



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Radomiu

lipiec - wrzesień 2024

Wokół

Biuletyn informacyjny nr 77

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.....	10
V	WARTO WIEDZIEĆ.....	13
VI	KONIECZNIE PRZECZYTAJ.....	25
VII	OGŁOSZENIA, PODZIĘKOWANIA.....	29
VIII	Z ŻAŁOBNEJ KARTY.....	34



Wakacje już za nami. Mam nadzieję, że wszyscy skorzystali z wyjątkowo pięknego lata nabrali siły, energii, a przede wszystkim entuzjazmu.

Za nami również kilka ważnych wydarzeń, o których piszemy w dalszej części biuletynu. Zachęcam do zapoznania się z relacjami po naszej konferencji, którą członkowie ORPiP zorganizowali w dniu Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta. Tematy bardzo ciekawe, bardzo przydatne z aktualną wiedzą, niestety zabrakło jak zwykle tylko uczestników. Dziękuję tym bardziej tym wszystkim, którzy znaleźli czas i jak się okazało, nie żałowali, że tego dnia mogli być uczestnikami tej naprawdę interesującej konferencji.

W dniach 23-24 września 2024 r. odbył się I Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji. Rozpatrywane były na nim sprawy wskazane wcześniej w uchwale NRPiP:

- wysokość składki członkowskiej na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych oraz zasad jej podziału,
 - regulaminy (Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, wyboru do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków, organów Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, ramowych regulaminów organów okręgowej izby pielęgniarek i położnych),
 - wykaz stanowisk w organach izb pielęgniarek i położnych, których pełnienie może być wynagradzane.
- Ujednolicenie składki też budzi kontrowersje. Ale uporządkowanie tej sytuacji było równie konieczne, gdyż różna wysokość składki dla pielęgniarek i położnych uzależniona od formy wykonywania zawodu budziła poczucie niesprawiedliwości i zarzuty jednej grupy przeciwko drugiej. Dostępność do korzystania między innymi z dofinansowania kształcenia, pomocy koleżeńskiej, ubezpieczenia, oraz innych świadczeń jest jednakowa dla wszystkich, dlatego równo się do to dokładamy. Zasada ta zacznie obowiązywać od 1 kwietnia 2025 r. Miesięczna składka członkowska, będzie wynosić 1% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku kalendarzowym ogłoszonego przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym zaokrągloną do pełnego złotego. Z opłacania składek członkowskich, zwolnione zostaną pielęgniarki, położne, które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły we właściwej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych oryginał PWZ.

Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych przyjął także stanowisko w sprawie poparcia petycji Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie zmiany ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. To odpowiedź na

opieszale tempo prac w Sejmie oraz ignorancję i niezrozumienie jej celów przez decydentów. Kluczowa jest kwestia uznania kwalifikacji posiadanych przez pielęgniarki i położne, a nie wymaganych i określanych przez pracodawcę.

W petycji OZZPIP wskazana jest kolizja przepisów. Z jednej strony obecne brzmienie załącznika do ustawy o minimalnym wynagrodzeniu przyjmuje, że podstawą ustalenia współczynnika pracy na danym stanowisku jest wymagane wykształcenie lub specjalizacja, choć nie precyzuje kto ma te wymagane kwalifikacje stwierdzać i na jakiej podstawie prawnej. Skutkiem tego jest to, że część pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych otrzymuje wynagrodzenie niższe niż wynika to z ich faktycznych kwalifikacji zawodowych. Potwierdzeniem tego faktu jest rosnąca liczba pozytywnych dla pielęgniarek i położnych wyroków sądowych.

Z drugiej strony w art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2024r. poz. 814) znajduje się zapis, iż pielęgniarki i położne są zobowiązane zgodnie z posiadanymi, a nie wymaganymi przez podmiot leczniczy kwalifikacjami zawodowymi, do udzielania pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Brak zmiany przepisów powoduje pytania co do sposobu postępowania i zachowania pracowników medycznych w sytuacji zatrudniania ich przez podmioty lecznicze na stanowiskach pracy nie odzwierciedlających posiadanych przez nich kwalifikacji.

Tak więc ani związki zawodowe, ani samorząd nie zaprzestali walki o zmianę przepisów i przestrzeganie prawa.



Małgosia

II. Aktualności

02.07.2024 r. – Przewodnicząca ORPiP Małgorzata Sokulska wzięła udział w spotkaniu z pielęgniarkami, w związku z pożegnaniem pani Hanny Czarneckiej odchodzącej na emeryturę.

02.07.2024 r. - odbyło się posiedzenie komisji konkursowej na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych w SWPZZPOZ pod przewodnictwem Przewodniczącej Komisji Beaty Jendra.

04.07.2024 r. – odbyło się posiedzenie rozstrzygające komisji konkursowej na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych w RSzS.

05.07.2024 r. - odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP pod przewodnictwem Małgorzaty Sokulskiej.

09.07.2024 r. - Przewodnicząca Małgorzata Sokulska i Sekretarz Barbara Tusińska wzięły udział w uroczystości Czekowania absolwentów Uniwersytetu Radomskiego.

10.07.2024 r. - Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięła udział w uroczystości pogrzebowej ś.p. Zofii Bilskiej pielęgniarki zatrudnionej w DPS Weterana Walki i Pracy w Radomiu

10.07.2024 r. - w siedzibie OIPiP w Radomiu odbyło się spotkanie Komitetu Organizacyjnego konferencji „Bezpieczeństwo pacjenta w ujęciu multidyscyplinarnym” zaplanowanej na 17.09.2024 r.

23.07.2024 r. - odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP w trybie korespondencyjnym.

30.07.2024 r. - odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP w trybie korespondencyjnym.

9.08.2024 r. - Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięła udział w uroczystości pogrzebowej ś.p. Beaty Sielwanowskiej pielęgniarki zatrudnionej w SPZ ZOZ w Iłży.

19.08.2024 r. - odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP w trybie korespondencyjnym.

27.08.2024 r. - w siedzibie OIPiP w Radomiu odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP pod przewodnictwem Przewodniczącej Małgorzaty Sokulskiej.

02.09.2024 r. - Przewodnicząca ORPiP Małgorzata Sokulska wzięła udział w posiedzeniu Konwentu Przewodniczących Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

04.09.2024 r. - odbyło się posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej pod przewodnictwem Przewodniczącej OKR Haliny Frynas.

05–06.09.2024 r. – Przewodnicząca ORPiP Małgorzata Sokulska i członek ORPiP Dorota Szczepanowska wzięły udział w konferencji szkoleniowej organizowanej przez firmę NESTLE w Sandomierzu.

13.09.2024 r. – Pod przewodnictwem Przewodniczącej Małgorzaty Sokulskiej, w siedzibie OIPiP w Radomiu, odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP.

17.09.2024 r. – W dniu Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta odbyła się konferencja organizowana przez ORPiP w Radomiu p.n. Bezpieczeństwo pacjenta w ujęciu multidyscyplinarnym”

18.09.2024 r. – Małgorzata Sokulska wzięła udział w posiedzeniu Konwentu Przewodniczących Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

18.09.2024 r. – W SWPZZPOZ odbyły się posiedzenia rozstrzygające komisji konkursowych na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych w SWPZZPOZ, pod przewodnictwem Beaty Jendra Przewodniczącej Komisji.

23-24.09.2024 r. – Odbył się w Warszawie Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, w którym udział wzięło 5 Delegatów.

24-25.09.2024 r. – Odbyło się w Warszawie posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w którym udział wzięła Przewodnicząca Małgorzata Sokulska.

III. Wokół samorządu

Z prac Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych:

W dniu 5 lipca 2024 roku odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwała nr 262/VIII/2024 - w/s wygaszenia ograniczonego prawa wykonywania zawodu dla pielęgniarki osobie nie będącej obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej.

Uchwały nr 263-310/VIII/2024 - w/s stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 311/VIII/2024 - w/s wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 312/VIII/2024 - w/s wpisu do rejestru położnych ORPiP w Radomiu.

Uchwały nr 313-314/VIII/2024 - w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 315/VIII/2024 - w/s wykreślenia z rejestru położnych ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 316/VIII/2024 - w/s wykreślenia z rejestru Indywidualnych Praktyk Pielęgniarskich ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 317/VIII/2024 - w/s przyznania pomocy koleżeńskiej.



Uchwała nr 318/VIII/2024 - w/s przyznania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę.

Uchwała nr 319/VIII/2024 - w/s dofinansowania udziału w turnusie rehabilitacyjno- leczniczym.

Uchwała nr 320/VIII/2024 - w/s przyznania pomocy koleżeńskiej finansowej.

Uchwała nr 321/VIII/2024 - w/s udzielenia wsparcia finansowego Polskiej Misji Medycznej.

Uchwała nr 322/VIII/2024 - w/s dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwały nr 323-328/VIII/2024 - w/s odmowy dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwały nr 329-330/VIII/2024 - w/s skierowania na przeszkolenie pielęgniarki, która nie wykonuje zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.

Uchwała nr 331/VIII/2024 - w/s kierowania członków OIPIP w Radomiu na turnusy rehabilitacyjno- lecznicze.

W dniu 30 lipca 2024 roku odbyło się korespondencyjne posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwały nr 390-423/VIII/2024 - w/s stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 424/VIII/2024 - w/s wydania pielęgniarcze zaświadczenia o posiadanych kwalifikacjach.

Uchwały nr 425-426/VIII/2024 - w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 427/VIII/2024 - w/s wygaszenia PWZ pielęgniarki z powodu zgonu.

W dniu 19 sierpnia 2024 roku odbyło się korespondencyjne posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych,

na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwały nr 428 - 449/VIII/2024 - w/s stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 450/VIII/2024 - w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

W dniu 27 sierpnia 2024 roku odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwały nr 451 - 452/VIII/2024 - w/s stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwały nr 453 - 454/VIII/2024 - w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 455/VIII/2024 - w/s przyznania pomocy koleżeńskiej.

Uchwała nr 456/VIII/2024 - w/s przyznania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę.

Uchwała nr 457/VIII/2024 - w/s dofinansowania udziału w turnusie rehabilitacyjno- leczniczym.

Uchwała nr 458/VIII/2024 - w/s przyznania pomocy koleżeńskiej finansowej.

Uchwała nr 459/VIII/2024 - w/s dofinansowania kształcenia podyplomowego.

W dniu 13 września 2024 roku odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwały nr 460 - 468/VIII/2024 - w/s stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwały nr 469 - 470/VIII/2024 - w/s wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 471/VIII/2024 - w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 472/VIII/2024 - w/s przyznania pomocy koleżeńskiej.

Uchwała nr 473/VIII/2024 - w/s przyznania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę.

Uchwała nr 474/VIII/2024 - w/s dofinansowania udziału w turnusie rehabilitacyjno- leczniczym.

Uchwała nr 475/VIII/2024 - w/s podpisania umowy o współpracy.

Uchwała nr 476/VIII/2024 - w/s organizacji szkolenia w zakresie komunikacji.

I NADZWYCZAJNY

KRAJOWY ZJAZD PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

W dniach 23-24 września 2024 roku w Warszawie odbył się I Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

Decyzja o jego zwołaniu zapadła na VIII Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w dniach **15-17 maja 2023 r.**, w którym uczestniczyło około 400 delegatów z całej Polski. Był to zjazd, na którym wybierano nowe władze na VIII kadencję. Obrady obfitowały w wiele spraw dotyczących środowiska pielęgniarek i położnych. Niestety nie o wszystkich dało się podyskutować. Delegaci zdecydowali, że należy zwołać nadzwyczajny zjazd.

Zgodnie z regulaminem:

„**§ 25. 1.** Nadzwyczajny Krajowy Zjazd może obradować wyłącznie nad sprawami wskazanymi w uchwale Naczelnej Rady o jego zwołaniu, chyba że konieczność powzięcia uchwały w innej sprawie wyniknęła po dniu podjęcia uchwały o zwołaniu Krajowego Zjazdu.

2. W pierwszej kolejności Nadzwyczajny Krajowy Zjazd rozpatruje sprawy, które zostały wskazane we wniosku o jego zwołanie.”

Zjazd dotyczył uaktualnienia regulaminów, wysokości składki członkowskiej i trybu jej odprowadzania oraz funkcji w Naczelnej i Okręgowych Izbach, które są wynagradzane.

Regulaminy Krajowego oraz Okręgowych Zjazdów, Naczelnej oraz Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych, a także organów Naczelnej

i Okręgowych Rad. Były to często kosmetyczne zmiany, dzięki którym dostosowano je do obecnych warunków: np. nowoczesnych sposobów porozumiewania się lub przeprowadzania posiedzeń etc.

Dyskusja nad wysokością składki członkowskiej na rzecz okręgowych izb odbyła się dość burzliwie. Wszyscy zebrani zgodni byli co do tego, że powinna być to jedna kwota dla wszystkich taka sama. Różnice polegały na propozycjach wysokości składki i jak ją obliczać. Przystąpiono do głosowania alternatywnego dla kilku propozycji. Przeważającą liczbę głosów miała propozycja 1% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku kalendarzowym ogłoszonego przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym zaokrągloną do pełnego złotego. Z odpłacania składek członkowskich, zwolnione zostaną pielęgniarki, położne, które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły we właściwej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych oryginał PWZ.

Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych będą przekazywać na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych 6% sumy uzyskanych w danym miesiącu składek członkowskich. Do tej pory były to 4 %. Uchwała zacznie obowiązywać od 1 kwietnia 2025 r. Wszystkie okręgowe izby pielęgniarek i położnych potrzebują czasu na poinformowanie swoich członków o zmianach.

Każda pielęgniarka i położna będzie miała swoje konto i będzie wiedzieć, czy składki trafiły do samorządu.

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska zwróciła uwagę, że składka w dużej części wraca do członków. Między innymi w formie dofinansowań do szkoleń, świadczeń socjalnych, pomocy prawnika. Przyjęte zmiany przyspieszą rozwój naszego samorządu – powiedziała Prezes.

I Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych przyjął także stanowisko w sprawie poparcia petycji Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie zmiany ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Petycja jest odpowiedzią na opieszałe tempo prac w Sejmie oraz ignorancję i niezrozumienie jej celów przez decydentów. Kluczowa jest kwestia uznania kwalifikacji posiadanych przez pielęgniarki i położne, a nie wymaganych i określanych przez pracodawcę.

Następny zjazd znów poświęcony będzie wyborom.



Wystąpienie Marioli Łodzińskiej - Prezes NRPiP



Delegaci I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji



Prezidium I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji

W dniu 17 września 2024r odbyła się konferencja organizowana przez ORPiP p.n. „Bezpieczeństwo pacjenta w ujęciu multidyscyplinarnym”

W dniu 17 września 2024 roku odbyła się konferencja zorganizowana przez OIPIP w Radomiu pod nazwą „**Bezpieczeństwo pacjenta w ujęciu multidyscyplinarnym**”

Konferencja odbyła się w Auli Głównej Uniwersytetu Radomskiego dzięki uprzejmości Jego Magnificencji Rektora Uniwersytetu Radomskiego prof. dr hab. Sławomira Bukowskiego, prowadziła ją pani Karolina Gajewska Rzeczniczka Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu, a uroczystego otwarcia dokonała Przewodnicząca OIPIP w Radomiu pani Małgorzata Sokulska, która wprowadziła zgromadzonych w tematykę konferencji.

Hasło tegorocznych obchodów to:

„Aktywizowanie i angażowanie pacjentów dla ich bezpieczeństwa - Wzmacniamy i podnosimy znaczenie głosu pacjenta”.

Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta został ustanowiony przez WHO w 2019 r. podczas 72 Walnego Zgromadzenia WHO, które przyjęło, że dzień 17 września będzie dniem upamiętniającym bezpieczeństwo pacjenta w opiece zdrowotnej. Celem obchodów tego dnia jest zarówno:

1. wzrost świadomości znaczenia bezpieczeństwa pacjentów,
2. zwiększenie zaangażowania społeczeństwa w bezpieczeństwo opieki zdrowotnej,
3. ograniczenie działań niepożądanych terapii i szkód powstałych na skutek nieprawidłowości podczas leczenia,
4. ale także bardzo istotne bezpieczeństwo personelu.

Corocznie WHO podejmuje wiele projektów i programów dotyczących systemowych i merytorycznych aspektów poprawy bezpieczeństwa pacjentów.



W ramach strategii Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta, WHO przyjęło podświetlanie na kolor pomarańczowy kluczowych obiektów użyteczności publicznej. Tego dnia na całym świecie kolorem pomarańczowym podświetlane są zabytki, pomniki oraz budynki. W ramach inicjatyw podejmowanych przez WHO ustalane są corocznie hasła przewodnie i tak począwszy od roku 2020 obchody ukierunkowane były na uhonorowanie tytanicznej pracy i oddania personelu medycznego w czasie pandemii COVID-19, dlatego hasło tego roku 2020 brzmiało: „Bezpieczeństwo pracownika ochrony zdrowia priorytetem dla bezpieczeństwa pacjenta. Bezpieczny personel medyczny - bezpieczni pacjenci”.

Celem było również podkreślenie światowej solidarności, dotyczącej poprawy bezpieczeństwa opieki zdrowotnej w systemach ochrony zdrowia krajów członkowskich WHO.

W Roku 2021 Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta obchodzony był pod hasłem to „Bezpieczna terapia matki i dziecka” mające na celu podkreślenie znaczenia ryzyka szkód na jakie są narażone kobiety i noworodki wymagające leczenia w okresie okołoporodowym.

Rok 2022 obchodzony był pod hasłem „Leki bez szkody”.

To właśnie niewłaściwe praktyki i błędy w przyjmowaniu leków są główną przyczyną szkód, których przy zachowaniu zasad bezpieczeństwa, można byłoby uniknąć.

Tematem i hasłem przewodnim tegorocznych obchodów jest „Aktywizowanie i angażowanie pacjentów dla ich bezpieczeństwa - Wzmacniamy i podnosimy znaczenie głosu pacjenta”.

Pacjenci powinni być zaangażowanymi i aktywnymi partnerami, zarówno na poziomie tworzenia strategii bezpieczeństwa, formułowania polityki, aktywnego uczestnictwa, w organizacjach pacjentów czy dbania o swoje własne bezpieczeństwo podczas pobytu w placówce medycznej.

I bardzo ważnym warunkiem bezpieczeństwa pacjenta jest bezpieczny personel, który powinien posiadać ugruntowaną wiedzę, wykonywać prace z należytą starannością, odpowiadającą wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej opartej na faktach. I należy pamiętać bo to powinna być świadomość zarówno decydentów jak i kierowniczej kadry, że, aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentowi i sobie musi być odpowiednia i właściwa ilość personelu.

Praca na rzecz pacjenta to praca zespołowa. Wszyscy są w niej bardzo ważni. Lekarze, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, farmaceuci, laboranci, dietetycy, ratownicy medyczni, opiekunowie medyczni po personel sprzątający.

Wszyscy też wiemy, że właściwa i dobra komunikacja to niezbędny element w pracy zespołu, który spełnia bardzo ważną funkcję kliniczną w pracy z pacjentem, oraz stanowi podstawę modelu opieki medycznej wpływająca na zmniejszenie ryzyka pojawienia się pomyłek nieporozumień i niejasności.

Ważne jest więc, aby w tym zespole nie zabrakło Pacjenta.

Program konferencji obejmował poniższe tematy w następujących sesjach:

SESJA I – BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA W UJĘCIU HOLISTYCZNYM

1. Prehabilitacja, a bezpieczeństwo pacjenta – mgr Dorota Szczepanowska
2. Wielolekowość, a bezpieczeństwo wśród pacjentów hospitalizowanych. Rola farmaceuty szpitalnego - dr n. farm. Leszek Borkowski, farmakolog kliniczny
3. Oddech ratuje życie. Bezpieczeństwo pacjenta oczami anestezjologa – dr Dawid Aleksandrowicz
4. Kompetencje pielęgniarki/położnej gwarantem bezpieczeństwa pacjenta - dr n. med. i n. o zdrowiu Aneta Jędrzejewska
5. Usprawniamy bezpiecznie – dr Łukasz Wojciechowski



1. Bezpieczne przygotowanie do leczenia onkologicznego – mgr piel. Magdalena Sygocka
2. Rozdarcia naskórka (skin tears) – jak uchronić pacjenta – mgr piel. Paulina Szymańska
3. Ryzyka zdrowotne u pacjentów – dr n. med. i n. o zdrowiu Henryka Klamut
4. Przygotuj się do walki: rola właściwego odżywiania (rola dietetyka) w przygotowaniu do leczenia onkologicznego – mgr Krzysztof Skuza

SESJA III – „ODPOWIEDZIALNIE” ZNACZY „BEZPIECZNIE”

1. Bezpieczeństwo pacjenta w praktyce pielęgniarki i położnej w kontekście polityki zdrowotnej - dr n. med. i n. o zdrowiu Grażyna Rogala-Pawelczyk Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
2. Bezpieczeństwo kobiety w praktyce położnej – dr n. o zdrowiu Anna Janik oraz dr n. o zdrowiu Gabriela Hofman
3. 13:15- 13:30 Bezpieczna epidemiologia - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego - mgr Małgorzata Gienza
4. Czy pacjent z raną przewlekłą może czuć się bezpieczny w koncepcji zaawansowanej praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych – dr hab. n. med. Dariusz Bazaliński profesor Uniwersytetu Rzeszowskiego

Komitet organizacyjny:

mgr Małgorzata Sokulska

mgr Dorota Szczepanowska

dr n. med. i n. o zdrowiu Henryka Klamut

dr n. med. i n. o zdrowiu Aneta Jędrzejewska

mgr Barbara Tusińska

Każdy z wykładów był niezwykle interesujący, a Wykładowcy udowodnili, że za bezpieczeństwo pacjenta w placówkach leczniczych i nie tylko, odpowiadają zespoły medyczne, które powinny składać się ze specjalistów różnych dziedzin medycyny. Współpraca członków zespołów terapeutycznych pomaga zebrać na tyle dokładne informacje o pacjencie, by pomóc mu aktywizować go w walce z chorobą.

Prehabilitacja - której proces omawiała w swym wystąpieniu **mgr Dorota Szczepanowska** to kompleksowe przygotowanie pacjenta do leczenia, przede wszystkim zabiegowego, w celu poprawy stanu ogólnego pacjenta i wczesnemu zapobieganiu powikłaniom, tak, aby umożliwić jak najszybszy powrót do najlepszego, osiągalnego stanu zdrowia. Termin pojawił się w Wielkiej Brytanii w latach 40-tych XX wieku, w stosunku do rekrutów przed przyjęciem do wojska.

W medycynie termin ten pojawił się w początkach XXI wieku i dotyczył wzmocnienia pacjenta przez zabiegami operacyjnymi, początkowo pacjenta ortopedycznego. W Polsce wielkim ambasadorem prehabilitacji jest profesor dr hab. Tomasz Banasiewicz, który zastosował proces w koloproktologii.

Jedną z pierwszych placówek w kraju, wdrażanie procedury prehabilitacji, czyli kompleksowego przygotowania pacjenta do leczenia operacyjnego, rozpoczęli lekarze Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku, kierowanego przez doktora Cezarego Kaczmarekiewicza, w ramach Ośrodka Koordynowanej Opieki Bariatrycznej. Słupski Szpital wprowadza i promuje prehabilitację.

Dr n. farm. Leszek Borkowski zwrócił uwagę na problem wielolekowości, zwłaszcza u pacjentów seniorów, lub z wielochorobowością. Obliczono, że w Polsce mamy do czynienia z 13 tys. preparatów leczniczych, a farmakolodzy operują swobodnie, około 3 tysiącami. Wiele z nich działa przeciwstawnie do siebie. Dlatego, współpraca farmakologa klinicznego z lekarzem dla pacjenta to dużo większe bezpieczeństwo i skuteczniejszą terapię. Pan dr Borkowski wyraził gotowość przygotowania szkolenia dla pielęgniarek i położnych naszej OIPI, ponieważ nasze działania, np.: czas podania leku, sposób i tempo podawania, a nawet pozycja pacjenta mają niebagatelne znaczenie w skutecznej farmakoterapii.



Prezentacja z konferencji dostępna jest na stronie www.orpip.radom.p.n :

Zachęcamy do zapoznania się z prezentacją **Dr. n. farm. Leszka Borkowskiego**

O oddechu wiemy, że podtrzymuje nasze życie. Kiedy nie jesteśmy chorzy, odbywa się on automatycznie, nie zajmując naszej uwagi. Zupełnie inaczej rzecz się ma w obliczu choroby układu oddechowego lub zabiegu operacyjnego ze znieczuleniem ogólnym. W tej sytuacji to lekarz anestezjolog przejmuje kontrolę nad oddechem, a więc i natlenieniem pacjenta. **Dr Dawid Aleksandrowicz** przybliżył i przypomniał niektóre standardy postępowania w przypadku braku oddechu.

Ważnym „elementem” zespołu terapeutycznego są pielęgniarki i położne. Kompetencje pielęgniarek i położnych są gwarantem bezpieczeństwa pacjenta. Mówiła o tym **dr n.med. i n. o zdrowiu Aneta Jędrzejewska**. Kompetentne pielęgniarki odgrywają kluczową rolę w utrzymaniu bezpiecznych i skutecznych usług opieki zdrowotnej, poprzez integrację wiedzy, umiejętności

i postaw, które pozwalają im dostosować się do dynamicznych środowisk opieki zdrowotnej. Pielęgniarki powinny mieć możliwość samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących opieki nad pacjentem i jego bezpieczeństwem, a także zgłaszania wszelkich szkodliwych stanów lub swoich obaw w tym zakresie.

„Ruch jest w stanie zastąpić prawie każdy lek, ale wszystkie leki razem wzięte nie zastąpią ruchu”. Wojciech Oczko

Dr Łukasz Wojciechowski mówił o bezpiecznym usprawnianiu. Fizjoprofilaktyka to postępowanie fizjoterapeutyczne polegające na przeciwdziałaniu, spowolnieniu, zahamowaniu lub wycofaniu się niekorzystnych skutków nieprawidłowego stylu życia, zmian inwolucyjnych oraz procesów chorobowych, m.in. poprzez popularyzację aktywności fizycznej, edukację zdrowotną, redukcję czynników ryzyka oraz diagnostykę funkcjonalną, celem uniknięcia lub zahamowania rozwoju problemów funkcjonalnych lub schorzeń. Jest ona ważnym elementem prehabilitacji.

W sesji drugiej omówione zostały ryzyka zdrowotne i sposoby uchronienia pacjenta przed nimi.

Magdalena Sygocka mgr piel. oraz **prof. dr hab. Tadeusz Pieńkowski** przygotowali wystąpienie o bezpiecznym przygotowaniu do leczenia onkologicznego. Podkreślono holistyczne podejście do problemów chorego, zarówno w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji, jak i w pielęgnowaniu pacjenta. Warunkiem jest dobra komunikacja w zespole i z pacjentem, który ostatecznie akceptuje plan leczenia i pielęgnowania.

O rozdarciu naskórka i o tym, jak uchronić pacjenta, mówiła pani **Paulina Szymańska mgr piel.** Na rozdarcie naskórka narażone są osoby, które są słabo mobilne, i/lub mają zaburzenia czucia w przebiegu choroby lub z powodu wieku, w trakcie pielęgnacji lub transportu.

Ryzyka zdrowotne u ludzi najczęściej kojarzone są z paleniem papierosów, piciem alkoholu, otyłością, cukrzycą, wysokim stężeniem cholesterolu, zanieczyszczeniem powietrza i degeneracją środowiska naturalnego. Pojęcia te rozwinęła i omówiła **dr n. med. i n. o zdrowiu Henryka Klamut**.

Zdrowia szukaj na talerzu – jakże mądre to przysłowie. **Mgr Krzysztof Skuza** – dietetyk udowodnił, że również bardzo prawdziwe. Dzięki temu, co jemy, kiedy jemy i jak jesteśmy odżywieni, możemy stanąć do walki z chorobą lub nie mamy na to siły. Zaplanowane żywienie i suplementacja jest ważnym elementem prehabilitacji, a ta przyczynia się do powodzenia w leczeniu np. onkologicznym.

Tych kilka prezentacji i wystąpień naszych Wykładowców daje obraz, czym jest zespół terapeutyczny i jak wielkie znaczenie ma dla bezpieczeństwa pacjenta, w obliczu zagrożenia, jakim jest choroba.

Sesja trzecia konferencji „Odpowiedzialnie” znaczy „Bezpiecznie” dała impuls do refleksji nad jej tytułem.



Dr n. med. i n. o zdrowiu Grażyna Rogala- Pawelczyk pełniąc funkcję Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przybliżyła nam temat bezpieczeństwa pacjenta w praktyce pielęgniarstwa i położnej, w kontekście polityki zdrowotnej. Zwróciła uwagę również, na różne wymiary bezpieczeństwa: prawny, ekonomiczny i społeczny, w tym bezpieczeństwo pielęgniarstwa i położnej. Podsumowując - bezpieczna pielęgniarstwo i położna (czyli wykształcona, z doświadczeniem i umiejętnościami, w odpowiednio liczonym zespole i w dobrych warunkach sanitarno – lokalowych i sprzętowych) to bezpieczny pacjent.

Szczególną dziedziną jest opieka nad kobietą ciężarną, a następnie matką i dzieckiem, czyli domena koleżanek położnych.

O bezpieczeństwie kobiety w praktyce położnej, mówiły panie **dr n. o zdrowiu Gabriela Hofman** i **dr n. o zdrowiu Anna Janik**. Podkreśliły prawa pacjentki ciężarnej i rodzącej, zwłaszcza prawo do intymności i godności. Podkreślały, że dobrostan matki warunkuje dobrostan dziecka u progu życia.

O bezpieczeństwie epidemiologicznym mówiła **dr n. med. Małgorzata Giełma**. Przedmiotem rozważań były oczywiście zakażenia szpitalne, a w tym kontekście, bezpieczeństwo pacjenta rozpoczyna się od mycia i dezynfekcji rąk oraz przestrzegania zasad higieny, aseptyki, antyseptyki, ale również przestrzeganie standardów i przepisów. Nakreśliła także obowiązki pielęgniarki epidemiologicznej, wagę wizyt oraz kontroli epidemiologicznych i współpracę w zespole szpitalnym.

Czy pacjent z raną przewlekłą może czuć się bezpiecznie? **Prof. Uniwersytetu Rzeszowskiego dr hab. n. med. Dariusz Bazaliński** twierdzi, że tak. Warunkiem jest holistyczna opieka ambulatoryjna, sprawowana przez zespół specjalistów, do których pacjent ma dobry dostęp. Profesor stworzył taki zespół w ramach zaawansowanej praktyki zawodowej pielęgniarstwa w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie. W swoim wystąpieniu przekazał doświadczenia z działalności Poradni chirurgicznej – Leczenia Ran Przewlekłych. Zespół, o którym mówił prof. Bazaliński składa się z lekarzy, pielęgniarek/-rzy i położnych, którzy pasjonują się tym, co robią, a dobro pacjenta stawiają na pierwszym miejscu.

Mamy nadzieję, że ta konferencja była pierwszą z cyklu spotkań z okazji Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta. Wystąpienia naszych Gości były różnorodne i niezwykle było to, że każdy w swojej dziedzinie mówił o bezpiecznym pacjencie pod opieką profesjonalistów. Najlepszym dowodem zainteresowania obecnych, był niewielki ubytek słuchających od początku do zamknięcia, które ogłosiła Przewodnicząca OIPiP w Radomiu Małgorzata Sokulska.

Do zobaczenia za rok!

Barbara Tusińska

Sekretarz ORPiP w Radomiu



IV. Zgodnie z prawem

Co w prawie piszczy:

[Projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw](#)

Celem projektu jest usprawnienie funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne m.in. przez wprowadzenie zmian w zakresie większego zróżnicowania rodzajów zespołów ratownictwa medycznego, wytycznych do planowania liczby i rodzaju jednostek systemu, kursów dla lekarzy systemu i pielęgniarek systemu, rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, a także stworzenie podstawy prawnej do wypłaty dodatków w wysokości 45% i 65% wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej dla członków zespołów ratownictwa medycznego.

Istota rozwiązań planowanych w projekcie, w tym proponowane środki realizacji:

1. Motocyklowe jednostki ratownicze, które dotychczas stanowiły składową wybranych ZRM wyposażonych w ambulanse, będą odrębnym rodzajem zespołów, który stanowić będzie jeden z elementów wojewódzkiego planu działania systemu PRM i oddzielny produkt do kontraktowania w ramach umów zawieranych przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. Motocyklowa jednostka ratownicza docierać będzie w miejsca, do których nie może dojechać ambulans, w czasie zgromadzeń, w korkach na drodze. Motocykl ratunkowy prowadzony będzie przez osobę uprawnioną do medycznych czynności ratunkowych, wyposażony zostanie w niezbędne leki i wyroby medyczne, a także w sprzęt do obsługi SWD PRM. Liczbę zespołów motocyklowych szacować się będzie przyjmując maksymalnie jeden na każde

rozpoczęte 400 tys. mieszkańców województwa, a czas działania tych jednostek to okres od dnia 1 maja do dnia 30 września, do 12 godzin w ciągu jednej doby.

2. Zakłada się wprowadzenie w ustawie o PRM przepisu, zgodnie z którym jeden szpitalny oddział ratunkowy zabezpieczy obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie zespołu ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut.

3. Dyspozytornie medyczne

1) Ze względu na powstanie PZŁ SWD PRM projekt ustawy przewiduje także dodanie w ustawie o PRM definicji PZŁ SWD PRM oraz zapewnienie obowiązku jego utrzymania i finansowania zarówno przez Ministra Zdrowia, jak i wojewodów. Wprowadza się też wprost możliwość powierzenia dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zakupów sprzętu przeznaczonego do obsługi SWD PRM w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego, wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego, na stanowiskach pracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, krajowego koordynatora ratownictwa medycznego i na stanowiskach pracy dyspozytorów medycznych.

2) Zakłada się nowelizację ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, a w konsekwencji także ustawy z dnia 17 września 2020 r. o zmianie ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. poz. 1899) oraz ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (Dz. U. z 2024 r. poz. 34) w taki sposób, aby utrzymana została bezterminowo możliwość kierowania połączeń alarmowych z nr 999 bezpośrednio do dyspozytorni medycznych, z pominięciem centrów powiadamiania ratunkowego. Utrzymaniu niezależnej od centrów powiadamiania ratunkowego obsługi nr alarmowego 999 służą wdrożone już rozwiązania technologiczne.

3) Doprecyzowane zostaną przepisy wskazujące podstawy prawne do przeprowadzania kontroli dysponentów jednostek systemu oraz dyspozytorni medycznych przez Ministra Zdrowia. O ile w odniesieniu do dysponentów jednostek systemu zastosowanie znajdują przepisy dotyczące kontroli w podmiotach leczniczych, to w przypadku dyspozytorni medycznych stosowana będzie ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej (Dz. U. z 2020 r. poz. 224). Uporządkowany zostanie zakres i sposób udostępniania danych z SWD PRM.

4) Wprowadzona zostanie możliwość utworzenia dodatkowej dyspozytorni medycznej w województwach, w których liczba mieszkańców przekracza 3 mln osób (małopolskie, śląskie, wielkopolskie), oraz dwóch dodatkowych w województwie mazowieckim.

5) Do porządku prawnego wprowadzony zostanie specjalny rodzaj dyspozytorni medycznej, jakim jest CO LPR. Pracodawcą dla zatrudnionych tam dyspozytorów medycznych będzie nie wojewoda – jak stanowi ustawa o PRM – lecz Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. W projekcie ustawy wskazano zadania do realizacji przez dyspozytorów medycznych oraz dyspozytorów lotniczych w CO LPR.

6) Zakłada się także obniżenie wymagań w zakresie doświadczenia zawodowego psychologów, realizujących wsparcie psychologiczne na rzecz dyspozytorów medycznych, w taki sposób, aby je ujednolicić z wymaganiami odnoszącymi się do psychologów zatrudnianych w centrach powiadamiania ratunkowego, a także umożliwiono ich zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej.

4. Rejestry

Nastąpi modyfikacja zakresu danych zawartych w RJWPRM. Jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej i jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego będą wpisywane do rejestru przez

komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej, a jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa przez dyrektora Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa. Pozostałe jednostki będą nadal wpisywane do RJWPRM na ich wniosek, przez właściwego wojewodę. W projekcie ustawy przewidziano, aby czas faktycznego dotarcia jednostki na miejsce zdarzenia nie był dłuższy niż 30 minut, licząc od chwili przyjęcia wezwania.

Przewiduje się skrócenie z 30 do 7 dni czasu, w którym dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przekazuje wojewodzie informacje o zawarciu lub o zakończeniu realizacji umów objętych RPRM. Zakres danych przetwarzanych w tym rejestrze zostanie dostosowany do stanu faktycznego.

5. Personel medyczny

Przewiduje się także zmianę definicji lekarza systemu poprzez jej rozszerzenie o specjalistów intensywnej terapii. Jest to dziedzina medycyny przydatna w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Z kolei zmiana definicji pielęgniarki systemu polega na dostosowaniu nazw dziedzin pielęgniarstwa, w których mogą być prowadzone specjalizacje i kursy kwalifikacyjne, do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. poz. 1562). W stosunku do osób udzielających świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu, a więc w ZRM i w szpitalnych oddziałach ratunkowych wprowadza się obowiązek ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych. Z obowiązku tego zwolnieni zostaną lekarze specjaliści medycyny ratunkowej, intensywnej terapii, anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, a także osoby odbywające specjalizację w tych dziedzinach. Niedopełnienie obowiązku odbycia wyżej wymienionych kursów skutkować będzie brakiem możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu. Kontrolę realizacji tego obowiązku powierza się dysponentom jednostek systemu.

6. Pierwsza pomoc

Definicja pierwszej pomocy zostanie rozszerzona o możliwość podawania w sytuacji nagłej leków wydawanych z przepisu lekarza. Lek taki będzie mógł podać poszkodowanemu świadek zdarzenia.

7. Kursy uprawniające do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

Przewiduje się zniesienie obowiązku ukończenia kursów uprawniających do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego dla osób już obecnie zatrudnionych na tych stanowiskach. Obowiązek ten będzie dotyczył jedynie osób zatrudnionych na tych stanowiskach po 1 stycznia 2024 r. Osoby, które będą zatrudniane na tych stanowiskach w roku 2024, będą zobowiązane do dostarczenia pracodawcy zaświadczenia o ukończeniu kursu do dnia 31 marca 2025 r., natomiast osoby, które będą zatrudniane od 1 stycznia 2025 i dalej – w terminie 3 miesięcy od dnia zatrudnienia. Uregulowane zostaną też zasady realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego osób zatrudnionych na stanowisku dyspozytora medycznego, które rozpoczęły okres edukacyjny przed dniem 1 stycznia 2024 r.

8. Zrezygnowano również z przepisu w ustawie o PRM dotyczącego wyliczania trzeciego kwartyłu czasu dotarcia, gdyż nie był on dotychczas przydatny.

9. Przewiduje się wprowadzenie (doprecyzowanie) sankcji za niewykonanie decyzji krajowego koordynatora ratownictwa medycznego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego w sytuacji sporów dotyczących przyjęcia do szpitala osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Maksymalny czas na przyjęcie pacjenta w izbie przyjęć lub szpitalnym oddziale ratunkowym od zespołu ratownictwa medycznego będzie wynosił

15 minut. Zachowanie tego parametru będzie stanowiło jeden z warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, możliwych do obiektywnej oceny i weryfikacji.

10. Zakłada się doprecyzowanie sposobu postępowania ze zwłokami osób zmarłych w specjalistycznym środku transportu sanitarnego. Przewiduje się, że zwłoki tych osób będą przewożone do zakładu medycyny sądowej uczelni medycznej albo do prosektorium szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

11. Wprowadza się również obowiązek wypłacania dodatków za pracę w porze nocnej oraz w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy, wynikające z przyjętego pięciodniowego tygodnia pracy, dla członków zespołów ratownictwa medycznego wykonujących zawód medyczny, analogicznie jak ma to miejsce w przypadku pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (art. 99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, z późn. zm.)). Z uwagi na fakt, że obowiązek wypłaty dodatków dla członków zespołów ratownictwa medycznego wykonujących zawód medyczny realizowany w oparciu o przepis art. 47a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2023 r. poz. 1284, z późn. zm.) zakończył się wraz ze zniesieniem z dniem 1 lipca 2023 r. stanu zagrożenia epidemicznego, proponuje się określenie w ustawie, że przepis wejdzie w życie z mocą obowiązującą od lipca 2023 r. Wprowadzony zostanie również przepis wyłączający obowiązek wypłaty dodatków za okres od dnia 1 lipca 2023 r. do dnia wejścia w życie regulacji wobec tych podmiotów leczniczych, które w okresie tym wypłacały dodatki na mocy regulacji wprowadzanych na podstawie wewnątrzzakładowych aktów prawa pracy.

12. Celem usunięcia wątpliwości interpretacyjnych wprowadza się przepis wskazujący wprost, że ratownik medyczny może wykonywać zawód w podmiocie leczniczym jako przedsiębiorca niebędący podmiotem leczniczym, na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z tym podmiotem leczniczym.

13. Celem uspołnienienia i dostosowania przepisów obowiązującego prawa zasadne jest wprowadzenie regulacji w zakresie zmiany w katalogu podmiotów zwolnionych z konieczności uzyskania opinii o celowości inwestycji. Katalog podmiotów wymienionych w art 95d ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostanie uzupełniony o ZRM. Przepis ten określa podmioty, wobec których nie wydaje się opinii o celowości inwestycji.

Planowany termin przyjęcia projektu przez Radę Ministrów - III kwartał 2024 r.

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany w zakresie wymogów dotyczących personelu lekarskiego, udzielającego świadczeń gwarantowanych w zakładach opiekuńczych dla dorosłych, znosząc konieczność zatrudniania lekarzy o określonej specjalizacji oraz zwiększając wymiar 1 etatu przeliczeniowego z 35 na 40 łózek.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień obowiązujące od 1 września 2024 r.

W przypadku świadczeń gwarantowanych realizowanych w Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny w oddziale dziennym zniesiony zostaje obowiązek realizacji obowiązku szkolnego w czasie roku szkolnego w miejscu udzielania tych świadczeń. Projektowana zmiana ma na celu umożliwienie kontynuacji działania oddziałów dziennych w podmiotach leczniczych,

w których nie ma możliwości organizacji realizacji obowiązku szkolnego w miejscu udzielania świadczeń. W tych podmiotach będzie możliwa kontynuacja realizacji świadczeń tak jak do tej pory, a więc takiej organizacji pracy oddziału dziennego w ramach której pacjenci realizują obowiązek szkolny w innym miejscu.

Rozporządzenie Rady Ministrów zmieniające rozporządzenie w sprawie przygotowania oraz wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa

W zmianach uwzględniono udział Szefa Agencji Wywiadu w zadaniach wynikających z rozporządzenia w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa – w takim zakresie, w jakim w obecnych przepisach uczestniczy Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego. Szef Agencji Wywiadu będzie **obowiązany do wyznaczenia przedstawiciela resortowego**, właściwego w sprawie reprezentowania tego organu w zakresie ustaleń dotyczących udzielania świadczeń szpitalnych funkcjonariuszom Agencji Wywiadu w razie zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny. Ponadto w projekcie **zmodyfikowano sposób nakładania zadań w odniesieniu do niektórych podmiotów leczniczych**. Przyjęto, że forma zarządzenia lub polecenia właściwego organu będzie stosowana w przypadku nakładania zadań na podmioty lecznicze będące jednostkami organizacyjnie podległymi temu organowi. W pozostałych przypadkach właściwy organ będzie nakładał zadania na podmiot leczniczy decyzją administracyjną.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – „Dobry posiłek w szpitalu”

Przedłużenie do dnia 31 grudnia 2024 r. etapu realizacji programu pilotażowego „Dobry posiłek w szpitalu” w celu dalszego zwiększania dostępności porad żywieniowych oraz wdrażanie optymalnego modelu żywienia świadczeniobiorców w szpitalach. Przewiduje się również **zmianę w zakresie ewaluacji, która będzie trwała do dnia 30 września 2024 r.**, i która obejmuje etap organizacji i częściowej realizacji programu pilotażowego od dnia 27 września 2023 r. do dnia 31 sierpnia 2024 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept.

W przypadku, **gdy na receptę nie wpisano, wpisano w sposób nieczytelny, błędny lub niezgodny** z art. 96a ustawy – Prawo farmaceutyczne, postaci jednostki dawkowania produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, **osoba wydająca może określić tę postać na podstawie posiadanej wiedzy**. Zmiana ta jest dokonywana przez nadanie nowego brzmienia § 8 ust. 1 pkt 4 zmienianego rozporządzenia. Ponadto w przypadku, **gdy na receptę nie wpisano sposobu dawkowania** (a w przypadku wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – **sposobu stosowania**), wpisano go w sposób nieczytelny, błędny lub niezgodny z art. 96a prawa farmaceutycznego, **osoba wydająca może wydać ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, która nie jest większa od ilości zawartej w czterech, a nie jak obecnie w dwóch, najmniejszych opakowaniach określonych w wykazie** – w przypadku produktu, środka lub wyrobu podlegającego refundacji, albo w czterech, a nie jak obecnie w dwóch, najmniejszych opakowaniach dostępnych w obrocie na terytorium RP. Zasady te **nie mają nadal zastosowania do recept, na których przepisano produkt leczniczy zawierający w swoim składzie środek odurzający lub substancję psychotropową**.

Propozycja zmian w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szkolenia pielęgniarzek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników

Według niego szkolenia podstawowe dla pielęgniarzek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników będą odbywały się jedynie w formie stacjonarnej. Stacjonarna forma szkolenia podstawowego pozwoli na rzetelne sprawdzenie umiejętności pielęgniarzki lub położnej dokonującej przetaczania krwi i jej składników i pozwoli sprawdzić stan wiedzy praktycznej.

Z kolei przeprowadzanie szkoleń uzupełniających będzie możliwe w formie zdalnej. Taka forma szkoleń uzupełniających pozwala na efektywną naukę, jest bardziej ekonomiczną i łatwiejszą w organizacji formą, a uczestnicy nie muszą dojeżdżać na szkolenia uzupełniające często z odległych miejsc zamieszkania.

Jednocześnie nadal dopuszczalna pozostanie możliwość przeprowadzenia szkoleń w formie zdalnej w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej, które może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego.

Projektowane rozporządzenie zawiera przepis przejściowy, zgodnie z którym szkolenia pielęgniarzek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników, rozpoczęte i niezakończone w dniu wejścia w życie zmian, odbywają się na zasadach dotychczasowych.

Rozporządzenie ma wejść w życie miesiąc po dniu ogłoszenia

Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U.2024.795)

Rozporządzenie **wydłuża o 6 miesięcy (do 31 grudnia 2024 r.) czas na dostosowanie się podmiotów leczniczych do wymagań określonych w rozporządzeniu SOR w zakresie:**

- 1) organizacji w lokalizacji szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 2) zapewnienia na stanowisku ordynatora SOR (lekarza kierującego oddziałem) lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo po drugim roku specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne i posiada jednocześnie specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii, pediatrii, neurologii lub kardiologii.

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarzek i położnych, które uzyskały kwalifikacje zawodowe poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej

Umożliwienie **uzupełnienia przez wspomniane. pielęgniarzki i położne wykształcenia zawodowego uzyskanego poza terytorium państw członkowskich UE do poziomu licencjata pielęgniarstwa lub licencjata położnictwa.** Rozporządzenie określa sposób rekrutacji, czas trwania studiów, liczbę godzin zajęć, w tym praktyk zawodowych, minimalną liczbę godzin zajęć zorganizowanych oraz liczbę godzin kształcenia zajęć praktycznych i praktyk zawodowych na kierunku pielęgniarstwo i kierunku położnictwo oraz szczegółowe

efekty uczenia się dotyczące kierunku pielęgniarstwo i kierunku położnictwo. W wyniku **ukończenia studiów pielęgniarzki i położne**, które uzyskały kwalifikacje zawodowe poza UE uzupełnią wykształcenie zawodowe do poziomu wykształcenia zawodowego, zgodnego z wymaganiami unijnymi, co przełoży się na **możliwość podjęcia zatrudnienia przez te osoby w Polsce.**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty (Dz.U.2024.783)

Zmiany polegają na uwzględnieniu przepisów umożliwiających posługiwanie się dokumentami: „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” wydawanymi na czas nieokreślony albo na czas określony **w postaci dokumentu mobilnego.** Wspomniane wyżej dokumenty mobilne wydawane na czas określony, zawierać będą oprócz wyżej wymienionych danych dodatkową adnotację wskazującą odpowiednio zakres czynności zawodowych oraz czas i miejsce zatrudnienia, na jakie zostało przyznane dane prawo wykonywania zawodu.

W pozostałym zakresie przepisy rozporządzenia pozostają niezmienione w stosunku do dotychczas obowiązującego rozporządzenia (Dz.U.2021.2374).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie potwierdzania znajomości języka polskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U.2024.429)

Rozporządzenie określa **zakres znajomości języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez osobę posiadającą kwalifikacje, sposób przeprowadzania egzaminu z języka polskiego, wzór zaświadczenia o pozytywnym złożeniu egzaminu, oraz wysokość opłaty za egzamin.**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarzkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego

Od 5 lipca 2024r weszła zmiana polegająca na **rozszerzeniu uprawnień pielęgniarzki systemu w zakresie medycznych czynności ratunkowych przewidzianych do samodzielnego wykonywania.** Ponadto rozporządzenie stanowi ujednolicenie przepisów dotyczących realizacji medycznych czynności ratunkowych wykonywanych samodzielnie przez pielęgniarzkę systemu z przepisami w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego, procedowanymi obecnie w projekcie rozporządzenia, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego. Wprowadzone zmiany umożliwią **pielęgniarkom systemu uzyskanie równorzędnych uprawnień z ratownikami medycznymi w zakresie realizacji medycznych czynności ratunkowych.** W § 4 do rozporządzenia określono medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane samodzielnie przez pielęgniarzkę systemu.

V. Warto wiedzieć

Wolne rodniki - czym są i jaki mają wpływ na zdrowie?

Źródło: [www :Blog/ -żyj zdrowo-żyj lepiej](https://www.blog-zyj-zdrowo-zyj-lepiej.pl/)

Wolne rodniki - z pewnością zetknęliśmy się z tym pojęciem nie jeden raz. Ale czy wiemy, czym one rzeczywiście są? Jakie mają działanie na nasz organizm? Czy zawsze są szkodliwe? Co zrobić, by nie stanowiły dla nas zagrożenia? Odpowiedzi na te pytania znajdziesz poniżej.

Co to są wolne rodniki?

W naturalnych warunkach każdy atom ma parzystą liczbę elektronów. Zdarza się jednak - w wyniku różnych reakcji - że atom traci elektron. Wówczas staje się wolnym rodnikiem: jest **niestabilny**, jego stan równowagi zostaje zaburzony. Wolny rodnik jest więc **reaktywny. Intensywnie dąży do odzyskania brakującego elektronu** wchodząc w reakcje z innymi cząsteczkami, usiłując zabrać elektron.

Wolne rodniki same w sobie nie są szkodliwe. W naszym organizmie **powstają w wyniku wielu procesów metabolicznych**, np. oddychania. Tlen jest wtedy przekształcany w energię, a wówczas niektóre jego cząsteczki tracą elektrony. Co istotne, wolne rodniki są **potrzebne do prawidłowego funkcjonowania organizmu**. Uczestniczą w zwalczaniu bakterii i wirusów przez układ odpornościowy, wspomagają detoksykację. Pełnią funkcje mediatorów i regulatorów procesów fizjologicznych. **Biorą udział w komunikacji** – przekazywaniu sygnałów zarówno do komórek, jak i wewnątrz nich.

Niebezpieczny jest jednak nadmiar wolnych rodników. Taką sytuację nazywamy **stresem oksydacyjnym**. Kiedy równowaga zostaje zachwiana, wolne rodniki mogą stanowić zagrożenie. Dochodzi do reakcji łańcuchowych uszkadzających komórki. Wolne rodniki odbierają przecież elektrony innym atomom, tworząc tym samym kolejne „szukające pary” atomy. Taki niekompletny atom szuka elektronu wszędzie: wśród białek, lipidów, kwasów nukleinowych, itd. Może to prowadzić do **zniszczenia struktury DNA, uszkodzeń błon komórkowych**. Zwiększa to ryzyko mutacji, a nawet rozwoju nowotworu. Uszkodzenia naczyń krwionośnych mogą prowadzić z kolei do miażdżycy i innych chorób układu sercowo-naczyniowego. Wzrasta ryzyko chorób neurodegeneracyjnych. Przyspiesza się proces **starzenia skóry**, która traci naturalną ochronę. Białka przestają pełnić swoje funkcje, zmniejsza się poziom energii komórkowej (ATP), **procesy życiowe zostają zakłócone**. Stres oksydacyjny powoduje stan, który może doprowadzić do rozwoju wielu chorób.

Wolne rodniki a skóra

Na działanie wolnych rodników szczególnie narażona nasza skóra – jest bowiem na granicy środowiska wewnętrznego i zewnętrznego. Pod ich wpływem **maleje ilość fibroblastów** odpowiedzialnych za produkcję kolagenu i elastyny, co powoduje **utratę jędrności i elastyczności**. Wolne rodniki negatywnie wpływają też na działanie melanocytów, w związku z czym skóra ma osłabioną ochronę przed promieniowaniem UV. Jest też bardziej podatna na bakterie wirusy i inne negatywne czynniki.

Co może spowodować nadmiar wolnych rodników w naszym organizmie?

- nieprawidłowe nawyki żywieniowe: jedzenie wysokoprzetworzonych, smażonych potraw
- kontakt z zanieczyszczonym powietrzem, także dymem papierosowym
- spożywanie alkoholu oraz niektórych leków
- stres
- nadmierny wysiłek, przemęczenie fizyczne i psychiczne

Wolne rodniki - jak przeciwdziałać ich negatywnemu działaniu?

Jeśli prowadzisz zdrowy styl życia, nie masz się czego obawiać. Wówczas równowaga między wolnymi rodnikami a neutralizującymi ich nadmiar przeciwutleniaczami jest zachowana. Na co zwracać uwagę, by nie doprowadzić do stresu oksydacyjnego?

Przede wszystkim dostarczaj organizmowi przeciwutleniacze **w diecie bogatej w warzywa i owoce**. Wybieraj produkty zawierające **witaminy C i E, betakaroten, selen i polifenole** (zielona herbata!). Solidną dawkę przeciwutleniaczy zapewnią Ci **marchewka, pomidory, brokuły, papryka, jabłka, cytrusy, owoce jagodowe, orzechy, pestki dyni i słonecznika**.



W miarę możliwości **należy unikać ekspozycji na szkodliwe czynniki: promieniowanie UV oraz zanieczyszczenia powietrza**. Warto korzystać z oczyszczaczy powietrza. Dobrze jest dbać również o swój nastrój. W przypadku stresu i napięcia warto stosować **techniki relaksacyjne**.

Jak wiadomo, na negatywne działanie wolnych rodników szczególnie narażona jest nasza skóra. Dlatego **należy dostarczać jej przeciwutleniaczy w pielęgnacji**. Pod tym względem popularne są kosmetyki z witaminą C. Ale są również dostępne inne preparaty przywracające równowagę zaburzonym strukturalom w naszym organizmie.

BADANIE FIZYKALNE PAZNOKCI

Zmiany w obrębie paznokci mogą być objawem wielu chorób ogólnoustrojowych. Z uwagi na łatwość oceny, badanie paznokci może być wygodnym instrumentem diagnostycznym. Sprawdza się powiedzenie, pokaż mi swoje paznokcie, a powiem ci na co jesteś chory.

Paznokcie łyżeczkowate (koilonychia)

Syndrom paznokci łyżeczkowatych lub wklęsnięcie płytki paznokciowej, polega na zmianie budowy anatomicznej płytki paznokciowej pod postacią zagłębienia płytki do dołu w kształcie łyżeczki. Powoduje to uniesienie wolnego brzegu paznokcia ku górze. Dodatkowym objawem koilonychii jest kruchość i łamliwość paznokci. Koilonychia to charakterystyczna zmiana płytek paznokciowych, które towarzyszą chorobom ogólnoustrojowym min. niedokrwistości z niedoboru żelaza. Natomiast u małych dzieci traktowane są jako fizjologia.



Ryc. 1. Koilonychia (paznokcie łyżeczkowate).

Bruzdy poprzeczne płytek paznokci (Linie Beau)

mają postać jednolitych rowków przebiegających poprzecznie przez płytkę paznokciową równoległe do siebie. Spowodowane są zatrzymaniem wzrostu płytki przez chorobę układową albo działanie toksycznych substancji. Zazwyczaj najbardziej widoczne są na paznokciach paluchów i kciuków.



Ryc. 3. Bruzdy poprzeczne płytek paznokci.

Paznokcie kredowe (Terry'ego)

Stają się białe o wyglądzie matowego szkła, a w dystalnej części paznokcia jest pasmo szerokości 1-2 mm w kolorze różowym. Paznokcie kredowe mogą wystąpić w przebiegu hipoalbuminemii, marskości wątroby poalkoholowej, niewydolności serca i cukrzycy.



Ryc. 4. Paznokcie kredowe.

Białe pasma na płytce paznokciowej (Pasma Messa)

mogą występować na dłoniach i stopach. Występują w zatruciu arsenem lub talem, niedoborze wit. PP (niacyny), niewydolności nerek, niewydolności serca. Białe pasma przesuwają się bliżej końca płytki paznokciowej w miarę jej wzrostu.



Ryc. 5. Białe plamy na paznokciach (Pasma Messa).

Bruzdy pionowe na paznokciach

występują z niedoboru żelaza, cynku, magnezu i innych witamin. Świadczą głównie o przewlekłej niedokrwistości z niedoboru żelaza, potocznie nazywanej anemią.



Ryc. 6. Bruzdy pionowe na paznokciach.

Linijne zmiany krwotoczne paznokci (tzw. drzazgi)

najczęstszą chorobą układową, w której występują linijne zmiany krwotoczne paznokci jest bakteryjne zapalenie wsierdza. Zmiany te występują na rękach i stopach, są spotykane częściej w przypadku zakażenia podostrego niż ostrego. Linijne zmiany krwotoczne mogą również towarzyszyć takim schorzeniom, jak: zwężenie zastawki mitralnej, zapaleniu naczyń, marskości wątroby, włośnicy, skorbutcie, przewlekłym kłębuszkowym zapaleniu nerek.



Ryc. 7. Linijne zmiany krwotoczne paznokci.

Zanokcica (paronychia)

jest to ostre zapalenie skóry dookoła paznokcia. Zapalenie ropne związane z zakażeniem wałków paznokciowych wokół paznokci dłoni lub stóp.



Ryc. 8. Zanokcica.

Oddzielenie się dystalnej części płytki paznokciowej od łożyska (onycholiza)

Nie jest to choroba macierzy paznokcia, chociaż pod płytką paznokciową może pojawić się przebarwienie z powodu wtórnego zakażenia. Onycholiza towarzyszy licznym chorobom układowym, w tym chorobom tarczycy (szczególnie nadczynności tarczycy).



Ryc. 9. Oddzielenie się dystalnej części płytki paznokciowej od łożyska.

Paznokcie w kształcie szkiełka zegara i palce pałeczkowate (pałeczki dobosza)

u rąk i stóp, powstają z powodu przewlekłych chorób płuc, wrodzonych wad serca z przeciekiem prawo-lewym, niekiedy w marskości wątroby i wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego, nowotworach. Palce pałeczkowate powstają przez przerost kostno-okostnowy paliczków na skutek przewlekłego niedotlenienia.

**Test na endometriozę? ABM sprawdzi nowe odkrycie**

Źródło: zdrowie.pap.pl

Agencja Badań Medycznych przeanalizuje, czy nowy test na endometriozę prowadzi do skutecznej diagnozy. Działanie testu zostanie porównane do dotychczasowo stosowanej laparoskopii. Naukowcy zbadają również, czy zastosowanie nowej metody może skrócić czas postawienia prawidłowej diagnozy do kilkudziesięciu godzin. Test może ponadto zostać wykonany w gabinecie lekarskim, a nie szpitalu.

Komisja Bioetyczna Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zatwierdziła wniosek o przeprowadzenie badania porównawczego oceniającego zastosowanie nieinwazyjnego testu EndoRNA w diagnozowaniu endometriozy w porównaniu do laparoskopii. Prof. dr hab. n. med. Ewa Wender-Ożegowska jest koordynatorem tego badania, które jest

jednym z własnych projektów ABM, finansowanych z jej funduszy. Jeśli wyniki okażą się korzystne, mogą otworzyć drogę do **refundacji testu EndoRNA, co znacząco zwiększyłoby dostępność wczesnej diagnostyki endometriozy dla milionów Polek.**

Endometrioza – na czym polega ta choroba?

Szacuje się, że od 6 do 10% kobiet w wieku rozrodczym cierpi na endometriozę. Choroba ta stanowi duże wyzwanie diagnostyczne, ponieważ może powodować intensywny ból oraz prowadzić do niepłodności. Z powodu nieswoistych objawów, prawidłowa diagnoza często jest stawiana dopiero po wielu latach – czasem nawet po 12.

Endometrioza rozwija się, gdy tkanka endometrium, czyli błony śluzowej macicy, pojawia się poza jej jamą, np. w jajnikach, jajowodach, jelitach, pęcherzu moczowym, otrzewnej, żołądku, wątrobie, a nawet płucach czy mózgu.

Dotychczas jedyną pewną metodą potwierdzenia obecności endometriozy była operacja laparoskopowa. Od zeszłego roku na polskim rynku dostępny jest komercyjnie test EndoRNA. Został opracowany przez polskich naukowców z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, w tym przez prof. Jacka Malejczyka oraz dr Ilonę Kalaszczyńską z Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii WUM, którzy są współtwórcami start-upu odpowiedzialnego za test.

Według producenta, EndoRNA jest alternatywą dla kobiet chcących mieć pewność, czy chorują na endometriozę. Procedura jest krótka i bezpieczna, przeprowadzana w gabinecie lekarskim, gdzie lekarz pobiera fragment błony śluzowej z dróg rodnych podczas badania ginekologicznego.

„Od wielu lat badam etiopatogenezę endometriozy i mam na swoim koncie liczne publikacje w renomowanych czasopismach naukowych. Moje badania wykazały, że u pacjentek z endometriozą w endometrium obserwuje się znacząco wyższą ekspresję mRNA genu FUT4, który koduje enzym fukozylotransferazę 4” – mówi prof.

Naukowcy zidentyfikowali sześć różnych typów depresji

Źródło: zdrowie.pap.pl

W przypadku niektórych osób cierpiących na depresję, znalezienie odpowiedniego leku może trwać miesiące, a nawet lata, co może pogorszyć objawy. Być może niedługo to się zmieni – naukowcy ze Szkoły Medycznej Uniwersytetu Stanforda w Kalifornii zidentyfikowali sześć biologicznie odrębnych form depresji, co może pozwolić na szybsze dobranie właściwej terapii.

Badanie, opublikowane 17 czerwca w czasopiśmie „Nature Medicine”, dzieli depresję na sześć biologicznych podtypów, czyli „biotypów”, i identyfikuje metody leczenia, które z większym lub mniejszym prawdopodobieństwem będą skuteczne w przypadku trzech z tych podtypów.

Naukowcy przebadali 801 uczestników, u których wcześniej zdiagnozowano depresję lub stany lękowe. Aby sprawdzić ich funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne, zmierzono aktywność mózgu uczestników w czasie spoczynku i podczas wykonywania różnych zadań za pomocą funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (fMRI). Zawężono analizę do obszarów mózgu i połączeń między nimi, które odgrywają rolę w depresji.

W ten sposób zidentyfikowano sześć odrębnych wzorców aktywności w badanych obszarach mózgu.

Cewniki urologiczne. Zastosowanie i rodzaje cewników, pielęgnacja chorego cewnikowanego.

Źródło: www.adamed. expert

Cewnikowanie pęcherza moczowego to jedna z najpowszechniejszych interwencji medycznych, z jakimi można się spotkać. Istnieje szereg powodów, dla których cewnikowanie staje się niezbędnym zabiegiem. Zalicza się do nich zarówno stany chorobowe wymagające szybkiego założenia cewnika do pęcherza (jak zatrzymanie moczu), planowe operacje, jak i przewlekłe zespoły, w których pacjent nie ma możliwości samodzielnego opróżniania pęcherza moczowego (np. choroby neurodegeneracyjne czy rozszczep kręgosłupa). Każda z tych sytuacji klinicznych wymaga nieco innego podejścia. W zależności od potrzeb chorego oraz planowanej długości utrzymywania cewnika możliwy jest wybór innego rodzaju sprzętu.

Kiedy cewnik jest niezbędny?

Wskazaniami do cewnikowania pęcherza moczowego są:

- zatrzymanie moczu – ostre lub przewlekłe;
- konieczność stałego monitorowania diurezy (ilości moczu oddawanego przez pacjenta) – zwłaszcza w czasie zabiegów operacyjnych oraz po urazach wielonarządowych;
- krwimocz z obecnością skrzepin w pęcherzu moczowym;

Jacek Malejczyk.

To odkrycie zostało wykorzystane przy tworzeniu testu EndoRNA. Wysoki poziom ekspresji mRNA genu FUT4 jest istotnym wskaźnikiem endometriozy, podczas gdy wynik mieszczący się w granicach „normy” z dużym prawdopodobieństwem wyklucza tę chorobę.

Jak wyjaśnia ABM, ich projekt badania porównawczego pozwoli ocenić kliniczną użyteczność testu w grupie pacjentek z niejednoznacznymi wynikami badań obrazowych lub bez widocznych odchyśleń w badaniach obrazowych, pomimo klinicznych objawów sugerujących endometriozę.

Każdej pacjentce zostanie przeprowadzony test EndoRNA, a jego wyniki będą porównywane z wynikami laparoskopii. Wyniki tego badania mogą zostać wykorzystane przez **Ministerstwo Zdrowia** do zlecenia Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przeprowadzenia oceny możliwości refundacji testu, jeśli wyniki potwierdzą jego skuteczność porównywalną z laparoskopią.

Losowo przydzielono 250 uczestników do grupy otrzymującej jeden z trzech powszechnie stosowanych leków przeciwdepresyjnych lub terapię behawioralną. Okazało się, że pacjenci z podtypem charakteryzującym się nadmierną aktywnością w obszarach poznawczych mózgu, doświadczyli najlepszej odpowiedzi na lek przeciwdepresyjny w porównaniu z pacjentami z innymi biotypami. Osoby z innym podtypem, których mózgi w stanie spoczynku charakteryzowały się wyższym poziomem aktywności w trzech obszarach związanych z depresją i rozwiązywaniem problemów, uzyskały lepsze złagodzenie objawów dzięki terapii rozmową behawioralną. Natomiast osoby z trzecim podtypem, które miały niższy poziom spoczynkowej aktywności w obwodzie mózgowym kontrolującym uwagę, rzadziej obserwowały poprawę objawów po terapii rozmową niż osoby z innymi biotypami.

„Badanie naukowców z Kalifornii jest niezwykle interesujące. Nowoczesne badania obrazowe, w tym badania funkcjonalne nad czynnością mózgu, przyczyniają się do gwałtownego, trwającego już od dwóch dekad rozwoju nauk o mózgu. Z pewnością propozycja wyodrębniania podtypów funkcjonalnych depresji stanowić będzie podstawę dla pogłębionych badań w niedalekiej przyszłości i kto wie, możliwe, że już niedługo pozwoli na opracowanie jeszcze skuteczniejszych metod leczenia, a nawet profilaktyki” – uważa dr hab. Andrzej Silczuk, wykładowca uniwersytecki, dyrektor medyczny Wellbee, podcaster.

- pobieranie moczu do badania, jeśli nie można inaczej uzyskać potrzebnej próbki moczu;
- odleżyny oraz inne poważne rany, których właściwa pielęgnacja nie jest możliwa z powodu nietrzymania moczu, gdy nie są skuteczne inne sposoby odprowadzania moczu;
- po urazach, jeżeli inne sposoby odprowadzania moczu wiążą się z nasileniem bólu;
- nietrzymanie moczu, jeśli nie można zapewnić prawidłowej pielęgnacji podczas stosowania innych sposobów odprowadzania moczu;
- pęcherz neurogeny (okresowo).

Przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu cewnikowania są ostre zapalenie gruczołu krokowego, znaczne zwężenie cewki moczowej, jej uraz lub obecność ciała obcego w cewce moczowej.

Jakie są rodzaje cewników?

Do cewnikowania pęcherza moczowego w większości przypadków używa się cewnika Foleya, który zaliczany jest do cewników prostych. Końcówka cewnika ma dwa boczne otwory oraz balonik zabezpieczający cewnik przed wysunięciem się z pęcherza. Balonik umieszczony jest powyżej otworu bocznego cewnika; do jego środka wstrzykuje się jałowy płyn, najlepiej wodę do wstrzyknięć (roztwór NaCl nie nadaje się do tego – sól może się krystalizować, uniemożliwiając tym samym usunięcie roztworu, a przez to

wyciągnięcie cewnika z pęcherza). Zawór do napełniania balonika znajduje się obok wylotu cewnika. Istnieje kilka rozmiarów cewnika Foleya – różnią się one grubością przewodu wyprowadzającego, dzięki czemu łatwiej dopasować cewnik do warunków anatomicznych pacjenta.

Najpowszechniej stosowane są cewniki Foleya wykonane z lateksu (czas stosowania 7–10 dni), istnieją również cewniki silikonowe, a także cewniki pokryte jonami srebra, które mają działanie antybakteryjne. Cewniki silikonowe zmniejszają ryzyko odleżyn w cewce moczowej i mogą być stosowane dłużej (do 6 tygodni). Maksymalny czas użytkowania cewników pokrytych warstwą jonów srebra to 90 dni.

Dostępne są także cewniki, których nie wprowadza się do cewki moczowej – ten rodzaj cewników przeznaczony jest tylko dla mężczyzn. Cewniki zewnętrzne nakłada się na członka pacjenta, analogicznie do prezerwatywy. Są one połączone z workiem zbierającym mocz. Cewnik taki może założyć zarówno sam pacjent, jak i jego opiekun. Ten rodzaj cewników zmniejsza ryzyko zakażeń układu moczowego związanych ze stałą obecnością ciała obcego w drogach moczowych (jak przy tradycyjnym cewniku). Rozwiązanie to sprawdza się również u pacjentów przewlekłe leżących, np. z zespołem otępiennym.

Wskazówki pielęgnacyjne u chorego cewnikowanego

U chorego cewnikowanego codzienna higiena okolicy krocza jest niezwykle ważna, gdyż pozwala zmniejszyć ryzyko infekcji dróg moczowych, które są powszechne w tej grupie chorych. Do mycia okolic krocza stosuje się niejałowe rękawiczki oraz standardowe preparaty myjące. Nie należy stosować zbyt agresywnego mycia i dezynfekcji tych okolic, by nie doprowadzić do mikrouszkodzeń skóry i błon śluzowych, które mogą sprzyjać zakażeniu.

Istnieje kilka rodzajów worków do zbiórki moczu, przy czym najbardziej bezpieczny jest worek w systemie zamkniętym. Należy zwrócić uwagę na to, żeby worek do zbiórki moczu był wyposażony w zawór przeciwwrotny, który zapobiega cofaniu się moczu i zmniejsza ryzyko infekcji drogą wstępującą. W przypadku stosowania systemu zamkniętego błędem w sztuce jest rozłączanie cewnika i układu zbiorczego bez uzasadnionej przyczyny. System zamknięty na wysokości połączenia z cewnikiem można rozłączać jedynie w sytuacji, gdy jest to bezwzględnie konieczne. Worek z moczem powinien być opróżniany wielokrotnie w ciągu doby, jeśli ilość moczu osiąga poziom 3/4 jego objętości, lub minimum raz na dobę, jeśli dobową ilość moczu nie osiąga 3/4 objętości worka. Do opróżniania worka należy używać wyłącznie czystych pojemników, oddzielnych dla każdego pacjenta. Podczas opróżniania worka końcówka zaworu spustowego nie może dotykać pojemnika. Zawór spustowy należy zdezynfekować.

Bardzo ważnym zagadnieniem jest także pobieranie moczu do badania u pacjenta cewnikowanego. Nie wolno pobierać próbki za pomocą założonego wcześniej cewnika, jak również pobieranie moczu z worka. Celem pobrania prawidłowej próbki moczu do analizy należy założyć nowy cewnik i za jego pomocą uzyskać mocz do badania. Niewłaściwy sposób pobrania skutkuje zwykle obecnością bakterii w badanej próbce (stanowiących w tym przypadku zewnętrzne zanieczyszczenie), co może być przyczyną błędnych decyzji terapeutycznych.

Niepokojące objawy u pacjentów cewnikowanych

Pacjenci cewnikowani, a także ich opiekunowie powinni zwracać uwagę na poniższe objawy:

- brak moczu w worku zbiorczym przez 4–5 godzin, szczególnie jeśli pacjent skarży się na uczucie przepełnionego pęcherza;
- bóle w okolicy podbrzusza i miednicy;
- bóle okolicy cewki moczowej, zwłaszcza miejsca wprowadzenia cewnika;
- nieprzyjemny zapach lub ropna wydzielina w okolicy

zacewnikowania;

- istotna zmiana koloru moczu/ obecność krwi w moczu;
- gorączka bez innej, uchwytnej przyczyny.

Cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiety

Wskazaniem do cewnikowania pęcherza moczowego u kobiety są np. brak samoistnego oddania moczu do 12 godzin po zabiegu operacyjnym, konieczność prowadzenia diurezy godzinowej lub bilansu płynów, czy też utrzymanie drożności cewki moczowej po zabiegach chirurgicznych i urologicznych.

Należy wziąć pod uwagę przeciwwskazania do cewnikowania pęcherza moczowego u kobiety, do których należą m.in. zapalenie cewki moczowej, ropnie okołocewkowe, czy też zapalenie pochwy i sromu. Przed zabiegiem cewnikowania pęcherza moczowego u kobiety, pielęgniarka powinna ocenić zdolności poznawcze pacjentki, ocenić wizualnie stan krocza, sromu i cewki moczowej oraz warunki anatomiczne pacjentki. Oprócz tego należy ocenić przygotowanie fizyczne i psychiczne pacjentki do samego zabiegu cewnikowania pęcherza moczowego.

Cewnikowanie pęcherza moczowego wykonywane jest ze wskazań diagnostycznych lub leczniczych.

Wskazania diagnostyczne:

- pobranie moczu do badania ogólnego i bakteriologicznego,
- monitorowanie diurezy i stopnia nawodnienia organizmu u pacjentów ciężko chorych, we wstrząsie, po zabiegu operacyjnym,
- ocena drożności cewki moczowej,
- ocena zalegania moczu po mikcji,
- podanie środka cieniującego do dróg moczowych – wykonanie diagnostyki radiologicznej (cystourethrografia mikcyjna),
- badanie urodynamiczne.

Wskazania lecznicze:

- opróżnienie (odbarczenie) pęcherza moczowego w przypadku niemożności oddania moczu (retencji),
- płukanie pęcherza moczowego środkami leczniczymi (np. po zabiegach operacyjnych w obrębie pęcherza moczowego, wycięciu gruczołu krokowego),
- prowadzenie bilansu wodnego,
- podawanie leków do pęcherza moczowego (antybiotyki, cytostatyki),
- utrzymanie drożności cewki moczowej po zabiegach chirurgicznych i urologicznych.

Etap I – gromadzenie informacji

Wskazania do cewnikowania pęcherza moczowego u kobiety:

- cewnikowanie jednorazowe:
 - pobranie moczu do badania bakteriologicznego u pacjentki nieprzytomnej,
 - pobranie moczu do badania ogólnego u kobiety miesiączkującej,
 - brak samoistnego oddania moczu do 12 godz. po zabiegu operacyjnym, od 6 do 8 godz. po porodzie,
- cewnikowanie na stałe:
 - konieczność prowadzenia diurezy godzinowej lub bilansu płynów u pacjenta nieprzytomnego,
 - utrzymanie drożności cewki moczowej po zabiegach chirurgicznych i urologicznych,
 - nietrzymanie moczu pochodzenia ośrodkowego, np. po urazie rdzenia kręgowego,
 - wypłukanie pęcherza moczowego np. po operacjach pęcherza

moczowego.

Przeciwwskazania do cewnikowania pęcherza moczowego u kobiety:

- zapalenie cewki moczowej,

- ropnie okołocewkowe,
- urazowe uszkodzenie cewki moczowej,
- zwężenie cewki moczowej,
- zapalenie pochwy i sromu.

Ocena	
Elementy	Racjonalne uzasadnienie
Oceń zdolności poznawcze pacjentki.	Determinuje gotowość pacjentki do współpracy.
Oceń wizualnie stan krocza/sromu/cewki moczowej oraz warunki anatomiczne pacjentki.	Zapobiega mechanicznym uszkodzeniom cewki moczowej.
Oceń przygotowanie fizyczne i psychiczne pacjentki do zabiegu.	Ukazuje gotowość pacjentki do współpracy oraz zapobiega urazom psychicznym.
Diagnozy pielęgniarские	
• Niemożność opróżnienia pęcherza moczowego spowodowana zastosowanym znieczuleniem w trakcie zabiegu operacyjnego. • Ryzyko infekcji dróg moczowych wynikające z nieprzestrzegania zasad aseptyki i antyseptyki. • Zaburzone oddawanie moczu w przebiegu stwardnienia rozsianego. • Zatrzymanie moczu związane z pęcherzem neurogennym. • Zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej u pacjentki nieprzytomnej. • Zaburzenia oddawania moczu z powodu atonii pęcherza moczowego we wczesnym okresie po urazie rdzenia kręgowego. • Niecałkowite opróżnianie pęcherza moczowego w czasie mikcji spowodowane zwężeniem cewki moczowej. • Zaburzenie czynności nerek spowodowane niewydolnością krążenia. • Całkowite nietrzymanie moczu spowodowane urazem kręgosłupa.	
Należy zindywidualizować czynniki związane z podstawowym stanem i potrzebami pacjenta.	

Etap II - planowanie	
Elementy	
1. Oczekiwane wyniki zgodne z procedurą wykonania: • u pacjentki mocz zostanie pobrany do badania, • u pacjentki pęcherz moczowy zostanie opróżniony, • u pacjentki nie wystąpią powikłania wynikające z zalegania moczu, • u pacjentki pęcherz moczowy zostanie opróżniony z moczu, ze skrzepów krwi po operacjach urologicznych, • u pacjentki zostanie utrzymana drożność cewki moczowej, • dostarczona zostanie informacja o wielkości diurezy godzinowej/dobowej. 2. Poinformować pacjentkę o istocie, celu, sposobie wykonania zabiegu, konieczności wykonania toalety krocza, miejscu i czasie wykonania zabiegu, ułożeniu podczas zabiegu, zapewnieniu intymności. 3. Przygotować salę/gabinet zabiegowy do wykonania zabiegu, tj. zamknąć drzwi, przynieść parawan, ewentualnie poprosić postronnie osoby o wyjście z sali/gabinetu zabiegowego. 4. Przygotować materiały i sprzęt: Sprzęt do jednorazowego cewnikowania pęcherza moczowego: jałowe cewniki jednorazowego użytku (rodzaj i rozmiar uzależniony od stanu cewki moczowej, wieku, płci, celu zabiegu) – 2 szt. (na wypadek zainfekowania jednego z nich), jałowe narzędzie chwytne (pęseta, kleszczyki Peana) – 1 szt., rękawice jednorazowe jałowe – 2 szt., rękawice jednorazowe niejałowe, jałową jednorazową serwetę/podkład, jałowe gaziki – 6 szt. (minimum), materiał znieczulająco-poślizgowy, np. 2% lidokaina, Cathejell – Lidocain C, Instillagel, płyn antyseptyczny, np. Skinsept Mucosa, Octanisept, miski nerkowate, tacę/wózek zabiegowy, pojemnik na mocz do badania moczu u ogólnego lub jałowy pojemnik na mocz jeśli z achodzi konieczność pobrania moczu do badania bakteriologicznego), zestaw do toalety krocza (jeżeli pacjentka ma ograniczenia w zakresie samoobsługi) małą poduszkę/zwinięty ręcznik/basen do podłożenia pod pośladki, parawan, pojemnik/worek na odpady medyczne. Sprzęt do cewnikowania pęcherza moczowego na stałe: gotowy zestaw podstawowy do cewnikowania pęcherza moczowego (zawierający: tupfery – kule z gazy 17-nitkowej 20 cm × 20 cm – 6 szt., serwetę z laminatu/bawełny 50 cm × 50 cm – 1 szt., serwetę z laminatu z nacięciem i otworem o średnicy 6 cm, 50 cm × 50 cm – 1 szt., rękawice jednorazowe jałowe – 2 szt., pęsetę plastikową – 1 szt.) lub gotowy zestaw rozbudowany do cewnikowania pęcherza moczowego (zawierający: tupfery – kule z gazy 17-nitkowej, 20 cm × 20 cm – 6 szt., serwetę z laminatu 50 cm × 50 cm – 1 szt., serwetę z laminatu z nacięciem i otworem o średnicy 6 cm, 50 cm × 50 cm – 1 szt., rękawice jednorazowe jałowe – 2 szt., pęsetę plastikową – 1 szt., pojemnik okrągły – 1 szt., cewnik Foleya, rozmiar do wyboru w opcjach: CH/Fr 16, CH/Fr 18, CH/Fr 20, CH/Fr 22 – 1 szt., worek na mocz 2000 ml – 1 szt., strzykawkę 10 ml – 1 szt., igłę 1,2 mm × 40 mm – 1 szt.), jałowe cewniki jednorazowego użytku (rodzaj i rozmiar uzależniony od stanu cewki moczowej, wieku, płci, celu zabiegu) – 2 szt. (na wypadek zainfekowania jednego z nich), jałowe narzędzie chwytne (pęseta, kleszczyki Peana) – 1 szt., rękawice jednorazowe jałowe – 2 szt.; rękawice jednorazowe niejałowe, jałową jednorazową serwetę/podkład, jałowe gaziki – 6 szt. (minimum), materiał znieczulająco-poślizgowy, np. 2% lidokaina, Cathejell – Lidocain C, Instillagel, ampułki z wodą do wstrzyknięć (Aqua pro iniectione) do napętniania „balonu uszczelniającego” cewnika, 2 jałowe igły, jałową strzykawkę 10–20 ml do nabrania wody do wstrzyknięć, 0,9% NaCl/Aqua pro iniectione lub płyn antyseptyczny, np. Skinsept Mucosa, Octanisept do dezynfekcji krocza, jałowy worek na mocz, wieszak do worka na mocz, miski nerkowate, tacę/wózek zabiegowy, zestaw do toalety krocza (jeżeli pacjentka ma ograniczenia w zakresie samoobsługi); małą poduszkę/zwinięty ręcznik/basen do podłożenia pod pośladki, parawan, pojemnik/worek na odpady medyczne.	

Etap III - realizacja	
Cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiety	
Kolejne działania pielęgniarki	Racjonalne uzasadnienie
Krytyczny punkt decyzyjny: jeżeli zabieg wykonujesz u kobiety w starszym wieku, u której w wyniku pomenopauzalnego zaniku dochodzi do przesunięcia się ujścia zewnętrznego cewki moczowej w okolice sklepienia pochwy (przegroda cewkowo-pochwowa), rozważ ułożenie pacjentki w pozycji ginekologicznej, zapewnij sobie dobre oświetlenie i użyj ziernika pochwowego.	
Sprawdź zlecenie lekarskie, dokonaj identyfikacji pacjentki. Wyjaśnij pacjentce istotę, cel i sposób wykonania zabiegu. Przynieś skompletowany zestaw do wykonania zabiegu. Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce oraz załóż rękawice jednorazowe niejałowe. Zapewnij intymność pacjentce. Zapewnij dobre oświetlenie. Ułóż pacjentkę w pozycji płaskiej na plecach, unieś pośladki pacjentki na małą poduszkę/zwiniełym ręczniku lub podłóż pod pośladki pacjentki basen, kończyny dolne pacjentki zegnij w stawach kolanowych i biodrowych, odwiń na boki uda. Wysun koszulę pacjentki spod pośladków. Wykonaj tzw. budkę z kołdry i ościół okolice kroczka. Wykonaj toaletę kroczka. Położ jałową jednorazową serwetę/podkład między udami pacjentki, trzymając podkład za zewnętrzne brzożki w taki sposób, aby nie zainfekować górnej jego powierzchni.	Ogranicza ryzyko wystąpienia pomyłki. Prawo do informacji, decydowania i współdecydowania pozwala na uzyskanie zgody pacjentki na zabieg. Ułatwia sprawne wykonanie zabiegu i zapewnia jałowość zabiegu. Ogranicza ryzyko zakażenia. Chroni pacjentkę przed zakłopotaniem, zawstydzeniem oraz zapewnia poczucie bezpieczeństwa. Ułatwia wprowadzenie cewnika do cewki moczowej. Właściwe ułożenie pacjentki ułatwia uwidocznienie okolicy kroczka, ustawia pęcherz ponad poziomem ujścia cewki moczowej, ułatwia wypływ moczu przez cewnik siłą ciężkości. Zapewnia poczucie intymności, ciepła, powoduje rozluźnienie pacjentki i ułatwia przeprowadzenie zabiegu. Tylko u pacjentki z ograniczeniami w zakresie czynności samoopiekuńczych w celu zminimalizowania ryzyka wprowadzenia infekcji. Zapewnia jałowe pole zabiegu.
Cewnikowanie jednorazowe pęcherza moczowego u kobiety	
Umieść w sposób jałowy sterylny zestaw do cewnikowania (cewnik, narzędzie chwytne, gaziki, jałowy żel) na jałowym polu. W przypadku założenia cewnika na stałe dodatkowo umieść w sposób jałowy sterylny worek na mocz.	Zapobiega zakażeniu.
Ułóż na łóżku obok jałowej serwetki/podkładu tacę z miską nerkową i pojemnikiem na mocz lub jałowym pojemnikiem na mocz.	Ułatwia sprawne wykonanie zabiegu i zapewnia jałowość.
W przypadku założenia cewnika na stałe nabierz do strzykawki jałowej Aqua pro iniekcje do uszczelnienia balonu, zabezpiecz strzykawkę jałową igłą z osłonką i odłóż ją na tacę.	Ułatwia sprawne wykonanie zabiegu, Aqua pro iniekcje chroni przed inkrustacją (osadzaniem się kryształków soli na jego powierzchni).
Odlej szerokim strumieniem niewielką ilość 0,9% NaCl/Aqua pro iniekcje lub płynu antyseptycznego do błon śluzowych z butelki do miski nerkowej, a następnie spróskaną stroną wylotu butelki polej jałowe gaziki umieszczone na jałowej serwetce.	Ułatwia sprawne wykonanie zabiegu i zapewnia jałowość zabiegu. Zgodnie z rekomendacjami ASID (HICSIG)/AICA z 2011 r. do dekontaminacji okolic ujścia cewki moczowej zalecane jest użycie 0,9% NaCl/ Aqua pro iniekcje (Mitchell i wsp., 2011).
Nałóż w sposób sterylny na końcówkę cewnika umieszczonego na jałowym podkładzie środek znieczulająco-poślizgowy (gdy nie dysponujesz jałowym żelem).	Środek znieczulająco-poślizgowy nałożony na końcówkę cewnika wprowadzaną do pęcherza moczowego minimalizuje tarcie i możliwość powstania urazu mechanicznego.
Zdejmij rękawice jednorazowe niejałowe, zdezynfekuj ręce i załóż rękawice jałowe.	Ogranicza ryzyko zakażenia.
W przypadku założenia cewnika na stałe połącz cewnik z workiem na mocz, uważając, aby nie zainfekować końcówki cewnika, nałóż na końcówkę cewnika jałowy żel.	Ułatwia sprawne wykonanie zabiegu, zapewnia jałowość zabiegu oraz chroni przed zalaniem łóżka moczem.
Rozchyl niedominującą ręką (kciukiem i palcem wskazującym) wargi sromowe, podciągnij tkanki lekko ku górze. Dominującą ręką uchwycić pęsetę, za pomocą której chwyć gaziki, przemywaj okolice kroczka z zachowaniem kierunku od spojenia łonowego do odbytu (od góry do dołu). Osobnymi gazikami przemywaj od wewnętrznych okolic sromu do zewnętrznych: • gazik 1 – ujście zewnętrzne cewki moczowej, • gaziki 2 i 3 – wargi sromowe mniejsze, • gaziki 4 i 5 – wargi sromowe większe. Każdym gazikiem wykonuj jeden ruch i wyrzucaj go po użyciu do miski nerkowej. Odrzuć pęsetę do miski nerkowej tak, aby nie zainfekować rękawicy na dominującej ręce.	Zapewnia uwidocznienie ujścia zewnętrznego cewki moczowej oraz ogranicza ryzyko wprowadzenia zakażenia wstępującego (Bartoszewicz, Przondo-Mordarska, Junka, 2010). Kierunek zmywania alternatywny do najczęściej stosowanego, zaczynającego się od warg sromowych większych (Majda, 2009; Potter, Perry, Ross-Kerr J.C. i wsp., 2014).
Uchwycić cewnik dominującą ręką 5–6,5 cm od końca zaokrąglonego i wprowadź go ruchem półobrotowym przez ujście zewnętrzne cewki moczowej na głębokość 5–6,5 cm przy rozchylonych i utrzymywanych niedominującą ręką wargach sromowych. Poleć pacjentce wykonanie głębokiego oddechu i odwróć uwagę rozmową do momentu pojawienia się moczu. W przypadku wprowadzenia cewnika do pochwy i braku moczu usuń nieprawidłowo założony cewnik. Po-dejmij próbę założenia nowego cewnika do pęcherza moczowego.	Uchwycenie cewnika blisko końca zaokrąglonego zapobiega jego zwijaniu się i ułatwia wprowadzanie. Cewka moczowa żeńska ma długość 3–5 cm, otwór w cewniku jest umieszczony w odległości 1,25–1,5 cm od jego końca, stąd też cewnik powinien być wprowadzony na głębokość 5–6,5 cm. Odwrócenie uwagi chorej sprzyja odprężeniu, lekkiemu rozszerzeniu ujścia zewnętrznego cewki, ułatwiającemu wprowadzanie cewnika.

Przesuń palce niedominującej ręki z warg sromowych na drugi koniec (obwodowy) cewnika, palcami dominującej ręki skieruj go nad basen lub miskę nerkową i odczekaj, aż wypłynie 15–60 ml moczu. Następnie pobierz 100 ml moczu bezpośrednio do pojemnika/10 ml moczu do jałowego pojemnika, jeśli zachodzi konieczność badania moczu.	Cewnik ma tendencję do wysuwania się na zewnątrz z pęcherza moczowego. Odlanie 15–60 ml moczu jest konieczne przed pobraniem moczu do badania.
W przypadku dużego zalegania moczu jednorazowo nie odprowadzaj więcej niż 600–800 ml moczu, przy małym zaleganiu moczu pozostaw cewnik dopóki wypływa mocz do basenu. Powoli usuń cewnik ruchem półobrotowym po ustaniu wypływu moczu. Usuń resztki żelu z okolicy ujścia cewki moczowej.	Przy dużym zaleganiu moczu jednorazowe opróżnienie w ilości większej niż 600–800 ml grozi tamponadą pęcherza moczowego. Powolne i delikatne usuwanie cewnika umożliwia odpływ moczu, który zalega w pęcherzu moczowym. Usunięcie resztek żelu poprawia komfort pacjentki.
Cewnikowanie pęcherza moczowego na stałe u kobiety	
Uchwyć cewnik dominującą ręką 5–6,5 cm od końca zaokrąglonego i wprowadź go ruchem półobrotowym przez ujście zewnętrzne cewki moczowej na głębokość 5–6,5 cm przy rozchylonych i utrzymywanych niedominującą ręką wargach sromowych. Poleć pacjentce wykonanie głębokiego oddechu i odwróć uwagę rozmową do momentu pojawienia się moczu. W chwili pojawienia się moczu wsuń cewnik głębiej 1,5–2,5 cm. W przypadku wprowadzenia cewnika do pochwy i braku moczu usuń nieprawidłowo założony cewnik. Podejmij próbę założenia nowego cewnika do pęcherza moczowego.	Uchwycenie cewnika blisko końca zaokrąglonego zapobiega jego zwijaniu się i ułatwia wprowadzanie. Cewka moczowa żeńska ma długość 3–5 cm, otwór w cewniku jest umieszczony w odległości 1,25–1,5 cm od jego końca, a balon uszczelniający znajduje się poniżej otworu w cewniku, stąd też cewnik powinien być wprowadzony na głębokość 5–6,5 cm. Głębsze wprowadzenie cewnika tworzy miejsce na „balon uszczelniający”, aby mógł się oprzeć na ujściu wewnętrznym cewki moczowej w pęcherzu moczowym, zapobiega to jego wypadnięciu i urazom cewki moczowej. Odwrócenie uwagi chorej sprzyja odprężeniu, lekkiemu rozszerzeniu ujścia zewnętrznego cewki, ułatwiającemu wprowadzanie cewnika.
Przesuń palce niedominującej ręki z warg sromowych na drugi koniec (obwodowy) cewnika połączanego z workiem na mocz, aby go przytrzymać. Dominującą ręką uchwycić strzykawkę i zsuń kciukiem igłę zabezpieczoną osłonką, następnie wypełnij balon Aqua pro iniectione przez wentyl wpustowy cewnika (5–15 ml w zależności od typu cewnika). Delikatnie wycofaj cewnik do momentu wycucia oporu. Zawieś worek na specjalnym wieszaku lub umocuj go do łóżka poniżej poziomu pęcherza moczowego. Wygodnie ułóż chorą. Jeżeli pacjentka może się poruszać, umocuj go do uda, aby nie utrudniał chodzenia.	Wypełnienie „balonu uszczelniającego” unieruchamia cewnik i zapobiega jego wypadnięciu z pęcherza moczowego. Właściwe umieszczenie worka poniżej poziomu pęcherza moczowego ułatwia odpływ moczu i zapobiega zakażeniu dróg moczowych.
Uporządkuj zestaw: sprzęt, materiały. Zdejmij rękawice, umieść je w pojemniku/worku na odpady medyczne. Higienicznie umyj i/lub zdezynfekuj ręce.	Zapobiega zakażeniom szpitalnym.
Udokumentuj wykonanie zabiegu i jego skuteczność.	Umożliwia monitorowanie pacjenta.

Etap IV - wynik opieki

Elementy

1. Pacjentka wyraża zadowolenie z komfortu zapewnionego w trakcie i po wykonaniu zabiegu, nie ma poczucia zawstydzienia.
2. Pęcherz moczowy jest opróżniony z zalegającego moczu; mocz został pobrany do badania.
3. Pęcherz moczowy został opróżniony z moczu, skrzepów krwi po operacjach urologicznych.
4. Nie występują powikłania wynikające z zalegania moczu, drożność cewki moczowej jest zachowana.
5. U pacjentki jest zachowana diureza godzinowa/dobowa.
6. U pacjentki nie doszło do powstania powikłań, takich jak: wprowadzenie zakażenia do dróg moczowych, uraz mechaniczny cewki moczowej, uraz psychiczny, krwawienie, zaciopowanie światła cewnika przez złoży włókienka lub skrzepiny w przypadku krwawienia, tworzenie się kamieni „pęcherzowych” w pęcherzu moczowym, zwężenie cewki moczowej.

Prowadzenie bilansu wodnego

Źródło:www. adamed. expert

Prowadzenie bilansu wodnego pacjenta stanowi ważny element opieki medycznej, szczególnie w przypadku pacjentów hospitalizowanych w klinikach, szpitalach czy placówkach opieki długoterminowej.

Bilans wodny obejmuje monitorowanie przyjmowania i wydalania płynów przez organizm w celu oceny równowagi wodnej. Jest to bardzo istotne, ponieważ nieprawidłowy bilans wodny może doprowadzić do poważnych konsekwencji dla pacjenta, takich jak odwodnienie lub nadmierna retencja płynów.

Jaka jest definicja bilansu wodnego?

Bilans wodny odnosi się do różnicy między ilością płynów przyjmowanych przez pacjenta a ilością płynów przez niego wydalanych. Przyjmuje się, że organizm utrzymuje równowagę wodną, kiedy ilość przyjmowanych płynów jest równa ilości wydalanych płynów. Bilans wodny może być dodatni (gdy przyjmowanie płynów przewyższa wydalanie) lub ujemny (gdy

wydalanie płynów przewyższa przyjmowanie).

Jakie są wskazania do prowadzenia bilansu wodnego?

Bilans wodny pacjenta jest często monitorowany w przypadku osób hospitalizowanych, w szczególności pacjentów z odwodnieniem, niewydolnością nerek lub w innych stanach klinicznych wymagających ścisłej kontroli płynów. Poniżej znajdują się wskazania do prowadzenia bilansu wodnego u pacjenta.

- Odwodnienie – w przypadku podejrzenia lub diagnozy odwodnienia bilans wodny pozwala monitorować skuteczność terapii i wskazuje, czy pacjent otrzymuje odpowiednią ilość płynów.
- Niewydolność nerek – osoby z niewydolnością nerek mogą mieć zaburzenia równowagi wodnoelektrolitowej. Prowadzenie bilansu wodnego pozwala ocenić, czy funkcje nerek są zachowane i czy nie ma nadmiaru lub niedoboru płynów.
- Zaburzenia elektrolitowe – w przypadku zaburzeń równowagi elektrolitowej, takich jak hipo- lub hiperkaliemia, bilans wodny jest niezbędny do monitorowania i dostosowania podaży płynów w celu utrzymania prawidłowych poziomów elektrolitów.
- Zabiegi chirurgiczne – po operacjach może być konieczne ścisłe

monitorowanie bilansu wodnego, zwłaszcza jeśli pacjent otrzymuje płyny dożylnie lub występuje utrata płynów w wyniku krwawienia.

- **Ostry zespół nerczycowy** – pacjenci z ostrym zespołem nerczycowym charakteryzują się nadmierną utratą białka przez nerki. Bilans wodny pomaga w ocenie równowagi płynowej i monitorowaniu postępu leczenia.
- **Sepsa lub infekcje** – w przypadku pacjentów z sepsą lub poważnymi infekcjami może być konieczne monitorowanie bilansu wodnego, ponieważ organizm może reagować na infekcję utratą płynów.
- **Nadciśnienie tętnicze** – osoby z nadciśnieniem tętniczym mogą wymagać monitorowania bilansu wodnego w celu optymalizacji terapii lekowej i kontroli ciśnienia krwi.

W niektórych przypadkach medycznych prowadzenie bilansu wodnego może być znacznie utrudnione, np. u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi lub nieprzytomnych. W przypadku ubytku płynów stanowiącego natychmiastowe zagrożenie życia pilna terapia płynami może być niezbędna przed rozpoczęciem prowadzenia bilansu wodnego. W tej sytuacji priorytetem będzie stabilizacja pacjenta i przywrócenie równowagi płynowej.

Jak prawidłowo prowadzić bilans płynów?

Główna zasada przyjmowania płynów jest dość prosta. Powinniśmy dziennie dostarczać naszemu organizmowi ok. 30 ml płynu na każdy kilogram masy ciała, czyli osoba, która waży 70 kg, powinna w ciągu doby przyjąć około 2100 ml płynów. Organizm wytwarza dodatkowo około 500–600 ml, co daje łącznie ok. 3 l wody. Zaleca się więc, by dorosły człowiek przyjmował pomiędzy 1,5 l a 2,5 l płynów na dobę.

Pierwszym krokiem podczas prowadzenia bilansu wodnego jest dokładne monitorowanie ilości płynów przyjmowanych przez pacjenta. Należy uwzględnić wszystkie źródła płynów: płyny przyjmowane doustnie (np. woda, napoje, leki w płynie), infuzje dożylnie, transfuzje krwi, żywienie dojelitowe czy dojelitowe podawanie płynów.

- **Doustne podawanie płynów** – konieczne jest monitorowanie ilości wypitej wody oraz innych płynów przyjętych przez pacjenta. W przypadku chorych, którzy nie są w stanie pić samodzielnie, należy uwzględnić podawanie płynów np. przez sondę.
- **Infuzje dożylnie** – należy uwzględnić ilość i rodzaj infuzji dożylnej, np. płynów nawadniających, leków podawanych w formie kroplówki czy transfuzji krwi. Konieczne jest dokładne monitorowanie ilości podawanych płynów oraz regularne sprawdzanie prędkości infuzji.
- **Żywienie dojelitowe** – jeśli pacjent otrzymuje żywienie dojelitowe, należy uwzględnić ilość płynów zawartych w preparatach żywieniowych, a także podawanych przez sondę.

Następny krok to monitorowanie ilości płynów wydalanych przez pacjenta. Najważniejszym źródłem wydalania płynów są mocz i kał.

- **Mocz** – istotne jest określenie ilości oddawanego moczu na podstawie wydalonej objętości. Może to wymagać zbierania próbek moczu w specjalnych pojemnikach i dokładnego pomiaru objętości.
- **Kał** – w przypadku pacjentów, u których ma miejsce niekontrolowane lub nadmiarowe wydalanie płynów w kale (np. biegunka), należy uwzględnić tę stratę w bilansie wodnym.
- **Inne straty płynów** – przy prowadzeniu bilansu płynów pamiętajmy,

że zwiększenie ciepłoty ciała powoduje utratę wody przez płuca oraz skórę. U osoby dorosłej utrata ta wynosi 500 ml na każdy 1°C powyżej 37°C.

W jakim celu prowadzimy bilans wodny?

- **Monitorowanie nawodnienia** – bilans wodny pozwala ocenić, czy pacjent jest odpowiednio nawodniony. Niedobór płynów może prowadzić do odwodnienia, które może mieć poważne konsekwencje dla funkcjonowania organizmu. Z kolei nadmiar płynów może wskazywać na zatrzymanie wody, które również może prowadzić do różnych problemów zdrowotnych.
- **Ocena odpowiedzi na leczenie** – bilans wodny jest pomocny w monitorowaniu skuteczności leczenia i terapii, zwłaszcza u pacjentów z zaburzeniami płynowo-elektrolitowymi. Używa się go do oceny, czy ilość podawanych płynów jest wystarczająca i czy istnieje potrzeba dostosowania dawek lub rodzaju płynów.
- **Wykrywanie utraty lub retencji płynów** – bilans wodny umożliwia identyfikację utraty lub zatrzymania płynów, które mogą być związane z różnymi schorzeniami, takimi jak niewydolność nerek, choroby serca, zaburzenia hormonalne. Należy również wziąć pod uwagę objawy towarzyszące chorobom, takie jak biegunka czy wymioty itp.
- **Planowanie i monitorowanie płynoterapii** – bilans wodny jest również istotny w planowaniu i monitorowaniu płynoterapii u pacjentów, którzy wymagają uzupełnienia płynów, na przykład po zabiegach chirurgicznych, w przypadku odwodnienia, urazów czy chorób zakaźnych. Pomaga kontrolować ilość i rodzaj podawanych płynów, co ułatwia zapewnienie odpowiedniego nawodnienia organizmu.

Obserwacja odwodnienia lub retencji płynów

Podczas prowadzenia bilansu wodnego konieczne jest ściśle monitorowanie pacjenta pod kątem objawów odwodnienia (suchość w jamie ustnej, zmniejszona ilość oddawanego moczu, osłabienie czy zmniejszona elastyczność skóry) lub retencji płynów (obrzęki, wzrost masy ciała, duszność). Te objawy mogą wskazywać na nieprawidłową równowagę wodną i wymagać interwencji medycznej.

Jak należy interpretować bilans płynów?

Na podstawie zebranych danych dotyczących przyjmowania i wydalania płynów oraz obserwacji objawów odwodnienia lub retencji płynów jesteśmy w stanie ocenić bilans wodny pacjenta. Właściwa równowaga wodna oznacza, że ilości przyjmowanych i wydalanych płynów są zbliżone. Bilans dodatni może wskazywać na nadmierną retencję płynów, podczas gdy bilans ujemny może wskazywać na odwodnienie pacjenta. W każdym przypadku wynik prowadzonego bilansu wodnego należy skonsultować z lekarzem.

Prowadzenie bilansu wodnego pacjenta jest niezwykle istotne dla monitorowania równowagi wodnej i zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej. Wymaga dokładnego kontrolowania ilości przyjmowanych i wydalanych płynów oraz obserwacji objawów odwodnienia lub retencji płynów.

Interpretacja bilansu wodnego pozwala lekarzowi ocenić stan pacjenta i podjąć odpowiednie działania w celu przywrócenia prawidłowej równowagi wodnej. Ważne jest, aby bilans wodny był prowadzony przez wykwalifikowany personel medyczny i regularnie aktualizowany w zależności od stanu pacjenta.

Problem nadwagi i otyłości u dziecka

Źródło: www. Adamed. expert

Blisko 50 lat temu eksperci WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) zakwalifikowali otyłość jako chorobę cywilizacyjną. Nie mylili się, gdyż współcześnie, nadwaga i otyłość jest problemem globalnym występującym na całym świecie. Sprzyjają one powstawaniu wielu chorób m.in.: cukrzyca, choroby układu sercowo-naczyniowego, zaburzenia hormonalne, zwyrodnienia stawów, bezdech senny. Poza negatywnym oddziaływaniem fizycznym, wpływają również na jakość życia w sferze psychicznej i społecznej.

Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (badania z 2016 roku) ok. 10% dzieci w wieku 1-3 lat ma nadwagę/otyłość, a dodatkowe 18,4% jest zagrożone nadmierną masą

ciała. Problem nadwagi i otyłości dotyczy też niemal co trzeciego 8-latka (badanie COSI, 2016). U starszych dzieci i młodzieży nie jest znacząco lepiej. Według danych uzyskanych z ogólnopolskiego badania przeprowadzonego przez Instytut Żywności i Żywienia wśród uczniów szkół podstawowych i gimnazjów (10-16 lat) problem nadmiernej masy ciała dotyczył co piątego ucznia, przy czym częściej występował u chłopców niż u dziewcząt. Stwierdzono też, że wraz z wiekiem problem ten nieco malał chociaż nadal utrzymywał się na poziomie ok. 22% u gimnazjalistów i ok. 16% u gimnazjalistek. Najbardziej na występowanie nadwagi i otyłości narażeni byli uczniowie z województwa mazowieckiego i łódzkiego, najmniej – z województwa śląskiego i świętokrzyskiego. Najnowsze (2018 r.) wstępne wyniki badania zachowań zdrowotnych młodzieży w wieku 11-15 lat (międzynarodowe badanie HBSC, w którym od wielu lat

uczestniczy również Polska) wskazują, że nadmierna masa ciała występuje u 29,7% chłopców i 14,3% dziewcząt (wg kryteriów WHO, 2007).[1]

Występowanie nadwagi i otyłości jest oceniane za pomocą wskaźnika wagowo-wzrostowego BMI (Body Mass Index) zwanego również wskaźnikiem Queteleta (Quetelet Index), który uzyskuje się, dzieląc masę ciała (wyrażoną w kilogramach) przez wzrost do kwadratu (wyrażony w metrach).

BMI (Body Mass Index) wskaźnik masy ciała = masa ciała (kg) / wysokość ciała (m)²

Dla osób dorosłych wartość BMI wskazuje na:[2]

- **poniżej 16** - wygłodzenie
- **16 - 16.99** - wychudzenie
- **17 - 18.49** - niedowagę
- **18.5 - 24.99** - wagę prawidłową
- **25.0 - 29.9** - nadwagę
- **30.0 - 34.99** - I stopień otyłości
- **35.0 - 39.99** - II stopień otyłości
- **powyżej 40.0** - otyłość skrajną

Uwaga!

U rosnących dzieci (do około 14 roku życia) nie stosuje się wskaźnika BMI. dla oceny stosuje się siatki centylowe. Według WHO nadwaga rozwija się, gdy wynik to liczba w przedziale od 85 do 95 centyla. Z kolei otyłość to zaburzenie, które rozwija się po przekroczeniu 95 centyla.

Kontrolę nad ilością spożywanego pokarmu sprawują ośrodki głodu i sytości znajdujące się w ośrodkowym układzie nerwowym: w podwzgórzu, układzie limbicznym, węchomózgowiu i w korze mózgu.

W praktyce klinicznej powszechnie stosowany jest podział na dwa rodzaje otyłości: związaną z przyczynami jej powstania (prostą i wtórną) i opartą na pomiarach antropometrycznych (typ androidalny i genoidalny). Wśród dzieci i młodzieży najczęściej (98%) występuje otyłość prosta. Otyłość najczęściej powstaje wskutek zaburzenia równowagi między ilością energii dostarczonej wraz z pożywieniem, a ilością wydatkowaną przez organizm. Do najczęstszych przyczyn takiej sytuacji należą: nieprawidłowe nawyki żywieniowe (spożywanie zbyt dużych ilości żywności (przejadanie się), nieprawidłowy skład posiłków z dużą ilością cukrów prostych), mała aktywność fizyczna. Inną przyczyną otyłości prostej mogą być: problemy emocjonalne, nieprawidłowe relacje rodzinne (rozwoły, separacje), stresujący tryb życia z dużym obciążeniem psychicznym, np. wygórowane wymagania szkolne i rodzicielskie. Jedzenie staje się wtedy przyjemnością kompensującą negatywne odczucia i napięcia wewnętrzne. W ten sposób zaburzeniu ulega funkcjonowanie ośrodków sytości i głodu w podwzgórzu i korze mózgowej, prowadząc do ciągłego objadania się;

Otyłość i nadwaga są łatwe do rozpoznania, ale trudne w leczeniu. Dziecko na początku edukacji szkolnej, w gabinecie pielęgniarki

szkolnej lub POZ ma przeprowadzony bilans 6-latką. Jest on ważny dlatego, że stanowi bazę do dalszej opieki i porównywania rozwoju dziecka w kolejnych latach nauki w szkole. Jego podstawowym elementem są testy przesiewowe, umożliwiające wczesne wykrywanie zaburzeń w rozwoju i ocenę stanu zdrowia dziecka. W ramach badania dokonuje się pomiarów masy ciała i wzrostu, sprawdza słuch, wzrok oraz ocenia budowę i postawę ciała. Wyniki pomiarów porównuje się z normami określonymi w siatkach centylowych, po czym oblicza wskaźnik masy ciała BMI i na podstawie obowiązujących tabel wartości centylowych BMI dokonuje jego oceny.[3]

Dzieci w wieku 6–9 lat, które mają nadwagę, czyli BMI na poziomie i powyżej 85 centyla, mogą bez drastycznej diety osiągnąć odpowiednią masę ciała w stosunku do wzrostu, jednak należy pamiętać o ograniczeniu w diecie słodyczy i zwiększeniu aktywności fizycznej. Dzieci w wieku 10-12 lat rozwijają się bardzo dynamicznie, szybko rosną. Niewielki nadmiar kilogramów może zostać zniwelowany przez wzrost, lecz nadal należy zwracać uwagę na dietę (mniej słodyczy) i aktywność ruchową.

Zdiagnozowanie problemu z nadwagą lub otyłością może mieć miejsc w trakcie badań bilansowych dziecka - w trakcie rutynowych przesiewowych badań lekarz/ pielęgniarka POZ i/lub pielęgniarka szkolna mogą zwrócić uwagę na zbyt wysokie wartości BMI. Umożliwi to podjęcie działań terapeutycznych:

- omówienie (rodzice, dziecko) i modyfikacja nieprawidłowych nawyków żywieniowych – zwiększenie udziału warzyw i owoców, ryb, kasz i razowego pieczywa w codziennej diecie. Wyeliminowanie napojów o znacznej zawartości cukrów (soki, cola), na rzecz wody. Incydentalne korzystanie z barów szybkiej obsługi i fast food
- zadbanie o regularne posiłki i niedojadanie w przerwach między posiłkami (zwłaszcza (słodyczy, chipsów, ciastek, słodkich napojów)
- zwiększenie wysiłku fizycznego (jazda na rowerze, jazda na rolkach, gra w piłkę, taniec, pływanie, gra w koszykówkę, zimą: jazda na łyżwach, nartach) - przez przynajmniej pół godziny dziennie)
- pomoc psychoterapeutyczna – problem otyłości najczęściej dotyka całej rodziny, Dziecko otyłe (w przedszkolu szkole) ze względu na fizyczne wyróżnianie się w grupie rówieśniczej spotyka się często z nieprzyjemnymi sytuacjami (docinki, złośliwie komentarze, przezwiska), bywa, że jest izolowane, staje się kozłem ofiarnym grupy. Aby uniknąć dalszych przykrości dziecko otyłe samo izoluje się od grupy, klasy, unika kontaktów z rówieśnikami i tym samym, przebywając w domu, samotnie, z coraz mniejszym poczuciem własnej wartości, objada się dalej, rozwijając w ten sposób chorobę. Dlatego dobrym rozwiązaniem może być skorzystanie z pomocy psychologicznej (terapia poznawczo-behawioralna).

Ważne wskazówki:

- unikanie stosowania restrykcyjnych diet
- całkowite zakazywanie spożywania słodyczy i słodkich napojów
- nietraktowanie jedzenia jako nagrody i /lub pocieszenia
- niekoncentrowanie się na wadze i odchudzaniu
- wymiana talarze na mniejsze

Edukacja pacjenta z nadciśnieniem tętniczym

Źródło:www. adamed. expert

Edukacja pacjenta z nadciśnieniem tętniczym (NT) jest kluczowym elementem zarządzania tą przewlekłą chorobą. Nadciśnienie tętnicze stanowi jeden z najważniejszych czynników ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych, udaru mózgu, niewydolności nerek i innych powikłań zdrowotnych. Edukacja pacjenta ma na celu zwiększenie świadomości na temat nadciśnienia tętniczego, znaczenia zdrowego trybu życia i skutecznych strategii zarządzania tym schorzeniem.

Jaka jest definicja nadciśnienia tętniczego?

Nadciśnienie tętnicze oznacza stan, w którym ciśnienie krwi w naczyniach tętniczych jest stale podwyższone. Wartości ciśnienia krwi są mierzone w dwóch liczbach: pierwsza z nich wyraża ciśnienie skurczowe (górne), które odzwierciedla siłę krwi pompowanej przez serce podczas skurczu, druga – ciśnienie rozkurczowe (dolne), które odzwierciedla siłę krwi w naczyniach tętniczych w czasie odpoczynku serca. W ostatnich czasach ze względu na wzrost liczby pacjentów z nadciśnieniem tętniczym zaostrzono normy prawidłowego ciśnienia krwi. W pomiarach domowych u pacjenta bez rozpoznanego NT za graniczną wartość wg wytycznych Europejskiego Towarzystwa

Nadciśnienia Tętniczego z 2021 r. uważa się 135/85 mmHg.

Jaki jest cel edukacji pacjenta z nadciśnieniem tętniczym?

Głównym celem edukacji pacjenta z NT jest zapewnienie mu wiedzy i umiejętności potrzebnych do skutecznej walki z chorobą. Edukacja pacjenta ma przede wszystkim na celu:

- zwiększenie świadomości na temat nadciśnienia tętniczego oraz jego konsekwencji zdrowotnych i powikłań;
- uświadomienie pacjentowi roli zdrowego trybu życia w kontrolowaniu ciśnienia krwi;
- przekazanie informacji na temat leków przeciwnadciśnieniowych i ich skuteczności;
- wsparcie pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczących terapii, jak również zmiany stylu życia;
- motywowanie pacjenta do utrzymania zdrowych nawyków i regularnego monitorowania ciśnienia krwi;
- zapewnienie informacji na temat innych czynników ryzyka i strategii profilaktycznych.

Jakie tematy powinniśmy poruszyć z pacjentem?

Przede wszystkim pacjent powinien zrozumieć, czym jest nadciśnienie tętnicze. Jesteśmy zobligowani do przekazania pacjentowi definicji nadciśnienia oraz informacji o przyczynach i skutkach nadciśnienia, a także zagrożeniach z nim związanych.

Pacjent powinien być edukowany na temat znaczenia zdrowego stylu życia w kontroli nadciśnienia tętniczego. Powinien być informowany o konieczności zmiany nawyków żywieniowych, ograniczenia spożycia soli, ograniczenia spożycia alkoholu, zwiększenia aktywności fizycznej, a także unikania palenia papierosów.

Pacjent po przebytej edukacji powinien umieć sam wykonać pomiar ciśnienia tętniczego krwi w domu i wiedzieć jak prowadzić rejestrację wyników. Powinniśmy zalecać monitorowanie ciśnienia i dokumentowanie pomiarów, gdyż pozwala to na dogłębniejszą analizę choroby oraz na zwiększenie skuteczności leczenia. Dlatego konieczne jest dokumentowanie przez pacjenta każdego pomiaru w dzienniczku samokontroli. Powinniśmy także zapoznać pacjenta z optymalnymi wartościami ciśnienia tętniczego oraz poinformować go, kiedy powinien skonsultować się z lekarzem w przypadku odchylenia od normy.

Bardzo ważny element edukacji pacjenta stanowi farmakoterapia. Prowadząc edukację pacjenta, jesteśmy zobligowani do poinformowania go o różnych rodzajach leków stosowanych w nadciśnieniu tętniczym, ich mechanizmach działania, dawkowaniu, skutkach ubocznych i zasadach regularnego przyjmowania. Istotne jest, aby pacjent rozumiał, że farmakoterapia powinna być kontynuowana nawet w przypadku braku objawów.

Znaczącą rolę podczas edukacji pacjentów odgrywa rozmowa na temat zmiany stylu życia oraz nawyków żywieniowych. Powinniśmy zachęcać pacjentów do wprowadzania zdrowych zmian w stylu życia, takich jak zdrowa dieta, regularna aktywność fizyczna, kontrola masy ciała oraz w miarę możliwości redukcja stresu.

Pamiętajmy również o omówieniu najczęstszych błędów w technice pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, np. niewłaściwego ułożenia ręki, niedostosowania rozmiaru mankieta do obwodu ramienia (zbyt długi lub szeroki mankieta wpływa na obniżenie wartości ciśnienia). Powinniśmy także poinformować pacjenta, iż pomiar ciśnienia wykonany zaraz po wysiłku fizycznym, zjedzeniu posiłku, wypaleniu papierosa czy wypiciu herbaty zaburzy wynik pomiaru.

Jakie wyróżniamy metody prowadzenia edukacji pacjentów?

W dobie technologii mobilnych, gdy co rusz powstają nowe platformy online, łatwiej nam edukować pacjentów. Jak najbardziej możemy wykorzystać platformy internetowe czy aplikacje mobilne do celów edukacyjnych. Ponadto pacjenci radzący sobie z nowinkami technologicznymi mogą śledzić wyniki pomiarów ciśnienia krwi, otrzymywać przypomnienia o godzinie przyjmowania leków czy sprawdzać wyniki badań online.

Nie należy jednak zapominać o osobach, które nie podążają za internetową modą.

Jako osoby odpowiedzialne za edukację pacjentów powinniśmy się także skupić na konsultacjach z pacjentem, podczas których szczegółowo omówimy tematy zdrowotne. Pacjenci mogą nam wtedy zadawać pytania i otrzymywać odpowiedzi dotyczące ich indywidualnego przypadku.

Pacjentów powinniśmy zachęcać do czytania broszur, ulotek czy innych materiałów edukacyjnych zawierających istotne informacje na temat danej jednostki chorobowej, a także farmakoterapii czy zdrowego stylu życia.

Bardzo dobrym pomysłem jest również organizowanie programów szkoleniowych bądź spotkań, podczas których uczestnicy mogą się wymieniać doświadczeniami oraz zdobywać wiedzę od ekspertów.

Jak widzimy, edukacja pacjentów z nadciśnieniem tętniczym ma olbrzymie znaczenie w skutecznej walce z tą chorobą.

Poprzez dostarczanie wiedzy, umiejętności i wsparcia pacjentom możemy pomóc im w kontrolowaniu ciśnienia krwi, wprowadzaniu zdrowych zmian w stylu życia i minimalizowaniu ryzyka powikłań. Indywidualne konsultacje, materiały edukacyjne, programy szkoleniowe i technologia mobilna są skutecznymi narzędziami w prowadzeniu edukacji pacjenta z nadciśnieniem tętniczym.

Współpraca między pacjentem a zespołem medycznym odgrywa kluczową rolę w osiąganiu sukcesu w zarządzaniu tą przewlekłą chorobą.

Wspierajmy więc pacjentów i bądźmy dla nich.

Przywództwo w pielęgniarstwie

Źródło: www.adamed.expert

Pielęgniarstwo to ciągle zmieniający się i pełen wyzwań zawód, wymagający stałej obecności aktywnych liderów gotowych do wdrażania zmian oraz motywowania środowiska. Z tego powodu identyfikacja kompetencji oraz ich rozwój to ogromne wyzwanie stojące przed środowiskiem pielęgniarskim. Chociaż przywództwo to zjawisko występujące od początków naszej cywilizacji, to nadal jest ono niedostatecznie zbadane i poznane. Złożoność zjawiska przywództwa wpływa na to, że dziś nie znajdziemy jednej, w pełni obrazującej definicji czy kompletnej teorii oddającej charakter określenia słowa „przywództwo” - leadership.

Czym jest przywództwo odnoszące się do zawodu pielęgniarki? Jaką rolę i jakie znaczenie przypisuje się liderom dla rozwoju pielęgniarstwa, ale też codziennej i mozołnej pracy z pacjentem? Jak przywództwo zmieniło nasz zawód, ale także jak nasz zawód

wpływa na przywództwo? O tym przeczytacie właśnie w tym artykule.

Najważniejszy cel - opieka skoncentrowana na osobie.

Najważniejszym i nadrzędnym celem w pracy pielęgniarki, niezależnie od miejsca zatrudnienia czy specjalizacji, jest opieka skoncentrowana na osobie. Realizacja tego celu jest możliwa dzięki odpowiedniej identyfikacji, zapewnieniu wsparcia oraz umożliwieniu rozwoju przyszłym liderom pielęgniarstwa. Warto nadmienić, że leadership może przyjmować zarówno negatywną jak i pozytywną formę, dlatego ważne jest aby identyfikować i hamować negatywnych liderów, natomiast wychwytywać i wspierać osoby pełniące rolę pozytywnych przywódców.

Pielęgniarka-lider vs pielęgniarka-zarządzająca

W całej dyskusji na temat przywództwa, która toczy się w naszym zawodzie, bardzo ważnym jest, aby rozgraniczyć tematy zarządzania i przywództwa, które nie są synonimiczne. Występują

istotne różnice pomiędzy pielęgniarką-liderem, a pielęgniarką-koordynatorem. Mówiąc o pielęgniarkach/pielęgniarchach-liderach mamy na myśli osoby, które są pionierami we wprowadzaniu zmian w nowych sytuacjach i wskazują drogę swoim współpracownikom czy środowisku zawodowemu, którą powinni podążać. Pielęgniarka/pielęgniarcha-zarządzający zajmuje się kontrolowaniem obecnej, zastanej sytuacji i ich działania skupiają się na utrzymaniu obecnego stanu. Znaczącą różnicą jest również sposób wyznaczania liderów i zarządzających. Liderami stają się osoby, które stanowią naturalny autorytet, który został wypracowany swoją wiedzą, postawą, doświadczeniem lub umiejętnością do motywowania i zarządzania procesem zmiany. Zarządzający natomiast zostają wybrani w przez odgórne procedury. Różne zadania i role liderów i osób zarządzających, to nie podstawa to stawiania owych ról w charakterze priorytetów czy opozycji, ale chęć scharakteryzowania i ukazania różnic z pełnionych przez nich zadaniach. Liderzy często do wprowadzania zmian potrzebują osób zarządzających, które od strony organizacyjnej pomogą w koordynowaniu wdrażania nowego projektu.

Leadership zaczyna się przy łóżku pacjenta

Przywództwo w pielęgniarstwie zaczyna się w codziennej pracy przy łóżku pacjenta. To właśnie osoby mające predyspozycje do pełnienia funkcji lidera, rozwijając je i doskonaląc swoje umiejętności oraz zdobywając doświadczenie, mogą zauważać obszary które wymagają zmian, a następnie szukać rozwiązań i je wprowadzać, wpływając tym samym pozytywnie na proces pielęgnacji i leczenia pacjenta. Co kluczowe - nikt nie rodzi się liderem, a raczej staje się nim w wyniku własnej ewolucji, która zachodzi pod postacią interakcji z innymi członkami zespołu terapeutycznego czy nabywaniem doświadczenia. Przy obecnie panującym na całym świecie niedoborze personelu pielęgniarskiego, wychwytywanie nowych przywódców jest kluczową kwestią, zapewniającą rozwój zawodu oraz dostosowanie do szybkiego tempa rozwoju medycyny. Istnieje potrzeba kształcenia w zakresie przywództwa środowiska pielęgniarskiego, ale także ułatwienia działania liderów w miejscach pracy. Właśnie w tym miejscu warto podkreślić wysoką istotność współpracy na linii lider-zarządzających, która może pomóc i usprawnić proces wprowadzania zmian oraz świadczenia usług na najwyższym poziomie, zgodnym z aktualnym stanem wiedzy. Problemem, który może występować w tym aspekcie jest prawidłowa i adekwatna identyfikacja liderów, w odniesieniu do tematu przywództwa negatywnego oraz pozytywnego. Często za liderów uznawane są osoby mające negatywny wpływ na zespół.

Pozytywny lider, czyli...

W takim wypadku powstaje pytanie, jakie cechy powinien mieć pozytywny lider pielęgniarstwa? Aby wpływać za zespół i środowisko pielęgniarskie, motywować do wprowadzania zmian i podążać z zespołem w tym procesie, liderzy powinni cechować się wieloma umiejętnościami zarówno z zakresu umiejętności twardych jak i umiejętności miękkich. Pielęgniarka-lider, powinna posiadać aktualną wiedzę kliniczną, a także swobodnie poruszać się w obszarze interpretacji oraz wyszukiwania doniesień naukowych. Jednak w środowisku, znajdziemy wiele osób posiadających właśnie te umiejętności, ale nadal nie będących liderami pielęgniarstwa. Wynika to z tego, że idealny lider-pielęgniarcha powinien posiadać także zespół cech i umiejętności miękkich i jedynie w momencie kiedy

za doświadczeniem, wiedzą kliniczną oraz swobodą w poruszaniu się w obszarze badań naukowych idzie umiejętność komunikacji, motywowania, empatii - możemy liczyć na stworzenie roli lidera. Poczucie współpracy i przynależności do zespołu, kreatywność i innowacyjność, pewność siebie oraz umiejętność rozmowy i aktywnego słuchania są kluczowe do zapewnienia skutecznej relacji na poziomie lider-zespół.

Kluczowe umiejętności lidera

Istnieje kilka stylów przywództwa w pielęgniarstwie, jednak niezależnie od obranego kierunku, liderzy powinni charakteryzować się także umiejętnościami krytycznego myślenia, które jest niezbędne we wdrażaniu zmian. Połączenie doniesień naukowych z praktyką, zawsze wymaga rozważenia wielu aspektów i odniesienia do sytuacji, przewidując jednocześnie skutki działań. Kolejną kluczową i uniwersalną cechą lidera powinna być także elastyczność i wysoki poziom rezyliencji oraz umiejętność do adaptacji w nowych sytuacjach.

Możesz zostać liderem niezależnie od miejsca pracy

Warto podkreślić także, iż przywództwo w pracy pielęgniarki/pielęgniarcha może rozwijać oraz realizować każda pielęgniarka, niezależnie od miejsca pracy oraz poziomu zatrudnienia. W każdym miejscu istnieje ogromna potrzeba na wprowadzanie zmian, mentorowanie, edukowanie i promowanie dobrych postaw. Niezależnie od tego, czy pracujemy w dużym szpitalnym zespole czy prowadzimy indywidualną praktykę pielęgniarską. Każda z pielęgniarek może rozwijać zdolności przywódcze, podejmując swoje codzienne wyzwania zawodowe.

Jeśli zastanawiasz się jak rozwijać swoje zdolności przywódcze, zastanów się na tych pytaniach:

- co oznacza dla mnie przywództwo w pielęgniarstwie i co wiem na jego temat?
- jakie mam możliwości przywództwa w swoim miejscu pracy?
- z jakich źródeł naukowych mogę korzystać i z jakich korzystam, aby zwiększać moją
- wiedzę kliniczną?
- czy mam cechy, które posiadają pozytywni liderzy?

Być może odpowiedź na te pytania pozwoli skierować się na odpowiednią drogę, a może już na tej drodze jesteście. Warto pamiętać, iż niezależnie od tego czy pełniimy rolę formalnego czy nieformalnego lidera w swoim zespole, to każdy z nas może być liderem dla samego siebie, motywując się i prowadząc proces samoedukacji, co bezpośrednio wpływa na poprawę opieki skoncentrowanej na osobie i rodzinie.

Chociaż cały tekst może wydawać się abstrakcją, kiedy przykłada się go do obrazu współczesnego środowiska pielęgniarskiego, należy mieć na uwadze, jedno proste zdanie - „nie ma zmian bez zmian”. To właśnie liderzy dają szansę na realną poprawę w naszym zawodzie i pomimo tego, że z pewnością przywództwo wymaga wiele wysiłku, a przed nami jeszcze wiele lekcji do odrobienia w tym temacie, to warto angażować się, pamiętając, że kropla drąży skałę. Nikt nie robi tego za nas. Personel pielęgniarski odgrywa istotną rolę w całym systemie opieki zdrowotnej, a ich przywództwo bezpośrednio wpływa na poprawę jakości świadczonej opieki oraz stanowi niekwestionowane źródło satysfakcji z wykonywanej pracy.

Wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarki

Źródło:www. adamed. expert

Wypalenie zawodowe najczęściej dotyczy osoby pracującą w zawodach, w których mamy do czynienia z silnym nakierowaniem na drugiego człowieka, a więc m.in. pielęgniarki. Wśród przyczyn należy wskazać na czynniki środowiskowe, ale także sposób przeżywania pracy i uświadomione lub nieświadomione oczekiwania. Ważne są elementy o charakterze psychologicznym, związane z wykonywanym zawodem.

Zespół wypalenia zawodowego - jak sobie z nim radzić

Pielęgniarki stanowią grupę zawodową o wysokim stopniu zagrożenia wypaleniem zawodowym. To konsekwencja pracy jaką wykonują, nastawionej na emocjonalne zaangażowanie się w zdrowie i życie swoich pacjentów.

Z badań przeprowadzonych na Uniwersytecie Humanistycznospołecznym SWPS, w 2022 r., na grupie 744 lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów pracujących w polskich szpitalach wynika, że dla 60 proc. z nich objawy wypalenia zawodowego są coraz częściej obserwowanym skutkiem stresu w ich środowisku pracy.

Czym jest wypalenie zawodowe?

Wypaleniem zawodowym określa się stan fizycznego i psychicznego wyczerpania pracą zawodową, który rozwija się w wyniku działania długotrwałych, negatywnych uczuć rozwijających się w związku z obciążeniami zawodowymi. Na podkreślenie zasługuje fakt, że pozostaje ono w dużym związku z rodzajem wykonywanej pracy oraz zaangażowaniem zawodowym danej osoby.

Amerykańska psycholog, prof. Christina Maslach, która zapoczątkowała badania nad wypaleniem zawodowym, podkreśla, że „na skutek tego zjawiska energia zamienia się w wyczerpanie, zaangażowanie w cynizm, a efektywność w jej brak”.

Te czynniki odpowiadają za wypalenie

Aby mówić o wypaleniu zawodowym u danej osoby, konieczne jest rozpoznanie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy pracą a brakiem satysfakcji u tej osoby. Stan ten nie pojawia się nagle a rozwija miesiącami. Często występuje na skutek stresu, przepracowania zawodowego w wyniku np. częstej pracy w godzinach nadliczbowych, co jest typowe dla pielęgniarek.

Wyróżniamy trzy etapy wypalenia zawodowego. Wyczerpanie emocjonalne objawiające się ogólnym wyczerpaniem, nadmiernym zmęczeniem i odczuwaniem wewnętrznej pustki. W kolejnym etapie pojawia się depersonalizacja, polegająca na zubożeniu w relacjach z pacjentami i współpracownikami. Na końcu obserwujemy głębokie poczucie braku osobistych kompetencji związanych z pracą, polegające na wewnętrznym przekonaniu, że nie nadaje się do wykonywanej pracy.

Sposoby na wypalenie zawodowe

Istnieje wiele sposobów na przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu, co pozwala na wybór indywidualnej strategii, dopasowanej do własnych potrzeb.

Jedną z nich jest relaksacja. Pod tą nazwą kryje się świadomy odpoczynek, polegający na odcięciu się od nadmiaru bodźców, zwłaszcza tych stresujących. Dzięki temu dochodzi nie tylko do rozluźnienia, zniwelowania wewnętrznego napięcia, ale też do zmniejszenia negatywnych emocji. Relaksacja nie oznacza jedynie beczynnego leniuchowania. Relaks to także realizacja własnych pasji, takich jak np. praca w ogródku, chodzenie po górach, jazda na rowerze, ale też czytanie książek, układanie puzzli. Najważniejszą rzeczą jest skuteczność danej metody dla konkretnej osoby.

Inny sposób to trening uważności (mindfulness). Polega on na kierowaniu uwagi na to, czego doświadczasz się w danej chwili. Pozwala on na uspokojenie oddechu, wyciszenia emocji a w konsekwencji zgromadzenie energii niezbędnej do mierzenia się z codziennymi wyzwaniami zawodowymi. Badacze z Uniwersytetu Kalifornijskiego potwierdzają, że włączenie ćwiczeń mindfulness do codziennej rutyny obniża wydzielanie hormonu stresu - kortyzolu, a także zmniejsza niepokój i fizyczne zmęczenie. Ćwiczeń w ramach treningu uważności jest mnóstwo. Jako przykład można podać wsłuchanie się w odgłosy natury. Ten sposób poleca dr Sławomir Murawiec, psychiatra i miłośnik ptaków. Wystarczy kilkuminutowy spacer do pobliskiego parku. Ważne, aby spacerować samemu a myśli skierować na słuchaniu odgłosów natury, nie myśląc w tym czasie o niczym innym.

Zdrowy balans. Nie ma efektywnej pracy bez wypoczynku i regeneracji. O ten należy zadbać zarówno krótko, jak i długofalowo. W pierwszym wymiarze chodzi o bezwzględne zadbanie o higienę pracy. Nie warto brać na siebie zbyt wiele obowiązków. Notoryczna praca po godzinach, praca ponad siły to prosta droga do wypalenia zawodowego. W długofalowej strategii chodzi o systematyczne minimum kilkudniowe przerwy w ramach urlopu. Wyjeżdżając na wakacje, należy bezwzględnie zostawić wszelkie sprawy zawodowe w placówce medycznej.

VI. Koniecznie Przeczytaj

OZZPiP: Obywatelski projekt ustawy o zmianie wynagrodzenia: narzędzie, nie cel sam w sobie

Obywatelski projekt ustawy dotyczący zmiany sposobu ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego dla niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych nie jest celem samym w sobie, lecz narzędziem do osiągnięcia innych celów – podkreślają inicjatorzy zmian.

Projekt ustawy trafił do Komisji Zdrowia. Obawy co do ostatecznego kształtu projektu są uzasadnione. W ostatnim posiedzeniu podkomisji poprawki zgłaszane przez posłów były niezgodne z intencjami obywatelskiego projektu i przypominały raczej koncert życzeń niż przemyślane działania – piszą w liście skierowanym do Premiera, Ministra Zdrowia, liderów partii koalicyjnych, przewodniczących klubów parlamentarnych oraz członków komisji zdrowia i finansów publicznych przedstawiciele komitetu obywatelskiego.

Cele projektu środowiska pielęgniarzek:

• Zwiększenie liczby pielęgniarzek w publicznym systemie zdrowia:

W 72 proc. polskich szpitali brakuje pielęgniarzek (dane Instytutu Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego). W Polsce na 1000 mieszkańców przypada średnio 6 pielęgniarzek, z czego 30 proc. pracuje w prywatnej ochronie medycznej. Dla porównania, w Niemczech blisko 13 pielęgniarzek na 1000 mieszkańców.

• Lepsze wykorzystanie kompetencji pielęgniarzek i położnych:

W obliczu rosnącego zapotrzebowania na usługi opiekuńcze i medyczne starzejącego się społeczeństwa, pełne wykorzystanie ich umiejętności jest kluczowe.

• Zagwarantowanie zastępowalności pokoleniowej: W Polsce średni wiek pielęgniarki to ponad 54 lata. Prawie co trzecia pielęgniarka i położna ma 51-60 lat, około 30 proc. przekroczyło już 60. rok życia, a tylko co szósta ma mniej niż 40 lat. W 2030 roku aż 65 proc. obecnie zatrudnionych pielęgniarzek i 60 proc. położnych będzie w wieku uprawniającym do świadczeń emerytalnych. Konieczne jest

zachęcenie młodych osób do pracy w publicznej ochronie zdrowia.

– Zaproponowane w ustawie uznanie kompetencji oraz zmniejszenie różnic płacowych pomiędzy pielęgniarzkami z różnych grup to narzędzie, nie cel sam w sobie. Trudno mi zrozumieć, że politycy tego nie mogą pojąć. W naszej ocenie to nie tylko niechęć do zmian, ale i olbrzymia krótkowzroczność. To nie żarty, to nie zabawa. Nieprzemyślane przepisy, które dzisiaj obowiązują robią bardzo dużo złego. Zniechęcają pielęgniarzki do pracy w publicznej służbie zdrowia, do podnoszenia kwalifikacji. Zamiast rozwoju będziemy mieć regres pielęgniarstwa – mówi Krystyna Ptok, przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

Zmiany zaproponowane w obywatelskim projekcie mają uporządkować sytuację w ochronie zdrowia. Kluczowe jest oddzielenie sposobu wynagrodzenia pracowników medycznych od niemedyceńskich. Tylko pracownicy medyczni mają ustawowy obowiązek ustawicznego kształcenia. Paradoksalnie, politycy nie widzą związku tego faktu z koniecznością uznawania posiadanych kwalifikacji, a nie tylko tych wymaganych.

Pielęgniarki oczekują zmian i działania. – Politycy w opozycji widzą problemy pielęgniarstwa, ale gdy obejmują władzę, zmieniają zdanie. Jeszcze raz podkreślam: pieniądze nie są celem. To narzędzie do realizacji celu, jakim jest poprawa sytuacji kadrowej. Mówimy wiele o jakości, ale to puste słowa. Jak można budować jakość obniżając jednocześnie poziom kluczowego personelu medycznego? – retorycznie pyta Krystyna Ptok.

Źródło: Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych ozzip.pl

Monitoring w gabinetach lekarskich? RPO prosi o wyjaśnienie resortu zdrowia

Znowelizowane przepisy ustawy o działalności leczniczej poszerzają uprawnienia kierowników podmiotów leczniczych w zakresie stosowania monitoringu w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Zdaniem obywateli nowe przepisy nadmiernie ingerują w prawo do prywatności i ochronę danych osobowych pacjentów. Marcin Wiącek pisze w tej sprawie do minister zdrowia Izabeli Leszczyńskiej.

Do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich wpływają skargi dotyczące znowelizowanych przepisów ustawy o działalności leczniczej, które poszerzają uprawnienia kierowników podmiotów leczniczych w zakresie stosowania monitoringu wizyjnego w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne (art. 23). Zdaniem skarżących nowe przepisy nadmiernie ingerują w prawo do prywatności i ochronę danych osobowych pacjentów.

Co mówią przepisy?

Zgodnie ze znowelizowanymi przepisami kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą może określić w regulaminie organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń, w których są udzielane świadczenia zdrowotne, jeżeli jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów lub do zapewnienia im bezpieczeństwa. Dotyczy to szpitali, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładów rehabilitacji leczniczej i hospicjów. Monitoring powinien uwzględniać konieczność poszanowania intymności i godności pacjenta, w tym przekazywanie obrazu w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych, potrzebę zastosowania monitoringu w danym pomieszczeniu oraz konieczność ochrony danych osobowych. Znowelizowane przepisy umożliwiają nagranie obrazu uzyskanego w wyniku monitoringu zawierającego dane osobowe i określają okres ich przechowywania nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania.

Dotychczasowe regulacje ograniczały możliwość zastosowania monitoringu w pomieszczeniach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne do określonych w odrębnych przepisach przypadków. Ponadto monitorowanie tych pomieszczeń rozumiane było jako możliwość bieżącego podglądu bez nagrywania, chyba że nagranie zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej stanowiło część dokumentacji medycznej.

Zastrzeżenia skarżących

Zdaniem wnioskodawców dodany art. 23a ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej daje zbyt dużą swobodę decyzyjną kierownikowi podmiotu leczniczego co do zastosowania monitoringu wizyjnego w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Przepis nie określa przesłanek zastosowania monitoringu (np. przesłanki konieczności) oraz nie pozostawia pacjentom

możliwości odmowy wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego w pomieszczeniu monitorowanym. Zdaniem skarżących naraża to pacjentów na ryzyko naruszenia ich prawa do intymności, godności i prywatności. Wątpliwości dotyczą też dostępu do nagrań z monitoringu, który przewidziany jest dla personelu technicznego i ochrony, a nie personelu medycznego.

Wątpliwości RPO

W piśmie do Minister Zdrowia Rzecznik Praw Obywatelskich wskazuje, że wykorzystywanie monitoringu wizyjnego w podmiotach leczniczych trzeba uznać za istotną ingerencję w prawo do prywatności pacjenta. Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.

Analizowana regulacja ustawy o działalności leczniczej odnosi się także do pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Gwarancje poszanowania godności i dóbr osobistych pracownika reguluje kodeks pracy. W ocenie Rzecznika wskazane regulacje dopuszczające możliwość zastosowania monitoringu wizyjnego w każdym pomieszczeniu, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, wskazanym przez kierownika podmiotu leczniczego, budzą uzasadnione wątpliwości z perspektywy proporcjonalności dopuszczalnych ograniczeń prawa do prywatności i ochrony danych osobowych. Granice dopuszczalnej ingerencji w odniesieniu do prawa do prywatności i ochrony danych osobowych wyznaczają przepisy art. 31 ust. 3 Konstytucji RP oraz art. 51 ust. 2 i 5 Konstytucji RP.

W piśmie RPO przytacza orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego i sądów międzynarodowych na poparcie swojego stanowiska. Przypomina, że Trybunał Konstytucyjny wskazuje w swoich orzeczeniach, iż w odniesieniu do sfery wolności i praw człowieka zastrzeżenie wyłącznie ustawowej rangi unormowania ich ograniczeń należy pojmować dosłownie. Sprawy istotne, które muszą zostać uregulowane w ustawie, obejmują w szczególności warunki dopuszczalności przetwarzania danych osobowych.

Przyjęty w art. 23a ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej sposób określenia zasad i warunków przetwarzania danych osobowych poprzez zastosowanie monitoringu wizyjnego w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia lecznicze, budzi uzasadnione wątpliwości Rzecznika Praw Obywatelskich.

Dlatego Marcin Wiącek prosi minister zdrowia Izabelę Leszczyńską o odniesienie się do tych zastrzeżeń. Prosi także o informację, czy do Ministerstwa Zdrowia wpływają skargi obywateli na znowelizowane przepisy oraz czy planowane są kontrole w podmiotach leczniczych w zakresie stosowania monitoringu na podstawie nowych przepisów.

Źródło: Rzecznik Praw Obywatelskich bip.brpo.gov.pl

Pielęgniarki nadal zawodem deficytowym w roku 2024

Źródło: mZdrowie.pl

Barometr zawodów 2024, który opracowuje Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie, jest prognozą przygotowaną na podstawie opinii 2300 ekspertów związanych z rynkiem pracy, w tym agencji zatrudnienia, urzędów pracy i organizacji pracodawców. Według niej rozpoczynający się 2024 rok będzie już trzecim z rzędu bez profesji, która byłaby nadwyżkowa w skali całego kraju. Wydłużył się z kolei wykaz zawodów dotkniętych niedoborem kadr, gdzie ofert pracy będzie więcej niż kandydatów.

W pierwszej trójce deficytowych profesji po raz kolejny znalazły się pielęgniarki, których brakuje w 88 proc. powiatów, a których niedobór w kolejnych latach może się nasilać. Jak przypomina Kamil Sobolewski, główny ekonomista Pracodawców RP, już dziś Polska jest jednym z trzech krajów Unii Europejskiej o najmniejszej liczbie pielęgniarek w przeliczeniu na liczbę mieszkańców, a najliczniejsze pielęgniarskie roczniki właśnie przechodzą na emeryturę.

Jak podano w raporcie, już w 340 na 380 powiatów wyzwaniem będzie niedobór psychologów i psychoterapeutów, którzy na ogólnokrajową listę trafili po wybuchu pandemii. W czołówce profesji, w których w skali całego kraju będzie trudno wypełnić wakaty, są też po raz kolejny lekarze.

Tegoroczny wykaz deficytowych zawodów liczy już 29 pozycji, bo powiększył się od 2023 roku o nauczycieli przedszkolnych i pracowników służb mundurowych. Jak komentują autorzy barometru, wpływ na tę zmianę miała wysoka inflacja przy realnym spadku płac w sektorze publicznym, potencjalnych kandydatów do pracy w przedszkolach (a także w szkołach) zniechęcają mało atrakcyjne zarobki i konkurencja innych profesji. Jednak ich niedobór (który powinna złagodzić 33-proc. podwyżka wynagrodzeń nauczycieli) jest i tak mniej dotkliwy niż prognozowane niemal w całym kraju braki pracowników w zawodach medycznych.

Zapotrzebowanie na szczepionki z kalendarza szczepień- propozycje nowych rozwiązań organizacyjnych

Źródło: www.adamed.expert

We wrześniu do konsultacji publicznych trafił projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia sprawie zapotrzebowania na szczepionki służące do przeprowadzania szczepień obowiązkowych. Projektowane rozporządzenie zastąpi obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2017 r. w sprawie zapotrzebowania na szczepionki służące do przeprowadzania szczepień obowiązkowych.

Projekt rozporządzenia ma rozwiązać problem związany z okresowym brakiem szczepionek i zapewnić nieprzerwaną dostępność szczepionek dla świadczeniodawców poprzez odpowiednie planowanie zapotrzebowania. Dotychczasowe rozwiązania gromadziły dane z kolejnych szczebli inspekcji sanitarnych. Był to proces czasochłonny, skomplikowany i wieloetapowy. Proponowane w rozporządzeniu rozwiązania organizacyjne pozwalają na monitorowanie i ustalenie zapotrzebowania poprzez analizę danych zawartych w Elektronicznym Systemie Nadzoru nad Dystrybucją Szczepionek (ESNDS). Szacowanie na szczeblu krajowym oparte na danych zawartych w ESNDS, pozwoli również uwzględnić bieżące informacje.

Projekt rozporządzenia określa:

- podmioty zobowiązane do sporządzania ilościowego zapotrzebowania na szczepionki służące do przeprowadzania szczepień obowiązkowych, wraz z harmonogramem dostaw szczepionek, przechowywania i dystrybucji tych szczepionek
- zadania w zakresie sporządzania ilościowego zapotrzebowania na szczepionki wraz z harmonogramem dostaw, przechowywania i dystrybucji szczepionek wraz ze wskazaniem podmiotów odpowiedzialnych za ich realizację oraz sprawozdań z realizacji programu w postaci raportów zawierających: rodzaje i liczby posiadanych szczepionek, numery seryjne oraz terminy ważności.

Kluczową rolę odgrywa Główny Inspektor Sanitarny, który nadzoruje proces planowania zapotrzebowania na szczepionki na poziomie krajowym, a także sporządza prognozy dystrybucji szczepionek. Dużą rolę odgrywa planowanie zapotrzebowania na różnych szczeblach, gdzie odpowiedzialnymi są wyznaczone przez ministra zdrowia instytucje:

- Główny Inspektor Sanitarny
- Wojewódzkie Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne
- Powiatowe Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne
- Centralna Baza Rezerw Sanitarно-Przeciwdemicznych

Wg projektu rozporządzenia Główny Inspektor Sanitarny do dnia 30 czerwca każdego roku sporządza i przekazuje Ministrowi Zdrowia ilościowe zapotrzebowanie na szczepionki dla terytorium Polski. Jest to zapotrzebowanie krajowe. Zapotrzebowanie krajowe zawiera zapotrzebowanie na szczepionki (ilości):

- krótkoterminowe – obejmujące okres do końca danego roku
- średnioterminowe – obejmujące okres do końca roku następnego
- długoterminowe – obejmujące okres 24 miesięcy następujących po miesiącu, w którym sporządzono zapotrzebowanie krajowe.

Narodowa Strategia Onkologiczna- Sprawozdanie za rok 2023

Źródło: www.adamed.expert

Na posiedzeniu sejmowej komisji zdrowia w dniu 25 lipca 2024 zajęto się rozpatrzeniem sprawozdania za rok 2023 z wykonania „Narodowej Strategii Onkologicznej”. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 została przyjęta w lutym 2020 roku. Strategia jest programem określającym kierunki rozwoju opieki onkologicznej w Polsce, wpisującym się w zalecenia Komisji Europejskiej.

Główny Inspektor Sanitarny do dnia 21 grudnia roku poprzedzającego realizację programu szczepień ochronnych, przekazuje do dyrektora Centralnej Bazy Rezerw Sanitarно-Przeciwdemicznych prognozę dystrybucji szczepionek objętych zapotrzebowaniem krajowym w podziale na województwa dla poszczególnych kwartałów realizacji Programu Szczepień Ochronnych.

Projektowane rozporządzenie, analogicznie jak obecne przepisy, wskazuje państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych, państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych oraz Głównego Inspektora Sanitarnego, jako podmioty odpowiedzialne za realizację zadań w zakresie sporządzania ilościowego zapotrzebowania na szczepionki.

Nowością jest oparcie projektowanych przepisów na rozróżnieniu ilościowych zapotrzebowań na szczepionki na:

- zapotrzebowanie na szczepionki dla obszaru powiatu wraz z harmonogramem dostaw, przechowywania i dystrybucji szczepionek (zapotrzebowanie powiatowe) lub zapotrzebowanie na szczepionki dla obszaru województwa wraz z harmonogramem dostaw, przechowywania i dystrybucji szczepionek (zapotrzebowanie wojewódzkie) – zapotrzebowanie o charakterze bieżącym
- zapotrzebowanie krajowe – zapotrzebowanie o charakterze okresowym.

To zróżnicowanie sposobu określania zapotrzebowania ilościowego na szczepionki jest konieczne ze względu na odmienne cele oraz charakter potrzeb.

Przykładowo zapotrzebowanie na szczepionki na szczeblu powiatowym jest zależne od skali zamówień składanych bezpośrednio przez świadczeniodawców, co odbywa się praktycznie na bieżąco. Rocznie we wszystkich 318 powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych odbywa się około 100 tys. wydań szczepionek dla ponad 10 tys. świadczeniodawców, z których większość to świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Zapotrzebowania składane przez POZ dotyczą najczęściej okresu najbliższych 1 do 2 miesięcy realizacji szczepień.

Świadczeniodawcy POZ nie są obowiązani do określania swojego zapotrzebowania w dłuższej perspektywie czasowej (np. na następny rok), co jest spowodowane przede wszystkim faktem, że znaczny procent szczepień jest wykonywanych w ciągu kilku miesięcy po urodzeniu.

Zapotrzebowanie na szczepionki wynika zatem z okoliczności, których nie można przewidzieć ani na które nie ma wpływu: nieznaną jest dokładna liczba nowych urodzeń, a także liczba niemowląt, które zostaną po urodzeniu zapisane do danego świadczeniodawcy.

Ponadto znaczna część rodziców dzieci u danego świadczeniodawcy już zapisanych, decyduje się wykonać szczepienia obowiązkowe szczepionkami wysoko-skojarzonymi, które kupują z własnych środków, co również ogranicza możliwość oszacowania rocznego zapotrzebowania. W związku z powyższym zapotrzebowania powiatowe oraz sporządzane na ich podstawie zapotrzebowania wojewódzkie mają wyłącznie charakter bieżący, służący zaspokojeniu aktualnych potrzeb zgłaszanych przez świadczeniodawców.

Projekt rozporządzenia ma wejść w życie w ciągu 14 dni od ogłoszenia.

Doświadczenia innych krajów Europy wskazują, że w przypadku programów onkologicznych integracja działań w obszarze profilaktyki, kształcenia, rozwoju nauki, transferu technologii i zmian systemowych umożliwia widoczną poprawę wskaźników epidemiologicznych.

W Polsce liczba zachorowań na choroby nowotworowe systematycznie rośnie, dlatego wskazane jest wprowadzanie i modyfikowanie w toku działania systemowych rozwiązań. Proponowane rozwiązania organizacyjne mają przyczynić się do poprawy jakości świadczonej opieki onkologicznej, co zwiększy szanse

pacjentów na powrót do zdrowia po chorobie nowotworowej.

Narodowa Strategia Onkologiczna obejmuje szereg działań zaplanowanych do podjęcia w latach 2020-2030, które skoncentrowane są wokół pięciu kluczowych obszarów:

1. Rozwój systemu kształcenia personelu medycznego przez inwestycje w kadry medyczne
2. Zwiększenie świadomości społecznej na temat profilaktyki nowotworów oraz kształtowanie postaw prozdrowotnych przez inwestycje w edukację
3. Zwiększenie dostępności i zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawa ich jakości przez inwestycje w pacjenta
4. Wsparcie badań naukowych w onkologii oraz zapewnienie dostępu do nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych przez inwestycje w naukę i innowacje
5. Optymalizacja procesu leczenia, a także doposażenie ośrodków w nowoczesny sprzęt i infrastrukturę przez inwestycje w system opieki onkologicznej.

W populacji kobiet największa liczba nowotworów występuje w obrębie: piersi, płuc, jelita grubego oraz trzonu macicy. Nowotwory płuca utrzymują pierwszą pozycję wśród nowotworowych przyczyn zgonów kobiet (18%), wyprzedzając nowotwory piersi (14,9%) Trzecią najczęstszą przyczyną zgonów na skutek nowotworów złośliwych u kobiet w ciągu ostatnich kilku lat pozostaje rak jelita grubego.

Najczęstszym nowotworem, na którego chorują mężczyźni jest nowotwór gruczołu krokowego (21%). Nowotwory złośliwe płuca są drugim, co do częstości występowania, nowotworem u mężczyzn (15%). Na trzecim miejscu (9,2% zachorowań) znajduje się rak jelita grubego z rosnącą tendencją zachorowalności.

Z przedstawionego sprawozdania otrzymujemy informacje na temat najważniejszych działań, podjętych w 2023 r. w celu realizacji założeń Narodowej Strategii Onkologicznej, uporządkowane według kluczowych obszarów.

W obszarze inwestycji w kadry:

- dokonano zmiany standardów kształcenia na studiach na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym
- zaktualizowano programy szkolenia specjalizacyjnego dla pielęgniarek w dziedzinach: pielęgniarstwo geriatryczne, onkologiczne, pediatriczne, psychiatryczne, rodzinne i w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących oraz dla położnych w dziedzinach: pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze i pielęgniarstwo rodzinne. Uzupełniono treści programowe w zakresie profilaktyki przeciwnowotworowej i opieki nad chorymi na nowotwory w trakcie i po zakończenia leczenia, co poszerzy wiedzę uczestników szkoleń i przyczyni się do podniesienia jakości opieki nad indywidualnym pacjentem.
- wdrożono przepisy prawne umożliwiające lekarzom i lekarzom denty stom certyfikację umiejętności zawodowych związanych z profilaktyką, diagnostyką i terapią onkologiczną.
- weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza denty stom. W rozporządzeniu określono programy szkoleń m.in. w zakresie profilaktyki onkologicznej, leczenia bólu, komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz bioetyki.
- zaktualizowano program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizyki medycznej oraz kontynuowano prace nad opracowaniem programów kształcenia podyplomowego dla psychoonkologów i koordynatorów opieki onkologicznej

W obszarze inwestycji w edukację:

- prowadzono szczepienia przeciwko HPV dziewcząt i chłopców w okresie dojrzewania oraz realizowano kampanię informacyjno-promocyjno-edukacyjną
- kontynuowano kampanię społeczną „Planuję Długie Życie” mającą

na celu edukację prozdrowotną i promocję zdrowego stylu życia

- przeprowadzono program pilotażowy w szkołach ukierunkowany na edukację dzieci i młodzieży w zakresie profilaktyki nowotworów złośliwych
- wprowadzono jednolite testy sprawności fizycznej uczniów w celu identyfikacji i monitorowania problemów zdrowotnych, a także promocji aktywności fizycznej jako elementu zdrowego stylu życia
- kontynuowano realizację programu „Szkolny Klub Sportowy”, mającego na celu promowanie aktywności fizycznej oraz zdrowego stylu życia wśród dzieci i młodzieży
- prowadzono program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS”
- uruchomiono program pilotażowy „Dobry posiłek w szpitalu”, którego celem jest wdrożenie optymalnego modelu żywienia pacjentów szpitalach oraz zwiększenie dostępności do porad żywieniowych

W obszarze inwestycji w pacjenta

- rozwijano funkcjonalności Internetowego Konta Pacjenta oraz aplikacji mojejIKP
- zakończono realizację „Pilotażu zastosowania badania molekularnego w kierunku wirusa brodawczaka ludzkiego wysokiego ryzyka (HPV HR) jako nowego testu przesiewowego w programie profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce”
- kontynuowano program badań w kierunku wykrywania raka płuca, który polega na wykonywaniu badań niskodawkowej tomografii komputerowej w populacji osób wysokiego ryzyka zachorowania na raka płuca
- wprowadzono obowiązek stosowania przez podmioty lecznicze mammografów cyfrowych podczas wykonywania badań przesiewowych w ramach Programu profilaktyki raka piersi - z zachowaniem dwuletniego okresu przejściowego, tj. od dnia 30 września 2025 r.
- wprowadzono zmiany Kodeksie pracy, umożliwiające skierowanie pracownika przez lekarza medycyny pracy na badania profilaktyczne
- prowadzono kampanie społeczne ukierunkowane na zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie korzyści z przeprowadzania regularnych badań przesiewowych
- Narodowy Fundusz Zdrowia prowadził bezpłatną infolinię funkcjonującą 24/7, pod numerem, której konsultanci udzielali informacji m.in. o dostępnych programach profilaktycznych

W obszarze inwestycji w naukę i innowacje

- rozszerzono wykaz leków refundowanych w terapiach onkologicznych – w 2023 r. refundacją objęto 145 innowacyjnych terapii
- weszła w życie ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. U. poz. 605).
- kontynuowano działania wspierające rozwój badań klinicznych w obszarze onkologii oraz działalność edukacyjno-szkoleniową Agencji Badań Medycznych,
- Agencja Badań Medycznych przyznała dofinansowanie w łącznej kwocie 550,7 mln zł na utworzenie 19 Regionalnych Centrów Medycyny Cyfrowej
- w ramach rozwoju Polskiej Sieci Badań Klinicznych, dokonano odbioru systemu teleinformatycznego oraz rozpoczęto proces systematycznego tworzenia i uzupełniania treści serwisu, a także utworzono konta użytkowników dla członków i obserwatorów Sieci.
- Agencja Badań Medycznych uruchomiła, prowadziła i promowała wyszukiwarkę badań klinicznych finansowanych przez Agencję.

W obszarze inwestycji w system opieki onkologicznej

- dofinansowano wymianę i zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia

nowotworów złośliwych za niemal 345 mln zł

- weszła w życie ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej
- zakończono projekt POWER „Wsparcie procesu poprawy jakości w patomorfologii poprzez wdrożenie standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi”. Wydano 49 certyfikatów dla jednostek diagnostyki patomorfologicznej, które uzyskały pozytywną ocenę podczas przeglądu akredytacyjnego.
- wprowadzono dodatkowe finansowanie kosztów diagnostyki patomorfologicznej w podmiotach leczniczych, które uzyskały certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia

- kontynuowano działania mające na celu poprawę dostępu do pomocy społecznej dla osób w trakcie leczenia i po przebytej chorobie nowotworowej
 - zakończono projekt „Budowa nowoczesnej platformy gromadzenia i analizy danych z Krajowego Rejestru Nowotworów oraz onkologicznych rejestrów narządowych, zintegrowanej z bazami podmiotów leczących choroby onkologiczne (e-KRN+)”. Przyjęto regulacje prawne umożliwiające gromadzenie rozszerzonego zakresu danych dla nowotworów hematologicznych, a także utworzono Zintegrowaną Platformę Rejestrów Onkologicznych.
- W ramach programu w 2023 roku realizowane były 63 zadania.

Orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wystawi pielęgniarz

Źródło: www.adamed.expert

Rząd przedstawił założenia nowelizacji ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw. W sprawach, gdzie ustala się niezdolność do samodzielnej egzystencji, orzeczenie będzie mogła wydać pielęgniarz lub pielęgniarz.

Centra orzecznicze ZUS

Rząd planuje utworzenie centrów orzeczniczych w ZUS, mających na celu konsolidację zadań związanych z orzecznictwem. Zgodnie z informacjami zawartymi w wykazie prac legislacyjnych rządu, dotyczącym planowanej nowelizacji ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i innych ustaw, takie rozwiązanie ma przynieść szereg korzyści. Skupienie większej liczby lekarzy i specjalistów orzekających na jednym, rozleglejszym obszarze oraz skoncentrowanie nadzoru nad wydawanymi orzeczeniami w jednym miejscu ma zwiększyć możliwości efektywnej organizacji pracy. Umożliwi to elastyczne delegowanie zadań między lekarzami oraz zapewni większą bezstronność specjalistów wydających orzeczenia. Rząd uważa, że taka centralizacja przyczyni się do usprawnienia procesu orzeczniczego i poprawy jego jakości.

Uprawnienia orzecznicze dla pielęgniarzy

Nowe przepisy rozszerzają grono osób uprawnionych do wydawania

orzeczeń o niezdolności do pracy o specjalistów wykonujących samodzielne zawody medyczne. W przypadku rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, dotyczącej narządu ruchu, orzeczenie będzie mógł wydać fizjoterapeuta. Z kolei w sprawach dotyczących niezdolności do samodzielnej egzystencji, uprawnienia orzecznicze otrzymają pielęgniarz i pielęgniarze. O skierowaniu danej sprawy do konkretnego specjalisty będzie decydował główny lekarz orzecznik, pełniący funkcję nadzorczą nad procesem wydawania orzeczeń w centrum orzeczniczym.

Utrata prawa do zasiłku chorobowego

Proponowane zmiany legislacyjne precyzują też okoliczności, w których ubezpieczony może utracić prawo do zasiłku chorobowego za cały okres zwolnienia lekarskiego. Ta modyfikacja jest powiązana z planowaną reformą systemu kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich, która zostanie uregulowana nowym rozporządzeniem.

Dodatkowo projekt wprowadza jasne określenie procedury skierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej. Zgodnie z art. 69 ust. 2 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, takie skierowanie będzie następować w formie decyzji administracyjnej. Od tej decyzji przysługiwać będzie prawo odwołania do sądu powszechnego.

Rząd planuje przyjąć projekt w III kwartale 2024 roku.

VII. Ogłoszenia i podziękowania

„Człowiek jest wielki nie przez to, co posiada,
lecz przez to kim jest;
Nie przez to, co ma,
lecz przez to, czym dzieli się z innymi”.
Jan Paweł II

Podziękowanie

Koleżance Zofii Łabędzkiej

W związku z przejściem na emeryturę, ogromne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową,
za wspólne przepracowane lata, życzliwość, oddanie, serdeczne podejście do człowieka,
profesjonalizm, fachowość,
poświęcenie, za uśmiech, każde ciepłe słowo, „życiową mądrość” i pomocną dłoń wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia,
pomyślności i radości w życiu osobistym składają:

Dyrekcja oraz koleżanki i koledzy z Domu Pomocy Społecznej” Pod Topolami”
w Lesznowoli

Podziękowanie dla
Jadwigi Orzechowskiej i Marii Trybuły
W związku z przejściem na emeryturę składamy podziękowania
za wieloletnią pracę.

Życzymy Wam koleżanki zdrowia, szczęścia i spełnienia wszystkich marzeń, które zawsze były na drugim planie podczas pełnienia obowiązków zawodowych. Niech ten czas będzie dla Was okazją do odpoczynku, czerpania radości z życia oraz realizowania pasji.

Personel Oddziału P5 SWPZZPOZ 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. Antoniewicz Annie zatrudnionej w NZOZ „Pielęgniarki i Położne” Śródmieście 3 | 15. Duszy Barbarze zatrudnionej w M.Sz.S. Sp. z o.o. |
| 2. Gołąbek Zofii zatrudnionej w NZOZ „Pielęgniarki i Położne” Śródmieście 3 | 16. Kober Ewie zatrudnionej w RSzS |
| 3. Lis Marii zatrudnionej w NZOZ „Pielęgniarki i Położne” Śródmieście 3 | 17. Jagiełło Marzenie zatrudnionej w RSzS |
| 4. Dawidowicz Elżbiecie zatrudnionej w NZOZ „Pielęgniarki i Położne” Śródmieście 3 | 18. Niemkiewicz Joannie zatrudnionej w RSzS |
| 5. Pachockiej Wiesławie zatrudnionej w VITAL-MED MERITUM sp. z o.o. | 19. Stanisławek Iwonie zatrudnionej w RSzS |
| 6. Żak Małgorzacie zatrudnionej w SPZOZ w Wolanowie | 20. Barcikowskiej Annie zatrudnionej w M.Sz.S. Sp. z o.o. |
| 7. Dąbrowie Wiesławie zatrudnionej w SPZZOZ w Szydłowcu | 21. Jędrzejczak Zofii zatrudnionej w NZOZ NOVAMED w Rusinowie |
| 8. Bajór Elżbiecie zatrudnionej w Przychodni Gołębiów Sp. z o.o. | 22. Ponceleusz Kindze zatrudnionej w PCM Grójec |
| 9. Kołodziejczyk Bożenie zatrudnionej w RSzS | 23. Wiosnie Marioli zatrudnionej w SWPZZPOZ w Radomiu |
| 10. Sawickiej Teresie zatrudnionej w PZU Zdrowie S.A. | 24. Bernaciak Małgorzacie zatrudnionej w SPZZOZ – Szpital w Ilży |
| 11. Ludwiczak Elżbiecie zatrudnionej w PZU Zdrowie S.A. | 25. Białczak Bożenie Józefie zatrudnionej w RSzS |
| 12. Wochniak Halinie zatrudnionej w NZOZ Ewa Chudecka- Dziekan w Wieniawie | 26. Bujak Annie zatrudnionej w M.Sz.S. Sp. z o.o. |
| 13. Sokulskiej Małgorzacie zatrudnionej w OIPiP w Radomiu | 27. Pawęzkiej Renacie Teresie zatrudnionej w Grupowej Praktyce Pielęgniarskiej „Szkolmed” |
| 14. Brzozowskiej Grażynie zatrudnionej w RSzS | 28. Kowalczyk Barbarze zatrudnionej w RSzS |
| | 29. Nowakowskiej Jolancie zatrudnionej w M.Sz.S. Sp. z o.o. |
| | 30. Walczak Annie Bogumile zatrudnionej w SPZOZ w Jedlni Letnisko |

Informujemy, że OIPiP w Radomiu nawiązała współpracę z VanityStyle na korzystnych warunkach. Dotyczy ona kart sportowych dla pielęgniarek/pielęgniarzy/położnych wpisanych do rejestru izby oraz ich rodzin.

Już od listopada 2024 możesz aktywnie spędzać czas.

Zachęcamy do zapoznania się z ofertą przez wszystkich naszych członków.

Szczegółowe informacje przesłane zostały na adresy mailowe wskazane przez członków OIPiP oraz dostępne są na stronie internetowej www.orpip.radom w zakładce: **Karty sportowe**



Joga? Taniec? Siłownia?
A może sztuki walki?

LUBISZ MIEĆ WYBÓR?
ĆWICZ JAK LUBISZ!

Już teraz zapisz się do programu FitProfit lub FitSport i zrób coś dobrego dla siebie.

ZAMÓW KARTĘ DLA SIEBIE I BLISKICH!

Możliwość zamówienia kart dla pracowników, osób towarzyszących, dzieci i seniorów.

	FitProfit	FitSport
Członek	156,00 zł	72,00 zł
Os. towarzysząca	175,00 zł	110,00 zł
	 Poniższe karty można zamówić również przy wyborze karty pracownika FitSport	
Dziecko Basen	40,00 zł	
Dziecko	90,00 zł	
Junior	100,00 zł	
Senior	125,00 zł	

- Tysiące obiektów w całej Polsce
- Możliwość dołączenia do programu osób towarzyszących
- Dziesiątki dyscyplin



www.vanitystyle.pl/obiekty

JAK ZAMÓWIĆ KARTĘ?

Aby zapisać się do programu kliknij w link. Masz czas do 20 października!

Zapisz się do programu

DOŁĄCZ DO KLUBU OSÓB, KTÓRE ĆWICZĄ JAK LUBIĄ!

FitProfit

FitSport

VANITYSTYLE
TIME FOR ACTION



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Zaprasza na konferencję szkoleniową:

Samodzielność i kompetencje zawodowe pielęgniarek i położnych w praktyce

W programie m.in.

- warunki realizacji porad pielęgniarek i położnych POZ
- warunki realizacji porad pielęgniarek i położnych w AOS
- praktyczne aspekty preskrypcji



Warszawa, 26 listopada 2024
Hotel Airport Okęcie
ul. Komitetu Obrony Robotników 24

Rejestracja -> www.nipip.pl





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.	Pielęgniarstwo operacyjne – dla pielęgniarek	27.07.2024
SZKOLENIA SPECJALISTYCZNE		
1.	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych Kurs dla pielęgniarek i położnych	27.09.2024
2.	Resuscytacja krążeniowo – oddechowa Kurs dla pielęgniarek i położnych	04.10.2024
3.	Wywiad i badanie fizykalne Kurs dla pielęgniarek i położnych	30.11.2024
4.	Leczenie ran Kurs dla pielęgniarek	07.12.2024
5.	Żywienie dojelitowe i pozajelitowe Kurs dla pielęgniarek	07.09.2024
6.	Szczepienia ochronne Kurs dla położnych	19.10.2024
7.	Szczepienia ochronne Kurs dla pielęgniarek	19.10.2024
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

VIII. Z żałobnej karty



Z wielkim żalem zawiadamiamy, że w dniu 24 marca 2024 r.

odeszła od nas Wspaniała Koleżanka

Zofia Chmielewska

Wieloletnia pielęgniarka Domu Pomocy Społecznej „Pod Topolami” w Lesznowoli

Dziękujemy Ci koleżanko za wszystkie chwile, za radość, za pomoc, wsparcie, życzliwość. Za to, że dla wielu byłaś zawodowym autorytetem, wspierałaś i pomagałaś w trudnych chwilach.

Żegnamy Cię jako naszą serdeczną koleżankę i przyjaciółkę, z którą pracowałyśmy wiele lat.

Odeszłaś pozostawiając puste miejsce, którego nikt nie zdoła wypełnić.

Wierzmy, że częśćka Ciebie na zawsze pozostanie wśród nas.

Dyrekcja, Koleżanki i Koledzy z DPS „Pod Topolami” w Lesznowoli

Pożegnanie

Z wielkim żalem zawiadamiamy że w dniu 07.07.2024 roku zmarła

Śp. Zofia Bilśka

Chcemy razem z innymi podziękować za dar Jej życia w służbie drugiemu człowiekowi. Przez 35 lat pracowała zawodowo, w tym ponad 20 lat jako pielęgniarka: na początku w szpitalu później w żłobku a następnie pomagała Mieszkańcom Domu Pomocy Społecznej im. Matysiaków w Warszawie i Mieszkańcom Domu Pomocy Społecznej Weterana Walki i Pracy w Radomiu.

Myśląc o Jej przejściu do domu Ojca po ludzku uważamy, że trochę za wcześnie na to rozstanie.

Wobec Twojej Pani Zosi Rodziny i Przyjaciół chcemy powiedzieć dzięki przede wszystkim:

- za bycie człowiekiem ciepłym i serdecznym, - za uśmiech na twarzy, który oświecał Twoją osobę,
- za profesjonalizm w pracy,
- za dzielenie się wiedzą i doświadczeniem ze współpracownikami by jak najlepiej opiekować się potrzebującymi,
- za koleżeńskość,
- za dbanie o mieszkańców w wymiarze ich zdrowia i życia.

Śpieszmy się kochać ludzi.. słowa Księdza Twardowskiego znajdują się w centralnym miejscu w Domu Pomocy Społecznej Weterana Walki i Pracy w Radomiu i oddają w pełni doniosłość tej chwili. Jeszcze raz dziękujemy za Twoją postawę Droga Pani Zosiu i nie mówimy żegnaj prosimy wspieraj Nas w ramach świętych obcowania.

Dyrektor i Pracownicy Domu Pomocy Społecznej

Weterana Walki i Pracy w Radomiu

„Śmierć przychodzi cicho, nieproszona, nigdy nie ma na nią odpowiedniej chwili.
Jest zawsze gościem nie na czas.”



Z głębokim bólem i żalem zawiadamiamy,
że w dniu 3 sierpnia 2024r. odeszła od nas nasza Koleżanka

BEATA SIELWANOWSKA

długoletnia Pielęgniarka Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala w Ilży.

Z tym szpitalem była związana przez całe swoje 35- letnie życie zawodowe.

Życzliwa, wrażliwa, odpowiedzialna i rzetelna w wypełnianiu powierzonych obowiązków.

Swoją wiedzą i doświadczeniem chętnie dzieliła się z innymi.

Zawsze koleżeńska, pomocna, stanowiła wsparcie i dodawała otuchy w trudnych chwilach.

Taką będziemy Cię pamiętać. Żegnamy Cię nasza serdeczna Koleżanko i Przyjaciółko, pracowałyśmy z Tobą wiele lat

i wierzymy, że częśćka Ciebie na zawsze pozostanie wśród nas.

Dziękujemy Ci za wszystkie chwile, za radość, za pomoc, wsparcie, życzliwość.

Koleżanki Pielęgniarki i Pracownicy Oddziału Chorób Wewnętrznych

SP ZZOZ Szpital w Ilży



Z żalem zawiadamiamy, że w dniu 26.08.2024 roku zmarła nasza

Koleżanka pielęgniarka

Krystyna Król

Przez prawie 40 lat pracowała zawodowo w Przychodni Gruźlicy i Chorób Płuc Radomskiego Szpitala Specjalistycznego. Szkoliła pielęgniarki z zakresu ftyzjatrii, prowadziła kursy szczepień BCG i prób tuberkulinowych.

CZEŚĆ JEJ PAMIĘCI !

Przełożona Poradni Specjalistycznych

Dorota Szczepanowska wraz z zespołem pielęgniarek

Do wszystkich kondolencji przylączy się 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

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

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

NUMERY KONT BANKOWYCH

Bardzo prosimy o przekazywanie do banku PEKAO S.A:

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

Ubezpieczenia nr konta : 45 1240 3259 1111 0011 0504 4607

Konto bieżące nr: 41 1240 3259 1111 0011 0504 4388



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Radomiu



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