego dnia badanie w kierunku niedożywienia powinno być wykonane u chorych, którzy utracili ponad 5% wyjściowej masy ciała w ciągu pół roku.

Właściwie jakkolwiek niezamierzona utrata masy ciała sugeruje pojawienie się czynnika ryzyka niedożywienia. Zgodnie z najnowszymi kryteriami GLIM (Global Leadership Initiative of Malnutrition) przyjmuje się, iż obecność jednego kryterium fenotypowego oraz jednego etiologicznego sugeruje obecność niedożywienia. Dodatkowo głębsza analiza kryteriów fenotypowych pozwala na ocenę stopnia ciężkości niedożywienia (Tabela x). W ocenie kryteriów fenotypowych wystarczy zapytać chorego o zwyczajową masę ciała i odnieść do obecnej lub zapytać o zmiany masy ciała w czasie. Niezamierzona utrata masy ciała powyżej 5% w ciągu 6 miesięcy lub powyżej 10% w okresie dłuższym niż pół roku świadczy o niedożywieniu. Zatem to kryterium u osób otyłych może wskazywać na niedobory kluczowych składników. Dodatkowo warto wyliczyć wskaźnik BMI, który ma wyższe niż w populacji osób zdrowych punkty odcięcia. W przypadku osób do 70 roku życia BMI poniżej 20 kg/m² już wskazuje na niedożywienie, natomiast u osób w wieku 70 lat i więcej BMI już poniżej 22 kg/m² świadczy o niedożywieniu. W ocenie kryterium etiologicznego pomocny może być wywiad dotyczący ilości przyjmowanych posiłków w ostatnim czasie. Jakkolwiek zmiana w ciągu ostatnich 2 tygodni lub zmniejszenie ilości spożywanych porcji o więcej niż 50% lub obecność zaburzeń wchłaniania predysponuje do zdiagnozowania niedożywienia. W ocenie stanu zapalnego pomocne bywa określenie wskaźnika CRP lub po prostu zdiagnozowanie choroby, w której tło jest ostre (urazy, oparzenia, pobyt w ICU) lub umiarkowane nasilenie procesu zapalnego (nowotwory, POCHP, przewlekła niewydolność

Diagnostyka niedożywienia (1 fenotypowe plus 1 etiologiczne) GLIM

Cederholm T. et al. Clin. Nutr 2019;38:1-9

Kryteria fenotypowe			Kryteria etiologiczne	
Utrata mc (%)	Niski BMI	Utrata MM	Zmniejszona podaż jedzenia lub upośledzone wchłanianie	Stan zapalny
> 5% w ciągu 6 m-cy > lub > 10% w okresie dłuższym niż 6 miesięcy	< 20 jeśli < 70 lat < 22 jeśli ≥ 70 lat	Ocena ilościowa zwalidowanymi metodami	≤ 50% zapotrzebowania na energię > 1 tygodnia lub jakiegokolwiek ograniczenie > 2 tygodni lub choroba przewlekła przewodu pokarmowego wpływająca na wchłanianie	Ostry przebieg choroby/uraz/choroba przewlekła

Ocena ciężkości niedożywienia (1 kryterium fenotypowe)

	Utrata masy ciała (%)	Niski wskaźnik BMI (kg/m ²)	Niska masa mięśni
Stadium 1/umiarkowane niedożywienie (wymagane 1 kryterium)	5-10% w ciągu 6 m-cy lub 10-20% w okresie dłuższym niż 6-m-cy	< 20 jeśli < 70 lat < 22 jeśli ≥ 70 lat	Lekka/ umiarkowana utrata MM
Stadium 2/ciężkie niedożywienie (wymagane 1 kryterium)	> 10% w ciągu 6 m-cy lub > 20% w okresie dłuższym niż 6-m-cy	< 18,5 jeśli < 70 lat < 20 jeśli ≥ 70 lat	Znaczna utrata MM

W zależności od miejsca, w którym przeprowadzamy analizę (oddział szpitalny, ZOL, DPS, przychodnia) w przypadku rozpoznania ryzyka niedożywienia czy niedożywienia warto przeanalizować potencjalne przyczyny i podjąć odpowiednie działania (Tabela 1)

Przyjmuje się, iż pobyt w domu pomocy społecznej czy innej instytucji opiekuńczo-leczniczej stanowi niezależny czynnik ryzyka niedożywienia, podobnie jak przyjmowanie więcej niż 3 różnych leków dziennie. Obecność zaburzeń połykania, ograniczenia funkcjonalne, w tym także trudności w samodzielnym spożywaniu pokarmów (np. niedowład strony dominującej lub trudności w przyjęciu pozycji siedzącej) to także czynniki ryzyka utraty masy ciała. Depresja należy do kolejnych czynników istotnie obniżających apetyt chorego. Nie bez znaczenia jest także stan uzębienia.

Przyczyna	Możliwe rozwiązania
Kłopoty z połykaniem	Kontakt ze specjalistą (laryngolog, foniatra, logopeda) i przeprowadzenie badań diagnostycznych
	Modyfikacja konsystencji płynów i pokarmów stałych
	Terapia połykania (ćwiczenia)
Problemy z żuciem	Poprawa higieny jamy ustnej
	Konsultacja dentystyczna/protezyjna
	Zmiana konsystencji diety na łatwą do żucia (IDDSI 7) lub miękką i wilgotną (IDDSI 6)
	Zadbanie o odpowiednie nawodnienie (zmniejszenie ryzyka suchości w ustach)
Ograniczenia funkcjonalne	Korzystanie z półproduktów
	Zakupy online (również realizowane zdalnie przez Rodzinę)
	Przygotowanie specjalnych sztuców ułatwiających trzymanie
	Możliwość jedzenia palcami
Demencja	Przygotowanie gotowych posiłków
	Nadzór nad spożywaniem posiłku
	Pomoc w karmieniu, przypomnianie o konieczności picia, jedzenia
	Przejęcie zarządzania dawkami leków
	Spożywanie posiłków w towarzystwie (np. Rodzina)
Depresja, obniżony nastrój	Podjęcie leczenia
Samotność, izolacja	
	Spokojna, miła atmosfera podczas posiłku
	Spożywanie posiłków w towarzystwie (np. Rodzina)
	Terapia, wsparcie grupowe
Wielolekowość	Konsultacja z lekarzem rodzaju i dawek przyjmowanych leków
	Popijanie leków wodą i przyjmowanie zgodnie z zaleceniami lekarza
Restrykcyjne diety	Konsultacja z dietetykiem i lekarzem

Jakie są konsekwencje niedożywienia?

Niedożywienie bezpośrednio wpływa na ryzyko powikłań, realizację planu leczenia, skuteczność rehabilitacji czy przeżywalność chorego. Pośrednio zwiększa koszty leczenia z powodu dłuższego pobytu w szpitalu, rehospitalizacji, infekcji czy innych powikłań. Ponadto współistnienie niedożywienia, zaburzeń połykania (udar mózgu,

choroby neurodegeneracyjne, urazy głowy) i złej higieny jamy ustnej stwarza ryzyko zachyłowego zapalenia płuc, co zwiększa ryzyko zgonu. Chory niedożywiony ma wyższe ryzyko odleżyn oraz zakażeń układu moczowego. Wreszcie niedożywienie wiąże się z utratą beztłuszczowej masy ciała, w tym masy mięśniowej, co prowadzi do sarkopenii, która stanowi niezależny czynnik rokowniczy.

Jak można zapobiec niedożywieniu?

Przed wszystkim należy monitorować chorego podczas hospitalizacji lub pobytu w instytucji opiekuńczej. Kontrolować sposób żywienia, samodzielność w spożywaniu posiłków, nastrój, rytm wypróżnień, ilość przyjmowanych leków, zachowanie się podczas jedzenia lub picia, kaszel czy odchrząkiwanie podczas posiłku i po jego zakończeniu. Często nie rozpoznajemy problemów z połykaniem, które mogą dotyczyć nawet 30% osób powyżej 70 lat (bez chorób istotnie wpływających na proces połykania). Kaszel w trakcie posiłku, selekcja produktów ze względu na ich twardość, odchrząkiwanie, problemy z połknięciem tabletek mogą sugerować zaburzenia połykania. Istotne jest przeprowadzenie wywiadu żywieniowego aby zidentyfikować czynniki ryzyka i podjąć działania prewencyjne. Należy skonsultować z dietetykiem wpływ zdiagnozowanej choroby na zapotrzebowanie na energię i białko. Jakakolwiek utrata masy ciała powinna być skonsultowana z lekarzem i dietetykiem, aby ocenić przyczyny i podjąć odpowiednią interwencję żywieniową celem profilaktyki niedożywienia.

Leczenie niedożywienia

Leczenie niedożywienia polega na dostarczeniu składników pokarmowych o charakterze energetycznym i odżywczym pozwalającym na pokrycie aktualnego zapotrzebowania bezpieczną drogą, wykorzystując w pierwszej kolejności przewód pokarmowy. Rekomenduje się podaż białka 1-1,5 g/kg należnej masy ciała/dobę (w niektórych sytuacjach do 2 g/kg należnej masy ciała/dobę) oraz podaż energii 25 – nawet 40 kcal/kg należnej masy ciała/dobę. Zgodnie ze schematem leczenia żywieniowego w pierwszej kolejności rozważa się podanie diet doustnych specjalnego przeznaczenia medycznego jako uzupełnienie diety (1-2 sztuki/dzień). Jeśli podaż doustna nie będzie bezpieczna (z powodu ciężkich zaburzeń połykania) lub nie pokryje zapotrzebowania na energię i białko, wówczas rozważa się włączenie żywienia dojelitowego przez zgłębnik nosowo-żołądkowy (do 28 dni) lub przeżskorną gastrostomię odżywcza (PEG) (przewidywane żywienie > 28 dni). W przypadku niedrożności przewodu pokarmowego, zespołu jelita krótkiego drogą z wyboru jest żywienie pozajelitowe (drogą żył obwodowych do 14 dni i żyłą centralną w okresie dłuższym niż 2 tygodnie). W praktyce często zapominamy o możliwości skierowania chorego do procedury leczenia żywieniowego w warunkach domowych. Wskazaniami są między innymi: ciężkie zaburzenia połykania uniemożliwiające poprawę lub utrzymanie stanu odżywienia (uszkodzenie pnia mózgu, udary z zespołami opuszkowymi i rzekomoopuszkowymi, guzy mózgu, urazy, stwardnienie zanikowe boczne, guzy w obszarze głowy i szyi) lub podwyższone zapotrzebowanie trudne do pokrycia drogą doustną (dyskinezy płasawicze, nieswoiste choroby zapalne jelit, enteropatie, kacheksja kardialna, mukowiscydoza). Jednak warto już w momencie rozpoznania czynników ryzyka zaproponować uzupełnienie diety kompletnymi dietami medycznymi, indywidualnie dobranymi od potrzeb chorego, w tym chorób współistniejących, rytmu wypróżnień, występowania zaburzeń połykania. Na rynku dostępne są formy płynne, płynne zagęszczone, w postaci proszku, batonów, musów i puddingów.

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2013 poz. 1520)
2. https://www.dommedica.pl/assets/files/Standardy-HEN-PTZK_ebook.pdf
3. <https://www.espen.org/files/Vienna-Declaration-2022.pdf>

4. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, Baptista G, Barazzoni R, Blaauw R, Coats A, Crivelli A, Evans DC, Gramlich L, Fuchs-Tarlovsky V, Keller H, Llido L, Malone A, Mogensen KM, Morley JE, Muscaritoli M, Nyulasi I, Pirlich M, Pispasert V, de van der Schueren MAE, Siltharm S, Singer P, Tappenden K, Velasco N, Waitzberg D, Yamwong P, Yu J, Van Gossum A, Compher C; GLIM Core Leadership Committee; GLIM Working Group. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical

nutrition community. Clin Nutr. 2019 Feb;38(1):1-9. doi: 10.1016/j.clnu.2018.08.002. Epub 2018 Sep 3. PMID: 30181091.

5. Wunderle C, Gomes F, Schuetz P, Stumpf F, Austin P, Ballesteros-Pomar MD, Cederholm T, Fletcher J, Laviano A, Norman K, Poulia KA, Schneider SM, Stanga Z, Bischoff SC. ESPEN guideline on nutritional support for polymorbid medical inpatients. Clin Nutr. 2023 Sep;42(9):1545-1568. doi: 10.1016/j.clnu.2023.06.023. Epub 2023 Jul 8. PMID: 37478809.

Opieka nad noworodkiem - stany przejściowe

Fizjologiczne stany przejściowe u noworodków wymagają monitorowania. Należą do nich fizjologiczny spadek masy ciała, fizjologiczny wzrost temperatury ciała, odczyny ciążowe, żółtaczka fizjologiczna, rumień toksyczny i stolce przejściowe.

U 50–70% noworodków w 2.–3. dobie życia występuje żółtaczka fizjologiczna i trwa z reguły do 7.–10. doby życia. Żółtaczka fizjologiczna to proces adaptacji układu pokarmowego i wątroby noworodka do życia w warunkach pozamaciczych. Oznacza niedostateczną dojrzałość szlaków wydzielniczych w wątrobie dla bilirubiny w okresie jej wzmożonego wydzielania. W 2.–3. dobie życia u około 60% noworodków donoszonych występuje rumień toksyczny, wykwyty. Mają postać zaczerwienionych plam, które po kilku godzinach przekształcają się w krostki o barwie żółtobiałej bądź białej. Zmiany u noworodka występują głównie na tułowie i klatce piersiowej, ale mogą dotyczyć każdej części ciała z wyjątkiem dłoni i stóp.

Fizjologiczny spadek masy ciała noworodka

Fizjologiczny spadek masy ciała występuje w pierwszych 3–5 dobach życia noworodka u wszystkich zdrowych noworodków, niezależnie od sposobu ich karmienia, a jego wielkość nie przekracza 5–10% urodzeniowej masy ciała. Spowodowany jest on głównie przez zmniejszenie płynu w przestrzeni zewnątrzkomórkowej. Przyczynia się do niego także utrata wody przez parowanie, wydalanie moczu i smółki, obniżona zdolność zagęszczania moczu przez niedojrzałe nerki, ograniczenie przyjmowania płynów, utrata mazi płodowej, przegrzewanie noworodka (Pawlaczyk, 2007; Iwanowicz-Palus, 2012).

Największy ubytek masy ciała obserwowany jest w 2.–3. dobie życia,

a powrót do urodzeniowej masy ciała u noworodka donoszonego powinien nastąpić w 6.–7. dobie życia. Fizjologiczny spadek masy ciała nie wymaga leczenia, lecz obserwacji i pielęgnacji, czyli częstego karmienia i utrzymywania właściwego mikroklimatu sali (Salamonczyk, 2014).

Fizjologiczny wzrost temperatury ciała

Fizjologiczny wzrost temperatury ciała obserwuje się najczęściej w dniu maksymalnej utraty masy ciała, czyli w 2.–4. dobie życia. Objawia się on nagłym wzrostem temperatury ciała do 39–40°C. Przyczyny przejściowego wzrostu temperatury nie są znane, ale wpływ na to może mieć utrata płynów, niedostateczna podaż pokarmu, działanie bakterii jelitowych przenikających do przewodu pokarmowego noworodka oraz niedojrzałość ośrodkowego układu nerwowego, który odpowiada za regulację temperatury ciała noworodka (Pawlaczyk, 2007; Iwanowicz-Palus, 2012).

Utrzymywanie się stanów podgorączkowych oraz gorączki wymaga kontroli w celu wykluczenia stanów zapalnych (Bałanda, 2007).

Odczyny ciążowe

Hormony matki transportowane przez łożysko mogą spowodować pojawienie się przejściowych zmian w gruczołach piersiowych oraz narządach płciowych noworodka. Zmiany te mogą również powodować tworzenie się prosaków, czyli drobnych, białych lub białozółtych naskórkowych cyst zastoinowych o średnicy 1–2 mm, powstających w wyniku nadmiernego rogowacenia ujęść mieszków włosowych. Odczyny ciążowe występują w większości u noworodków obu płci, pojawiają się w 6.–7. dniu życia dziecka (Iwanowicz-Palus, 2012; Salamonczyk, 2014).

Na skutek działania prolaktyny występuje obrzęk sutków, który może mieć postać twardych guzków umiejscowionych pod brodawką sutka. Może pojawić się jasnożółta wydzielina wyglądem przypominająca siarę. Odczyn zazwyczaj nie wymaga leczenia. U dziewczynki można dodatkowo zaobserwować powiększenie łechtaczki oraz wydzielinę z pochwy, która może być szklista, biaława bądź podbarwiona krwią (Pawlaczyk, 2007; Salamonczyk, 2014).

Żółtaczka fizjologiczna

Żółtaczka fizjologiczna to proces adaptacji układu pokarmowego i wątroby noworodka do życia w warunkach pozamaciczych. Jest wynikiem niedostatecznej dojrzałości szlaków wydzielniczych w wątrobie dla bilirubiny w okresie jej wzmożonego wydzielania. Występuje u 50–70% noworodków w 2.–3. dobie życia i trwa z reguły do 7.–10. doby życia (Iwanowicz-Palus, 2012; Szymankiewicz, 2012).

Czynników odpowiedzialnych za wystąpienie żółtaczki fizjologicznej jest wiele, wśród nich wymieniana się nadmierne wytwarzanie bilirubiny, na skutek nieefektywnej erytropoezy, krótki czas przeżycia erytrocytów płodowych, tj. ok. 90 dni. Często stwierdza się podwyższone wartości hematokrytu i hemoglobiny, co jest m. in. efektem pourodzeniowego spadku masy ciała i procesu zagęszczania krwi. Efektem rozpadu erytrocytów płodowych jest wzmożona hemoliza, połączona z uwalnianiem hemoglobiny, która ulega rozpadowi do cząsteczek hemu i ostatecznie prowadzi do powstania bilirubiny (Szymankiewicz, 2012; Wasiluk, 2012).

Objawy żółtaczki fizjologicznej to zażółcenie powłok skórnych (na skutek przebarwienia tkanki tłuszczowej), błon śluzowych i twardówek oczu. Ogólny stan noworodka nie ulega znacznym zmianom, obserwuje się zmniejszoną ruchliwość, senność, słabsze ssanie oraz mniejszy przyrost masy ciała. Dziecko poddawane jest obserwacji pod kątem zażółcenia powłok skórnych, gdyż żółtaczka fizjologiczna nie wymaga leczenia. W przypadku nasilenia objawów pobiera się krew do badania w celu oznaczenia stężenia bilirubiny. W razie podwyższonego stężenia bilirubiny stosuje się fototerapię lampami fluorescencyjnymi, lampami punktowymi oraz z wykorzystaniem materacyków fiberoptycznych. Istnieje również możliwość leczenia farmakologicznego poprzez podanie doustne fenobarbitalu, który aktywuje enzymy wątrobowe i tym samym przyspiesza metabolizm bilirubiny (Salamonczyk, 2014; Szymankiewicz, 2012; Wasiluk, 2012).

Rumień toksyczny u noworodka

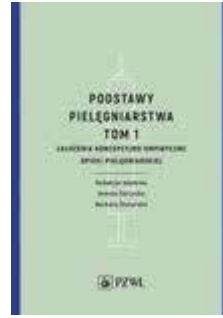
U około 60% noworodków donoszonych występuje rumień toksyczny, wykwyty pojawiają się w 2.–3. dobie życia. Mają postać zaczerwienionych plam, które po kilku godzinach przekształcają się w krostki o barwie żółtobiałej bądź białej. U niektórych noworodków pojawiają się tylko duże grudki, rumieniowe nieregularne plamy lub plamisty rumień. Zmiany u noworodka występują głównie na tułowie i klatce piersiowej, ale mogą dotyczyć każdej części ciała z wyjątkiem dłoni i stóp. Przyczyna tego zjawiska nie jest dokładnie poznana. Istnieje hipoteza, że jest to ostra reakcja skórna, wyzwalana przez matczyne limfocyty, które przechodzą przez łożysko krótko przed porodem lub w czasie porodu. Rumień może być także efektem kontaktu bardzo wrażliwej skóry noworodka z nowym dla niego środowiskiem. Zaburzenie to nie stanowi zagrożenia dla dziecka, ustępuje samoistnie w ciągu 5–7 dni, może nawracać jeszcze przez kilka tygodni (Iwanowicz-Palus, 2012; Salamonczyk, 2014).

Stolce przejściowe u noworodka

Po porodzie układ pokarmowy noworodka jest w pełni wykształcony morfologicznie i czynnościowo. Smółka jest pierwszym stolcem oddanym przez noworodka w pierwszych dobach życia. Zawiera ona w swoim składzie: wody płodowe, maź płodową, złuszczone nabłonki dróg pokarmowych, enzymy trawienne, bilirubinę, cholesterol, kwasy tłuszczowe, kryształy wapnia i mydeł wapiennych, meszek płodowy oraz komórki naskórka. Jest wytwarzana od 16. tygodnia życia płodowego.

Od 3.–5. doby życia noworodek wydalą stolce przejściowe o zielonym zabarwieniu i luźnej konsystencji, co jest związane z kolonizacją bakteryjną i przejściową nietolerancją laktozy. Liczba tzw. stolców przejściowych jest uzależniona od rodzaju karmienia, ilości zjadanego pokarmu i częstości karmień. Stolce u dzieci karmionych naturalnie nadal mają konsystencję luźną, a u karmionych

sztucznie – bardziej zwartą. Po około 7 dniach stolce przyjmują już barwę żółtą i są uformowaną masą (Salamonczyk, 2014).



Artykuł z książki "Podstawy Pielęgniarstwa. Tom 1"

MZ: Rekordowe 4,2 mld zł na inwestycje w obszarze zdrowia psychicznego

Minister zdrowia Izabela Leszczyna ogłosiła przeznaczenie rekordowych 4,2 mld zł na poprawę ochrony zdrowia psychicznego, z czego 1,2 mld zł pochodzi ze środków unijnych, a 3 mld zł z Funduszu Medycznego.

Inwestycje mają zwiększyć dostępność świadczeń i poprawić warunki pracy personelu medycznego. Wiceminister Katarzyna Kacperczyk podkreśliła, że środki zostaną zainwestowane w infrastrukturę oraz modernizację ośrodków leczniczych po konsultacjach z ekspertami.

Beneficjentami będą różne placówki medyczne, a nabór trwa do 31 sierpnia 2024 r.

Ww. środki są przeznaczone na inwestycje w **placówki medyczne** – w ich budowę, modernizację i nowoczesne wyposażenie.

Realizacja inwestycji przełoży się na:

- **zwiększoną dostępność do świadczeń:**

- o nastąpi skrócenie oczekiwania na wizytę lub hospitalizację
- o powstaną nowe formy opieki, w szczególności na terenie powiatów, które mają ograniczony dostęp do opieki psychiatrycznej
- o zapewniana opieka będzie miała charakter kompleksowy – po opuszczeniu szpitala, pacjent będzie miał zapewnioną kontynuację leczenia w formie ambulatoryjnej/ poza stacjonarnej.

- **poprawę stanu infrastruktury wykorzystywanej do udzielania świadczeń:**

o stare, zniszczone budynki zostaną zastąpione przez nowe, dostosowane do potrzeb diagnostyki i leczenia pacjentów psychiatrycznych,

o wieloosobowe sale ze wspólnymi łazienkami na korytarzu zostaną zastąpione 1-3 osobowymi salami z osobną toaletą,

o zostanie zakupiony nowoczesny sprzęt wspomagający proces diagnostyki i leczenia

Wszelkie informacje dot. wymogów jakie należy spełnić w celu ubiegania się o dofinansowanie, są od dziś dostępne na stronie Ministerstwa Zdrowia: [Wybór propozycji projektów strategicznych w zakresie dofinansowania zadań polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenie uzależnień, na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia](#)

Pracownicy Ministerstwa będą pełnił dyżury telefoniczne udzielając informacji o konkursie od poniedziałku do piątku w godzinach od 12:00 do 14:00 pod numerami telefonu: 734 827 520, 539 147 681, 883 841 571 oraz za pośrednictwem adresu e-mail: FM.infrastruktura.strategiczna@mz.gov.pl.

W dniach **6 maja, 24 czerwca, 19 lipca oraz 23 sierpnia 2024 r.** odbędą się webinaria informacyjno-szkoleniowe.

Nabór wniosków rozpocznie się 6 maja i będzie trwał do 31 sierpnia br. Wnioskodawcy mają zatem aż blisko 2 miesiące na dopełnienie wszelkich formalności w celu ubiegania się o dofinansowanie.

Źródło: Ministerstwo Zdrowia

Polityka tworzy armię pielęgniarek z tektury

Źródło i zdjęcia: Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych



6 czerwca o godz. 12.00 pod pomnikiem Armii Krajowej i Polskiego Państwa Podziemnego w Warszawie pod Sejmem RP odbył się protest pielęgniarek i położnych pt. Polityka tworzy armię pielęgniarek z tektury. Protest formie happeningu zwracał uwagę na braki kadrowe pielęgniarek w publicznym systemie ochrony zdrowia i bezczynność polityków w tym zakresie.

W 72 proc. polskich szpitali brakuje pielęgniarek (za Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytetu Jagiellońskiego). W zawodzie pracuje tylko około **74 proc. pielęgniarek i 70 proc. położnych**.

Sytuacja demograficzna, ale także pandemia COVID-19 spowodowały coraz większe zapotrzebowanie na usługi medyczne i pielęgniarskie nie tylko w Polsce, ale w całej Europie. Inne kraje podejmują działania, tak by sprostać tym wyzwaniom. Jednym z nich jest wdrożenie zgodnie z rekomendacjami OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development: Nurses in Advanced Roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries (Delamare & LaFortune, 2010)) nowej roli pielęgniarek, tzw. Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki (Advanced Practice Nurse). W Polsce wprowadzono ją w 2018 roku, jednak tylko w zakresie zmian standardów nauczania i nie ma ona przełożenia na bezpośrednie wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej. Poprzez brak uregulowań prawnych w zakresie podziału uprawnień Rząd pośrednio pozwala pracodawcom publicznej ochrony zdrowia na nieuznawanie nabytych kwalifikacji.

Przed wyborami parlamentarnymi wszyscy politycy, w tym obecnie sprawujący władzę, popierali postulaty środowiska pielęgniarek i położnych, które zostało wyrażone projektem obywatelskim, którego celem jest zapewnienie właściwej liczby pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia. – Dziś jednak nikt nie chce nic zrobić. Śpiewka stara jak świat, że nie ma pieniędzy... Tylko nie o nie tu chodzi! – mówiła **Krystyna Ptok**, przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

W Sejmie RP z wielką opieszałością procedowany jest Obywatelski projekt ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, który zmienia najważniejsze mankamenty obecnie obowiązujące ustawy. Ustawa w dotychczasowym kształcie i w swoim założeniu:

- dopuszcza nieuznawanie kwalifikacji posiadanych pielęgniarki i położne, które codziennie wykorzystują w codziennej pracy.
- pozwala na nierówne traktowania pielęgniarek i położnych.
- marnuje unijne środki przeznaczone na specjalizacje pielęgniarskie i położnicze.
- nie wspiera i nie zachęca młodych absolwentów do podejmowania pracy w zawodzie w publicznym systemie i nie motywuje do podejmowania studiów pielęgniarskich.

W Polsce na 1000 mieszkańców przypada 6 pielęgniarek. Dla porównania w Niemczech blisko 13 pielęgniarek na 1000 mieszkańców. Najbardziej dramatyczna jest sytuacja w województwie lubuskim, gdzie na 1000 mieszkańców przypada zaledwie 4 pielęgniarki.

– To sytuacja, w której pielęgniarki muszą wybierać, którym pacjentom udzielić pomocy – mówiła **Krystyna Ptok**. – Wg szacunków blisko 30 proc. pielęgniarek wykonujących zawód pracuje poza publicznym systemem w prywatnej opiece zdrowia, coraz częściej także w medycynie estetycznej.

W Polsce średni wiek praktykującej pielęgniarki to ponad 54 lata. Prawie co trzecia pielęgniarka i położna ma 51-60 lat, ok. 30 proc. przekroczyło już 60. rok życia, a tylko co szósta ma mniej niż 40 lat.

34 proc. pielęgniarek i niemal 30 proc. położnych osiągnęło już wiek emerytalny lub od wielu lat przebywają na emeryturze, a według prognoz do 2030 roku aż 65 proc. obecnie zatrudnionych pielęgniarek i 60 proc. położnych będzie w wieku uprawniającym do świadczeń emerytalnych.

Do zawodu trafia coraz mniej absolwentów. W roku 2010 pielęgniarstwo skończyło 9653 osób. W roku 2023 prawo wykonywania zawodu uzyskało już zaledwie 6206 osób. Warto zaznaczyć, że wśród tych osób są także pielęgniarki, które podnoszą swoje kwalifikacje na studiach wyższych II stopnia i od wielu lat pracują już w zawodzie. Oznacza to pogłębianie ubytku kadry od poziomu 2,5 tys. osób w 2023 roku do prawie 3,9 tys. w 2029 i 3,7 tys. w 2030 roku. **Łącznie w latach 2023-2030 wyniesie on ponad 26 tys. osób.** To oznacza, że w skali kraju będzie trzeba zamknąć 50 szpitali! Planowane zmiany systemowe, których celem jest przekształcanie szpitali powiatowych w tzw. zakłady opiekuńczo-lecznicze, nie zmniejszą zapotrzebowania na pielęgniarki. Podstawową kadrą w długoterminowej opiece są właśnie pielęgniarki.

Pielęgniarki i położne apelowały o podjęcie podstawowych działań i realizację minimum koniecznych zmian, jakie zostały zawarte w obywatelskim projekcie ustawy.

Pod Sejmem pozostały tekturowe pielęgniarki. – *Drodzy politycy! Podejmijcie działania! Dziś mówią do was żywe pielęgniarki i położne, jutro zostanie wam rzesza tekturowych pielęgniarek, bo nas, żywych wkrótce zabraknie! Czy wiecie jak dzięki tej tekturowej armii pielęgniarek zapewnić polskim pacjentom bezpieczeństwo, wysoką jakość usług medycznych i opiekę? My nie znamy żadnej odpowiedzi, która byłaby pozytywna dla polskiego społeczeństwa* – mówiła **Krystyna Ptok**.

Do Premiera RP, Minister Zdrowia oraz Marszałka Sejmu RP skierowano listy z opisem dramatycznej sytuacji i apelem do podjęcia koniecznych działań.

Nie lekceważ ukąszenia kleszcza

Kleszcze możesz spotkać praktycznie wszędzie. Nie musisz iść do lasu, aby „złapać pasażera na gapę”. Wystarczy wizyta w parku, spacer z psem wokół bloku czy praca w ogródku.

Kleszcze są nosicielami groźnych dla ludzi patogenów

Kleszcz pospolity jest pajęczakiem, który przechodzi trzy fazy cyklu rozwojowego – od larwy po nimfę, aż do postaci dorosłej w ciągu 2–3 lat. Żeby mógł się przekształcić w kolejną postać, musi napić się krwi zwierzęcia lub człowieka.

Kleszcz może mieć wielkość główki od szpilki. Czeka na żywiciela na krzewach, w trawie, w miejscach wilgotnych. Kleszcze są najbardziej aktywne od wiosny do wczesnej jesieni.

Zakażenie boreliozą

Borelioza, inaczej choroba z Lyme, to choroba bakteryjna. Niewielki odsetek kleszczy jest nosicielami i nie każdy kontakt z zakażonym kleszczem powoduje zachorowanie, ale jeśli borelioza się rozwinie, może prowadzić do **poważnych powikłań**.

Borelioza może rozwijać się w ciągu miesięcy, a nawet lat. Bezwzględnie trzeba ją leczyć. Dlatego już pierwsze objawy wymagają antybiotykoterapii.

Nieleczona borelioza może prowadzić do wielu groźnych powikłań neurologicznych, zaburzeń serca czy chorób stawów. Konieczny może być pobyt w szpitalu i rehabilitacja.

Jak rozpoznać zakażenie?

W ciągu 1-6 tygodni w miejscu ugryzienia przez kleszcza może się pojawić:

- rumień wędrujący - zmiana o kształcie owalnym, która w miarę upływu czasu się powiększa (na ogół ma kształt obrączkowaty, jednak czasami może mieć inną postać lub w ogóle nie wystąpić)
- gorączka
- zmęczenie
- bóle głowy
- uczucie rozbicia.

WAŻNE!

Uważnie obserwuj swoje samopoczucie i wygląd skóry po ugryzieniu. Samoistne zniknięcie rumienia wędrującego nie oznacza wyzdrowienia.

Widać również wyraźną sezonowość zachorowań na choroby odkleszczowe. Najwięcej pacjentów zgłasza się do lekarza POZ z chorobą odkleszczową w wakacje, tj. od czerwca do sierpnia, kiedy spędzamy więcej czasu wśród zieleni.

Zdecydowanie rzadszą, ale bardziej niebezpieczną chorobą przenoszoną przez kleszcze jest wirusowe odkleszczowe zapalenie mózgu. W 2023 r. zachorowało niespełna 700 osób, z czego ponad 80% wymagało hospitalizacji.

Samodzielne usunięcie kleszcza

Jeżeli zobaczyłeś kleszcza wklutego w skórę - **usuń go jak najszybciej**. Im dłużej kleszcz ma kontakt z krwią człowieka, tym większe jest ryzyko zakażenia.

Znaczący wzrost ryzyka zakażenia bakterią przenoszoną przez kleszcze pojawia się po 36 godzinach od momentu wklucia.

W aptekach są dostępne narzędzia do bezpiecznego i skutecznego, samodzielnego usuwania kleszczy. Wszystkie z nich gwarantują bezpieczne uchwycenie kleszcza bliżej skóry i wyciągnięcie go.

Po usunięciu kleszcza należy zastosować czynności higieniczne tj. umycie i zdezynfekowanie skóry np. wodą utlenioną.

Co zrobić kiedy kleszcz pozostanie w skórze?

W sytuacji, w której w trakcie usuwania kleszcza pozostanie duży fragment jego ciała np. główka, należy zgłosić się do lekarza.

Mniejsze fragmenty kleszcza, które w trakcie usuwania pozostaną pod skórą z reguły nie zwiększają ryzyka zakażenia, wówczas wystarczy umycie i dezynfekcja rany.

Według dr Agnieszki Jankowskiej-Zduńczyk nieprawidłowe usuwanie kleszczy zwiększa ryzyko zakażenia drobnoustrojami chorobotwórczymi.

Dlatego pamiętaj by kleszcza:

- **nie** wyciągać „gołymi” palcami
- **nie** rozgniatać
- **nie** wyciskać
- **nie** wykręcać
- **nie** przypalać
- **nie** smarować tłustymi substancjami lub innymi chemikaliami np. kosmetykami do ciała, oliwą z oliwek
- **nie** usuwać igłą.

Jeśli kleszcz zostanie w całości usunięty przed upływem 24 - 48 h od ukąszenia, ryzyko rozwoju choroby jest mniejsze.

Kiedy po pomoc do lekarza?

Porady lekarza mogą wymagać sytuacje, w których:

- wystąpiło zaczerwienienie i/lub obrzęk, w miejscu wklucia i/lub wokół niego po całkowitym lub niecałkowitym usunięciu kleszcza (w sytuacjach, gdy pozostał duży fragment)
- wystąpiły nagłe i inne poważne objawy:

- wysoka gorączka
- nudności i wymioty
- bóle głowy lub objawy neurologiczne.

Jeśli lekarz zdecyduje o konieczności interwencji chirurgicznej, otrzymasz odpowiednie skierowanie na dalsze leczenie.

Badaj siebie, nie kleszcza

Zdarza się, że po ugryzieniu przez kleszcza przynosimy pajęczaka do laboratorium diagnostycznego do zbadania. Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych zdecydowanie to odradza.

– *Takie badanie, zgodnie z przepisami, nie może być uznane za badanie diagnostyczne. Co więcej, nie jest także rekomendowane przez gremia naukowców oraz specjalistów w dziedzinie chorób zakaźnych* – informuje **Monika Pintał-Ślimak**, prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Badanie kleszcza pozwala jedynie określić, czy jest on nosicielem krętków Borrelia. Dodatni wynik nie potwierdza przeniesienia krętków do organizmu ludzkiego. Nie można zatem na podstawie badania kleszcza potwierdzić, że doszło do zarażenia u człowieka.

Jak zapobiegać zachorowaniu?

- unikaj spacerów porośniętymi brzegami rzek, wśród wysokich traw, na leśnych mokradłach - to naturalne środowisko bytowania kleszczy
- załóż wysokie buty, długi rękaw i długie spodnie, zadбай o nakrycie głowy
- wybieraj ubrania o jasnych kolorach, na których szybciej można zaobserwować kleszcza i usunąć go zanim dojdzie do ukąszenia
- stosuj środki odstraszające kleszcze np.: kremy, aerozole, olejki
- po spacerze wytrzep odzież, aby usunąć kleszcze, które nie zdążyły się wkluć w skórę i obejrzyj całe ciało, zwracając szczególną uwagę na okolice brzucha, piersi, pachwin i kolan - to częste obszary ukąszeń kleszczy.

Źródło: NFZ nfz.gov.pl

WAŻNE !

Dotyczy : zmiany w regulaminie pomocy koleżeńskiej od 15 marca 2024r.

Zmiany dotyczą zasad wypłaty jednorazowej zapomogi socjalnej wypłacanej w związku z przejściem na rentę, emeryturę lub zasiłek przedemerytalny.

Zapis § 10 ust. 2 regulaminu pomocy koleżeńskiej otrzymuje brzmienie:

„jednorazowa zapomoga socjalna wypłacana jest w związku z przejściem na rentę, emeryturę lub zasiłek przedemerytalny. Powyższe świadczenie wypłacane jest na pisemny wniosek złożony w terminie 12 miesięcy od dnia przejścia na rentę, emeryturę lub zasiłek przedemerytalny. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie regulaminu obowiązującego w dniu składania wniosku. Roszczenie o wypłatę wygasa w sytuacji braku złożenia wniosku w terminie wskazanym powyżej.

ust. 3

„Osoby, które rozwiązały umowę o pracę w związku z przejściem na emeryturę i nadal wykonywały zawód pielęgniarstwa/ra/położnej po okresie dłuższym, o którym mowa w ust. 2, mogą ubiegać się o wypłatę jednorazowego świadczenia do dnia 14 marca 2025 roku. Warunkiem wypłaty świadczenia jest udokumentowanie okresu zatrudnienia w zawodzie, po przejściu na emeryturę. Roszczenie o wypłatę jednorazowego świadczenia wygasa po dniu 14 marca 2025 roku.”

W przypadku pytań i wątpliwości osoby zainteresowane mogą kontaktować się z biurem OIPiP w Radomiu telefonicznie (48 360 69 60) , lub drogą mailową: orpip@orpp.radom.pl

VII. Ogłoszenia i podziękowania

OKRĘGOWY SĄD PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W RADOMIU

Sygn.akt-OSPIP/02/2023/2024

ORZECZENIE

z dnia 12 luty 2024 r

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych w Radomiu w składzie

Przewodnicząca - Kowalczyk Małgorzata

Członkowie - Kowalska Renata

- Falek- Pisarek Agnieszka

Protokolant - Niewczas Dorota

W dniu 12 luty 2024 r na rozprawie Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych w Radomiu, po rozpoznaniu wniosku Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej o ukaranie Marzeny Tęcza córki Bogdana i Marii Posiadającej prawo wykonywania zawodu nr 3003799P, oskarżonej o to iż będąc zatrudnioną w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym jako kierownik zespołu pielęgniarskiego, w Oddziale Chirurgii Dziecięcej i prowadząc praktykę studencką, dopuściła się w dniu 18 listopada 2022 roku przewinień zawodowych polegających na podaniu małowartościemu I.M. do wkłucia obwodowego ampułki leku Laxcid niezgodnie z zaleceniem lekarskim co doprowadziło do podania leku inną drogą - dożylną zamiast doustną, czym naruszyła art.11 ust.1 oraz art.15 ust.1 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku, Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych

POSTANAWIA

Na mocy art.55 ust.1 i 2 oraz w związku z artykułem 60 ust.1 punkt 4 i 6 oraz art. 61 ust.1 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych uznać iż:

Marzena Tęcza jest winna, dopuściła się zarzucanego czynu i zostaje ukarana:

1. Zakazem pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych na okres 5 lat tj, art. 60 ust. 1 punkt 4
2. Ograniczeniem zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres 1,5 roku tj. art. 60 ust . 1 punkt 6, zakaz obejmuje wykonywanie WSZYSTKICH iniekcji

3. opublikowanie orzeczenia w Biuletynie OPIP po uprawnieniu się.
Sąd zgodnie z art.67 ust.1 ustawy o samorządzie kosztami postępowania w kwocie 1516,70 zł obciążyć Marzenę Tęcza.

O orzeczeniu powiadomić:

Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności zawodowej

Marzenę Tęcza zam. Radom ul. Piotra Skargi 26/1


PRZEWODNICZĄCA
Okręgowego Sądu Pielęgniarek
i Położnych w Radomiu
Przewodnicząca
Małgorzata Kowalczyk
Kowalczyk Małgorzata

Członkowie składu orzekającego

Kowalska Renata

Falek- Pisarek Agnieszka

Protokolant

Niewczas Dorota

Zgodnie z art. 68 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (t.j. Dz.U. 2021.628) od orzeczenia Okręgowego Sądu stronom przysługuje odwołanie do Naczelnego Sądu w terminie 14 dnia od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem. Orzeczenie wraz z uzasadnieniem zostanie doręczone w terminie 30 dni od ogłoszenia. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem okręgowego sądu, który wydał zaskarżone orzeczenie.



UZASADNIENIE

Do OSPIP w Radomiu wpłynął wniosek ORZOZ w sprawie ukarania pielęgniarki Pani Marzeny Tęcza w związku z podejrzeniem popełnienia wykroczenia zawodowego polegającego na nie zachowaniu należytej ostrożności i niestaranności zawodowej tj.

PODZIĘKOWANIE

W związku z przejściem na zasłużoną emeryturę składamy podziękowania za wieloletnią pracę

Pani Hannie Czarneckiej
Pielęgniarce Oddziałowej Oddziału Rehabilitacji SPZZOZ w Pionkach.

Dziękujemy za profesjonalizm, fachowość i pełną zaangażowania pracę
oraz każde ciepłe słowo, życiową mądrość i pomocną dłoń.

Życzymy Ci, aby wszystkie plany i marzenia spełniły się właśnie teraz i pojawił się czas
na pielęgnowanie swoich pasji i zainteresowań.

Radości i dobrego zdrowia na dalsze lata składa: Dyrekcja, Naczelna Pielęgniarka,
Pielęgniarki Oddziałowe oraz wszyscy pracownicy SPZZOZ w Pionkach.

Do życzeń, podziękowań i gratulacji przylączy się
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Radomiu

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. Sochaj Urszuli zatrudnionej w SPZZOZ w Zwoleniu | 13. Mąkosie Danucie zatrudnionej w SPZZOZ w Zwoleniu |
| 2. Mysłak Zofii Barbarze zatrudnionej w SPZZOZ w Koźienicach | 14. Skrzek Katarzynie zatrudnionej w SPZZOZ w Radomiu |
| 3. Wabik Hannie zatrudnionej w SPZZOZ w Lipsku | 15. Szyszlak Wiesławie zatrudnionej w SPZZOZ w Lipsku |
| 4. Janiec Bożenie zatrudnionej w SPZZOZ w Lipsku | 16. Badera Dorocie zatrudnionej w SPZZOZ w Pionkach |
| 5. Górskiej Ewie zatrudnionej w RSzS | 17. Tokarczyk Longinie zatrudnionej w NZOZ SZKOL – MED w Radomiu |
| 6. Kęska Renacie zatrudnionej w SPZOZ w Gniewoszowie | 18. Kolenda Józefie zatrudnionej w SPZZOZ w Lipsku |
| 7. Kulczyk Jolancie zatrudnionej w SPZZOZ w Lipsku | 19. Szymczyk Teresie zatrudnionej w SPZZOZ w Lipsku |
| 8. Mróz Renacie zatrudnionej w SPZZOZ w Pionkach | 20. Chlebna Annie zatrudnionej w SPZZOZ w Lipsku |
| 9. Kacprzak Teresie zatrudnionej w M.Sz.S. Sp. z o.o. | 21. Wójcikowskiej Annie zatrudnionej w PZU Zdrowie S.A. |
| 10. Suwała Grażynie zatrudnionej w SPZZOZ w Koźienicach | 22. Kulak Elżbiecie zatrudnionej w PZU Zdrowie S.A. |
| 11. Marszula Cecylii zatrudnionej w Zakład Karny w Żytkowicach | 23. Ziemka Urszuli zatrudnionej w SPZOZ Przychodnie Koźienickie |
| 12. Warchoł Iwonie zatrudnionej w SPZZOZ w Pionkach | 24. Baryłce Wiesławie zatrudnionej w SPZZOZ w Koźienicach |

PODZIĘKOWANIE

W związku z przejściem na zasłużoną emeryturę składamy podziękowania za wieloletnią pracę

Pani Renacie Mróz
Pielęgniarce Oddziału Wewnętrznego SPZZOZ w Pionkach

„Długie lata ciężko pracowałaś, wczesną porą się z łóżka zrywałaś,
byłaś dzielna, sumienna, wytrwała, teraz czeka nagroda niemała!

Od dziś możesz robić co tylko chcesz, jakie masz potrzeby najlepiej Ty wiesz!
Relaks, odpoczynek, sporty, dyskoteka, od Ciebie zależy co, za chwilę Cię czeka.
Gratulacje przyjmij i szczere życzenia: długiej emerytury i marzeń spełnienia!”

Radości i dobrego zdrowia na dalsze lata składają:
Koleżanki z Oddziału Wewnętrznego SPZZOZ w Pionkach.



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Radomiu

OŚRODEK SZKOLENIA OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

OFERTA SZKOLEŃ W ZAKRESIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W III - IV KWARTALE 2024 ROKU

Lp.	Dziedzina/zakres kształcenia	Planowany termin rozpoczęcia - *
KURSY KWALIFIKACYJNE		
1.	Pielęgniarstwo internistyczne – dla pielęgniarek	20.07.2024
2.	Pielęgniarstwooperacyjne – dla pielęgniarek	27.07.2024
SZKOLENIA SPECJALISTYCZNE		
1.	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych- Kurs dla pielęgniarek i położnych	18.05.2024
2.	Szczepienia ochronne Kurs dla położnych	10.02.2024
3.	Szczepienia ochronne Kurs dla pielęgniarek	10.02.2024
4.	Resuscytacja krążeniowo – oddechowa Kurs dla pielęgniarek i położnych	12.04.2024
5.	Wywiad i badanie fizykalne Kurs dla pielęgniarek i położnych	19.04.2024
6.	Leczenie ran Kurs dla pielęgniarek	17.05.2024
7.	Leczenie ran Kurs dla pielęgniarek	17.05.2024
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
w okresie od 1.07 - 31.08.2024r.

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



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