



BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W GORZOWIE WIELKOPOLSKIM

Nr 5 (148) 21 ISSN 1429-9275

Gorzów Wlkp., GRUDZIEŃ 2021 r.



BIULETYN INFORMACYJNY Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.

WYDAWCA:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. (do użytku wewnętrznego)
ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp., tel. 95 729 67 84

**Konto: PKO BP S.A. II o/Gorzów Wlkp.
nr 34 1020 1967 0000 8602 0044 9249**

ZESPÓŁ REDAKCYJNY: Marta Powchowicz, Alicja Świątek, Wiesława Kandefer, Małgorzata Paradowska

OPRACOWANIE TECHNICZNE: Małgorzata Paradowska

SKŁAD I DRUK: SONAR Sp. z o.o., ul. Kostrzyńska 89, 66-400 Gorzów Wlkp., tel. 95 72 50 335
e-mail: biuro@sonar.pl; www.sonar.pl

ISSN 1429-9275 Nakład: 780 szt.

W BIULETYNIE:

1. Stanowisko nr 54 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 października 2021 r. 4
2. Stanowisko nr 55 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 października 2021 r. 4
3. Pisma w sprawie zaleceń dotyczących realizacji przez pielęgniarki POZ świadczeń zdrowotnych u pacjenta z COVID – 19, w zakresie przewożenia odpadów medycznych 5
4. Pisma w sprawie postępowania z dokumentacją medyczną w przypadku zaprzestania wykonywania działalności leczniczej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych 7
5. Opinie i Wnioski Konsultantów 13
6. Notatka z Sympozjum Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki Oddział Ziemi Lubuskiej 18
7. Inauguracja Roku Akademickiego w Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim 20
8. IV Gorzowski Tydzień Seniora 21
9. Wywiad z pielęgniarką Walentyną Frąckowiak 21
10. Rola pielęgniarki w edukacji pacjenta z cukrzycą. Powikłania naczyniowe (stopa cukrzycowa) 24
11. Co po dyżurze 28
12. Podziękowania i Gratulacje 30
13. Kondolencje 31
14. Kalendarium 32

INFORMACJE BIURA OIP w Gorzowie Wlkp.

BIURO:

ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp.,
tel. 95 729 67 84, 512 133 102

Izba czynna:

**poniedziałek, wtorek, środa, piątek w godz. 7.00 - 15.00
czwartek w godz. 7.00 - 17.00**

PRZEWODNICZĄCA ORPiP

Marta Powchowicz

przyjmuje interesantów:

poniedziałek, wtorek, środa, piątek w godz. 7.00 - 14.00
oraz w czwartek w godz. 10.00 - 17.00 po wcześniejszym
telefonicznym uzgodnieniu terminu spotkania

WICEPRZEWODNICZĄCA ORPiP

Beata Dunaj

Dorota Górecka

RADCA PRAWNY

Halina Łagocka przyjmuje interesantów
w każdy piątek w godz. 11.00 - 13.00

SEKRETARZ

Elżbieta Majdańska

SKARBNIK

Bogusława Czubiniak

OKRĘGOWY RZECZNIK

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Anna Herodowicz

tel. 95 729 67 84

ZASTĘPCY OKRĘGOWEGO RZECZNIKA

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Beata Majchrzak

Joanna Banicka

Bożena Kwiatek

Danuta Kosecka

Violetta Zajac

Dyżury Rzecznika w każdy pierwszy i trzeci czwartek miesiąca
w godz. 15.00 – 16.00 pod nr tel. 512 133 102

PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU

PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Renata Głowacz

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy!

Za nami kolejna pora roku – lato. A nam coraz trudniej. Pomimo ponad półtorarocznej walki z COVID-19 nadal występuje ogromne zagrożenie pandemiczne, a pojawiające się codzienne statystyki są bardzo, bardzo niepokojące. Cały czas mówimy o tym, że jest nas mało, każdego dnia nas ubywa, jesteśmy zmęczeni, pracujemy ponad swoje siły, że w ochronie zdrowia panuje chaos, który stwarza zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów. Wiele się działo i wiele się dzieje w ochronie zdrowia.

Po wejściu od 1 lipca w życie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw jesteśmy jeszcze bardziej rozgoryczeni i poróżnieni. Ustawa budzi wiele kontrowersji, emocji, które nie ustają, wręcz przybrały na sile po otrzymaniu wypłat wynagrodzeń naliczanych zgodnie z zapisami ustawy. Praktyka pokazuje, że wadliwa ustawa podzieliła nasze środowisko. Coraz częściej dochodzi do niezgody. Zmiany zapisów tejże ustawy i różne interpretacje przez pracodawców powodują, że ciągle musimy walczyć o lepsze warunki pracy i płacy. A może właśnie o to chodzi?



Jeszcze nie tak dawno cieszyliśmy się z przyjętej przez Radę Ministrów „Polityki Wieloletniej Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”. Dobre rozwiązania pozostały tylko i wyłącznie na papierze, mimo że miały na celu zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej, powstrzymanie emigracji zarobkowej oraz zmotywowanie absolwentów do podejmowania pracy w zawodzie i utrzymanie na rynku pracy pielęgniarek i położnych nabywających uprawnienia emerytalne. Propozycje, które od dawna przedstawia nasze środowisko w celu poprawy sytuacji w pielęgniarstwie i położnictwie nadal są nieuwzględniane. Alarmujemy, że należy jak najszybciej podjąć działania mające na celu poprawę tej sytuacji. Od dawna zwracamy uwagę na to, iż nakłady na ochronę zdrowia w Polsce są rażąco niskie w stosunku do innych krajów Unii Europejskiej, a zatrudnienie nie zwiększa się. Lekceważenie, odrzucanie przygotowanych między innymi przez samorządy zawodowe propozycji rozwiązań powoduje kolejne napięcia.

Mam jednak nadzieję, że w końcu uda się podjąć skuteczny dialog i wypracować dobre rozwiązania zarówno dla pacjentów jak i wszystkich pracowników ochrony zdrowia.

Po raz kolejny chciałabym skierować słowa podziękowania do wszystkich pielęgniarek, pielęgniarzy, położnych. Dziękuję za codzienne sumienne i należyte wykonywanie swoich obowiązków, za wytrwałość, poświęcenie, bezinteresowność, za każdy gest życzliwości i dobroci skierowany w kierunku chorego. Dziękuję.

Jednocześnie w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. życzę z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia, które znowu w tym roku przeżywać będziemy nieco inaczej niż zwykle choć odrobinę wytchnienia od codziennych obowiązków. Życzę dużo zdrowia, wszelkiej pomyślności oraz wiary w lepsze jutro.

Z wyrazami szacunku
Marta Powchowicz
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Gorzowie Wlkp.

Stanowisko nr 54

**Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 5 października 2021 r.**

w sprawie przywrócenia obowiązku stosowania przez świadczeniodawców minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych oraz wznowienia prac w zakresie wdrożenia norm zatrudnienia w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych dotychczas nieobjętych regulacjami prawnymi

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec braku przywrócenia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Po raz kolejny, we wrześniu 2021 r. normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych zostały zawieszone, co bezpośrednio wpływa na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Brak wymogu obowiązku zatrudnienia określonej liczby pielęgniarek i położnych prowadzi do znacznego zmniejszania przez kierowników podmiotów leczniczych liczby pielęgniarek i położnych na dyżurach w poszczególnych oddziałach szpitalnych, często doprowadzając do stosowania jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych w tych podmiotach.

Do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wpływają liczne sygnały, iż brak wskaźników zatrudnienia w poszczególnych oddziałach szpitalnych doprowadza także do niezatrudniania absolwentów szkół wyższych na kierunku pielęgniarstwo lub kierunku położnictwo.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych rozumie, iż okres pandemii był szczególnym okresem, w którym wszelkie siły i środki należało przeznaczyć do szpitali jednoimiennych i oddziałów covidowych. Jednakże, obecnie wszystkie podmioty lecznicze starają się zrealizować umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia w latach 2020-2021, co skutkuje znacznie zwiększoną ilością udzielanych świadczeń zdrowotnych, na rzecz zdecydowanie większej liczby pacjentów, co bezspornie wymaga zwiększenia obsad pielęgniarek i położnych w danym oddziale szpitalnym.

Ponadto, należy mieć na uwadze fakt, iż w świetle pogarszających się warunków pracy w podmiotach leczniczych na stanowiskach pielęgniarek i położnych, o których mowa powyżej, zauważalna jest tendencja braku podejmowania pracy na tych stanowiskach przez absolwentów kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych istnieje potwierdzenie zależności pomiędzy niewłaściwym poziomem obsady pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych, a niską jakością świadczonych usług zdrowotnych, a tym samym bezpieczeństwem pacjentów, oraz bezpiecznym wykonywaniem zawodu pielęgniarek i położnych.

NRPiP wnosi o pilne przywrócenie norm zatrudnienia z zakresu leczenia szpitalnego oraz o wznowienie prac nad wskaźnikami norm zatrudnienia w pozostałych gwarantowanych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, tj. opieka paliatywna, opieka długoterminowa, rehabilitacja lecznicza, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie uzdrowiskowe.

*Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander*

*Prezes NRPiP
Zofia Małas*

Stanowisko nr 55

**Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 5 października 2021 r.**

w sprawie pilnego wprowadzenia obowiązku stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej oraz leczenia uzależnień

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec braku minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych wykonujących świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wprowadzenie w życie z dniem 3 grudnia 2020 roku rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, które **zniósł minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek** określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. (Dz. U. z 2019 r., poz. 1285 ze zm.) skorygowane następnie rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2020 r. (Dz. U. z 2020 r., poz. 1785) - prowadzi do znacznego pogłębienia problemów organizacyjnych w lecznictwie psychiatrycznym.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych od wielu lat monitoruje, iż system leczenia psychiatrycznego, nie zapewnia osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej i powszechnie dostępnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Dostępność do oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży jest zależna od miejsca zamieszkania, w przypadkach gdy w tych oddziałach nie ma wolnych miejsc, małoletni pacjenci są umieszczani na oddziałach dla dorosłych. Nie wprowadzono rozwiązań, które mogły ograniczyć zróżnicowanie terytorialne w dostępie do leczenia psychiatrycznego dla małoletnich pacjentów. Nie zostały w pełni zrealizowane cele programu psychiatrii środowiskowej polegające na zmniejszeniu liczby hospitalizacji oraz położeniu nacisku na opiekę nad pacjentem w jego miejscu zamieszkania i profilaktykę zdrowia psychicznego.

Na powyższe nakładają się niedofinansowanie oraz brak przepisów gwarantujących minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, które w konsekwencji nie zapewniają należytej bezpiecznej opieki zdrowotnej pacjentom oraz bezpieczne wykonywanie zawodu przez pielęgniarki.

Kierownicy podmiotów w lecznictwie psychiatrycznym wobec braku wymogu wskaźników norm zatrudnienia znacznie zmniejszają liczbę zatrudnionych pielęgniarek w oddziałach, co często prowadzi do występowania jednoosobowych obsad w oddziałach szpitalnych.

Psychiatryczne oddziały szpitalne są oddziałami o wysokiej specyfice i niezapewnienie właściwych obsad pielęgniarek przekłada się na występowanie znacznie zwiększonej liczby zdarzeń niepożądanych u pacjentów, pobiciach pielęgniarek, lub rezygnacji pielęgniarek z pracy w danym oddziale ze względu na znaczne pogorszenie warunków pracy.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych mając na uwadze ogromne zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i bezpiecznego wykonywania zawodu przez pielęgniarki pilnie wnosi o wprowadzenie przepisów prawa określających wskaźniki minimalnych norm zatrudnienia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Zofia Małas



GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY

HŚ.NS.541.217.2021.JŁ

Warszawa, dnia 14 października 2021 r.

Pani
Mariola Łodzińska
Wiceprezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

nawiązując do wcześniejszej korespondencji w zw. z wystąpieniem znak: NLPiP-NRPiP-DM.025.41.2021.MK w sprawie zaleceń dotyczących realizacji przez pielęgniarki POZ świadczeń zdrowotnych u pacjenta z COVID-19, w zakresie przewożenia odpadów medycznych, uprzejmie informuję, że Główny inspektorat Sanitarny uzyskał w przedmiotowej sprawie opinię Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH-Państwowego Instytutu Badawczego (w załączeniu), stanowiącą wsparcie merytoryczne przy opracowaniu ww. zaleceń.

Z poważaniem
Główny Inspektor Sanitarny
wz. Krzysztof Saczka
Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego
/dokument podpisany elektronicznie/

Załącznik

opinia NIZP PZH- Państwowego instytutu Badawczego z dnia 29.09.2021 r., znak: B-BE-547-36/21



B-BE-547-36/21

Warszawa, dnia 29.09.2021 r.

Pan
Krzysztof Saczka
Główny Inspektor Sanitarny
ul. Targowa 65
03-729 Warszawa

Szanowny Panie Ministrze,

W odpowiedzi na pismo nr HŚ.NS.541.217.2021 z dnia 11 sierpnia 2021 r. dotyczące transportu odpadów medycznych środkami transportu publicznego przez pielęgniarki udzielające świadczeń zdrowotnych w domach pacjentów z COVID-19 Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy informuje, że odpady medyczne zakwalifikowane do kodu 18 01 03* (odpady medyczne niebezpieczne) powinny być transportowane z zachowaniem przepisów obowiązujących przy transporcie towarów niebezpiecznych. Odpady medyczne niebezpieczne, co do których wiadomo, że istnieje małe prawdopodobieństwo, że zawierają materiał zakaźny wg przepisów dotyczących transportu towarów niebezpiecznych zaliczane są do kategorii B o kodzie UN 3291, zgodnie z wytycznymi ECDC (infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings). Transport tego typu odpadów może odbywać się pojazdami nieoznakowanymi, a od kierowców nie wymaga się posiadania kwalifikacji ADR, jeśli odpady są opakowane i transportowane zgodnie z wytycznymi przewidzianymi dla tej kategorii odpadów (np. instrukcja pakowania P621). Najważniejsze jest aby odpady zostały tak opakowane, aby podczas transportu nie doszło do uwolnienia ich zawartości na zewnątrz. Opakowanie zewnętrzne powinno zostać oznakowane w widoczny sposób tak, aby było możliwe zidentyfikowanie zawartości opakowania.

Odpady medyczne powinny być zabezpieczone w transportowe pojemniki zamykane. Pojemniki transportowe po wyładowaniu odpadów powinny zostać umyte i w razie potrzeby zdezynfekowane. Kluczowym aspektem jest zapewnienie bezpiecznego transportu niebezpiecznych odpadów medycznych. Transport odpadów medycznych - zwłaszcza odpadów medycznych niebezpiecznych – środkami komunikacji publicznej nie powinien mieć miejsca z uwagi na ryzyko narażenia na skażenie biologiczne ludzi i środowiska.

Przykładowy opis procedury postępowania z odpadami medycznymi wytwarzanymi podczas wykonywania świadczeń zdrowotnych w środowisku domowym pacjenta, zaproponowany przez Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych dotyczy wyłącznie odpadów medycznych niebezpiecznych. Procedura kończy się na opakowaniu odpadów w dodatkowy worek foliowy, Biorąc pod uwagę wytyczne ADR, odpady medyczne niebezpieczne powinny być opakowane w opakowanie pierwotne, opakowanie pośrednie (drugie) i opakowanie zewnętrzne. Jeśli druga warstwa opakowania nie jest sztywna, to opakowanie zewnętrzne powinno być sztywne. Opakowania powinny być zbudowane i zamknięte w taki sposób aby zapobiec utracie ich zawartości w normalnych warunkach przewozu przez wibracje, zmiany temperatury, wilgotności lub ciśnienia. Opisane opakowanie nie wymaga zatwierdzenia typu konstrukcji. Na powierzchni każdego opakowania zewnętrznego należy umieścić znak przewozowy. Znak musi być widoczny i czytelny, mieć postać kwadratu w kształcie rombu o minimalnych wymiarach 50 mm x 50 mm, szerokość linii co najmniej 2 mm, a litery i cyfry mają mieć co najmniej 6 mm wysokości. Prawidłowa nazwa przewozowa *Materiał biologiczny- Kategoria B - UN 3291* - wysokość liter co najmniej 6 mm powinna być oznaczona na opakowaniu zewnętrznym. Znak przewozowy nie musi być nadrukowany na opakowaniu zewnętrznym. Może być narysowany odręcznie, o ile są przestrzegane wymiary. Do narysowania znaku należy użyć długopisu, mazaka o kontrastowym kolorze w stosunku do koloru opakowania zewnętrznego. W przypadku przewozu odpadów w postaci płynnej, opakowanie pierwotne powinno być szczelne, a pomiędzy opakowaniem pierwotnym a pośrednim należy umieścić materiał chłonny w ilości wystarczającej do zaabsorbowania uwolnionego płynu tak, aby ciecz nie wydostała się z opakowania pośredniego na zewnątrz.

Jeśli podczas przewozu odpadów, istnieje konieczność zastosowania czynników chłodzących, to umieszcza się je na zewnątrz opakowania pośredniego, w opakowaniu zewnętrznym lub w opakowaniu zbiorczym. W przypadku zastosowania lodu opakowanie zewnętrzne lub opakowanie zbiorcze muszą być szczelne. Tak opakowane odpady medyczne niebezpieczne mogą być przewożone w środkach transportu indywidualnego.

Bibliografia:

Przewodnik pakowania i transportu próbek od pacjentów - UN 3373, Departament Transportu UK; 26 marca 2020 r. <https://www.gov.uk/government/publications/packaging-and-transport-requirements-for-patient-samples-un3373/packaging-and-transport-requirements-for-patient-samples-un3373>

Guidance on regulations for the transport of infectious substances 2021-2022. WHO. Applicable from 1 January 2021. (Dostępne na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019720>)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz.U. z 2017 r., poz. 1975) (Dostępne na: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170001975>)

ECDC -infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings Sixth update - 9 February 2021 (Dostępne na: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-COVID-19_6th_update_9_feb_2021.pdf)

*Z poważaniem,
dr hab. n. med. Rafał Gierczyński
Zastępca Dyrektora ds. Bezpieczeństwa
Epidemiologicznego i Środowiskowego
NIZP PZH-PIB
/Dokument podpisany kwalifikowanym
podpisem elektronicznym/*

**NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPI-P-DS.015.389.2021.MT

Warszawa, dnia 29 października 2021 r.

**Przewodnicząca/cy
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych**

Szanowni Państwo,

W związku z pojawiającymi się pytaniami w przedmiocie postępowania z dokumentacją medyczną w przypadku zaprzestania wykonywania działalności leczniczej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych Naczelna Rada Pielęgniarek i Pielęgniarek zwróciła się pismem do Ministra Zdrowia oraz Wojewody z prośbą o przekazanie informacji w powyższej kwestii.

W załączeniu przesyłam pisma skierowane do Ministerstwa Zdrowia oraz Wojewody wraz z odpowiedziami.

*Z wyrazami szacunku
Prezes NRPI-P
Zofia Małas*



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPIP-DM-0025.118.2.2021.MK

Warszawa, dnia 2 września 2021 r.

Pan

Krzysztof Krzyżanowski

Dyrektor

Departament Nadzoru i Kontroli

w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Dyrektorze,

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie informacji w sprawie zasad oraz trybu przekazywania Wojewodzie, jako podmiotowi odpowiadającemu za jej przechowywanie na podstawie art. 30a ust. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 849) - dokumentacji medycznej przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, w związku z zaprzestaniem wykonywania działalności leczniczej, w tym w szczególności o wskazanie, czy zostały określone wytyczne lub instrukcje dla wojewodów w sprawie trybu postępowania przejęcia do przechowywania dokumentacji medycznej praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych, które zaprzestały wykonywania działalności leczniczej.

Zwracając się z niniejszą prośbą wskazuję, że znaczna liczba indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych prowadzona jest przez osoby w wieku emerytalnym lub przedemerytalnym. W związku z powyższym obserwujemy zauważalny wzrost liczby zawiadomień o zamiarze zaprzestania wykonywania działalności leczniczej przez ww. praktyki zawodowe.

Mając na uwadze, że nie wszystkie praktyki zawodowe są w stanie zawrzeć umowy o przechowywanie dokumentacji medycznej z podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych, na podstawie art. 30a ust. 3 pkt 2 ustawy, zasadne jest określenie precyzyjnych zasad i trybu przekazania dokumentacji medycznej właściwemu Wojewodzie na podstawie art. 30a ust. 7 ustawy.

Mając powyższe na uwadze, zwracam się z prośbą, jak we wstępie.

*Z wyrazami szacunku
Wiceprezes NRPIP
Mariola Łodzińska*



Warszawa, 17 września 2021 r.

DIWP.024.172.2021.MG

Pani

Mariola Łodzińska

**Wiceprezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych**

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na pismo z dnia 2 września 2021 roku (znak: NIPiP-NRPIP-DM- 0025.118.2.2021.MK) w sprawie zasad oraz trybu przekazywania Wojewodzie dokumentacji medycznej, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Zgodnie z art. 30a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849), zwanej dalej u.p.p., do kręgu podmiotów, które mogą przejąć dokumentację medyczną podmiotu zaprzestającego wykonywania działalności leczniczej zaliczamy jedynie podmiot, który przejmuje zadania zlikwidowanego podmiotu leczniczego, natomiast w przypadku braku takiego podmiotu, za przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej odpowiada:

- 1) podmiot tworzący lub podmiot sprawujący nadzór - w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jednostek budżetowych oraz instytutów badawczych,
- 2) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, z którym podmiot zaprzestający wykonywania działalności leczniczej zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej - w przypadku pozostałych podmiotów tj. m.in. przedsiębiorców, fundacji, stowarzyszeń, osób wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej,
- 3) właściwa okręgowa izba lekarska albo okręgowa izba pielęgniarek i położnych albo Krajowa Izba Fizjoterapeutów - w przypadku śmierci odpowiednio lekarza albo pielęgniarki lub położnej albo fizjoterapeuty, wykonujących zawód w formie praktyki zawodowej.

W przypadku gdy nie jest możliwe ustalenie podmiotu odpowiedzialnego za przechowywanie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej, za przechowywanie dokumentacji odpowiada wojewoda.

Niemniej jednak biorąc pod uwagę brzmienie art. 30a ust. 4 oraz 5 u.p.p., zgodnie z którym, w przypadku m.in. złożenia wniosku o wykreślenie z rejestru i nie wskazania w wyznaczonym terminie, nazwy (firmy) i adresu podmiotu, z którym podmiot podlegający wykreśleniu z rejestru zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej, to organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą określa sposób postępowania z dokumentacją medyczną, na koszt podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych podlegającego wykreśleniu, należy przyjąć, iż taką umowę (tj. powierzenia przechowywania dokumentacji medycznej podmiotowi trzeciemu np. komercyjnemu archiwum), może zawrzeć podmiot zaprzestający wykonywania działalności leczniczej, w sytuacji gdy nie jest możliwe przejęcie dokumentacji medycznej przez podmioty określone w art. 30a ust. 2 i 3 u.p.p.

Za powyższą interpretacją przemawia także wykładnia celowościowa przepisów u.p.p., zgodnie z którą, intencją ustawodawcy było wyeliminowanie pozostawiania dokumentacji medycznej, zlikwidowanego podmiotu leczniczego w przypadkowym miejscu, a nie zawężanie kręgu podmiotów, którym można przekazać przedmiotową dokumentację.

Przejęcie dokumentacji medycznej przez Wojewodę powinno mieć miejsce jedynie wówczas, gdy pomimo dołożenia wszelkich starań przez podmiot zaprzestający wykonywania działalności leczniczej, nie jest możliwe ustalenie podmiotu odpowiedzialnego za przechowywanie dokumentacji medycznej, zgodnie z przywołanymi powyżej regulacjami.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie zawiera szczegółowych regulacji, stanowiących instrukcje dla podmiotów zarówno przejmujących jak i przekazujących na przechowanie dokumentację medyczną, albowiem wypracowanie tych pozostaje w gestii, jak również w interesie zainteresowanych stron. Niewątpliwie ewentualne przekazanie dokumentacji medycznej musi skutecznie wiązać obie strony, a tym samym wywoływać skutki w konkretnym stosunku prawnym. Dokument stanowiący podstawę przekazania dokumentacji medycznej powinien określać przedmiot umowy, czas jej trwania, a także uwzględniać konkretne zadania i obowiązki stron. W tym miejscu warto podkreślić, iż zgodnie z art. 30a ust. 1 u.p.p., w przypadku zaprzestania wykonywania działalności leczniczej, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przekazuje dokumentację medyczną podmiotom, o których mowa w ust. 2 - 4 i 7, w sposób zapewniający zabezpieczenie przed jej zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą oraz dostępem osób nieuprawnionych.

Z poważaniem

Piotr Węclawik

Dyrektor

/dokument podpisany elektronicznie/

Sporządził: Magdalena Grabowska - DIWP



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM-0025.118.5.2021.MK

Warszawa, dnia 2 września 2021 r.

Pan

Władysław Dajczak

Wojewoda Lubuski

Szanowny Panie Wojewodo,

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie informacji, czy w Urzędzie Wojewódzkim została opracowana procedura lub ustalone stosowne wytyczne związane z realizacją przez Wojewodę

obowiązku, określonego w art. 30a ust. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 849) tj. procedura odbioru dokumentacji medycznej od podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych (w tym praktyk zawodowych) w związku z zaprzestaniem przez te podmioty wykonywania działalności leczniczej.

W przypadku braku ustalenia sformalizowanej procedury, zwracam się z prośbą o udzielenie informacji, jaka w Urzędzie Wojewódzkim stosowana jest praktyka postępowania w ww. sprawach.

Występując z niniejszą prośbą wskazuje, że w przypadku niektórych praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych nie jest możliwe ustalenie podmiotu odpowiedzialnego za przechowywanie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej, w trybie przepisów art. 30a ust. 1-4 ustawy. W takiej sytuacji podmiotem odpowiedzialnym za jej przechowywanie jest wojewoda (art. 30a ust. 7 ustawy).

Zasadne jest zatem ustalenie precyzyjnego trybu postępowania w tego rodzaju przypadkach, w tym w szczególności trybu zawiadamiania wojewody o zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej oraz sposobu i terminu przekazania dokumentacji medycznej.

W tym stanie rzeczy zwracam się z prośbą, jak we wstępie.

*Z wyrazami szacunku
Wiceprezes NRPIP
Mariola Łodzińska*

Lubuski Urząd Wojewódzki
W Gorzowie Wielkopolskim
ul. Jagiellończyka 8
66-400 Gorzów Wlkp.

Gorzów Wlkp., 28 września 2021 r.

Nasz znak: WZ-VIII.960.I.2021.LMac
Wasz znak: NIPiP-NRPIP-DM-0025.118.5.2021.MK
Sprawę prowadzi: Lilianna Maciaszek
Telefon: 957 851 157
e-mail: lilianna.maciaszek@lubuskie.uw.gov.pl

**Pani
Mariola Łodzińska
Wiceprezes NRPIP
Naczelnej Izby Pielęgniarek
i Położnych w Warszawie**

adres poczty elektronicznej
nipip@nipip.pl

Dotyczy: udzielenia informacji na pismo w sprawie postępowania z dokumentacją medyczną po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej*

W odpowiedzi na pismo z dnia 2 września 2021 r., znak: NIPiP-NRPIP-DM-0025.118.5.2021.MK informuję, że procedurę postępowania z dokumentacją medyczną po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ustanowił ustawodawca w art. 30a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849 z późn.zm.). Z uwagi na brak upoważnienia do tworzenia dodatkowych regulacji w niniejszym zakresie, Wojewoda Lubuski nie wydał aktu w sprawie procedury postępowania z dokumentacją medyczną po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie informuję, że w związku z tym, że do tut. Urzędu dotychczas nie wpłynął żaden wniosek dotyczący przejęcia dokumentacji medycznej przez Wojewodę Lubuskiego po zakończeniu wykonywania działalności leczniczej, nie została wypracowana praktyka w niniejszym zakresie.



Warszawa, dnia 15 września 2021 r.

Pani Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W związku z przedstawionym zapytaniem przedkładam opinię prawną w sprawie:

Nierówne traktowanie pielęgniarek i położnych w zakresie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego za pracę.

1. Stosownie do postanowień art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (tekst jedn. Dz. U. 2020, poz. 820, dalej jako „**Ustawa**”) podmioty lecznicze zostały zobowiązane dokonać do dnia 1 lipca 2021 r. podwyższenia wynagrodzeń m.in. pielęgniarek i położnych. jednocześnie zatrudnienie w podmiocie nowych pielęgniarek i położnych odbywa się już z uwzględnieniem zapisów Ustawy.

2. Wysokość podwyżek została uzależniona od wartości współczynnika pracy dla poszczególnych grup pielęgniarek i położnych.

Najniższy współczynnik (0,73 Versus 0,81 i 1,06) Ustawa nadała pielęgniarkom i położnym, które nie posiadają tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - wykształcenie średnie.

Do tej grupy zaliczają się jednak pielęgniarki i położne, które posiadają najdłuższy staż pracy, są filarem pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, często uczą, wdrażają, pomagają innym pielęgniarkom i położnym.

Był to pierwotny system kształcenia tych grup zawodowych. Obecnie w systemie opieki zdrowotnej mamy pielęgniarki i położne, które były kształcone w różnych systemach - mogą mieć wykształcenie: średnie, licencjat, magisterskie ale wszystkie jednak posiadają równoprawne prawo wykonywania zawodu.

3. Załącznik do Ustawy ustanawiający grupy zawodowe i przynależne im współczynniki pracy określa, że podział na grupy zawodowe został oparty o **kwalifikacje wymagane** od pracownika na zajmowanym stanowisku oraz, że kierownik podmiotu leczniczego powinien brać pod uwagę **nie tyle posiadane wykształcenie, co wymagane** na stanowisku na którym zatrudniony jest pracownik.

4. Oznacza to, że w przypadku, gdy w danym podmiocie leczniczym zatrudnieni są pracownicy na jednakowych stanowiskach, którzy wykonują **takie same obowiązki**, lecz posiadają **różne - lecz porównywalne** - kwalifikacje, wówczas pracodawca stosować powinien art. 18^{3c} Kodeksu pracy, zgodnie z którym pracownicy mają prawo do **jednakowego wynagrodzenia** za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości.

5. Zatem:

- Jeśli w podmiocie leczniczym są pielęgniarki/położne z średnim wykształceniem i z licencjatem, to jeśli realizują **te same** zakresy obowiązków, to powinny otrzymywać jednakowe wynagrodzenie, gdyż nie liczy się to jakie mają wykształcenie a to, jakie jest **wymagane** na stanowisku pielęgniarki, położnej.

Niewątpliwie wszystkie spełniają wymagania do pracy na stanowisku pielęgniarki/położnej. Nie jest jednak uprawnione takie „wyrównywanie” wynagrodzeń, które uwzględnia najniższy wskaźnik zarówno dla pielęgniarki/położnej z średnim wykształceniem, jak i z licencjatem, bo wtedy pielęgniarki/położne z licencjatem zostałyby zakwalifikowane do grupy o współczynniku 0,73 czyli niezgodnie z przepisami Ustawy.

- Jeśli podmiot leczniczy chce zatrudnić pielęgniarkę/położną która posiada wykształcenie średnie a zatrudnia już pielęgniarki/położne z licencjatem dla których stosuje współczynnik 0,81 i będą one realizować te same zakresy obowiązków, to pielęgniarka/położna z wykształceniem średnim nie powinna zostać zakwalifikowana do grupy z współczynnikiem 0,73 z uwagi na jej staż pracy, wiek i doświadczenie. Nie ma wątpliwości, że pracodawca może korzystniej uregulować stosunek pracy pracownika. Szczególnie powinien to uczynić w sytuacji, gdy stosując wprost przepisy kontrowersyjnej Ustawy może narazić się na odpowiedzialność za nierówne traktowanie i dyskryminację.
- Jeśli natomiast podmiot leczniczy chce zatrudnić pielęgniarkę/położną która posiada licencjat, to nie powinien stosować najniższego współczynnika 0,73 gdyż byłoby to niezgodne z Ustawą.

Należy mieć bowiem na uwadze, że licencjat uznawany jest za studia wyższe - zgodnie z systemem wykształcenia wyższego i stopni naukowych w Europie który został zharmonizowany na podstawie tzw. procesu bolońskiego. Zatem osoba z licencjatem nie powinna zostać zakwalifikowana do grupy z wykształceniem średnim.

6. W sytuacji, gdy podmiot leczniczy zatrudni pielęgniarkę/położną z licencjatem i ustali wynagrodzenie w oparciu o współczynnik 0,81 a jednocześnie zatrudnione będą pielęgniarki/położne posiadające wykształcenie średnie, które wykonywać będą te same obowiązki, ale będą miały np. dłuższy staż pracy, doświadczenie i otrzymywać będą wynagrodzenie niższe bo ustalone w oparciu o najniższy współczynnik 0,73 to niewątpliwie:
 - pielęgniarka/położna ze średnim wykształceniem jeśli wykonuje ten sam zakres obowiązków co pielęgniarka/położna z licencjatem i otrzymuje niższe wynagrodzenie, to powinna wystąpić do kierownika podmiotu leczniczego o zwiększenie wynagrodzenia;
 - nadto, taka sytuacja rodzić może odpowiedzialność podmiotu leczniczego za nierówne traktowanie w wynagrodzeniu.
7. Oczywiście, stany faktyczne mogą być różne i każdy przypadek należy badać i analizować odrębnie. W zależności od konkretnej sytuacji i okoliczności sprawy możliwe staną się procesy związane:
 - z dyskryminacją
lub /i
 - z nierównym traktowaniem.
8. Wyjaśnić należy, że trzeba odróżnić dyskryminację od nierównego traktowania. Różne są podstawy prawne tych roszczeń. Nie wchodząc w szczegóły, nie ma wątpliwości w judykaturze, że nawet brak dyskryminacji nie uprawnia do różnicowania wynagrodzenia, gdy występuje **sytuacja jednakowej pracy** lub **pracy o jednakowej wartości** (18^{3c} Kodeksu pracy), co niewątpliwie ma miejsce w przypadku wykonywania prac przez pielęgniarki, położne.
I już samo nierówne traktowanie - czyli bez dyskryminacji - może być podstawą roszczenia o wyrównanie wynagrodzenia i ustalenia wynagrodzenia na przyszłość (tak: wyroki Sądu Najwyższego z 18 września 2014 r., III PK 136/13; z 26 stycznia 2016 r., II PK 303/14; z 22 marca 2016 r., II PK 29/15; z 20 lipca 2017 r., I PK 216/16; z 13 września 2018 r., II PK 135/17).
9. W konkretnej sytuacji dodatkowo może wystąpić kryterium dyskryminujące. Przykładowo takimi kryteriami mogą być płeć, **wiek**, niepełnosprawność, rasa, religia, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkowa, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientacja seksualna.
Wtedy, taka sytuacja może świadczyć nie tylko o nierównym traktowaniu, a możliwe, że również o dyskryminacji - w przypadku wystąpienia przyczyny dyskryminującej np. wieku - gdy pielęgniarka, położna starsza wiekiem zarabia mniej niż młodsza pielęgniarka, położna choć wykonują te same obowiązki.
10. Generalnie w art. 18^{3b} Kodeksu pracy zawarty jest **jednoznaczny** katalog naruszeń zasady równego traktowania. Za naruszenie zasady równego traktowania uważa się m.in. niekorzystne ukształtowanie wynagrodzenia za pracę, chyba że pracodawca udowodni, że kierował się **obiektywnymi powodami**.
11. Jednak przy tak skonstruowanych przepisach Ustawy, w kontekście fundamentalnych zasad Kodeksu pracy niemożliwe wydaje się sformułowanie przez pracodawców owych „obiektywnych” powodów, które by uzasadniały różne wynagrodzenia pielęgniarek, położnych **jeśli wykonują te same obowiązki i posiadają równoprawne prawo wykonywania zawodu**.
12. Reasumując, z całą mocą należy podkreślić, że wykonując przepisy kontrowersyjnej Ustawy **pracodawcy mają obowiązek respektować** podstawowe zasady prawa pracy tj.:
 - **równe** prawo pracowników z tytułu **jednakowego** wypełniania takich samych obowiązków (art. 112 Kodeksu pracy), a także
 - prawo do **godziwego** wynagrodzenia za pracę (art. 13 Kodeksu pracy).
13. Ustawa natomiast nie może burzyć ustalonego porządku prawnego.

Monika Drab, radca prawny



**Zalecenia organizacyjne
dotyczące prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej
metodą nadzorowanego szczotkowania w szkołach podstawowych
w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2.**

23 lutego 2021 r.

Opracowanie i konsultacja:

Dr hab. n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz - konsultant krajowy w dziedzinie epidemiologii

Dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek - konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego

Prof. dr hab. med. Dorota Olczak-Kowalczyk - konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej

A Grupowa profilaktyka fluorkowa metodą nadzorowanego szczotkowania w szkołach podstawowych może być realizowana w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2, pod warunkiem odpowiedniego przygotowania organizacyjnego szkoły zmniejszającego ryzyko transmisji zakażenia:

1. W czasie przeprowadzania grupowej profilaktyki fluorkowej metoda nadzorowanego szczotkowania (dalej: fluoryzacja), łazienka powinna być wyłączona z dostępu dla innych uczniów.
2. Zaleca się, aby fluoryzacja była prowadzona w czasie trwania lekcji dydaktycznej (nie podczas przerw), aby nie zakłócać dostępności do urządzeń higieniczno-sanitarnych dla innych uczniów.
3. Przed rozpoczęciem fluoryzacji pomieszczenie higieniczno-sanitarne powinno być sprzątnięte, a urządzenie higieniczno-sanitarne (umywalka, w tym również bateria umywalkowa oraz najbliższe jej otoczenie) zdezynfekowane.
4. Fluoryzację nadzoruje pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna.
5. Przed rozpoczęciem fluoryzacji uczniowie powinni umyć ręce wodą z mydłem¹, a następnie dokładnie je osuszyć papierowym ręcznikiem.
6. W łazience podczas fluoryzacji powinien znajdować się pojemnik na odpady komunalne, w miarę możliwości otwierany za pomocą przycisku pedałowego, gabarytowo uwzględniający przewidywaną ilość wytworzonych odpadów (jedenorazowe szczoteczki, jedenorazowe papierowe ręczniki).
7. W czasie szczotkowania zębów w łazience:
 - a) może przebywać taka liczba uczniów, aby każdy z nich miał dostęp do jednej umywalki z zachowaniem odległości od siebie min. 1,5 m lub
 - b) przestrzeń pomiędzy umywalkami powinny być wyposażone w przegrody ze zmywalnego tworzywa lub zmywalny, przenośny parawan zabezpieczający przed rozprzestrzenianiem się kropli wody i drobnoustrojów.
8. Uczniowie powinni używać do szczotkowania (fluoryzacji) zębów:
 - a) szczoteczek jednorazowych, które po użyciu należy niezwłocznie wyrzucić do pojemnika na odpady komunalne znajdującego się w łazience,
 - b) osobistych szczoteczek wielokrotnego użytku, które są przechowywane przez ucznia w szczelnie zamkniętym pojemniku, a w domu są wyparzane w temperaturze co najmniej 60°C.
9. Każdorazowo podczas trwania szczotkowania zębów pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna powinna być wyposażona w środki ochrony osobistej: fartuch flizelinowy, rękawice, maskę chirurgiczną i przyłbicę.
10. Po zakończonej fluoryzacji pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna wyrzuca do kosza na odpady komunalne znajdującego się w łazience jedenorazowe środki ochrony osobistej z zachowaniem zasad bezpieczeństwa.
11. W czasie fluoryzacji powinna być przydzielona osoba sprzątająca, zabezpieczona w środki ochrony osobistej: fartuch flizelinowy, rękawice, maskę chirurgiczną i przyłbicę.
12. Osoba sprzątająca, po każdej zakończonej sesji szczotkowania zębów, pomiędzy poszczególnymi grupami uczniów.

powinna przeprowadzić sprzątanie i dezynfekcję łazienki, w tym:

- a) dezynfekcję roztworem wirusobójczym umywalek, przegród i parawanów,
- b) skuteczne wywietrzenie łazienki, w tym zgodnie z czasem podanym w instrukcji użytego środka,
- c) opróżnienie kosza na odpady komunalne znajdującego się w łazience oraz jego dezynfekcję,
- d) umycie podłogi wodą z detergentem.

B. W sytuacji braku możliwości zastosowania w/w zaleceń dotyczących prowadzenia fluoryzacji w szkołach, rekomenduje się, aby w czasie przeznaczonym na fluoryzację zębów wśród uczniów w danej klasie, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna w ramach celowanego programu edukacji zdrowotnej uczniów, omawiały zasady higieny jamy ustnej, przygotowały film instruktażowy dotyczący szczotkowania zębów oraz informację dla rodziców o znaczeniu regularnych wizyt u dentysty.

¹<https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2020/03/mycie-r%C4%85k-A4-druk.pdf>



Zalecenia organizacyjne dotyczące szczotkowania zębów u dzieci w przedszkolach w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2

Data wydania: 22 października 2021 r.

Opracowanie i konsultacja:

Dr hab. n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz - konsultant krajowy w dziedzinie epidemiologii
Dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek - konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego
Prof. dr hab. med. Dorota Olczak-Kowalczyk - konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej

A. Szczotkowanie zębów po posiłkach przez dzieci w przedszkolach może być realizowane w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2, pod warunkiem stałego nadzoru wychowawcy/opiekuna grupy oraz przygotowania organizacyjnego placówki, zmniejszającego ryzyko transmisji zakażenia:

1. Szczotkowanie zębów powinno odbywać się w łazience przeznaczonej dla danej grupy przedszkolnej.
2. Przed rozpoczęciem szczotkowania zębów dzieci oraz wychowawca/opiekun grupy powinni umyć ręce wodą z mydłem, a następnie osuszyć je papierowym ręcznikiem.
3. W czasie szczotkowania zębów może przebywać w łazience taka liczba dzieci, aby każde z nich miało dostęp do odrębnej umywalki.
4. Dzieci powinny używać do szczotkowania zębów:
 - osobistych, oznakowanych zestawów wielorazowych, czyli szczoteczek i kubeczków (które po użyciu powinny być pojedynczo wypłukane i odstawione do wysuszenia w taki sposób, aby nie stykały się ze sobą) oraz osobistej pasty do zębów z fluorem dostosowanej do wieku dzieci, lub
 - szczoteczek i kubków jednorazowych, które po użyciu należy niezwłocznie wyrzucić do pojemnika na odpady komunalne, znajdującego się w łazience.

W tym wariancie można stosować wspólną pastę do zębów z fluorem dostosowaną do wieku dzieci.
5. W czasie szczotkowania zębów przez dzieci, wychowawca/opiekun grupy powinien zaaplikować każdemu dziecku na szczoteczkę niewielką ilość pasty z fluorem dostosowanej do wieku, poinstruować o prawidłowych zasadach szczotkowania zębów oraz nadzorować cały proces. Wychowawca/opiekun grupy powinien zastosować maskę chirurgiczną, a po zakończeniu szczotkowania umyć/zdezynfekować ręce.
6. Osoba sprzątająca, zabezpieczona w środki ochrony osobistej: fartuch flizelinowy, rękawice, maskę chirurgiczną, po każdej zakończonej sesji szczotkowania zębów, pomiędzy poszczególnymi grupami dzieci, powinna przeprowadzić sprzątanie i dezynfekcję łazienki:

- dezynfekcję umywalek roztworem wirusobójczym,
- wywietrzenie łazienki,
- umycie podłogi.

B. Dodatkowo, w sytuacji braku możliwości zastosowania w/w zaleceń dotyczących szczotkowania zębów przez dzieci w przedszkolach w okresie epidemii, rekomenduje się, aby w ramach programu wychowania przedszkolnego dzieci, zwielokrotnić zajęcia dotyczące zasad higieny jamy ustnej, szczotkowania zębów itp. zarówno wśród dzieci jak i podczas zebrań z rodzicami.

C. Rekomenduje się podawanie dzieciom do posiłków i pomiędzy posiłkami wody mineralnej zamiast słodkich soków, napojów czy herbatek.

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII

Prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska

Kliniczny Oddział Pediatryczny, Szpital Bielański; ul. Ceglowska 80; 01-809 Warszawa
 Klinika Pediatrii; Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego; ul. Marymoncka 99/103; 01-813 Warszawa
 tel. kom. konsultanta: +48 501 12 62 62

mail konsultanta: tjackowska@cmkp.edu.pl oraz tjackowska@gmail.com

tel. sekretariatu: +48 22 8641167

mail sekretariatu: konsultant@bielanski.med.pl

KK/FED/O1/11/2021

Warszawa, 03.11.2021

Szanowny Pan

Adam Niedzielski

Minister Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa

Dotyczy: podawania iniekcji dożylnych/domięśniowych u dzieci 0-18 lat w domu pacjenta/w opiece ambulatoryjnej (w gabinecie zabiegowym) / w domu dziecka

Szanowny Panie Ministrze,

W związku ze stale powtarzającymi się zleceniami podawania iniekcji domięśniowych (w tym antybiotyków) u dzieci w wieku 0-18 lat w domu pacjenta / w opiece ambulatoryjnej (w gabinecie zabiegowym) / w domu dziecka przedstawiam swoje stanowisko (w załączeniu), które proszę o opublikowanie i przesłanie do odpowiednich konsultantów w dziedzinie pediatrii.

Do wiadomości:

1. prof. dr hab. n. med. Jarosław Peregud-Pogorzelski, Prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego
2. lek. Grzegorz Wrona, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
3. dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego
4. mgr Beata Ostrzycka - Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego
5. mgr piel. Maciej Kaczkowski, Kierownik MATT-MED
6. lek. A. Chowaniec

Z poważaniem

*Prof. dr hab. med. Teresa Jackowska
 Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii*

**Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii z dnia 03.11.2021
dotyczące podawania iniekcji dożylnych/domięśniowych u dzieci 0-18 lat
w domu pacjenta / w opiece ambulatoryjnej (w gabinecie zabiegowym) / w domu dziecka**

Wykonywanie iniekcji dożylnych i domięśniowych w domu pacjenta / w opiece ambulatoryjnej (w gabinecie zabiegowym) / w domu dziecka uważam za nieuzasadnione i niedopuszczalne.

iniekcje dożylne mogą być wykonywane w warunkach szpitalnych oraz przez personel Pogotowia Ratunkowego w sytuacjach ratowania życia.

Stosowanie leków dożylnie / domięśniowo w tym antybiotyków wskazuje na poważny stan dziecka i nie ma możliwości podawania leków doustnie. W takich przypadkach konieczna jest pilna hospitalizacja dziecka. O tym fakcie należy poinformować rodziców i skierować dziecko do szpitala.

Zlecenie leków/antybiotyków domięśniowo u dzieci jest niebezpieczne i okrutne, a wykonanie kilkakrotnie w ciągu doby iniekcji domięśniowych jest dodatkowo narażeniem dziecka na ogromny stres, ból, cierpienie i możliwość powikłań miejscowych i ogólnych. Takie postępowanie nie tylko jest nieetyczne, to co najważniejsze niezgodne z rekomendacjami.

Zlecenie leków/antybiotyków domięśniowo u dzieci zarówno w opiece ambulatoryjnej jak i w szpitalu nie powinno mieć miejsca. Wyjątek stanowi:

- **jednorazowe podanie leku ratującego życie w przypadku trudności z uzyskaniem dojścia dożylnego,**
- **chemioprophylaktyka choroby meningokokowej,** która polega na profilaktycznym podaniu antybiotyku osobom z bliskiego otoczenia chorego (oraz w pewnych przypadkach, samemu choremu) i ma za zadanie likwidację potencjalnego nosicielstwa nosogardłowego *N. meningitidis* w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia wtórnych przypadków zakażeń. Chemioprophylaktyka jest zalecana wszystkim osobom, które w ciągu 7 dni poprzedzających zachorowanie miały bliski kontakt z chorym. W takich przypadkach stosuje się **1 dawkę ceftriaksону** domięśniowo (u dzieci poniżej 15 roku życia 125 mg). Dla dzieci dostępny jest też lek doustny rifampicyna, która może być stosowana u osób we wszystkich grupach wiekowych (1).
- W uzasadnionych przypadkach na zlecenie lekarzy specjalistów z innych dziedzin pediatrii

Jeżeli stan dziecka jest dobry, a **dziecko ma wskazanie do podawania antybiotyku** wówczas należy zlecić antybiotyk doustnie zgodnie z rekomendacjami (2). U dzieci zdecydowanie częściej przyczyną **zapalenia oskrzeli (a to rozpoznawanie jest najczęstszą przyczyną zlecenia antybiotyku drogą domięśniową) są zakażenia wirusowe**, w których podanie antybiotyku jest nieuzasadnione zarówno drogą doustną, a tym bardziej domięśniową. „Nie zaleca się rutynowego stosowania antybiotyku w ostrym zapaleniu oskrzeli lub oskrzelików. Przy kaszlu przedłużającym się powyżej 14 dni może być wskazane podawanie makrolidu, szczególnie w przypadku podejrzenia krztuśca [BIII]. U małych dzieci z kaszlem produktywnym utrzymującym się powyżej 4 tyg. bez tendencji malejących rozpoznajemy przewlekające się bakteryjne zapalenia oskrzeli i wtedy uzasadnione może być podanie antybiotyku (amoksycylina z kwasem klawulonowym lub makrolid- leki podawane drogą doustną) przez 10 - 14 dni [BII]. Nie zaleca się stosowania glikokortykosteroidów dożylnie, doustnie lub wziewnie u dzieci chorych na ostre zapalenie oskrzelików”.

Jeżeli stan dziecka jest średni / ciężki, dziecko ma wskazanie do podawania antybiotyku drogą parenteralną wówczas należy skierować dziecko w trybie pilnym do szpitala, gdzie otrzyma antybiotyk dożylnie zgodnie z rekomendacjami.

Pielęgniarki/pielęgniarze otrzymując zlecenie na podanie antybiotyku drogą dożylną / domięśniową powinni w takich wypadkach odmawiać wykonania zlecenia lekarskiego, bowiem mają prawo odmawiać zleceń, które mogą być niebezpieczne dla dziecka. Pielęgniarki/pielęgniarze powinni poinformować rodziców o swojej decyzji i skierować dziecko do szpitala. Ponadto powyższe błędy w zleceniach lekarskich powinny być zgłaszane do konsultanta wojewódzkiego i/lub krajowego w dziedzinie pediatrii.

Nieprzestrzeganie przez lekarza zaleceń Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii naraża lekarza na konsekwencje - odpowiedzialność za nieumyślne narażenie dziecka na uszczerbek zdrowia lub zagrożenie życia i takie sytuacje powinny być zgłaszane do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej/Naczelnej Radzie Lekarskiej.

Lekarz zawsze ma prawo do eksperymentu medycznego, ale na to wymagana jest zgoda komisji bioetycznej.

Stanowisko wydano na mocy art. 10, pkt. 6 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 419, z p.zm.)

Prof. dr hab. med. Teresa Jackowska
Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii

1. Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego, pod redakcją prof. dr hab. n. med. Walerii Hryniewicz i wsp., 2011
2. Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego, pod redakcją prof. dr hab. n. med. Walerii Hryniewicz, dr hab. n. med. Piotra Albrechta, prof. dr hab. n. med. Andrzeja Radzikowskiego, 2016

**KRAJOWY KONSULTANT
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO
WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY**

10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18a. tel. 089. 539-34-55, fax. 533-77-01

e-mail: piskorz@wssd.olsztyn.pl

Olsztyn, 10.02.2021

Opinia dotycząca podawania leków drogą domięśniową u dzieci w warunkach domowych
lub ambulatoryjnych.

W związku z licznymi zapytaniami dotyczącymi wykonywania lub nie wykonywania zleceń lekarskich w zakresie podawania dzieciom antybiotyków drogą domięśniową w warunkach domowych i ambulatoryjnych oraz licznych wydawanych przeze mnie opinii, kierowanych do Świadczeniodawców, jeszcze raz podkreślam, że podtrzymuje swoje poprzednie stanowiska i przypominam, że:

1. Nie należy podawać zleconych antybiotyków u dzieci drogą domięśniową w warunkach domowych i ambulatoryjnych.

Bezpieczna antybiotykoterapia u dzieci w warunkach domowych, czy ambulatoryjnych to nie tylko dobór odpowiedniego antybiotyku i dawki, ale również wybór doustnej drogi podania leku. W przypadku podejrzenia zakażenia u dziecka, które wymaga antybiotykoterapii dożylną - dziecko winno być skierowane do szpitala. Zlecenie przez lekarza domięśniowej antybiotykoterapii u dzieci jest w mojej ocenie nieetyczne, wywołujące niepotrzebną traumę u dziecka, pomijając już ryzyko powikłań. Wg współczesnej wiedzy medycznej i dostępnych metod leczenia dzieci, **powinno się wybierać najbardziej bezpieczne leki i drogi podawania leków** czyli: droga doustna realizowana w warunkach ambulatoryjnych, a tym bardziej w warunkach domowych, a w przypadku przeciwwskazań - droga dożylna, stosowana w warunkach szpitalnych (niezależnie od produktu leczniczego).

Opisywane powikłania u dzieci po podawaniu leków drogą domięśniową w postaci np. uszkodzeń nerwu kulszowego, uszkodzeń mięśni pośladkowych, do zaników włócznie, jak również reakcji alergicznych od wysypki uczuleniowej do wstrząsu anafilaktycznego włócznie oraz trauma i ból spowodowany stałymi, częstymi iniekcjami, są wystarczającym powodem do niestosowania tej formy leczenia dzieci. Czym innym jest doraźne podanie produktu leczniczego drogą domięśniową (bo taka jest konieczność), czym innym są szczepienia ochronne, które realizować należy zgodnie z kalendarzem szczepień (coraz częściej rodzice wybierają szczepionki poliwalentne, aby trauma związana z wkłuciem była rzadsza). Ale przecież nie unikniemy traumatycznych dla dzieci szczepień, bo zapobiegają chorobom zakaźnym, więc wiedząc o tym, nie należy dzieciom „fundować” dodatkowej traumy i dodatkowego ryzyka powikłań związanych z antybiotykoterapią domięśniową, realizowaną często 2 razy dziennie przez kilka/kilkanaście dni (często wbrew zasadom farmakodynamiki produktu leczniczego, gdyż godziny podawania antybiotyku dostosowane są do godzin pracy poradni, a nie w równych odstępach czasu).

2. W związku z powyższym bezpieczniejsza dla dziecka i skuteczniejsza dla procesu leczenia jest metoda antybiotykoterapii drogą doustną w warunkach ambulatoryjnych, a tym bardziej w warunkach domowych, a w przypadku przeciwwskazań - droga dożylna, stosowana w warunkach szpitalnych.
3. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, daje pielęgniarce prawo odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, w przypadku, gdy jest ono niezgodne z jej sumieniem lub zakresem kwalifikacji pielęgniarki oraz jeśli zagraża życiu i zdrowiu chorego. W takiej sytuacji pielęgniarka wskazuje pisemnie przyczynę odmowy wykonania zlecenia, z jej uzasadnieniem oraz informuje o tym fakcie rodziców. Rodzice w takiej sytuacji winni udać się do lekarza w celu zmiany metody leczenia lub zmienić lekarza, który potraktuje dziecko profesjonalnie i z empatią.

*Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego*

dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek

Notatka z Sympozjum Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki Oddział Ziemi Lubuskiej

W dniach 10 – 11.09.2021 roku już po raz XVI odbyło się Sympozjum Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki Oddział Ziemi Lubuskiej. Współorganizatorem spotkania była komisja problemowa ds. Anestezjologii i Ratownictwa Medycznego działająca przy OIPiP w Gorzowie Wlkp.

Wydarzenie miało miejsce w hotelu Kormoran na przedmieściach Sulęcina, malowniczo położona miejscowość wśród pięknej zieleni, otoczona stawami i lasami.

Uczestnictwo w Sympozjum cieszyło się dużym zainteresowaniem przyjechały pielęgniarki z województw lubuskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego, w sumie w spotkaniu uczestniczyły 102 osoby.



Jako organizatorzy staraliśmy się by tematyka wykładów i prezentacji była ciekawa i zainteresowała wszystkich uczestników. Stąd też duża różnorodność przekazywanych informacji dotyczących różnych aspektów pracy pielęgniarki. Sympozjum odbywało się w reżimie sanitarnym i przy rejestracji wymagany był paszport zaszczepienia lub aktualny wynik badania na Covid19.

Po oficjalnym powitaniu gości i uczestników przez Przewodniczącą PTPAiO Ziemi Lubuskiej Alinę Hoffmann poproszono panią Barbarę Szczepaniak-Spyra specjalistkę pielęgniarstwa epidemiologicznego o kilka wskazówek bezpiecznego uczestnictwa w spotkaniu.

Prowadząca spotkanie odczytała list od Pani Przewodniczącej OIPiP w Gorzowie Marty Powchowicz, która nie mogła osobiście uczestniczyć w spotkaniu.

Pani prof. dr hab. n. med. Marzena Bartoszewicz jako praktyk i wykładowca akademicki w ciekawy sposób przedstawiła nam problem „Nieantybiotykowych strategii zapobiegania zakażeniom szpitalnym”. Zwróciła uwagę

na zastosowanie antybiotyków w produkcji żywności a szczególnie w hodowli zwierząt. Pani profesor powiedziała również kilka słów na temat sepsy, zmianach w definicji przypominając, że 13 września przypada Światowy Dzień Sepsy, która co roku dotyka 27-30 mln osób na świecie a 8 mln ludzi rocznie umiera z jej powodu.

Bardzo ciekawą prezentację nt. „Leczenie ciężkiej niewydolności oddechowej ARDS wywołanej wirusem SARS-CoV-2 w szpitalu tymczasowym w Zielonej Górze” przedstawił dr Bartosz Kudliński. Prezentowany materiał to praca badawcza funkcjonowania szpitala tymczasowego, leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji pacjentów. Opracowane tam i wdrożone nowatorskie standardy postępowania wczesnego triażu pacjentów ze zwiększonym ryzykiem rozwinięcia niewydolności oddechowej przyniosły w efekcie sukcesy w mniejszej umieralności pacjentów. Przedstawiono w prezentacji, że ważni są wszyscy członkowie zespołu i jak kluczowa jest komunikacja międzyludzka oraz wspieranie się wzajemne. Można było podyskutować z pielęgniarkami Zielonogórskiego szpitala, które wraz z pielęgniarką oddziałową były uczestnikami sympozjum.



Kilka refleksji lekarza Intensywnej Terapii przedstawił członek honorowy naszego Towarzystwa lekarz anestezjolog Pan Jacek Zajączek. Uświadamiając nam wszystkim jak potrzebne jest wsparcie z zewnątrz zwłaszcza podczas pandemii gdzie siły fizyczne członków zespołów lekarsko – pielęgniarskich są ograniczone.

„Higiena rany” to zagadnienie przedstawiła mgr Zuzanna Konrady, pielęgniarka oddziałowa Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala miejskiego im. F. Raszei w Poznaniu.

Z dużym zainteresowaniem wysłuchałam prezentacji Pana Jacka Borowiaka na co dzień ratownika medycznego pracownika Kliniki Przedszpitalnej Szpitala Uniwersyteckiego w Oslo. „SARS-CoV-2 i COVID 19 tylko same straty”. Stwierdzenie jakże prawdziwe i w naszej rzeczywistości. Przedstawiający jednak podszedł do tematu w aspekcie korzyści jakie osiągnięto walcząc z pandemią. Dotyczyły one organizacji pracy w zespole, wsparcia psychologicznego i pozytywnych efektów z tego płynących. Wypracowanych standardów na każdym etapie postępowania, które sprawdzą się w innych nieprzewidywanych zdarzeniach.

Pani mgr Sylwia Rogowska specjalista pielęgniarstwa paliatywnego przedstawiła ciekawą prezentację swoich doświadczeń leczenia ran z wykorzystaniem nowoczesnych opatrunków.

Pozostała tematyka :

„Przygotowanie i podawanie leków niebezpiecznych w praktyce pielęgniarstwa”,

„Cechy nowoczesnych łóżek szpitalnych i pozycjonowanie pacjenta”,

„Żywnienie w onkologii i opiece długoterminowej”,

„Rozwiązania wspierające walkę z COVID 19”,

„Dekolonizacja prewencyjna- szansa czy szaleństwo?”.

Ciekawe ekspozycje firm medycznych, prowadzone pokazy z wykorzystaniem nowatorskich rozwiązań: bezpieczne linie naczyniowe, bezigłowe systemy infuzyjne, akcesoria do higieny pacjenta, udogodnienia do zmiany pozycji, środki ochrony osobistej oraz inne drobne sprzęty pomagające pielęgniarkom w nowoczesnych technikach pielęgnacji.



Nie zabrakło dyskusji i wymiany doświadczeń.

Dopełnieniem była kolacja zorganizowana na świeżym powietrzu z oprawą muzyczną, rozmową nie było końca a pogoda była dla nas łaskawa.

Nie mam wątpliwości, że wyjazdowe szkolenia to forma oczekiwana przez środowisko pielęgniarstwa. Jest

doskonałą odskocznią od trudnej i wyczerpującej pracy, służy integracji, wymianie doświadczeń i nawiązaniu nowych znajomości. Spotkanie to po tak wyczerpującym roku pracy w ekstremalnych warunkach jakie nałożyła na nas pandemia było zdarzeniem, które na długo pozostanie w naszych myślach. Do zobaczenia za rok...

*W imieniu organizatorów
Elżbieta Sabik*



Inauguracja Roku Akademickiego w Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim

W dniu 1 października uczestniczyłam w uroczystej inauguracji roku akademickiego 2021/2022 w Akademii im. Jakuba z Paradyża. Inauguracja poprzedzona była uroczystą Mszą Św. w Kościele Katedralnym pw. Wniebowzięcia Najświętszej Marii Panny, po której władze, pracownicy i studenci Uczelni oraz zaproszeni goście uroczystym przemarszem przeszli do Auli im. prof. Stanisława Kirkora przy ul. Fryderyka Chopina w Gorzowie Wielkopolskim.



Studentów, zaproszonych gości oraz kadrę naukowo-dydaktyczną powitała Rektor prof. dr hab. Elżbieta Skorupska-Raczyńska. W inauguracyjnym wystąpieniu podsumowała poprzedni rok akademicki. Wspominała m.in. o pandemii, która nie przeszkodziła wielu pracownikom badawczym w pracy naukowej a wręcz tę pracę przyspieszyła. Efektami tej pracy są publikacje, patenty, wynalazki i inne.

Młodzi ludzie, którzy najlepiej przeszli proces rekrutacji zostali pasowani przez Rektor prof. dr hab. Elżbietę Skorupską-Raczyńską na studentów Akademii im. Jakuba z Paradyża i z rąk Prorektora ds. kształcenia dr. Przemysława Słowińskiego odebrali indeksy. Uroczystym ślubowaniem oficjalnie wstąpili w poczet społeczności Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim.



Kolejnym punktem uroczystości było wystąpienie przedstawiciela samorządu studenckiego, który powitał studentów pierwszego roku, życzył im powodzenia oraz zapewnił, że dokonali właściwego wyboru.

Złotym Piórem Akademii im. Jakuba z Paradyża uhonorowany został prezes mgr inż. Roman Mizerny, w uznaniu zasług na rzecz Akademii i zaangażowanie wspomagające rozwój Uczelni.

Uniwersytet Trzeciego Wieku „Piękne Życie” Stowarzyszenie Miłośników Dębna, Uniwersytet Trzeciego Wieku w Gorzowie Wielkopolskim oraz Myśliborski Uniwersytet Trzeciego Wieku otrzymały z rąk Rektor prof. dr hab. Elżbiety Skorupskiej-Raczyńskiej tytuł „Przyjaciela Akademii im. Jakuba z Paradyża”.

Podczas inauguracji uroczystie pożegnano pracowników, którzy przeszli na emeryturę. Przyznano również nagrody dla pracowników, którzy w minionym roku akademickim w szczególny sposób wyróżnili się pracą na rzecz Uczelni.

Kolejnym punktem uroczystości był wykład inauguracyjny: „Polaków i Niemców rozmowy na przestrzeni wieków”, który wygłosiła prof. AJP dr hab. Renata Nadobnik.

Na koniec Rektor prof. dr hab. Elżbieta Skorupska-Raczyńska podziękowała wszystkim za przybycie, życzyła dobrego oraz stabilnego roku akademickiego i ogłosiła rok akademicki 2021/2022 w Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim za otwarty.

Marta Powchowicz
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych
w Gorzowie Wlkp.

IV Gorzowski Tydzień Seniora 18 - 22 października 2021 roku

W dniach 18 – 22 października 2021 roku po raz kolejny prezydent Gorzowa Wielkopolskiego Jacek Wójciki przekazał gorzowskim seniorom klucze do miasta. Na terenie całego miasta już po raz czwarty odbywał się „Gorzowski Tydzień Seniora”. Miasto wraz z instytucjami oraz podmioty działającymi na rzecz osób starszych przygotowało dla gorzowskich seniorów między innymi spacer z przewodnikiem po mieście i z kijkami nordic walking, wieczory z poezją, muzyką i tańcami, spektakl teatralny, ognisko i bal.

Gorzowski Tydzień Seniora to wydarzenie, którego celem było zachęcenie osób 60+ do aktywnego stylu życia, poszerzania wiedzy, rozwijania swoich pasji oraz integracji międzypokoleniowej.

To jedno z największych wydarzeń integrujących środowisko seniorów w mieście.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. postanowiła po raz kolejny czynnie włączyć się w organizowane przez miasto przedsięwzięcie.



W dniu 20 października 2021 r. w Wojewódzkiej i Miejskiej Bibliotece Publicznej im. Zbigniewa Herberta w Gorzowie Wlkp. podczas panelu wykładowego „Zdrowy, bezpieczny

i poinformowany senior” przedstawicielki samorządu udzielały informacji na temat dostępnych programów profilaktycznych oraz realizowanych świadczeń zdrowotnych. Na stoisku dla Gorzowian dostępne były liczne broszury i ulotki informacyjne dotyczące profilaktyki i promocji zdrowia a także „Koperty Życia”. Chętnym seniorom wykonywano pomiary ciśnienia tętniczego oraz poziomu cukru we krwi.



Nasz udział w Gorzowskim Tygodniu Seniora miał również na celu promocję zawodu pielęgniarki i położnej, rozpowszechnianie informacji na temat udzielanych przez pielęgniarki i położne świadczeń zdrowotnych realizowanych w lecznictwie zamkniętym oraz w podstawowej opiece zdrowotnej.

Bardzo serdecznie dziękuję za czynny udział w akcji Pani Bożenie Kwiatek oraz Pani Paulinie Nowak.

Po raz kolejny zorganizowane przedsięwzięcie cieszyło się dużym zainteresowaniem gorzowskich seniorów co pokazało, iż warto takie inicjatywy wspierać i kontynuować w przyszłości.

*Marta Powchowicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.*

Wywiad z pielęgniarką Walentyną Frąckowiak



PYT: Może zaczniemy od początku. Co sprawiło, że podjęła Pani decyzję o wyborze zawodu pielęgniarki?

ODP: W wieku lat 18 nie myślałam o tym by po zakończonej nauce w szkole średniej podejmować się dalszego kształcenia, chciałam iść do pracy. Poprzez namowy starszej siostry i ojca zdecydowałam się jednak na naukę w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa w Jeleniej

Górze. Wybór tej akurat szkoły to w sumie przypadek, ponieważ do tej pory tak naprawdę nie wiedziałam nic o pracy pielęgniarki i o zasadach funkcjonowania służby zdrowia. Dopiero w trakcie praktyk zrozumiałam na czym ta praca polega i spodobało mi się to.

PYT: Co najbardziej zaskoczyło Panią, kiedy rozpoczynała Pani praktykę w zawodzie? Co okazało się najtrudniejsze, a co motywowało Panią w sposób pozytywny do dalszej pracy?

ODP: Najbardziej zaskoczyła mnie w sposób negatywny liczba ludzi biednych i chorych. Szpitale, które w tamtych

czasach były przepełnione, brakowało podstawowego sprzętu.

PYT: Jak na przestrzeni lat zmieniał się pielęgniarstwo?

ODP: Bardzo, moim zdaniem mniej już jest samego pielęgniarstwa mniej kontaktu z pacjentem a więcej administracji, dokumentacji i komputeryzacji. Pacjent wśród tych wszystkich procedur jest mniej zauważalny niż kiedyś. Zmieniło się również to, że kiedyś pielęgniarka wykonywała szereg czynności bez pisemnego zlecenia lekarskiego. Jedną z takich czynności było podawanie pacjentom leków na ustne polecenie lekarza wydane nawet przez telefon. W dzisiejszych czasach jest to nie do pomyślenia nie do zaakceptowania.

PYT: Dlaczego wybrała Pani pracę w POZ?

ODP: To nie jest tak, że od razu podjęłam pracę w podstawowej opiece zdrowotnej. Po szkole podjęłam zatrudnienie w szpitalu w Gnieźnie gdzie wówczas mieszkałam. Przez pierwsze dwa lata po szkole pracowałam na oddziale Położnictwa. Dobrze wspominam ten oddział mimo, że w tamtych czasach pracowało się długo i nie było tzw. nadgodzin a koniecznością było siedzenie przy pacjentce do momentu aż np. wybudzi się po narkozie po zabiegach ginekologicznych i będzie w stanie ogólnym dobrym. Dopiero wtedy można było zejść z oddziału. Później pracowałam na oddziale zakaźnym również w Szpitalu w Gnieźnie na oddziale zakaźnym pododdziale gruźliczym. Ten oddział wspominam jako bardzo ciężki był to rok 1960 – 1961. W tym okresie było bardzo dużo przypadków zachorowań na gruźlicę i dużo pacjentów umierało na tą chorobę. Następnie przez okres roku wykluczyłam się z zawodu, ponieważ sama zachorowałam na gruźlicę. W 1965 roku przysłam do Gorzowa Wlkp. zatrudniłam się w Miejskim Zespole Opieki Zdrowotnej w poradni dziecięcej. W 1967 r. wzięłam udział w pierwszym kursie organizowanym w Gorzowie Wlkp. w dziedzinie Pielęgniarstwa środowiskowego. W 1969 r. podjęłam pracę w środowisku w Przychodni Rejonowej nr 1 na ul. Towarowej i przepracowałam tam 25 lat. W trakcie pracy w przychodni podjęłam również dodatkową pracę w szpitalu na oddziale zakaźnym na którym pracowało mi się bardzo dobrze.



PYT: Która część wykonywanej pracy zawodowej była przez Panią najbardziej lubiana?

ODP: Najbardziej lubianą częścią pracy pielęgniarki według mnie jest kontakt z pacjentem

PYT: Pracowała Pani również podczas epidemii COVID-19, w jaki sposób wpłynęła ona na Pani pracę?

ODP: Praktycznie nie odczułam większych zmian. Codziennie chodziłam do pracy wykonywałam czynności tak jak wcześniej, do pacjentów też jeździłam oczywiście po wcześniejszej rozmowie telefonicznej i potwierdzeniu, że pacjenci wyrażają zgodę na wizytę domową. Nie trafił się ani jeden pacjent w tej całej sytuacji, który by odmówił wizyty.

PYT: Czy w trakcie Pani pracy zawodowej były momenty, etapy równie ciężkie, które można by było porównać do stanu pandemii?

ODP: W całej pracy zawodowej zdarzały się różne ciężkie momenty, które można by było porównać do aktualnej sytuacji. Przykładem mogą być wspomniane wcześniej z czasów pracy na oddziale zakaźnym w Gnieźnie, liczne zachorowania na gruźlicę lub np. sytuacja kiedy na ten sam oddział trafiła grupa siedmiorga małych dzieci przywiezionych z domu dziecka, które trafiły do nas z ostrą biegunką i wymiotami. Nie pamiętam dokładnie jaka była przyczyna zakażenia ale był to ciężki przypadek. Całą noc spędziłam na opiekowaniu się tymi dziećmi, mimo, że mój dyżur już dawno się skończył. W tamtych czasach człowiek nawet nie pomyślał, żeby wyjść z dyżuru priorytetem była opieka nad pacjentami.

PYT: Prawo do przejścia na emeryturę nabyła Pani już w 2011 roku, dlaczego dopiero teraz zdecydowała się Pani na odejście z zawodu?

ODP: Jak zaczęła się rewolucja związana z kontraktami w POZ powiedziałam sobie, że kończę pracę w przychodni na Towarowej jednak Pani lekarz Jadwiga Biczysko przekonała mnie, żebym jeszcze została. Popracowałam w tym rozgardiaszu związanym z powstawaniem kontraktów jeszcze około dwóch tygodni ale to już nie była ta sama praca w związku z czym zrezygnowałam i zrobiłam sobie wolne. Po pewnym czasie niezbyt długim zadzwoniła do mnie Bożena Kwiatek, że brakuje im w NZOZ-ie jednej pielęgniarki środowiskowej. Ustaliliśmy, że zgodzę się na pracę na okres roku i tak minęło mi kolejne 10 lat w zawodzie.

PYT: Przepracowała Pani w zawodzie 63 lata czy potrafi się Pani odnaleźć na zasłużonej emeryturze? Co robi Pani w „wolnym” czasie?

ODP: Czy potrafię się odnaleźć szczerze mówiąc nie bardzo. Jest mi ciężko. W Gorzowie jestem sama. Ja pochodzę z Gniezna mąż z Wrześni. Jak to w tamtych czasach bywało mąż dostał nakaz pracy w elektrociepłowni w Gorzowie, nie istniała możliwość składania odwołań i tak z dnia na dzień trzeba było się przenieść. Na samym początku mojej

emerytury nie wiedziałam co mam zrobić z wolnym czasem, którego jak się okazało jest mnóstwo. Było mi ciężko się przyzwyczaić do siedzenia w domu. Teraz można powiedzieć, że się przyzwyczajam. Zaczynam robić na drutach, czytam książki. Najlepsze chyba jednak jest to, że w dalszym ciągu mam kontakt ze swoimi pacjentkami. Zdarza się, że na pogaduszkach spędzam kilka godzin dziennie. A w przypadku gdy nie odbiorę telefonu, bo jestem np. na zakupach to i reprimendę potrafię otrzymać od swoich pacjentek.



PYT: Jak wiadomo bycie pielęgniarką nie jest łatwą pracą. Kto według Pani odnajdzie się w tym zawodzie? Jakie cechy musi posiadać?

ODP: Na pewno powinna być to osoba pomocna, sympatyczna, pozytywnie nastawiona do pacjenta, powinna chcieć mieć czas dla pacjenta.

PYT: Czy uważa Pani, że pielęgniarstwo w dzisiejszych czasach to nadal powołania czy raczej zawód jak każdy inny?

ODP: Moim zdaniem pielęgniarstwo powinno być bardziej nastawione na pacjenta a nie polegać wyłącznie na mechanicznym odhaczaniu zadań z listy. Pielęgniarstwo przede wszystkim powinno być zawodem z powołania wtedy na pewno jest z korzyścią dla pacjenta.

PYT: Jakie słowa skierowałaby Pani dziś do wciąż aktywnie zawodowo pielęgniarek i położnych a co chciałaby Pani przekazać tym młodym, które dopiero zaczynają swoją przygodę w zawodzie?

ODP: Chciałabym przekazać by były miłsze dla pacjentów, bardziej uśmiechnięte, by bardziej skupiały się na pomaganiu a nie na ankietach.

Wywiad przeprowadziła:
Przewodnicząca ORPiP w Gorzowie Wlkp.
Marta Powchowicz
Opracowała: Małgorzata Paradowska

*„Są chwile co długo w pamięci zostają,
choć czas upływa, nie przemijają.
Są też osoby, które poznane,
nie będą nigdy zapomniane”.*

W związku z przejściem na emeryturę po 63 latach pracy pielęgniarki Pani Walentyny Frąckowiak w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych składam serdeczne podziękowania za profesjonalną, pełną zaangażowania pracę zawodową.

Życzę zdrowia, wszelkiej pomyślności oraz pogody ducha na dalsze lata życia.



Marta Powchowicz
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Gorzowie Wlkp.

Rola pielęgniarki w edukacji pacjenta z cukrzycą. Powikłania naczyniowe (stopa cukrzycowa).

Pomimo stale postępującego rozwoju wiedzy medycznej w zakresie prewencji i leczenia powikłań cukrzycy - problem stopy cukrzycowej nadal stanowi duże wyzwanie dla zespołu lekarsko - pielęgniarskiego. Uzasadniona jest więc potrzeba edukacji wszystkich diabetyków, co z kolei wymusza konieczność zdobywania rzetelnej i aktualnej wiedzy przez personel medyczny. Stąd pomysł zajęcia się tym tematem, aby chociaż w niewielkim stopniu ukazać skalę problemu, oraz możliwości jego zminimalizowania.

Zespół stopy cukrzycowej obejmuje różne obrazy kliniczne - od polineuropatii, przez zakażone lub nie owrzodzenia stopy, stany zapalne tkanek miękkich i/lub kości, po zmiany niedokrwiennie prowadzące do martwicy czy destrukcji kości. *Definicja wg. WHO* określa ten zespół jako infekcję, owrzodzenie i/lub zniszczenie tkanek stopy połączone z neuropatią i/lub uszkodzeniem tętnic u osoby z cukrzycą.

Częstość tego powikłania jest różna, zależna od wiedzy i dbałości o zdrowie pacjenta oraz poziomu i dostępności opieki medycznej. Najnowsze źródła podają, iż zespół ten występuje z częstością 68 osób/1000/rok, zaś wynikiem niepowodzeń w leczeniu bywa amputacja kończyny dolnej. Jednak dzięki działaniom prewencyjnym i specjalistycznej opiece wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego można uniknąć aż 85% amputacji.

Głównym **czynnikiem** powodującym uszkodzenie tkanek i wystąpienie przewlekłych powikłań w cukrzycy jest nasilenie i czas trwania hipoglikemii. U niektórych pacjentów, mimo braku wyrównania metabolicznego i wysokich poziomów glikemii we krwi, skłonność do powikłań jest mniejsza, u innych występują one już bardzo wcześnie (skłonność osobnicza). Rozwojowi zespołu stopy cukrzycowej sprzyja:

- źle leczona cukrzyca,
- palenie tytoniu,
- zaburzenia ukrwienia stopy,
- jakakolwiek deformacja stopy,
- nadmiar masy ciała,
- przebyty zespół stopy cukrzycowej w przeszłości,
- podeszły wiek,
- ograniczona ruchomość stawów,
- dyslipidemia,
- alkoholizm, nikotynizm,
- zaburzenia widzenia, ślepota,
- brak dbałości o higienę stóp,
- źle dobrane obuwie, wkładki czy skarpety,
- uraz mechaniczny, termiczny czy chemiczny.

Podział zespołu stopy cukrzycowej:

- 50% - stopa cukrzycowa neuropatyczna - w jej przebiegu dochodzi do uszkodzenia nerwów obwodowych

(włókien ruchowych i czuciowych), tzw. polineuropatii obwodowej. Zaburzone jest czucie dotyku, temperatury, wibracji i osłabione są odruchy ścięgniste. Następuje zanik drobnych mięśni i deformacja stóp (palce młoteczkowate, podwyższenie łuku stopy, obecność zgrubień i modzeli). Stopa neuropatyczna jest ciepła, skóra jest sucha z tendencją do pęknięć.

- 20% - stopa cukrzycowa naczyniowa (niedokrwienna) - objawia się brakiem tętna na tętnicach stopy, a czasami też na tętnicy podkolanowej. Skóra stopy staje się cienka, nie występuje na niej owłosienie, może być różowa, zazwyczaj nie powstają na niej modzele. Może dochodzić do zaniku pojedynczych mięśni czy grup mięśniowych w obszarze upośledzonego ukrwienia. Z powodu neuropatii u niektórych chorych może nie występować ból i chromanie przestankowe.
- 30% - stopa cukrzycowa mieszana (neuropatyczno-niedokrwienna) - w zespole tym na obecność zmian naczyniowych nakładają się zaburzenia w obrębie układu nerwowego. Jest to sytuacja, która stwarza najwyższe zagrożenie amputacją.

Objawy świadczące o zmianach w obwodowym układzie nerwowym i naczyniach krwionośnych (występują samoistnie i najczęściej w spoczynku lub nocą):

- przeszywające, kłujące, piekące bóle stóp,
- mrowienie, uczucie stąpania po drobnych kamieniach (parestezje),
- kurcze mięśni łydek (szczególnie nocą),
- zaburzenia chodu (wrażenie stąpania po czymś miękkim),
- pieczenie, drętwienie,
- nadwrażliwość na dotyk oraz nieodczuwanie bólu,
- zaburzenia czucia (objaw „skarpetek” i „rękawiczek”),
- nadmierne marznięcie stóp,
- suchość skóry stóp (zwiększona podatność na pęknięcie),
- brak wyczuwalnego tętna na tętnicy grzbietowej stopy,
- ból w łydkach (chromanie przestankowe),
- utrudnione gojenie się ran (ograniczony dopływ krwi do tkanek stóp).

Szczególną uwagę należy zwrócić na pojawienie się objawów infekcji i stanu zapalnego (ból, nadmierne ucieplenie, obrzęk i zaczerwienienie, wysięk, przykry zapach).

Badania stóp wykonywane przez personel medyczny:

- badania czucia nacisku - wykonuje się za pomocą monofilamentu Semmens - Weinsteina w wyznaczonych miejscach na podeszwie stopy (paluch, kłęb palucha, tuż za małym palcem) z pominięciem miejsc z przerośniętym naskórkiem,

- badania czucia wibracji - jedno z najczulszych badań wykrywających polineuropatię na początkowym etapie, przy użyciu kamertonu ze skalą Rider - Seifera. Pomiar wykonuje się u podstawy palucha na grzbietowej stronie stopy, oraz na kostce przyśrodkowej. Prawidłowo poziom ten nie powinien być niższy niż 6,
- badanie czucia bólu. Do badania służy Neurotip, stanowiący połączenie tępo zakończonej metalowej i plastikowej igły. Wykonuje się w tych samych miejscach co badanie nacisku. Pacjent powinien zróżnicować dotknięcie plastikowej i metalowej igły,
- badanie czucia temperatury. Ocenę czucia temperatury dokonuje się za pomocą termitu. Jest to rodzaj połączonego metalowego i plastikowego walca. Metal, jako lepiej przewodzący ciepło jest odczuwany jako zimny, a plastikowa końcówka jako neutralna lub ciepła. Badanie wykonuje się na grzbietowej stronie stopy,
- badanie nacisku podeszwowego - powinno być wykonywane u każdego pacjenta z cukrzycą celem prewencji i dobrania indywidualnej wkładki lub obuwia,
- ocena mikrokrążenia - palpacyjna ocena tętna na tętnicach grzbietowych stóp oraz wskaźnika kostka-ramię,
- ocena deformacji stóp, stanu skóry i paznokci (wizualna ocena),
- ocena wydzielania potu - za pomocą plastrów do oceny stanu potliwości podeszwy stóp,
- oraz inne specjalistyczne badania stóp: bateria Ewinga, test sudometryczny, ilościowe badanie czucia, biopsja skórna nerwu, ilościowa ocena czucia wibracji (neurotensjometr), ilościowa ocena siły mięśniowej (dynamometr), badanie elektrofizjologiczne przewodnictwa nerwowego (mcv), elektroneurografia (eng) i elektromiografia (emg).

Stopień zaawansowania zespołu stopy cukrzycowej możemy ocenić stosując dostępne skale. Jedną z nich jest *klasyfikacja Wagnera*, obejmująca 6 stopni:

- I - żadnych otwartych owrzodzeń, zniekształcenie stopy i nadmierne rogowacenia,
- II - owrzodzenia tylko w obrębie skóry,
- III - owrzodzenia wnikające do ścięgien i torebek stawowych,
- IV - owrzodzenia wnikające do kości oraz zapalenie szpiku,
- V - ograniczona zgorzel,
- VI - zgorzel obejmująca całą stopę.

W przypadku istniejącej infekcji w obrębie stopy - należy zastosować skalę *PEDIS*, posiadającej 4 stopnie zaawansowania zmian zapalnych, a oceniającej wg. 5 kryteriów (ukrwienie, wielkość, głębokość, nasilenie infekcji i utrata czucia).

Zgodnie ze światowymi standardami, leczenie zespołu stopy cukrzycowej powinno mieć charakter zespołowy

(interdyscyplinarny). Mimo że jest ono kosztowne i czasochłonne – zazwyczaj przynosi dobre efekty i może zmniejszyć liczbę amputacji w granicach 75-90%, a także wydłużyć życie i poprawić jego jakość.

Wielodyscyplinarne leczenie zespołu stopy cukrzycowej:

- wyrównanie metaboliczne cukrzycy (insulinoterapia – doustne leki regulujące glikemię dopuszczalne tylko przy prawidłowym wyrównaniu metabolicznym),
- odciążenie stopy (but odciążający stopę, specjalistyczne obuwie, wkładki terapeutyczne, kule, wózek inwalidzki, opatrunk gipsowy obejmujący stopę i podudzie – Total contact cast), pobyt w łóżku,
- antybiotykoterapia (doustna lub dożylna),
- zabiegi chirurgiczne (usuwanie martwiczych tkanek, drenaż, nacinanie),
- zabiegi chirurgii naczyniowej, wewnątrznaczyniowej, hybrydowe,
- zabiegi podiatryczne (opracowanie ran, opatrunki aktywne, terapia zapewniająca wilgotne środowisko ran),
- inne (przeszczepy skórne, czynniki wzrostu, preparaty ludzkiej skóry, komora hiperbaryczna, leczenie podciśnieniem (vacuum), leczenie poprawiające ukrwienie, treningi marszowe).

Owrzodzenie stopy

Każde przerwanie ciągłości skóry pojawiające się w obrębie stopy u chorego na cukrzycę, stanowi czynnik ryzyka późniejszej amputacji i wymaga bardzo szybkiej interwencji. Nawet w przypadku niewielkiego owrzodzenia może dojść do zakażenia i bardzo gwałtownej progresji zmian. Wszystkim pacjentom należy bardzo często przypominać, iż w przypadku wystąpienia rany, należy jak najszybciej skontaktować się z lekarzem lub pielęgniarką.

Owrzodzenia w przebiegu stopy neuropatycznej najczęściej zlokalizowane są w okolicy przodostopia (w rzucie głów kości śródstopia), a w przypadku stopy niedokrwiennej na szczytach palców i brzegu stopy).

Postępowanie z pacjentem, u którego doszło do owrzodzenia stopy obejmuje następujące kroki, które – poza oceną ukrwienia – realizowane są podczas każdej wizyty chorego:

1. Ocena ukrwienia kończyny - u każdego chorego z cechami niedokrwienia wskazane jest wykonanie usg dopplerowskiego i - w zależności od wyniku - konsultacja chirurga naczyniowego (możliwość interwencji chirurgicznej - zabieg pomostowania naczyniowego lub angioplastyki). Chorzy z niedokrwieniem kończyny powinni zaprzestać palenia, kontrolować lipidogram i ciśnienie tętnicze krwi.

2. Opracowanie chirurgiczne rany (debridement) - opracowanie rany znanymi sposobami, mechaniczne,

enzymatyczne lub biologiczne, połączone z oceną jej rozmiarów (długość, szerokość i głębokość).

3. Ocena współistnienia zakażenia - włączenie leczenia

- inspekcję rany trzeba przeprowadzać codziennie, ponieważ infekcja może pojawiać się i postępować bardzo gwałtownie. Klasyczne cechy infekcji to: zaczerwienienie, obrzęk, wzrost ucieplenia, ból oraz utrata funkcji. Dwie ostatnie cechy nie występują u pacjentów z neuropatią. Niekiedy nie obserwuje się również pozostałych objawów zakażenia, jedynie brak postępu gojenia wskazuje na obecność infekcji. U prawie 50% chorych z zakażoną raną nie pojawia się wzrost leukocytozy (OB, CRP), zaś upośledzenie funkcji leukocytów zaburza jej gojenie. W przypadku podejrzenia infekcji należy pobrać materiał do badania mikrobiologicznego - (najlepiej fragmenty tkanek lub aspirat, najmniej wartościowe są wymazy z powierzchni rany) i od razu rozpocząć antybiotykoterapię doustną. Nie zaleca się miejscowego stosowania antybiotyków, jako uzupełnienie terapii doustnej można jedynie zastosować gąbkę garamycynową.

4. Ustalenie zasad pielęgnacji rany w domu chorego i wybór odpowiednich opatrunków

- (konieczność codziennej zmiany opatrunku i nauczanie jej pacjenta bądź opiekuna, wskazanie preparatu odkażającego). Nie należy zalecać pacjentom długotrwałego moczenia stóp. Wybór opatrunku zależy od lokalizacji, wielkości, głębokości rany, a także ilości wysięku, obecności iniekcji lub martwicy i stanu otaczających tkanek. Zastosowanie ma większość grup opatrunków: hydrokoloidy, opatrunki ze srebrem, alginiany, opatrunki piankowe (zwykle i wzbogacone srebrem).

5. Zastosowanie odciążenia chorej kończyny

- klasyczną metodą jest total contact cast (TTC) - założony specjalną techniką opatrunek gipsowy. Jest złotym standardem odciążenia, lecz zastosowanie go wymaga sporych umiejętności oraz możliwości regularnego (co 7-10 dni) zdejmowania w celu inspekcji rany oraz wykluczenia otarć i urazów. Alternatywą dla TTC może być tzw. *diabetic Walker*, orteza, której wewnątrz jest pompowane, co umożliwia indywidualne dostosowanie, oraz samodzielne zdejmowanie. Kolejny sposób odciążenia to czasowe obuwie do odciążenia przodostopia lub pięty, wymagające zwiększonej ostrożności przy stawianiu pierwszych kroków.

6. Ocena stanu metabolicznego pacjenta oraz jego potrzeb edukacyjnych

- u wszystkich pacjentów z owrzodzeniem stopy, a zwłaszcza u chorych z objawami infekcji należy zwrócić szczególną uwagę na wyrównanie glikemii. Zakażenie może prowadzić do dekompensacji cukrzycy, nagłe pogorszenie kontroli glikemii może więc wskazywać na obecność infekcji. Pacjent z cukrzycą, szczególnie powikłaną - wymaga dużego wsparcia, zarówno w zakresie edukacji, jak i właściwej oceny jego możliwości - intelektualnych, fizycznych i społecznych. Personel zajmujący się takimi

chorymi powinien pomóc im zapewnić wsparcie - czy w kręgu bliskich, czy w opiece zinstytucjonalizowanej. Często też problemem tych pacjentów jest zła sytuacja finansowa, uniemożliwiająca prawidłowe leczenie i pielęgnację.

Rola personelu medycznego, głównie pielęgniarek, jest więc nie do przecenienia w tej kwestii. Najważniejszym działaniem jest wczesna edukacja skierowana do wszystkich osób z cukrzycą, prowadzona zgodnie z obowiązującymi standardami edukacji.

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w zakresie prewencji zespołu stopy cukrzycowej:

- systematyczna edukacja w zakresie właściwej i bezpiecznej pielęgnacji oraz higieny stóp i zapobiegania owrzodzeniom,
- regularne zabiegi pediatryczne, usuwanie modzeli i hiperkeratozy,
- systematyczne badanie stóp w kierunku zaburzeń czucia i niedokrwienia,
- edukacja i systematyczne leczenie dotyczące innych czynników ryzyka, takich jak palenie tytoniu, nadwaga, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, niewyrównanie metaboliczne cukrzycy,
- noszenie obuwia (wkładek) dopasowanego do kształtu stopy oraz odpowiednich skarpet (z naturalnego tworzywa),
- wczesne wykrywanie i leczenie niedokrwienia kończyn.

Podstawą w zapobieganiu zespołu stopy cukrzycowej jest samokontrola i samo pielęgnacja. Edukacja powinna obejmować najważniejsze elementy prewencji, również prewencji wtórnej (gdy stwierdzono pierwsze objawy zespołu stopy cukrzycowej):

1. **Mycie stóp** - powinny być zawsze suche i czyste, należy myć je codziennie lub częściej, najlepiej w letniej wodzie (do 37 stopni) z dodatkiem szarego mydła, a w razie mikrourazów lub zmian - z dodatkiem emulsji antyseptycznej. Stopy nie moczyć zbyt długo (2-3 min.) i dokładnie osuszać miękkim ręcznikiem, szczególnie przestrzenie między palcami.
2. **Nawilżanie, natłuszczenie i osuszanie stóp** - skóra stóp powinna być zawsze miękka, a przestrzenie między palcami - bez resztek kremu czy balsamu. Czynność tą powinno się wykonywać codziennie, polecane preparaty to np. zawierające olej konopny lub z zawartością mocznika (10% dla skóry bardzo cienkiej i delikatnej oraz stopy o podłożu naczyńniowej, 25% w przypadku bardzo suchej skóry i modzeli). Talk tylko przy nadmiernej potliwości stóp.
3. **Oglądanie stóp** - codziennie należy oglądać całe stopy pod kątem zmian zabarwienia, uszkodzeń skóry - otarć, zranień, zrogowaceń naskórka, zniekształceń palców. Osoby noszące okulary, powinny oglądać stopy w okularach, można posłużyć się lusterkiem, aby obejrzeć podeszwy stóp.

4. **Obcinanie paznokci** - paznokcie powinny być krótkie, ale z niewielkim marginesem chroniącym opuszkę palca i skrócona „na prosto”, opiłować w jednym kierunku i tylko za pomocą papierowego pilnika
5. **Ścieranie zgrubiałego naskórka** - szczególnie na piętach i paluchach należy systematycznie ścierać na sucho za pomocą niemetalowej tarki do stóp. Niewskazane są preparaty złuszczące.
6. **Samodzielna ocena wydzielania potu** - średnio raz w miesiącu kontrolujemy przy użyciu specjalnych plastrów do oceny potliwości podeszwy stóp
7. **Usuwanie modzeli/odcisków** - zakazane jest samodzielne ich usuwanie przez pacjenta - wykonanie tej czynności należy powierzyć profesjonalście (podolog, pediatra, kosmetolog).
8. **Zaopatrzenie mikrourazów** - stosowane opatrunki powinny być aseptyczne, każdy pacjent powinien mieć łatwo dostępny zestaw do opatrywania mikrourazów, składający się z jałowych gazików, bandaży i środka antyseptycznego.
9. **Dobór skarpet i rajstop** - powinny one zapewniać prawidłowe oddychanie skóry stóp oraz właściwy przepływ krwi i limfy (naturalne włókna, brak

uciskowych ściągaczy). Poleca się skarpety bezuciskowe, bezszwowe, antybakteryjne, antygrzybiczne, z jonami srebra, z naturalnego jedwabiu, z przędzy bambusowej, z tlenkiem cynku, z wyciągiem z alg, z wełną z merynosów.

10. **Dobór obuwia** - powinny być starannie wybrane - wygodne, najlepiej rekomendowane dla osób chorujących na cukrzycę - z miękkiej skóry, głębokie, z szerokimi noskami, na twardej podeszwie. Butów nie można sznurować zbyt mocno, nie wskazane jest noszenie na gołą stopę, lub chodzenie boso np. na plaży, działce. Buty zawsze należy kupować po południu, nigdy rano, a każdorazowo przed włożeniem należy sprawdzić, czy nie ma w nich drobnych przedmiotów lub czy wyściółka nie jest zawinięta. Wkładki dobierane indywidualnie.

11. **Ćwiczenia stóp** - należy wykonywać codziennie, powinny być one dobrane indywidualnie przez fizjoterapeutę, pobudzają krążenie krwi w stopach. Można też stosować proste ogólnodostępne ćwiczenia stóp.

Opracowała: Alicja Świątek

PRZEKAŻ 1% PODATKU



Dokucza mi zespół duplikacji chromosomu drugiego, rzadka wada genetyczna. Muszę liczyć się z opóźnieniem psychoruchowym oraz wymagam stałej rehabilitacji i opieki wielospecjalistycznej. Nie wiadomo kiedy uda mi się samodzielnie usiąść czy zrobić swój pierwszy krok, jednak ciężko ćwiczę, aby to osiągnąć.

Trzymajcie kciuki!



Mikołaj

<https://dzieciom.pl/podopieczni/37840>

Jeśli chcielibyście
dowiedzieć się o mnie więcej,
zajrzyjcie na stronę fundacji



KRS:
0000037904

**CEL SZCZEGÓŁOWY 1%:
37840 MAŁYSZKO MIKOŁAJ**

Ciasto biszkoptowe i z makiem



Składniki:

Biszkopt:

- 6 jajek (oddzielić żółtka od białka),
- 180 g cukru kryształu,
- 80 ml oleju,
- 200 g mąki pszennej tortowej,
- 2 łyżki kakao,
- 1 łyżeczka proszku do pieczenia,
- 100 ml świeżo zaparzonej, ostudzonej kawy rozpuszczalnej.

Ciasto makowe:

Wszystkie składniki powinny być z temperatury pokojowej:

- 130 g masła,
- 90 g cukru kryształu,
- 200 g suchego, zmielonego maku (można użyć zmielonego gotowego) w torebce,
- 1 olejek migdałowego,
- 4 duże jajka,
- ¾ szklanki posiekanych orzechów włoskich.

Do nasączenia:

- 250 ml wody (można część zastąpić alkoholem np. spirytusem lub wódką lub likierem),
- 3 łyżki soku z cytryny,
- 2 łyżeczki cukru pudru.

Czekoladowy krem:

Wszystkie składniki powinny być z temperatury pokojowej:

- 200 g gorzkiej czekolady,
- 50 g mlecznej czekolady,
- 200 ml śmietanki kremówki 30 proc.,

- 250 g masła,
- 300 g masy krówkowej z puszki.

Polewa:

- 150 g gorzkiej czekolady,
- 100 g mlecznej czekolady,
- 250 ml śmietanki kremówki 30 proc.,
- 150-200 g masy krówkowej z puszki.

Dodatkowo:

Do posypania wiórki czekoladowe

Wykonanie:

Biszkopt:

Piekarnik nastawić na 180 st. C (górną-dół). Blaszke wielkości 25 cm x 35 cm wyłożyć papierem do pieczenia.

1. Białka ubić na sztywną pianę. Ciągłe ucierając mikserem, dodać cukier i ucierać, aż masa stanie się gęsta i lśniąca. Następnie dodać żółtka i dalej mieszać mikserem na jasną, kremową masę.
2. W misce wymieszać suche produkty tj. mąkę z kakao i proszkiem. Do ubitej już masy jajecznej dodać olej i wymieszać. Wlać kawę i krótko wymieszać szpatułką.
3. Połowę przygotowanej mąki z kakao, wymieszać bardzo krótko szpatułką, następnie dodać przesianą pozostałą mąkę i tym razem również krótko wymieszać. Ciasto powinno być o gładkiej jednolitej konsystencji.
4. Ciasto przełożyć do przygotowanej blaszki, wyrównać i wstawić do nagrzanego piekarnika na najniższy poziom.
5. Piec przez około 40 minut.
6. Wyjęte ciasto odstawić do całkowitego ostudzenia.

Ciasto makowe:

Tu również składniki o temperaturze pokojowej:

1. Masło włożyć do miski, dodać cukier i ucierać mikserem przez około 2 minuty.
2. Dodać zmielony mak, aromat i krótko miksować mikserem do połączenia składników.
3. Dodawać po jednym jajku, po każdym dodaniu wymieszać mikserem do połączenia składników.
4. Dodać orzechy i wymieszać z ciastem.
5. Blaszka o wymiarach 25 cm x 35 cm wyłożona papierem do pieczenia.
6. Ciasto makowe przełożyć do blaszki i wyrównać.
7. Wstawić do nagrzanego piekarnika na najniższy poziom piekarnika.
8. Piec w temperaturze 180 st. C w funkcji góra-dół przez około 30 minut.
9. Po wyjęciu z piekarnika odstawić do całkowitego ostudzenia.

Czekoladowy krem: do rondelka wlać śmietankę i zagotować.

1. Do miseczki przełożyć połamaną czekoladę (gorzką oraz mleczną) i zalać ją gorącą śmietanką, mieszać, aż czekolada się roztopi.
2. Czekoladową masę nakryć folią spożywczą i odstawić do całkowitego ostudzenia. Powinna mieć temperaturę pokojową jak masło.
3. Gdy masa czekoladowa już ostygnie, do miski przełożyć masło i ucierać mikserem przez około 2 minuty.
4. W dwóch partiach dodać masę krówkową, po każdym dodaniu wymieszać mikserem na niskich/średnich obrotach do połączenia składników.
5. Następnie do maślanego kremu dodać w dwóch częściach czekoladową masę, po każdym dodaniu wymieszać mikserem na niskich obrotach do połączenia składników.

Kolejność składania ciasta:

1. Biszkopt przekroić w poziomie na dwie równe części, jedną z tych części przełożyć do blaszki, w której był pieczony biszkopt na wyłożony papier.
2. Składniki do nasączenia wymieszać (część wody można zastąpić np. 3 łyżkami spirytusu) i tak około 1/4 ponczu nasączyć biszkopt w blaszce (trochę więcej ponczu przeznaczamy na ciasto makowe).
3. Po nasączeniu, na biszkopt w blaszce wykładamy połowę czekoladowego kremu i wyrównujemy.
4. Ciasto makowe kładziemy na kremie w blaszce i nasączamy je trochę więcej niż biszkopt.
5. Następnie wykładamy pozostały krem i wyrównujemy.
6. Na wierzchu układamy drugą część biszkoptu, lekko dociskając i nasączyć go pozostałym ponczem.

Polewa: do rondelka wlać śmietankę i zagotować.

1. Do miseczki przełożyć połamaną czekoladę gorzką oraz mleczną i zalać ją gorącą śmietanką, mieszać, aż czekolada się roztopi.
2. Następnie do ciepłej masy czekoladowej dodać masę krówkową jaka została nam w puszcze i dokładnie wymieszać.
3. Polewę wylać na ciasto w blaszce i wyrównać.
4. Na koniec ciasto posypać wiórkami czekoladowymi.

Ciasto wstawić na całą noc do lodówki.

Ciasto powinno się podawać w temperaturze pokojowej, czyli tak około 45-60 minut przed podaniem gościom wyjąć z lodówki.

Przepis wypróbowany dostałam od siostry

**Coś nowego na Wigilię****Babeczki z ciasta francuskiego z pieczarkami**

Smażone pieczarki zapiekane w jajeczno-śmietanowej masie to propozycja nie do odrzucenia i coś nowego na Wigilię.

Składniki:

- 1 arkusz ciasta francuskiego
- 10 dużych pieczarek,
- 1 cebula,
- 2 łyżki masła,
- 2 jajka,
- 2 łyżki śmietany,
- przyprawy: ½ łyżeczki tymianku, sól, pieprz.

Składniki można podwoić w przypadku większej liczby osób.

1. Pieczarki posiekać drobno wraz z cebulą i usmażyć na maśle z odrobiną oleju. Pod koniec doprawić do smaku.
2. Odstawić do ostygnięcia.
3. Rozłożyć ciasto francuskie i wykrawać z niego kółka.
4. Wkładać je do formy na muffiny, lekko dociskając.
5. Do tak przygotowanych koszyczków z ciasta nakładać po 1 łyżce farszu.
6. Jajka roztrzepać z odrobiną soli i dodać śmietanę. Mieszaną zalewać babeczki z ciasta francuskiego.
7. Wstawić je do nagrzanego do 200 stopni piekarnika na około 20-25 minut.

*Życzę smacznego
Wiesława Kandefer*

Warstwowa sałatka śledziowa z buraczkami**Składniki:**

- śledź w oleju - 4 płyty,
- 2 buraki,
- 2 duże ziemniaki,
- 3 jajka,
- 3 łyżki majonezu,
- 1,5 cebuli czerwonej,
- 4 średniej wielkości ogórki kiszane,
- przyprawy: sól, pieprz, koper.

Ziemniaki i buraki ugotować w mundurkach. Ostudzone warzywa obrać i pokroić w drobną kostkę. Ziemniaki doprawić solą i pieprzem.

Śledzie odsączyć z zalewy - osuszyć ręcznikiem papierowym. Pokroić w drobną kostkę i ułożyć na spodzie miski.

Cebulę drobno posiekać, ułożyć na warstwie śledzi.

Kiszane ogórki odsączyć z nadmiaru zalewy następnie pokroić w bardzo drobną kostkę. Ułożyć jako kolejną warstwę na cebuli, a później dołożyć pokrojone ziemniaki.

Jajka ugotować na twardo. Ostudzone i obierane pokroić w drobną kostkę, doprawić solą i pieprzem i ułożyć na warstwie ziemniaków.

Ugotowane buraki zetrzeć na tarce o grubych oczkach, wymieszać z majonezem oraz umytym, drobno posiekany koperek. Tak przygotowaną masę ułożyć na wierzchu sałatki.

Sałatkę możemy podać w jednej większej misce lub w kilku ozdobnych najlepiej przezroczystych małych miseczkach, szklaneczkach czy słoiczkach.

*"Zatrzymaj upływający czas we wspomnieniach,
a przede wszystkim pamiętaj o pięknych chwilach,
by nigdy nie poszły w zapomnienie..."*

Wiesławie Dąbkowskiej

Pielęgniarka

przechodzącej na emeryturę

serdeczne podziękowania za wieloletnią
współpracę, zaangażowanie i życzliwość
wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej
pomyślności

składa

Naczelną Pielęgniarką wraz z personelem
oddziału chorób wewnętrznych
z NZOZ Szpital Powiatowy
im. prof. Z. Religii



Wyrazy głębokiego współczucia,
słowa wsparcia i otuchy
po stracie

MAMY

dla pielęgniarki

GRAŻYNY KLEMENCZAK

składa

Pielęgniarka Naczelna
wraz z personelem Całodobowego
Oddziału Psychiatrycznego nr 2
Szpitala w Międzyrzeczu - Obrzycach



„Śmierć boli nie tych, którzy odchodzą,
lecz tych co wśród żywych pozostają...”

Pani

JUSTYNIE

PODGÓRNEJ-KUCHOWICZ

wyrazy szczerego żalu i współczucia
z powodu śmierci

TATY

składa w imieniu

Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych oraz pracowników OIPiP
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Gorzowie Wlkp.
Marta Powchowicz

Wyrazy głębokiego współczucia,
słowa wsparcia i otuchy
po stracie

MĘŻA

dla pielęgniarki

EDYTY GRZYB-GAJLEWICZ

składa

Pielęgniarka Naczelna
wraz z personelem Całodobowego
Oddziału Rehabilitacji Psychiatrycznej
nr 14 Szpitala w Międzyrzeczu - Obrzycach



„Wydaje nam się nieraz, że jesteśmy
samotni wtedy kiedy odchodzą od nas ludzie.
Tak naprawdę samotni jesteśmy wtedy,
kiedy sami od ludzi odchodzimy”

Ks. Jan Twardowski

Pani

HALINIE KĄKOLEWSKIEJ

wyrazy głębokiego współczucia,
słowa wsparcia i otuchy
z powodu śmierci

TATY

składa w imieniu

Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych oraz pracowników OIPiP
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Gorzowie Wlkp.
Marta Powchowicz

Wyrazy głębokiego współczucia,
słowa wsparcia i otuchy
po stracie

OJCA

dla pielęgniarki

EDYTY GOCHA-CIESEK

składa

Pielęgniarka Naczelna
wraz z personelem Całodobowego
Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego nr 20
Szpitala w Międzyrzeczu - Obrzycach



KALENDARIUM

- 01.10.2021 r. - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w Inauguracji Roku Akademickiego 2021/2022 Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim.
- 05.10.2021 r. - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w Gali „Lubuski Samarytanin”, która odbyła się w Głogowie.
- 07.10.2021 r. - Posiedzenie Prezydium ORPiP.
- 08.10.2021 r. - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz oraz członka ORPiP Elżbiety Maciantowicz i członka komisji ds. DPS Elżbiety Kubickiej w spotkaniu z Dyrektorem Wydziału Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego Grażyną Jelską oraz Kierownikiem Oddziału Nadzoru i Kontroli w Pomocy Społecznej Ewelina Tomaszewską w sprawie poprawy sytuacji pracy i płacy pielęgniarek pracujących w DPS-ach.
- 14.10.2021 r. - Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.
- 18.10.2021 r. - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 20.10.2021 r. - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz oraz Przewodniczącej Komisji ds. POZ Bożeny Kwiatek i członka komisji ds. położnych Pauliny Nowak w akcji zorganizowanej z okazji Tygodnia Seniora, która odbyła się w Wojewódzkiej i Miejskiej Bibliotece Publicznej im. Zbigniewa Herberta w Gorzowie Wlkp.
- 27.10.2021 r. - Posiedzenie Prezydium ORPiP.
- 15.11.2021 r. - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w spotkaniu z Panem Januszem Szulikiem Prezesem Interpolska, Panią Beatą Raczak – Dyrektorem Interpolska Oddział w Poznaniu oraz Panem Pawłem Strzelcem – Radcą Prawnym i Przewodniczącymi Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych z terenu województwa wielkopolskiego oraz Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zielonej Górze.
- 16.11.2021 r. - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 18.11.2021 r. - Posiedzenie Prezydium ORPiP.
- 18.11.2021 r. - Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 26.11.2021 r. - Posiedzenie komisji problemowej ds. DPS.
- 26.11.2021 r. - Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w wideokonferencji Wojewódzkiego Zespołu ds. opracowania strategii działań związanych ze zwalczaniem epidemii COVID-19.
- 29.11.2021 r. – Udział Bożeny Kwiatek i Beaty Majchrzak Zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w szkoleniu „Obciążenia i ryzyko zawodowe na stanowisku pracy pielęgniarek i położnych. Prewencja wykroczeń zawodowych”.