

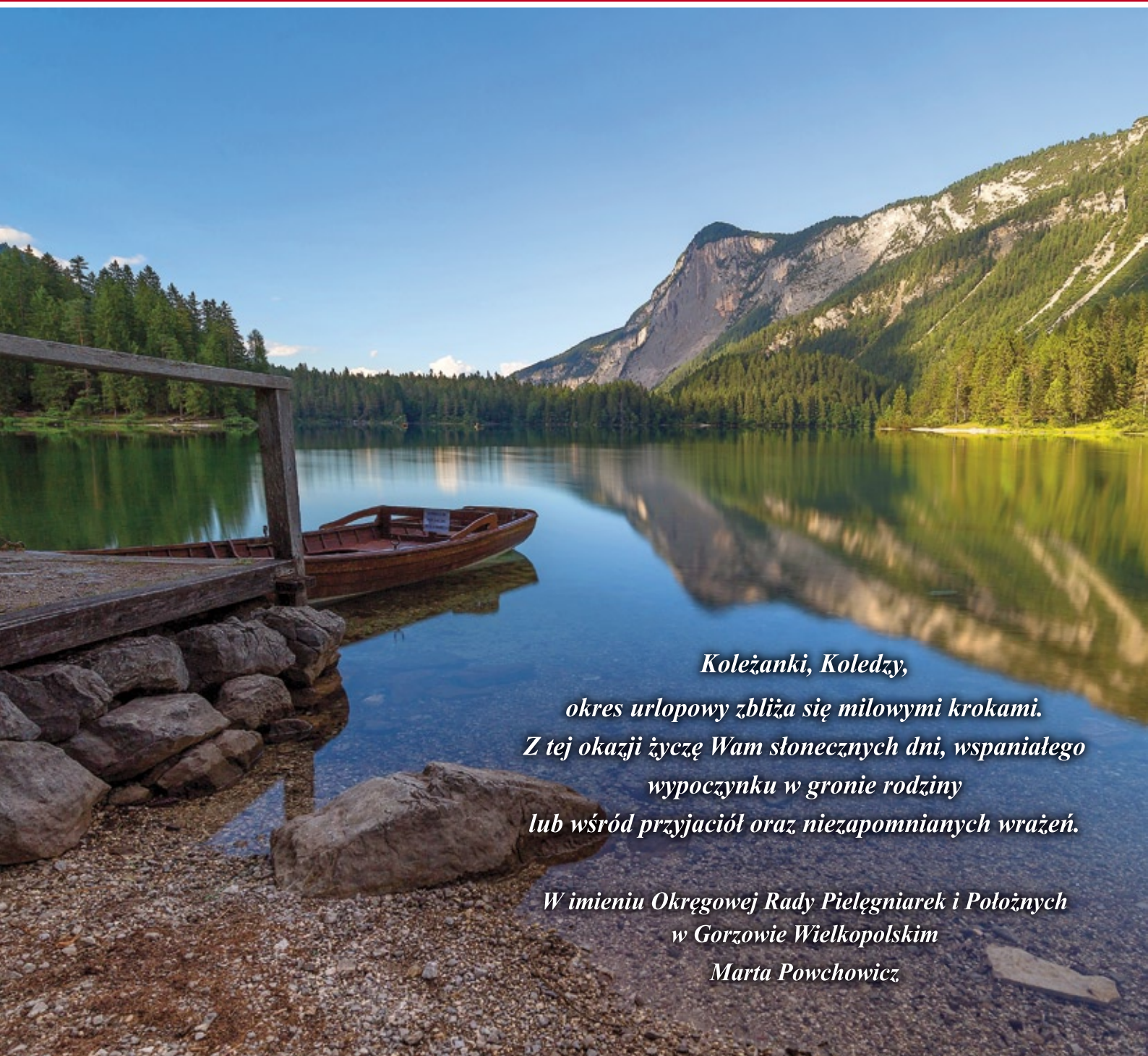


# BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W GORZOWIE WIELKOPOLSKIM

Nr 2 (130) 17 ISSN 1429-9275

Gorzów Wlkp., LIPIEC 2017 r.



*Koleżanki, Koledzy,  
okres urlopowy zbliża się milowymi krokami.  
Z tej okazji życzę Wam słonecznych dni, wspaniałego  
wypoczynku w gronie rodziny  
lub wśród przyjaciół oraz niezapomnianych wrażeń.*

*W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Gorzowie Wielkopolskim  
Marta Powchowicz*

## 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, Wiesława Kandefer, Alicja Świątek

**OPRACOWANIE TECHNICZNE:** Bartosz Kaczmarek

**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

### W BIULETYNIE:

1. Pisma w sprawie przekazania informacji na temat źródła finansowania podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych przewidzianych przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. ....3
2. Pismo w sprawie zagwarantowania środków finansowych na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek, położnych zatrudnionych w więziennej służbie zdrowia .....7
3. Pismo Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Pani Elżbiety Rafalskiej skierowane do Starostów Powiatów, Dyrektorów Powiatowych Urzędów Pracy, Dyrektorów Domów Pomocy Społecznej .....8
4. Co dalej z obowiązującymi standardami opieki okołoporodowej ..... 10
5. Pismo w sprawie prośby o włączenie wzoru „Skierowania na realizację zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarki poz, położnej poz, pielęgniarki szkolnej” ..... 11
6. Komunikat dla świadczeniodawców i lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w sprawie obowiązujących zasad wystawiania pacjentom skierowań na realizację zleceń ..... 12
7. Konkurs „Moje najbardziej wzruszające przeżycie w pracy z pacjentem” ..... 13
8. Pisma dotyczące klasyfikacji odpadów powstających w wyniku wykonywania w domu przez pacjenta samodzielnych testów paskowych służących do określenia poziomu cukru we krwi za pomocą glukometru lub odpadów igieł do penów albo też odpadów ampułko-strzykawek ..... 17
9. Obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej ..... 18
10. Pismo dotyczące wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno - opiekuńczego w domach pomocy społecznej, w związku z wprowadzeniem zmian do rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej ..... 21
11. Nowoczesne Leczenie Ran i Owrzodzeń ..... 23
12. Upadki ..... 27
13. Plan kursów zaplanowanych do realizacji Przez OIPIP w Gorzowie Wlkp. w 2017 r. .... 30
14. Ogród - „Moje Hobby” ..... 31
15. Podziękowania i Gratulacje ..... 33
16. Kondolencje ..... 35
17. Kalendarium ..... 36

### INFORMACJE BIURA OIPIP w Gorzowie Wlkp.

#### BIURO:

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

#### 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  
od poniedziałku do piątku od 7.00 - 15.00 po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu terminu spotkania

#### WICEPRZEWODNICZĄCE ORPiP

##### **Beata Dunał**

##### **Dorota Górecka**

#### RADCA PRAWNY

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

#### SEKRETARZ

##### **Elżbieta Majdańska**

#### SKARBNIK

##### **Maria Teresa Ziółkowska**

#### OKRĘGOWY RZECZNIK

#### ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

##### **Anna Herodowicz**

tel. 95 729 67 84

#### ZASTĘPCY OKRĘGOWEGO RZECZNIKA

#### ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

##### **Beata Majchrzak**

##### **Joanna Banicka**

##### **Anna Kisson**

##### **Danuta Kosecka**

##### **Violetta Zajac**

Dyżury Rzecznika w każdy pierwszy i trzeci czwartek miesiąca  
od 15.00 do 16.00

#### PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU

#### PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

##### **Renata Głowacz**



NIPiP-NRPiP-DS.015.14.2016.MK

Warszawa, dnia 26 stycznia 2017 r.

**Pan Konstanty Radziwiłł**  
**Minister Zdrowia**

W związku z przedstawieniem w dniu 26 lipca 2016 r. założeń reformy systemu opieki zdrowotnej zawartych w dokumencie „Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce” Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się o informację na temat źródła finansowania podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych przewidzianych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628) po dniu 31 grudnia 2017 r.

W dniu 23 września 2015 r. w Warszawie zawarte zostało porozumienie pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych a Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministrem Zdrowia, zgodnie z którym średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki i położnej realizującej świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawców posiadających umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej miał wynieść:

- 400,00 zł od dnia 1 września 2015 r. (od dnia 1 stycznia 2016 r. w przypadku świadczeniodawców posiadających umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna) do dnia 31 sierpnia 2016 r.,
- kolejne 400,00 zł (razem 800,00 zł) od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r.
- kolejne 400,00 (razem 1.200,00 zł) zł od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r.
- kolejne 400,00 zł (razem 1.600,00 zł) od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r.

Uzgodniono przy tym (pkt 6 porozumienia), że „przepisy znowelizowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będą gwarantowały od dnia 1 września 2019 r. utrzymanie średniego miesięcznego wzrostu wynagrodzeń w kwocie nie mniejszej niż określona w ust. 4 pkt 4 oraz ust. 5 pkt 4 [porozumienia]”.

Na wspomniane podwyżki zabezpieczono środki finansowe w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

Powyższe uzgodnienia znalazły odzwierciedlenie w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (§ 2 - 4), które jest obecnie - zgodnie ze wspomnianym powyżej porozumieniem - konsekwentnie realizowane. Przepisy rozporządzenia przewidują mechanizm finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia średniego wzrostu miesięcznego wynagrodzenia uprawnionych pielęgniarek i położnych do 2019 r., przy czym mechanizm wprowadzony rozporządzeniem został do tej pory uruchomiony za lata 2015/2016 i 2016/2017.

Jednocześnie ze wspomnianych na wstępie założeń reformy systemu opieki zdrowotnej wynika zamiar likwidacji z dniem 1 stycznia 2018 r. Narodowego Funduszu Zdrowia, którego zadania ma przejąć Ministerstwo Zdrowia, a także zamiar zmiany sposobu finansowania służby zdrowia, która po reformie ma być finansowana z budżetu państwa, poprzez Państwowy Fundusz Celowy „Zdrowie”, którego dysponentem ma być Minister Zdrowia.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wdrożenie w życie wspomnianych założeń reformy systemu opieki zdrowotnej powinny zawierać kontynuacje finansowania zobowiązań przewidzianych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie dokument „Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce”, ani inne dostępne dokumenty i wypowiedzi przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia nie precyzują, czy i w jaki sposób zobowiązania finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia wynikające z powołanych wyżej przepisów zostaną przejęte przez Państwowy Fundusz Celowy „Zdrowie” (budżet państwa).

W związku z powyższym Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oczekuje pisemnej informacji na temat sposobu zabezpieczenia w budżecie państwa po dniu 31 grudnia 2017 r. odpowiednich środków finansowych na zwiększenia wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, obejmującego mechanizmy uregulowane w obowiązujących w chwili obecnej przepisach prawa.

*Z wyrazami Szacunku  
Prezes NRPiP  
Zofia Małas*

NIPiP-NRPiP-DS.015.91.2017.MK

*Warszawa, dnia 21 kwietnia 2017 r.*

***Pan Konstanty Radziwiłł  
Minister Zdrowia***

W nawiązaniu do przesłanego pisma o sygn. NIPiP-NRPiP-DS.015.14.2016.MK z dnia 26 stycznia 2017 r. skierowanego do Ministra Zdrowia w sprawie przekazania informacji na temat źródła finansowania podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych przewidzianych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628) po dniu 31 grudnia 2017 r.

Zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi na ww. pismo

*Z poważaniem  
Wiceprezes NRPiP  
Sebastian Irzykowski*

## MINISTERSTWO ZDROWIA

Warszawa 04.05.2017 r.

**Pan Sebastian Irzykowski**  
**Wiceprezes**  
**Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

Szanowny Panie Przewodniczący

W odpowiedzi na pismo znak: NiPiP-NRPiP-DS.015.91.2017.MK z dnia 21 kwietnia 2017 r. w sprawie przekazania informacji na temat źródła finansowania podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych przewidzianych przepisami rozporządzenia z dnia 14 października 2015 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 628) po dniu 31 grudnia 2017r., uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Realizacją porozumienia z dnia 23 września 2015 r. zawartego pomiędzy Ministrem Zdrowia, Prezesem NFZ oraz Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, było wydanie przez Ministra Zdrowia rozporządzenia z dnia 8 września 2015 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146), zapewniającego dodatkowe środki finansowe na świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne. W ramach przedmiotowego rozporządzenia zapewniono coroczny (do 2019 r.) wzrost średniego miesięcznego wynagrodzenia dla pielęgniarek w wysokości 400 zł rocznie (4 x 400) oraz wprowadzono mechanizm gwarantujący utrzymanie uzyskanych podwyżek po 2019 r.

Obecnie realizowana jest druga transza podwyżki, czyli 800 zł od dnia 1 września 2016r. do dnia 31 sierpnia 2017 r. Zgodnie z rozporządzeniem OWU kolejne etapy zapewniające dalszy średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi zaplanowano:

- 1) od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r. o 1200 zł,
- 2) od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r. o 1600 zł. Poza tym rozporządzenie w sprawie OWU w celu zapewnienia ciągłości podwyżek po dniu 31 sierpnia 2019 r. doprecyzowuje zasady ustalania współczynnika korygującego, za pomocą którego od 1 września 2019 r. mają być ustalone kwoty przeznaczone na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

Ponadto uprzejmie informuję, że w celu wprowadzenia gwarantowanego (podlegającego ochronie prawnej) poziomu najniższych wynagrodzeń zasadniczych oraz wyrównania dysproporcji płacowych pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Projekt ten dyskutowany był już społecznie w ramach konsultacji publicznych, opiniowania i uzgodnień, a obecnie znajduje się na etapie dalszych prac rządowych.

Przedmiotowy projekt zakłada podział pracowników medycznych na 10 grup zawodowych i określenie dla poszczególnych grup współczynników pracy, wedle których obliczane ma być ich najniższe wynagrodzenie zasadnicze. Wśród wspomnianych grup wyodrębnione zostały trzy grupy pielęgniarek i położnych, podzielone w oparciu o kryterium poziomu wykształcenia oraz posiadanej specjalizacji - wymaganych - od danego pracownika na zajmowanym stanowisku. Poniżej przedstawione zostało porównanie obecnych wynagrodzeń ww. grup do ich planowanych („docelowych”) zgodnie z projektowaną ustawą najniższych wynagrodzeń zasadniczych.

Grupa zawodowa	Obecne wynagrodzenie zasadnicze brutto – średnia dla grupy	Najniższe Wynagrodzenie brutto do 31 grudnia 2019 r.	Najniższe wynagrodzenie zasadnicze brutto w 2021 r.
Pielęgniarka/położna z tytułem magistra ze specjalizacją	2726	4095	5251
Pielęgniarka/położna ze specjalizacją	2579	2847	3651
Pielęgniarka/położna bez specjalizacji	2369	2496	3201

Projekt ustawy określa zasady, zgodnie z którymi pracodawcy (podmioty lecznicze) obowiązani będą podwyższać wynagrodzenie zasadnicze pracowników wykonujących zawody medyczne do 31 grudnia 2021 r. Od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych nie będzie mogło być niższe, niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone na dzień 31 grudnia 2021 r. Od dnia 1 stycznia 2022 r. nie będzie ulegała zmianie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych, która będzie pozostawała na poziomie ustalonym na dzień 31 grudnia 2021 r.

Ponadto sposób podwyższania wynagrodzenia osoby zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględniać powinien wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.). Przepisy projektowanej ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych stanowiąc będą zatem nie tylko gwarancję stopniowego podwyższania najniższych wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, ale również czynić zadość postulatowi usankcjonowania w akcie rangi ustawowej wzrostów wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zawartych obecnie tylko w akcie prawnym rangi rozporządzenia.

Jednocześnie należy podkreślić, że w przygotowanej przez Ministerstwo Zdrowia ustawie z dnia 26 kwietnia 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844), która przewiduje utworzenie tzw. systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (sieci szpitali), nie ma postanowień zmieniających w zakresie zasad otrzymywania środków na wzrosty wynagrodzeń przez pielęgniarki i położne. Reasumując uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia - Pan Konstanty Radziwiłł wielokrotnie zapewniał, że niezależnie od rodzaju płatnika i formy płatności, podwyżki wynikające z rozporządzenia OWU będą realizowane. Natomiast projekt ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, zakłada uwzględnienie wzrostu miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki i położnej zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie OWU.

Z upoważnienia  
 Ministra Zdrowia  
 Sekretarz Stanu  
 Józefa Szczurek - Żelazko

Warszawa, 24 marca 2017 r.

**Pani Zofia Małas**  
**Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**  
**ul. Pory 78 02-757 Warszawa**

W odpowiedzi na pismo z dnia 22 lutego 2017 r., znak: NIPiP-NRPiP-DM.002.2.2017 zawierające prośbę o podjęcie działań zmierzających do zagwarantowania środków finansowych na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek, położnych zatrudnionych w więziennej służbie zdrowia w ramach realizacji ustawy z dnia 15 grudnia 2016 r. o ustanowieniu „Programu modernizacji Służby Więziennej w latach 2017-2020” (Dz. U z 2016 r. poz. 2176), uprzejmie przedstawiam, co następuje.

W ramach ustawy z dnia 15 grudnia 2016 r. o ustanowieniu „Programu modernizacji Służby Więziennej w latach 2017-2020”, zagwarantowane zostały środki na wzrost wynagrodzeń funkcjonariuszy i pracowników, w tym dla zatrudnionych w więziennej służbie zdrowia pielęgniarek i położnych.

Wspomniana ustawa obejmuje realizację m.in. takich przedsięwzięć jak: „Wzmocnienie systemu motywacyjnego uposażeń funkcjonariuszy Służby Więziennej przez podwyższenie wskaźników wielokrotności kwoty bazowej stanowiącej przeciętne uposażenie funkcjonariuszy Służby Więziennej” oraz „Wzrost konkurencyjności wynagrodzeń pracowników cywilnych Służby Więziennej”.

W ramach realizacji powyższych przedsięwzięć planowane są dwie podwyżki uposażeń funkcjonariuszy Służby Więziennej - od 1 stycznia

2017 r. i od 1 stycznia 2019 r. Przy wzroście od 1 stycznia 2017 r. wielokrotności kwoty bazowej, stanowiącej przeciętne wynagrodzenie funkcjonariuszy Służby Więziennej o 0,18 (tj. z 3,01 do 3,19) podwyżka wyniesie średnio 253 zł z funduszem nagród uznaniowych i zapomóg.

Obecnie trwa procedura legislacyjna umożliwiająca realizację podwyżki od dnia 1 stycznia 2017 r.

Natomiast podwyżka planowana od 1 stycznia 2019 r. przy wzroście wielokrotności kwoty bazowej, stanowiącej przeciętne wynagrodzenie funkcjonariuszy Służby Więziennej o 0,22 (tj. z 3,19 do 3,41) wyniesie średnio 309 zł z funduszem nagród uznaniowych i zapomóg.

Podkreślić należy, iż przedmiotowe przedsięwzięcia obejmują swoim zakresem również pracowników. Istotnym jest, że pracownicy zatrudnieni w służbie więziennej, w tym pracownicy więziennej służby zdrowia otrzymali podwyżkę wynagrodzeń z wyrównaniem od 01.01.2017 r. średnio o 250 zł na etat.

Kolejny wzrost wynagrodzeń zaplanowany jest od 1 stycznia 2019 r. i wyniesie średnio 300 zł na etat. Pragnę również nadmienić, że funkcjonariusze i pracownicy zatrudnieni w Służbie Więziennej zostali objęci wzrostem wynagrodzeń również w 2016 r.

*Z poważaniem*  
*Dyrektor Departamentu*  
*Wykonania Orzeczeń i Probacji*  
*Mirosław Przybylski*  
*sędzia*



## MINISTERSTWO ZDROWIA

**Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej**  
**Elżbieta Rafalska**

Warszawa, dnia 10.04.2017 r.

**Panie i Panowie**

**Starostowie Powiatów**

**Dyrektorzy Powiatowych Urzędów Pracy**

**Dyrektorzy Domów Pomocy Społecznej**

W ślad za pismem z dnia 13 lipca 2016 r. (DRRI.40014. I L2016,HR) w którym zwróciłam się do Państwa z prośbą o niesienie pomocy bezrobotnym pielęgniarkom poprzez obejmowanie ich działaniami mającymi na celu pomoc w podjęciu zatrudnienia lub uzyskaniu nowych kwalifikacji zwiększających ich szansę na rynku pracy pragnę serdecznie podziękować za dotychczasowe działania ułatwiające bezrobotnym pielęgniarkom odnalezienie swojego miejsca na rynku pracy.

W urzędach pracy znajduje się nadal relatywnie duża liczba bezrobotnych pielęgniarek. Nadal istnieje także konieczność podniesienia poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych stosownie do stanu zdrowia pacjentów i potrzeb pielęgnacyjnych.

Z tych względów zwracam się ponownie z prośbą o niesienie pomocy grupie bezrobotnych pielęgniarek, w ramach dostępnych usług oraz instrumentów rynku pracy przewidzianych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r, o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U z 2016 r. poz. 645 z późn. zm).

Szczególnie rekomenduję rozważenie kierowania bezrobotnych pielęgniarek do Domów Pomocy Społecznej, gdzie występuje duże zapotrzebowanie na wykwalifikowaną kadrę medyczną.

Pragnę podkreślić, że w roku bieżącym istnieje jeszcze możliwość kierowania młodych bezrobotnych do pracodawców w ramach art. 150 f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w ramach którego pracodawca lub przedsiębiorca, który podpisze stosowną umowę z powiatowym urzędem pracy otrzymuje przez 12 miesięcy refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenie, nagrody i składki na ubezpieczenia społeczne utrudnionego w pełnym wymiarze bezrobotnego do 30 roku życia.

Na ww. cel zabezpieczono urzędom pracy z Funduszu Pracy po 1.050,0 mln zł odpowiednio w roku 2017 i 2018.

Zachęcam też do udzielania pomocy mającej na celu aktualizację/podniesienie kompetencji pielęgniarek bezrobotnych lub pracujących\* poprzez sfinansowanie:

- szkolenia, w tym szkolenia wybranego przez pielęgniarkę lub realizowanego na podstawie tzw. trójstronnej umowy szkoleniowej, zobowiązującej pracodawcę do zatrudnienia osoby przeszkolonej;
- egzaminów;
- przygotowania zawodowego dorosłych, które ma formę praktyki u pracodawcy i kończy egzaminem przeprowadzanym przez uprawnioną instytucję.

W roku 2017 na finansowanie powyższych zadań oraz innych form wsparcia określonych w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy urzędy pracy dysponują środkami Funduszu Pracy w kwocie 3.247 784,1 tys. zł. Mogą również ubiegać się o dodatkowe środki z rezerwy Funduszu pracy stanowiącej 360.864,9 tys. zł. Z rezerwy Funduszu Pracy w br. uruchomiono już kwotę 254.493,9 tys. zł. W ramach tych środków zapewniono finansowanie programów nakierowanych na likwidację widocznych na rynku pracy luk kompetencyjnych związanych z brakiem m.in. specjalistów medycznych i opieki długoterminowej w pełnej wnioskowanej wysokości 2.929,8 tys. zł.



Z kolei pracodawcy mogą otrzymać dofinansowanie kosztów szkoleń i egzaminów zatrudnionych pielęgniarek z Kłowego Funduszu Szkoleniowego. W 2017r. pierwszeństwo w dostępie do środków KFS mają m.in. pracodawcy:

- 1) w sektorach przetwórstwo przemysłowe, transport i gospodarka magazynowa oraz opieka zdrowotna i pomoc społeczna,
- 2) oferujący zatrudnienie w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych.

W skali kraju na ten cel w br. przeznaczono dla powiatowych urzędów pracy 157,3 mln zł.

Wyrażam przekonanie, że podejmowane przez Państwa działania poprawią sytuację bezrobotnych pielęgniarek na rynku pracy oraz przyczynią się do podniesienia poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych i pielęgnacyjnych.

*Z wyrazami szacunku*

*Minister*

*Elżbieta Rafalska*

## Notatka ze spotkania w Narodowym Funduszu Zdrowia Warszawa dnia 19 czerwca 2017 roku

W dniu 14 czerwca 2017 roku na wniosek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych odbyło się spotkanie przedstawicieli NRPIP z Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia Andrzejem Jacyną

### **W trakcie spotkania poruszono problemy dotyczące :**

- kontraktowanie świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej na rok 2017 i lata następne w szczególności kryteriów oceny ofert oraz ujednoczenie finansowania świadczeń zgodnie z taryfikacją tj. 30,08 zł,
- świadczeń koordynowanej opieki nad kobietą ciężarną i opieki położnej POZ w opiece nad kobietą w ciąży fizjologicznej i problemami z tym związanymi,
- braku wyceny świadczenia zdrowotnego w zakresie ordynowania i kontynuacji leczenia przez pielęgniarki i położne POZ oraz możliwości kierowania uczniów przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania do lekarza okulisty i ortopedy.

### **Przedstawiciele NRPIP przedstawili NFZ propozycje :**

- świadczenia pielęgniarki POZ dodatkowo finansowanego przez NFZ „Porada profilaktyczna – profilaktyka ADR w Polipragmazji”,
- włączenie – do dokumentacji medycznej w formie załącznika „Informacja do lekarza POZ / lekarza ubezpieczenia zdrowotnego o realizacji świadczeń w zakresie pielęgniarki POZ, położnej POZ, pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania”.

*Źródło: nipip.pl*

## MINISTERSTWO ZDROWIA

### Co dalej z obowiązującymi standardami opieki okołoporodowej

## Szczurek-Żelazko o standardach okołoporodowych: Zdecyduje lekarz

Standardy opieki okołoporodowej powinny działać. Ale nie ma potrzeby, żeby wydawał je minister zdrowia w formie rozporządzenia. I tak ostatecznie o sposobie postępowania z pacjentkami decyduje lekarz.

W ten sposób wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko broniła dziś decyzji MZ w sprawie zmiany zasad obowiązywania standardów opieki okołoporodowej, które po 2018 roku mają funkcjonować wyłącznie w formie zaleceń, a nie przepisów prawa.

#### **Kobiety i dzieci priorytetem rządu**

- Jednym z priorytetów tego rządu jest opieka nad kobietami ciężarnymi i dziećmi – mówiła dziś w Sejmie Józefa Szczurek-Żelazko. - Realizujemy to zadanie z konsekwencją i dużą skutecznością. W stosunku

do kobiet realizowanych jest wiele programów profilaktycznych w trosce o ich zdrowie prokreacyjne. Działa także opieka koordynowana nad kobietą w ciąży i inicjatywy wspierające karmienie piersią – mówiła wiceminister zdrowia.

- W ostatnim czasie pojawiły się doniesienia, że MZ likwiduje standardy opieki okołoporodowej – przypomniała Józefa Szczurek-Żelazko. Obecny standard opieki obowiązuje do 2018 roku. Już w tej chwili minister zdrowia podjął działania powołując zespół, który już pracuje w MZ nad nowymi standardami organizacyjnymi opieki okołoporodowej – mówiła wiceminister i jednocześnie podkreśliła, że to lekarz decyduje o sposobie postępowania z pacjentkami. – Wiemy jak szybko rozwija się nauki medyczne i zapisywanie pewnych procedur w standardzie przez ministra mogłoby być niecelowe. To lekarze są zobowiązani do przestrzegania zaleceń towarzystw naukowych, które są na bieżąco z osiągnięciami medycyny światowej – dodała wiceminister zdrowia.

#### **Szpitala nie będą przestrzegać zaleceń?**

Od kilku miesięcy trwa dyskusja o standardach opieki okołoporodowej. Zapoczątkowała ją decyzja ministerstwa zdrowia, że tylko do końca przyszłego roku standardy będą obowiązywały w formie powszechnie obowiązującego prawa. Potem będą to już tylko zalecenia towarzystw naukowych. Jeszcze większe kontrowersje wzbudził fakt, że wśród ekspertów pracujących nad nowymi standardami znalazł się prof. Bogdan Chazan. Szerzej pisaliśmy o tym.

Organizacje pacjenckie, które protestują przeciwko zmianom w standardach opieki okołoporodowej podkreślają, że już teraz nie wszystkie szpitale stosują się do obowiązujących regulacji. Ich zdaniem, jeśli standardy staną się tylko zaleceniami, szpitale tym bardziej nie będą się do nich stosować.

Z raportu NIK wynika, że pacjentki mają ograniczony dostęp do znieczulenia, naruszane jest również ich prawo do intymności. W ocenie NIK zmian wymagają przepisy określające standardy na oddziałach porodowych. Izba zaleca także przeprowadzenie kampanii informacyjnej promującej porody fizjologiczne.



Aleksandra Smolińska

Źródło: Sejm, NIK

Foto: FB

Źródło: Polityka Zdrowotna

<http://www.politykazdrowotna.com/19471,szczurek-zelazko-o-standardach-okoloporodowych-zdecyduje-lekarz>

Warszawa dnia 28 marca 2017 r.

**Zofia Małas**  
**Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

**Szanowna Pani Prezes**

W odpowiedzi na pismo z 13.02.2017 r., znak: NIPiP-NRPiP-DM.002.48.2017.TK w sprawie prośby o włączenie wzoru „Skierowania na realizację zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarki poz, położnej poz, pielęgniarki szkolnej” określonego dla świadczeń lekarza poz załącznikiem nr 5 do obowiązującego zarządzenia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, oraz o podjęcie działań zmierzających do wyeliminowania nieprawidłowości przy wystawianiu przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, zleceń na iniekcje i zabiegi, których wykonanie pozostaje w kompetencjach pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, uprzejmie informuję:

Realizacja prośby Pani Prezes, w części dotyczącej wprowadzenia wzoru ww. skierowania, jako dokumentu obowiązującego we wszystkich umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wykracza poza kompetencje Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Rodzaje, zakres i wzory dokumentacji medycznej, określają przepisy rozporządzenia wydanego przez Ministra Zdrowia zgodnie z delegacją art. 30 ust I ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz, U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm).

Narodowy Fundusz Zdrowia, warunkami umów zobowiązuje świadczeniodawców do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w przypadku stwierdzenia w toku kontroli nieprawidłowości w tym zakresie, podejmuje działania dyscyplinujące, do nakładania kar pieniężnych włącznie. Dla wyeliminowania nieprawidłowości ważne jest zatem, aby zgłoszenia o nich, kierowane były do oddziału wojewódzkiego właściwego ze względu na miejsce udzielania świadczeń podmiotu, który wydał skierowanie, z podaniem danych tego podmiotu i lekarza kierującego.

Przesłane przez Panią Prezes kserokopie przykładowych skierowań na iniekcje i zabiegi, można uznać za ewidentne naruszenie warunków udzielania świadczeń a także sankcjonowanych ustawą, praw pacjenta. Nie zawierają one informacji ani o pacjencie, którego dotyczą, ani o świadczeniodawcy, który je wystawił, zaś zapisy dotyczące zleconej ordynacji są mało czytelne lub nieczytelne.

Uwzględniając powyższe, celem przeciwdziałania eskalacji problemu, Centrala Funduszu zwróci się do dyrektorów oddziałów wojewódzkich, o zamieszczenie w środowiskach informatycznych wymiany informacji pomiędzy świadczeniodawcami i Funduszem (Portal świadczeniodawcy, SZOI) komunikatu przypominającego o obowiązujących zasadach dotyczących prowadzenia dokumentacji zewnętrznej pacjenta, w tym wystawiania skierowań na zbiegi i iniekcje, których wykonywanie pozostaje w kompetencjach pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej.

Z up. Prezesa  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Z-ca Prezesa ds. Finansowych  
Maciej Miłkowski





## Publikujemy dwie nagrodzone prace za III miejsce i wyróżnienie w KONKURSIE „MOJE NAJBARDZIEJ WZRUSZAJĄCE PRZEŻYCIE W PRACY Z PACJENTEM”

W trakcie mojej dwudziestokilkuletniej pracy w lecznictwie zamkniętym na mojej drodze wielokrotnie pojawiali się pacjenci, których walka z chorobą, cierpienie, a czasem umieranie pozostawiło trwałe ślady w mojej pamięci.

Po długiej analizie swoich przeżyć związanych z pracą z pacjentem doszłam do wniosku, iż to właśnie przypadek Zosi jest mi najbliższy sercu. Zosia była wyjątkową pacjentką. Na oddział w którym pracowałam od niedawna została skierowana przez jednego z pracujących tu specjalistów w trybie pilnym z rozpoznaniem: zmiana okolicy okołogardłowej, guz? Moja pacjentka była młodą kobietą, (ba moją równolatką – obie miałyśmy wówczas po 27 lat), średniego wzrostu, szczupłą z niesamowicie ładną buzią i wielkimi przestraszonymi brązowymi oczami, które okalały piękne długie czarne rzęsy. Jak ja jej tych długich rzęs i pięknych oczu wówczas zazdrościłam.

Pamiętam moment gdy stawiała pierwsze kroki wchodząc na oddział i kierowała się w stronę pulpitu pielęgniarskiego, towarzyszył jej sanitariusz z Izby Przyjęć. Pamiętam jak patrzyła z niepokojem, ale też z pewnym zainteresowaniem, zaciekawieniem na szpitalny korytarz. Gdy podeszła do mnie siedzącej za pulpitem pielęgniarskim nieśmiało zapytała czy mogłaby leżeć sama na sali, a jeszcze lepiej w sali jednoosobowej. Zaskoczyła mnie ta prośba, ale obiecałam, że się zorientuję i że jeżeli tylko będzie taka możliwość to postaram się ją spełnić, a tymczasem poprosiłam nowoprzyjętą pacjentkę o cierpliwość. Dzięki Bogu pacjent z izolacji dziś został wypisany i po uzgodnieniu wszystkiego z panią oddziałową mogłam spełnić prośbę nowoprzyjętej pacjentki. Z uśmiechem podeszłam do Pani Zosi, i oznajmiłam jej że ma dziś szczęście bo sala o którą prosiła właśnie się zwolniła, i za chwile zapoznam ją z topografią oddziału i zaprowadzę ją do jej pokoju. Gdy zostawiałam moją nową pacjentkę samą na sali odwróciła się do mnie i powiedziała, dziękuję, odpowiedziałam jej że nie ma za co, a ona że za moje dobre serce bo przecież nie musiałam tego dla niej robić. Uśmiechnęłam się wychodząc z sali i ponownie ujrzałam ten wzrok pełen niepokoju, właściwie śmiało mogę stwierdzić że był przepełniony strachem.

Procedura przyjęciowa nowej pacjentki toczyła się swoim rytmem, i dopiero gdy lekarz opiekujący się jej salą przekazał mi jej kartę zleceń spotkałyśmy się ponownie.

*„Być może dla świata jesteś tylko człowiekiem,  
ale dla niektórych ludzi jesteś całym światem”*

*Gabriel Garcia Marquez [1]*

Był to dobry moment na rozmowę, co prawda intrygowała mnie osoba Zosi, i kilkakrotnie chciałam wygospodarować kilka minut aby móc z nią porozmawiać, ale jednak postanowiłam uszanować jej chęć bycia samą.

I oto jesteśmy same w pokoju zabiegowym i znowu te oczy. Brr ile było w nich strachu. Mimo pewnych obaw z mojej strony rozmowa przebiegała gładko. Dowiedziałam się że jest jedynaczką, i że po ukończeniu studiów wyjechała do Stanów szlifować język i niedawno wróciła do kraju, do domu rodzinnego. Śmiało opowiadała też, że jej rodzice mieli z nią wiele problemów wychowawczych, kilkakrotnie zmieniała szkołę, miało to też swoje plusy, bo dzięki temu przedłużyła sobie młodość, ale to już za nią.

Stuchając jej moje życie wydało mi się takie nijakie, zwyczajne, szare i nudne. Stwierdziła, że teraz już jest gotowa aby się ustatkować, może też niedługo wyjdzie za mąż, jeżeli znajdzie się ktoś odpowiedni. Ale niestety martwi ją ciągły ból głowy, od niedawna dołączyły się też zaburzenia połykania i chrypka. Udała się więc do lekarza po pomoc bo jej problem się nasilał i trochę już męczył. A zwlekała z wizytą u medyka jak mówiła bo sądziła że występujące u niej objawy są wynikiem zmian stref czasowych i kontynentalnych.

Rozmowa z lekarzem bardzo ją przestraszyła. Tak bardzo, że nie powiedziała nic rodzicom, dosłownie nikomu nic nie wspomniała o tym, że kładzie się na diagnostykę do szpitala. Oby to był zły sen – mówiła.

Podczas pomiaru popołudniowych parametrów celowo jej salę zostawiłam na koniec, i bardzo dobrze zrobiłam bo miło nam się rozmawiało. I udało mi się nieco odwrócić uwagę Zosi od niepokoju związanego z jutrzejszym dniem, – a czekało ją pobranie wycinka, a następnie oczekiwanie na wynik badania histopatologicznego.

Następnego dnia miałam dyżur nocny, a moja pacjentka miała mieć rano pobierany wycinek ze zmienionej chorobowo okolicy. W trakcie raportu na zmianie dyżurów koleżanki nie przekazały nam, czyli nocnej zmianie niepokojących informacji dotyczących Zosi poza tym, że jest zamknięta w sobie i z nikim nie rozmawia. Najważniejsze, że nie zgłaszała silnych dolegliwości bólowych czy duszności pomyślałam.

W trakcie wieczornego obchodu wymieniliśmy między sobą uśmiechy, a ja złapałam Zosię za rękę i powiedziałam, że zajdę do niej jak tylko będę mogła. Nie chciałam zamęczać Zosi długą rozmową, wiedziałam, że miała prawo być zmęczona, i źle się czuć, ale ona nie chciała się ze mną rozstać i choć chwilami malował się grymas bólu na jej twarzy dalej gadała i gadała.

I taką rozgadaną Zosię zapamiętałam. Ponieważ po tym dyżurze nocnym już rozpoczynałam swój dwutygodniowy urlop nie sądziłam, że jeszcze się kiedyś spotkamy, a przynajmniej nie w sytuacji pacjent - pielęgniarka.

I minęło kilka miesięcy od naszego pierwszego spotkania, i oto widzimy się ponownie. Mam dyżur nocny na raporcie nie zorientowałam się, (po prostu nie skojarzyłam imienia i nazwiska), że koleżanka opowiada o Zosi, o teźże właśnie Zosi. Podczas wieczornego obchodu dopiero to do mnie dotarło. W myślach próbuję sobie przypomnieć szereg informacji które przekazywały koleżanki na raporcie.

Tym razem widzę Zosię, która leży w łóżku w pozycji pół wysokiej, jest po tracheotomii, towarzyszą jej rodzice. Mama pomaga jej podczas inhalacji, obie są bardzo smutne, w sali słychać jedynie odgłosy pracującego inhalatora, wszyscy są pogrążeni w milczeniu. Wynik z hispatu wyszedł zły – poinformowała mnie koleżanka widząc jak mnie poruszył obecny stan Zosi. Ponoć szukali pomocy po różnych klinikach, ale sama widzisz dorzuciła. Podczas wykonywania wieczornych zleceń nie mogłam liczyć już na rozmowę z Zosią, bałam się wejść na jej salę, nie wiedziałam jak się zachować. Podeszłam nieśmiało do jej łóżka tuż przy niej nadal byli rodzice, uśmiechnęłam się, a Zosia poprosiła gestem o podanie jej kartki i długopisu leżących na szawce przyłóżkowej. „ Czekałam na panią, dobrze że pani jest”. W nocy wystąpiły u Zosi silne bóle głowy, oraz trudności z oddychaniem. Na szczęście po podaniu leków dolegliwości zmniejszyły się i Zosia usnęła trzymając mnie za rękę.

Przez kolejne dni stan Zosi pogarszał się, duszności mimo leków pojawiały się częściej. Została podjęta decyzja o przeniesieniu Zosi do hospicjum, ale wcześniej

wyznaczono termin wykonania gastrostomii odżywczej. Z zapisach na kartkach dowiedziałam się, że Zosia nazywała mnie swoim aniołem.

Przed przekazaniem Zosi jej rodzice poprosi mnie o rozmowę. Córka wielokrotnie wspominała o pani, jest pani jej bardzo bliska, bardzo dziękujemy za wszystko. Jej rodzice w rozmowie ze mną mówili jak ważną osobą byłam dla ich córki, i że to właśnie moja szczerą opieką, troską o potrzeby ich córki była wyjątkowa i dzięki niej Zosia lepiej znosiła pobyt w szpitalu. „Dziękuję za wspaniałą opiekę mój Aniele”- pisała moja pacjentka na pożegnanie. Zosia potrzebowała ciepła, zrozumienia, delikatności, poświęcenia jej uwagi, czasu i to wszystko jej pani ofiarowała.

Czułam już przy naszym pierwszym spotkaniu, że nawiązała się między nami szczególna więź. Pamiętam jak przed przekazaniem jej do hospicjum czekała na każdy mój dyżur, a ja czekałam na spotkanie z nią, na przeczytanie napisanych do mnie wiadomości.

Czułam, że Zosia mi ufa.

Zosia była pacjentką, która na zawsze pozostanie w moich myślach, wspomnieniach związanych z pracą. Wiadomości, które do mnie pisała na kartkach papieru były dla mnie jednymi z najważniejszych „rozmów” w życiu. Nauczyły mnie wiele o człowieku, człowieczeństwie, cierpieniu. Były piękne oraz bardzo ważne, bo pozwalały Zosi utrzymywać kontakt ze światem no i ze mną do końca jej pobytu w szpitalu. Kiedyś gdzieś przeczytałam, że pewni ludzie pojawiają się w naszym życiu, stają na naszej drodze nie bez powodu, oni mają nas czegoś nauczyć. Spotkanie Zosi było dla mnie niesamowita lekcją pokory, bo dzięki niej nauczyłam się doceniać to co mam, i jestem wdzięczna za każdy nowy dzień.

Nersis.

CYTAT: [1] Marquez G.: *Miłość w czasach zarazy*.

Wyd. Muza S.A. 2002

## MACIEK

Wybierając zawód pielęgniarki decydujemy się na ciągłe obcowanie z drugim człowiekiem. Często są to osoby cierpiące, potrzebujące opieki i wsparcia. Szczególną grupą pacjentów są chorzy onkologicznie. Pracując z pacjentami onkologicznymi codziennie stykam się z cierpieniem ludzi. Ich osobistymi i rodzinnymi dramatami, które rozgrywają się na moich oczach. Obciążająca, długotrwała choroba odciska swoje piętno na całej rodzinie. Ból i cierpienie obejmuje swym ciężarem wspierające się wzajemnie osoby. Często jest to ciężar zbyt duży i przewlekły w czasie, wyniszcza, wpływa destrukcyjnie na ludzi, którzy go doświadczają. Jeśli chory jest samotny, ciężar nieszczęścia spoczywa tylko na jego barkach. Nie ma z kim dzielić swoich obaw i lęków, pozostaje sam, bez wsparcia.

Jest to niezwykła sytuacja, gdzie często obce, otaczające chorego osoby stają się w pewnym sensie powiernikami jego cierpienia. Takie wsparcie na każdym etapie choroby pacjenci uzyskują między innymi od pielęgniarek, które otaczają chorych swoją opieką. W czasie codziennej pracy niezwykle trudno jest odciąć się od tego co dzieje się z pacjentem i jego bliskimi. Potrzebne są duże pokłady empatii i zrozumienia. Nie można jednak zagłębić się wraz z chorym całkowicie w istotę jego cierpienia. Taka sytuacja uniemożliwi nam wypełnianie naszego zadania jakim jest wspieranie chorego w walce z chorobą i towarzyszenie mu w trudach leczenia.

W trakcie leczenia i wielokrotnych pobytów chorych w oddziale obserwuję, jak pacjenci zmieniają się, nie tylko

fizycznie, ale przede wszystkim psychicznie. Często zmiana jest bardzo wyraźna i przebiega w bardzo pozytywnym kierunku. Niejednokrotnie pacjenci pojawiają się w oddziale z negatywnym nastawieniem do wszystkiego. Po prostu są całkowicie „na nie”. Mają nam i wszystkim wokół za złe, że się tu znaleźli, że są chorzy, że to właśnie ich dotknęło nieszczęście choroby a właściwie największa tragedia ich życia. Że nikt nie wziął pod uwagę ich planów na życie. Bo jak teraz żyć z chorobą nowotworową? Jak dalej żyć, jeśli najczęściej perspektywą bliższą lub dalszą, jest śmierć. Taka jest powszechna, społeczna opinia na temat choroby nowotworowej i z taką perspektywą pacjenci obcują po diagnozie. Dopiero w czasie leczenia, które często jest niesamowicie długie, okazuje się że choroba nowotworowa to obecnie choroba przewlekła, przebiegająca w latach. Jednak, niezależnie ile tych lat miałyby być, jest ich zawsze stanowczo za mało. Nie chcemy znać terminu końca naszego życia, szczególnie, gdy ma być ono krótkie. I właśnie o tym jest to opowiadanie.

Spotkaliśmy się, jak to zwykle bywa w szpitalu. On pacjent, ja pielęgniarka. Przyjmijmy, że to był Maciek, 27-letni, młody mężczyzna, ale właściwie miał w sobie jeszcze cechy dziecka. I tak się zachowywał, zbuntowany, obrażony na cały świat, wiedział najlepiej co jest dla niego dobre, wielokrotnie próbował, na ile może sobie pozwolić w relacjach z nami, nie słuchał tego co mówimy, delikatnie mówiąc, „nie stosował się” do naszych zaleceń, opryskliwy, buńczuczny a czasami gburowaty młody człowiek. Początki były bardzo trudne, podobnie jak w relacjach w całym oddziale.

To prawda, młodzi ludzie nie powinni chorować, szczególnie na śmiertelne choroby. Młodość to życie, zabawa, szczęście, radość, miłość. To wiele różnych rzeczy, nowych doświadczeń, układania życia, ale nie śmierć w perspektywie. I to prawda, z takiego powodu można obrazić się na wszystkich i na wszystko, może zawalić się cały świat i można przestać chcieć żyć. Ale nawet z tym piętnem nowotworu, który ciąży niesamowicie na każdym chorym człowieku a szczególnie na osobach młodych, można żyć dalej. Chociaż musi to być niesamowicie trudne.

Maciek, z zaawansowaną chorobą nowotworową, leczony paliatywnie, nie chciał zgodzić się z tym, że jest chory. Pacjenci często długo nie dopuszczają do siebie myśli o chorobie, doszukują się błędnej diagnozy, pomyłki lekarzy. Często taka postawa opóźnia rozpoczęcie leczenia i pogłębia zaawansowanie choroby. Maciek poddawał się leczeniu, ale nie bez pojawiających się sprzeciwów i stawianych warunków.

Nie znając jego problemów, nie wiedzieliśmy co tak naprawdę się z nim dzieje i dlaczego zachowuje się właśnie w sposób, w jaki się zachowuje. A on sam nie ułatwiał nam zadania i nie pozwalał się poznać i dotrzeć do siebie. Długo trwało zanim nawiązaliśmy jakikolwiek kontakt. Nie nazwałabym tego porozumieniem, ale zaczął komunikować się z nami. Z upływem czasu i z kolejnymi cyklami chemioterapii oraz pobytami Maćka z powodu powikłań występujących w czasie leczenia, ale także nie bez kolejnych zgrzytów, nasze relacje stawały się coraz bardziej poprawne. Przykładem niech będzie, że w końcu, za każdym razem kiedy chciał wyjść z oddziału informował nas o tym

jak wzorowy pacjent i nie musieliśmy szukać go i domyślać się gdzie jest. A naprawdę mógł być wszędzie. Zrozumiał, że leczenie jest dla niego ważne i zaczął zwracać uwagę na czas zabiegów i być w swojej sali w tym momencie, gdy trzeba podłączyć kroplówkę, zrobić zastrzyk lub podać tabletki. Maciek zaczął z nami rozmawiać, nie tylko służbowo. Chciał nas poznać i w końcu otworzył się przed nami. Ale trwało to naprawdę niezwykle długo.

Leczenie Maćka przebiegało w czasie i z każdym jego pobytem coraz bardziej poznawaliśmy się. Z czasem zorientowaliśmy się w jego trudnej sytuacji rodzinnej, dowiedzieliśmy się o niesprawnej fizycznie mamie, starszej kobiecie poruszającej się na wózku inwalidzkim a także o ojcu z zaawansowaną chorobą Alzheimera. W ocenie Maćka większej pomocy i opieki wymagali Rodzice, niż on sam. Brak wsparcia ze strony najbliższej rodziny a także konieczność sprawowania opieki nad rodzicami stawały się olbrzymim problemem dla Maćka. Jakich wyborów może dokonywać zagubione dziecko, wybierając między bezpieczeństwem rodziców a koniecznością kontynuowania swojego leczenia i pobytu w szpitalu? Dodatkowe obciążenie psychiczne, silne poczucie obowiązku i trudności w jego spełnieniu wobec Rodziców nie były okolicznościami sprzyjającymi procesowi leczenia. Sama sytuacja zagrożenia własnego życia, dla młodego człowieka może być obezwładniająca i działać paraliżująco. A w tej złożonej sytuacji, Maciek naprawdę dobrze sobie radził ze wszystkimi problemami.

W pewnym momencie swojej choroby Maciek stał się przewodnikiem dla nowych pacjentów przybywających pierwszy raz do naszego oddziału. Niepewnych swojej przyszłości, skrzywdzonych przez los ludzi, którzy nie wiedzieli jak poruszać się w nowej sytuacji wprowadzał w tajniki oddziału. Dzięki wielokrotnym pobytom w naszym oddziale mógł przekazać wiedzę wraz z doświadczeniem, które nabył gdy poznał nasz oddział od podszewki. Wiedział co, kiedy, jak i dlaczego, czyli wszystko to co ciekawe, ale i niepokoi nowoprzybyłych pacjentów. Znał personel, z którym był już w dobrych relacjach. Dzięki temu robił naprawdę bardzo dużo dla tych zagubionych (jak kiedyś on) osób. W ten sposób pomagał również sobie, być może nieświadomie ale zjednywał sobie grupę osób, która wspierała również jego w trudnych dla niego chwilach. Stawał się kimś ważnym dla innych pacjentów, mogli na niego liczyć bo przecież dużo łatwiej jest zwrócić się z pytaniem do innego chorego, który zna rzeczywistość z tej samej strony, niż do kogoś z personelu oddziału. Można wtedy rozmawiać szczerze i bez obaw, że pytania okażą się niezasadne lub bez znaczenia i śmieszne. Pacjenci często wstydzą się swojej niewiedzy, szczególnie w obecności pielęgniarek lub lekarzy nie wyrażają swoich obaw. Wśród innych pacjentów czują się równi i spędzają ze sobą dużo czasu we wspólnej sali chorych, co dodatkowo zbliża ich do siebie.

Maciek był niezwykle pomocny dla osób starszych i osłabionych. Często woził innych pacjentów na wózku lub robił zakupy w szpitalnym sklepiku, jeśli ktoś potrzebował takiej pomocy. Naprawdę stał się dobrą duszą naszego oddziału, lubiany przez innych chorych zdobywał również nasze uznanie, szczególnie z powodu tak dużej zmiany w jego zachowaniu i nastawieniu.



Upływały miesiące, odmierzane kolejnymi cyklami chemioterapii, która jednak nie przynosiła oczekiwanego efektu. Czas płynął niepostrzeżenie i nasze relacje trwały już prawie dwa lata, bo tyle choroba dała Maćkowi czasu na życie. Zaawansowana choroba powoli wygrywała z walczącym, coraz bardziej osłabionym Maćkiem. Starał się być silny, nie okazywał słabości, ale zdarzały się momenty niezwykle trudne, kiedy Maciek dawał za wygraną i okazywał twarz bezbronного dziecka. Pamiętam że również jego Mama była w tym czasie pacjentką szpitala. Starał się jeszcze, poruszając się na wózkach odwiedzać Mamę i chyba ciągle bardziej przejmował się jej stanem niż swoim. A jednak to on gościł w oczach i z każdym dniem wydawało się, że Maćka jest coraz mniej w ogromnym szpitalnym łóżku.

To był również czas, kiedy wypadały urodziny Maćka. Zrobiliśmy dla niego uroczystość urodzinową, na sali, nad łóżkiem rozwiesiliśmy nadmuchane balony, przyszły koleżanki Maćka, które wtedy poznaliśmy i które w późniejszym okresie były dla niego dużym wsparciem i często gościły na oddziale. Ale nie śpiewaliśmy „Sto lat”. Po prostu życzyliśmy Maćkowi wszystkiego najlepszego. Wiedzieliśmy, że obchodzimy jego ostatnie urodziny, on też chyba to czuł. Myślę, że chorzy podświadomie czują kiedy zbliża się czas umierania. Nie wszyscy mówią o tym, bo boją się, żeby nie powiedzieć lub usłyszeć tego głośno. Często uważa się, że słowa wypowiedziane na głos mają niesamowitą moc spełniania się. A jeśli mówimy o śmierci, to nie ma już nadziei na życie.

Maciek czuł się bardzo źle, szybko się męczył, nasilała się duszność, powstawały nowe infekcje. Często nie miał siły ani chęci, żeby wstawać z łóżka. Okresowo, w sytuacjach dla niego trudnych, znów pojawiał się dawny Maciek, który nie chciał z nami rozmawiać, sprzeciwiał się wszystkiemu co staraliśmy się dla niego zrobić. Wiedział już, czuł, że to jest właśnie czas, który mu pozostał i że ten czas jest bardzo krótki.

Nad łóżkiem nadal wisały urodzinowe balony Maćka, z których powoli, ale jednak bezustannie uchodziło powietrze. W podobny sposób z Maćka, każdego dnia, powoli uchodziło życie. Stawał się coraz słabszy, wymagał pomocy w wykonywaniu wszystkich niezbędnych czynności. Jak wielkie opory miał, zanim zgodził się, żeby pomóc mu w czynnościach pielęgnacyjnych i pokonał wstyd, kiedy pozwalał abyśmy mogły go umyć, przebrać w świeżą piżamę, czasami nakarmić, pomagać w czynnościach fizjologicznych. To był dla niego ogromny przełom, stał się całkiem zależny od nas, osób opiekujących się nim. Dla niezależnej dotychczas osoby, będącej w pełni samodzielnej i świadomej, tak drastyczna zmiana sytuacji jest niezwykle trudna do zaakceptowania i tak właśnie było z Maćkiem. Przytomny, świadomy, często nie pozwalał nam na podstawowe zabiegi higieniczne. I miał do tego prawo, ponieważ chory powinien sam zdecydować czy i kiedy chce się myć, przebierać i poddawać innym czynnościom. Szczególnie, gdy jest to chory w zaawansowanej chorobie nowotworowej, zmęczony i zniechęcony samym faktem bycia poważnie chorym człowiekiem, kiedy boli go i ciało i dusza.

Ostatnie dni życia Maćka przebiegały w niesamowitej atmosferze spokoju. Chociaż Maciek niezwykle bał się silnej duszności i bólu. Jedyne o co prosił, to żeby go nie bolało i żeby mógł swobodnie oddychać, co było bardzo trudne w jego sytuacji. W momentach trudnych prosił, żeby mógł zasnąć i przespać te chwile, jednak powtarzały się one coraz częściej i dawały znać, że stan Maćka z każdą chwilą się pogarsza. Pod wpływem silnych leków przeciwbólowych wyciszał się i naprawdę przespiał część dnia i nocy. Szczególnie trudne dla niego, ale również i dla nas okazywały się noce. Cisza panująca na oddziale, dłużący się czas, półmrok panujący na sali i ten lęk przed samotnością w decydującym momencie i, czy kolejny poranek nadejdzie, stawały się podstawowymi problemami Maćka przez kolejne dni. Niezwykle mocno obawiał się momentu śmierci, i w chwilach przejaśnień świadomości rozmawialiśmy na ten temat. Okazywało się, że nie dokładnie samej śmierci się obawiał, ale tego, że nie będzie wiedział, że to właśnie ten moment nadchodzi, że będzie sam, że nie będzie mógł odejść i zawsze zasadniczym pytaniem kończącym rozmowę było, „Czy to będzie bolało?”. Tego dokładnie nie wiedzieliśmy, ale wszyscy zapewnialiśmy Maćka, że postaramy się, aby nie cierpiał ani teraz ani w żadnym innym momencie.

Nie zawsze śmierć przychodzi łatwo, czasami odejście trwa w czasie i kilka razy zdawało się, że to już jest ten moment. Oddech Maćka zanikał, jego blada twarz szarzała a uścisk ręki słabł, jednak za każdym razem, Maciek ponawiał próbę oddechu i nadal istniał. Tak bardzo chciał żyć, dla siebie, dla Rodziców, dla przyjaciół, dla siebie. Być może czuł się odpowiedzialny za Rodziców, dla których był oparciem w ich życiu, być może sprawy pozostawione na później nie pozwalały mu odejść. Tego nie wiemy, wiemy natomiast, że potrzeba przebywania z drugim człowiekiem, potrzeba bliskości jest w nas przez całe życie od momentu narodzin do chwili kiedy odchodzimy. Dlatego Maciek w ostatnich chwilach swojego życia potrzebował naszej obecności, poczucia, że nie jest sam. Odszedł nad ranem, o świcie, kiedy Słońce wstaje i oświetla Ziemię. Maćka już nie było. Pozostało tylko wspomnienie.

Podobnych sytuacji w mojej pracy zawodowej było wiele i pewnie większość z nich byłaby wzruszająca i poruszająca dla czytelnika. Te sytuacje wzruszały również i mnie w chwili gdy miały miejsce i gdy niejednokrotnie je wspominam. Opisując historię Maćka chciałam zwrócić uwagę na szczególną więź łączącą chorych z osobami sprawującymi nad nimi opiekę. To nie jest przypadkowa sytuacja, to jest proces który trwa i zmienia się w czasie. Dla chorych często jesteśmy osobami niezbędnymi do życia i funkcjonowania w czasie ich choroby, ale potrzebni jesteśmy również po to, aby mogli odejść bez lęku. Nawet jeśli początkowo temu przeczymy. Nie można przejść obojętnie nad cierpieniem drugiego człowieka, każdy z nich wymaga naszej uwagi i chwili skupienia. Właśnie z tym współodczuwaniem, nawiązującymi się relacjami i olbrzymią ilością wzruszeń kojarzy mi się praca pielęgniarki. Szczególnie praca, którą wykonuję na co dzień.

*Ewelina*



Warszawa 25.05.2017 r.

**Pani Zofia Małas**  
**Prezes Naczelnej Rady**  
**Pielęgniarek i Położnych**  
**Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych**  
**ul Pory 78 lok. 10 02-757 Warszawa**

*Szanowna Pani Prezes*

odpowiadając na pismo z dnia 13.02.2017 r., znak: NIPIP-NRPIP-DM.002.51.2017.TK, dotyczące klasyfikacji odpadów powstających w wyniku wykonywania w domu przez pacjenta samodzielnych testów paskowych służących do określenia poziomu cukru we krwi za pomocą glukometru lub odpadów igieł do penów albo też odpadów ampułko-strzykawk, przesyłam uzyskane w przedmiotowej sprawie stanowisko Departamentu Gospodarki Odpadami w Ministerstwie Środowiska z dnia 08.05.2017r., znak: DGO-I.022.36,2017,MS, które jest tożsame ze stanowiskiem Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

*Dyrektor*  
*Departamentu Higieny Środowiska*  
*Krystyna Radecka dr n. med.*

Warszawa 08.05.2017 r.

**Pani Krystyna Radecka**  
**Dyrektor Departamentu**  
**Higieny Środowiska**  
**Główny Inspektorat Sanitarny**

*Szanowna Pani Dyrektor,*

w związku z pismem z dnia 1 marca 2017 r. (znak: GIS-HŚ-NS-4320-00039/MP/16) dotyczącym kwestii klasyfikacji odpadów powstających w wyniku wykonywania w domu przez pacjenta samodzielnych testów paskowych służących do określenia poziomu cukru we krwi za pomocą glukometru lub odpadów igieł do penów albo też odpadów ampułko-strzykawk, przedstawiam poniżej następujące informacje.

Definicja odpadów medycznych zawarta w art. 3 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 12 grudnia 2014 r. o odpadach (Dz. U. z 2016 r. poz.1987 i z 2017 r. poz. 785) uniemożliwia zakwalifikowanie odpadów, o których mowa w pierwszym akapicie pisma jako odpadów medycznych. Definicja odpadów medycznych brzmi bowiem następująco: przez odpady medyczne rozumie się odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny. Zaś odpady powstające w domu u pacjenta (z wyłączeniem zakaźnych odpadów medycznych i zakaźnych odpadów weterynaryjnych powstających w wyniku świadczenia usług na wezwanie - wówczas wytwórca takich odpadów jest obowiązany do bezwłocznego dostarczenia wytworzonych odpadów do przystosowanych do tego celu pomieszczeń spełniających wymagania w zakresie magazynowania takich odpadów) należy zakwalifikować jako odpady komunalne.

W myśl definicji odpadów komunalnych zawartej w art. 3 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 12 grudnia 2014 r. o odpadach są to odpady powstające w gospodarstwach domowych, z wyłączeniem pojazdów wycofanych z eksploatacji, a także odpady niezawierające odpadów niebezpiecznych pochodzące od innych wytwórców odpadów, które ze względu na swój charakter lub skład są podobne do odpadów powstających w gospodarstwach domowych. W związku z powyższym, odpady powstające w gospodarstwach domowych, w tym np. strzykawki, igły wytworzone podczas iniekcji domowych lub podobne należy traktować jako odpady komunalne.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 września 1996 r. o utrzymaniu czystości i porządku w gminach (Dz. U. z 2016 r. poz. 250, z późn. zm.), za odebranie i właściwe zagospodarowanie odpadów komunalnych odpowiedzialne są gminy, natomiast właściciele nieruchomości, o których mowa w art. 6c ustawy, są obowiązani ponosić na rzecz gminy, na terenie której położone są ich nieruchomości, opłatę za gospodarowanie odpadami komunalnymi. Z kolei w zamian za pobraną opłatę za gospodarowanie odpadami komunalnymi gmina zapewnia właścicielom nieruchomości możliwość pozbywania się wszystkich rodzajów odpadów komunalnych, przy czym rozumie się przez to odbieranie odpadów z terenu nieruchomości, o których mowa w art 6c ust. 1 i 2 ww. ustawy, przyjmowanie odpadów przez punkty selektywnego zbierania odpadów komunalnych oraz zapewnianie przyjmowania tych odpadów przez gminę w inny sposób. Odpady typu igły, strzykawki lub podobne, powstające w gospodarstwach domowych powinny być klasyfikowane w grupie 20; w celu ich prawidłowego zaklasyfikowania należałoby zastosować kod ex 20 01 99 – np. odpady wytworzone podczas iniekcji domowych (zużyte igły, strzykawki), zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 9 grudnia 2014 r. w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. z 2014 r. poz. 1923). Zasadniczo więc zapewnienie mieszkańcom możliwości pozbywania się tych odpadów, w ramach ponoszonej opłaty za gospodarowanie odpadami komunalnymi, należy do gminy. Oznacza to, że gmina powinna wskazać miejsce gdzie można oddać tego typu odpady – może to być np. punkt selektywnego zbierania odpadów komunalnych.

Reasumując, w obecnym stanie prawnym nie jest możliwa inna klasyfikacja odpadów powstających w domu w wyniku przeprowadzania badań stężenia cukru we krwi, odpadów igieł do penów czy też odpadów ampułko-strzykawek. Ewentualne zmiany w tym zakresie wymagają wprowadzenia zmian na poziomie ustawowym. Jednocześnie informuję, że ewentualne propozycje zmian w zakresie klasyfikacji odpadów, o których mowa w niniejszym piśmie czy też w kontekście definicji odpadów medycznych zostaną poddane analizie na etapie kolejnej nowelizacji ustawy z dnia 12 grudnia 2014 r. o odpadach.

*Z poważaniem*  
*Bogusława Brzdąkiewicz*  
*Zastępca Dyrektora*  
*Departament Gospodarki Odpadami*

**Już tradycją naszej Izby stała się organizacja akcji promujących  
zawód pielęgniarki i zawód położnej z okazji**

## **MIĘDZYNARODOWEGO DNIA PIELĘGNIARKI I DNIA POŁOŻNEJ**

**W dniach od 8 maja 2017 r. do 12 maja 2017 r. zorganizowano dwie takie akcje  
promujące zawód pielęgniarki i położnej.**

Pierwsza akcja „Pielęgniarki szkolne przedszkolakom” – polegała na edukacji przedszkolaków, przeprowadzona była przez pielęgniarki i położną w środowisku nauczania i wychowania w jedenastu przedszkolach należących do Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Akcja miała na celu promocję zawodu pielęgniarki wśród najmłodszych.







Drugą akcją Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. wraz z Miejskim Zakładem Komunikacji w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. przy współudziale Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze zorganizowała dla wszystkich mieszkańców Gorzowa Wlkp. Akcja przeprowadzona została w tramwaju od godz. 14<sup>00</sup> do godz. 17<sup>30</sup>. W trakcie akcji pielęgniarki i położne informowały mieszkańców na temat możliwości udzielania przez pielęgniarki i położne świadczeń zdrowotnych (zapobiegawczych, diagnostycznych, rehabilitacyjnych i leczniczych). Udzielały informacji i porad dotyczących profilaktyki nowotworów, zdrowego stylu życia, odżywiania. Położne udzielały porad dotyczących laktacji i problemów z nią związanych, korzyści jakie wynikają dla matki i dziecka z karmienia piersią oraz zasad odciągania pokarmu jak również instruktażu prawidłowego przystawiania do piersi.

Do dyspozycji mieszkańców był sprzęt do pomiaru ciśnienia oraz fantomy do samobadania piersi. Pracownicy Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze informowali mieszkańców Gorzowa Wlkp. między innymi na temat programów profilaktycznych:

- raka szyjki macicy,
- raka piersi.

Pielęgniarki i położne dysponowały broszurami, ulotkami i informatorami dotyczącymi między innymi: programów zdrowotnych finansowanych przez Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze, pielęgnacji noworodka, promocji karmienia piersią, samokontroli piersi.



Zorganizowane przedsięwzięcia po raz kolejny pokazały, iż warto takie inicjatywy kontynuować. Wszystkim osobom zaangażowanym w przeprowadzenie tak świetnych akcji bardzo serdecznie dziękuję.

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



## Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej

W dniu 12 maja 2017 r. w teatrze im. Juliusza Osterwy w Gorzowie Wlkp. odbyła się uroczystość poświęcona Międzynarodowemu Dniu Pielęgniarki i Dniu Położnej.

Mówiąc o pielęgniarkach, pielęgniarzach, położnych należy zauważyć, że nasza rola w Polskim Systemie ochrony zdrowia jest nieoceniona, niedoceniona oraz niedofinansowana. Ten dzień w teatrze był bez fleszy, bez zaproszonych gości, a tylko **My i Aktorzy**.



Jak co roku Dyrektor Teatru wybrał dla nas wspaniałą sztukę (komedię), która choć przez chwilę pozwoliła zapomnieć o naszych problemach życia codziennego i zawodowego, troskach oraz wielkiej odpowiedzialności jaka na nas spoczywa wobec chorego, niepełnosprawnego, dziecka czy rodziny.

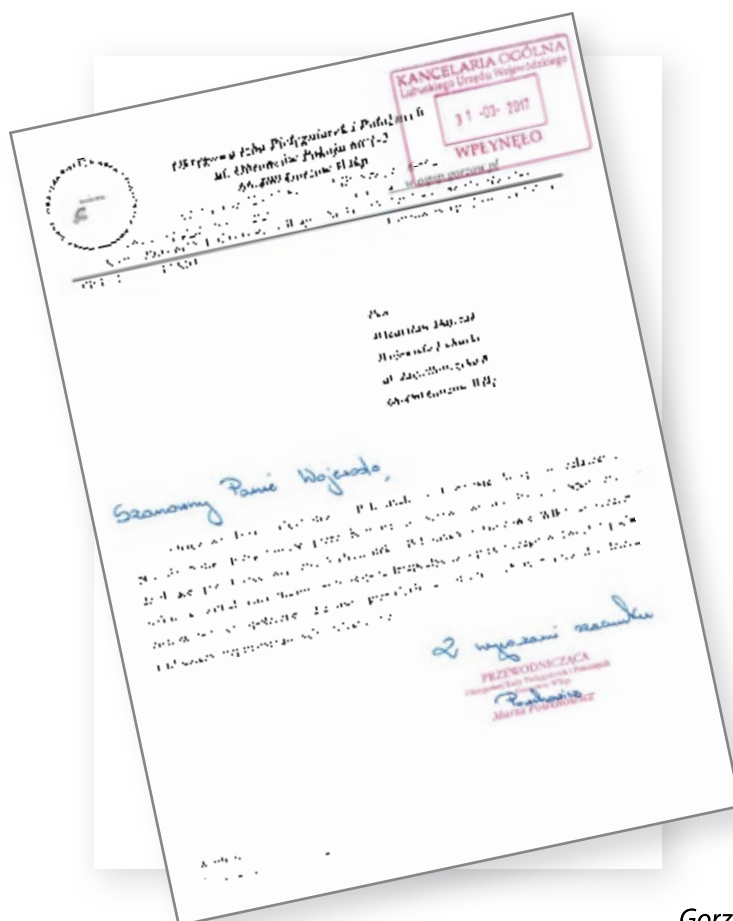
Marta Powchowicz Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. w swoim wystąpieniu nie używała górnolotnych i często słyszanych wypowiedzi lecz wszystkim pielęgniarkom i pielęgniarzom oraz położnym życzyła zdrowia (bo niestety jesteśmy już coraz starsze), sukcesów w pracy

zawodowej pomimo wielu w niej zmian i zawirowań oraz radości w życiu prywatnym.

Teatr tego dnia był pełen pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych. Było fajnie, wesoło, a w kulisach przy kawie i wspaniałym cieście rozgorzałe rozmowy i dyskusje na różne ciekawe tematy.





**WOJEWODA LUBUSKI**

Władysław Dajczak

PS-I.9421.2.73.2017.MMik

Gorzów Wlkp., 07 kwietnia 2017 r.

Pani

**Elżbieta Rafalska**

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Warszawa

Przekazuję w załączeniu pismo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. oraz Przewodniczącej Komisji ds. Domów Pomocy Społecznej dotyczące wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno -opiekuńczego w domach pomocy społecznej, w związku z wprowadzeniem zmian do rozporządzenia w sprawie domów pomocy społecznej.

Równocześnie uprzejmie informuję Panią Minister, że inspektorzy ds. nadzoru i kontroli w pomocy społecznej przyglądają się sytuacji związanej ze sposobem organizacji zatrudnienia w zespołach terapeutyczno – opiekuńczych w lubuskich domach pomocy społecznej. Dotychczasowe doświadczenia kontrolne wykazują, że właśnie w tym obszarze występują największe trudności, tłumaczone przez dyrektorów brakiem środków finansowych. Dziękując za dotychczas przekazywane Państwu stanowiska w sprawie, uprzejmie informuję, że posiłkując się nimi oraz wiedzą i doświadczeniem inspektorów Wydziału Polityki Społecznej, a także opinią przedstawicieli dyrektorów domów pomocy społecznej - przygotuję wytyczne co do sposobu realizacji tego zadania w lubuskich domach. W tym celu w dniu 5 kwietnia br w tut. Urzędzie odbyło się spotkanie w zespole roboczym składającym się z inspektorów Wydziału kontrolujących te jednostki i wytypowanych przedstawicieli domów pomocy społecznej. Kolejne spotkanie w sprawie planowane jest na dzień 8 maja 2017r.

Opracowany dokument zostanie opublikowany na stronie internetowej Wojewody Lubuskiego, o czym niezwłocznie poinformuję Panią Minister.

Zał. 1

Łączę wyrazy szacunku

Władysław Dajczak

Gorzów Wlkp., 20 marca 2017 r.

**Pan Władysław Dajczak**  
**Wojewoda Lubuski**

Komisja do spraw Domów Pomocy Społecznej działająca przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. wyraża zaniepokojenie w związku z Rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24.01.2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej, w którym zmniejsza się wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w dwóch typach domów pomocy społecznej: dla osób przewlekle somatycznie chorych oraz dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

W naszej opinii obniżenie wskaźnika zatrudnienia, który był i tak zbyt niski w odniesieniu do domów dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną uważamy za niedopuszczalny zwłaszcza, że ta grupa podopiecznych jest szczególnie bezbronna zdana na łaskę i niełaskę instytucji opiekuńczych, jakimi są domy pomocy społecznej. Trzeba zauważyć, że większość z tych osób mieszka w domu pomocy społecznej do uzyskania pełnoletniości. Z racji specyfiki swej niepełnosprawności mogą nie rozumieć różnych sytuacji, nie są też w stanie szukać pomocy, gdy dzieje im się krzywda. Często są także obciążone dodatkowo różnymi schorzeniami somatycznymi, wymagający karmienia przez sondę, z założonym cewnikiem do pęcherza, dodatkowym utrudnieniem w opiece nad tą grupą podopiecznych jest również fakt, że znaczna część tych osób nie jest w stanie porozumiewać się werbalnie.

Podobne problemy wyłaniają się w domach pomocy dla przewlekle somatycznie chorych. Podopieczni takich domów to ludzie starsi wymagający szczególnej troski i szacunku, ma to znaczenie dla ich poczucia bezpieczeństwa w środowisku, w którym żyją. Schorzenia psychofizyczne, z którymi się borykają, co dzień, dodatkowo utrudniają im funkcjonowanie w codziennym życiu. W obecnej rzeczywistości możliwość zmniejszenia zatrudnienia personelu to brak właściwych standardów opiekuńczych, co czyni życie podopiecznych dodatkowo trudnym. Ważna staje się ilość personelu, zwłaszcza tego zatrudnionego bezpośrednio przy chorym. To on spędza z podopiecznymi najwięcej czasu podczas jego pobytu w domu opieki. To do nich kierują podopieczni swoje prośby, oczekują pomocy i wsparcia. Umiejętne działania, wiedza, kompetencje zawodowe i doświadczenie pozwolą na lepszą opiekę nad podopiecznym zarówno w zdrowiu jak i w chorobie. Trzeba zaznaczyć, że podopieczni tych domów obciążeni są wieloma schorzeniami często z różnymi ranami (odleżyny, troficzne owrzodzenia, stopy cukrzycowe), wymagającymi specjalistycznego leczenia i opieki według standardów.

Już dzisiaj w sposób naturalny zmniejsza się ilość personelu nie zatrudniając nikogo na miejsce powstałych wakatów. A zatrudniony personel zmagają się z obciążeniem psychicznym i fizycznym starając się zapewnić jak najlepszą opiekę mieszkańcom. Niskie wynagrodzenie nie rekompensuje takich poświęceń i w żaden sposób nie jest adekwatny do ogromu pracy mający tak specyficzny charakter.

Zmiany nie będą służyć usprawnieniu funkcjonowania domów pomocy społecznej oraz poprawiać efektywność i jakość usług świadczonych w tych jednostkach na rzecz osób powierzonych opiece domów pomocy społecznej. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że każdy życzyłby sobie najlepszej opieki sprawowanej przez silnie zmotywowany i odgórnie doceniony personel - mieszkańcy domów pomocy społecznej nie są tutaj żadnym wyjątkiem im także należy się opieka takiego personelu.

Wielce ubolewamy, że ani mieszkańcy, ani personel nie ma żadnych kompetencji, aby taką przykrą sytuację zmienić na lepsze. Ufamy jednak, że osoby upoważnione do wprowadzania zmian, dobrych zmian, będą takie właśnie zmiany wprowadzać, aby tym pokrzywdzonym przez los ludziom nieść ukojenie w ich cierpieniach tak, aby placówki nazywane Domami Pomocy Społecznej były dla nich prawdziwymi „domami” pełnymi ciepła i rodzinnej atmosfery wytwarzanej przez taką liczbę personelu, która będzie trafiać w autentyczne potrzeby podopiecznych.

*Przewodnicząca Komisji  
do spraw Domów Pomocy Społecznej  
Barbara Mamczys*

## Wychodząc naprzeciw zapotrzebowaniu pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia leczenia ran przekazuję artykuł który może pomóc wam w pracy

Elżbieta Szkiler

### NOWOCZESNE LECZENIE RAN I OWRZODZEŃ

#### **Opatrunki antybakteryjne część I**

Z badań ankietowych jakie wykonałam w roku 2016 wśród pielęgniarek posiadających prawo wykonywania zawodu wynika, że ponad 90 % zajmuje się chorymi z owrzodzeniami i ranami niegojącymi się w swojej praktyce zawodowej. Część z nich często, część sporadycznie, ale każdej z nich wiedza o leczeniu ran jest niezbędna. Tylko w małym odsetku ankietowane pielęgniarki stwierdziły, że taka wiedza jest im niepotrzebna. Wiedza o właściwościach, sposobach aplikacji i prawidłowym doborze opatrunków jest więc niezbędna każdej pielęgniarce.

Według definicji raną jest uszkodzenie struktur skóry i/ lub tkanek położonych głębiej uprzednio zdrowych, a owrzodzenie to ubytek tkanek spowodowany martwicą powstałą w tkance zmienionej chorobowo.

Większość owrzodzeń i ran niegojących się jest skontaminowana bakteriami własnymi pacjenta.

Zalecenia EWMA i opinie mikrobiologów mówią, że antybiotyki celowane podajemy drogą inną niż miejscowa dopiero w zakażeniu rozprzestrzeniającym się. We wcześniejszych fazach zakażenia (kolonizacja, kontaminacja, zakażenie miejscowe) wystarczający jest prawidłowo dobrany opatrunek antybakteryjny. Dziś na rynku Polskim mamy dostępnych ponad 360 nowoczesnych opatrunków aktywnych, produktów i preparatów do nowoczesnego leczenia ran. Dzielimy je na preparaty antyseptyczne, opatrunki hydrożelowe, opatrunki antybakteryjne, opatrunki hydrowłókniste i włókniste, opatrunki alginianowe, opatrunki chłonnae wydzielinę do których należą opatrunki piankowe i chłonnae, opatrunki hydrokoloidowe, folie poliuretanowe oraz inne opatrunki wspomagające gojenie ran i owrzodzeń.

#### **Preparaty antyseptyczne**

Definicja antyseptyku została opisana w komunikacie Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z dnia 4 grudnia 2007r. w sprawie klasyfikacji produktów z pogranicza. Czytamy tu, że antyseptyki dzielą się na

leki i wyroby medyczne. Według tej definicji lekiem jest produkt antyseptyczny zawierający substancję bakteriobójczą, który jest stosowany na skórę i błony śluzowe, a wyrobem medycznym ten używany na przedmioty nieożywione. W Europie preparaty antyseptyczne dzielą się na powierzchniowo czynne i tlenowe. Natomiast w Polsce podzielono je na lawaseptyki czyli wyroby medyczne przeznaczone do mycia i pielęgnacji oraz na antyseptyki czyli leki przeznaczone do pielęgnacji i leczenia.

Do lawaseptyków należą :

- Poliheksametylen biguanidu – Prontosan, Lavasept 1, Lavasept 2
- Dwuchlorowodorek octenidyny – Octenilin
- Podchloryny – Aqvitox D, ActiMaris, BioSept, Granudacyn, Mikrodacyn .

Do antyseptyków

- Dwuchlorowodorek octenidyny – Octenisept
- Jodyna powidonowa – Braunol.

Preparaty antyseptyczne zawierające poliheksametylen biguanidu, dwuchlorowodorek octenidyny i jodyna powidonową są preparatami powierzchniowo czynnymi. Nie mogą pozostać w tkankach jeżeli nie ma utrzymanego drenażu i nie mogą samoczynnie wypłynąć. Należy je wysuszyć lub wypłukać z przetok i kieszeni przed założeniem opatrunku. Pozostawione w tkankach są traktowane jak obcogatunkowe białko lub ciało obce i powodują wtórny stan zapalny.

Preparaty tlenowe należące do grupy podchlorynów są bezpieczne dla tkanek. Swoim składem przypominają produkowane przez tkanki związki tlenowe. Wszystkie występują w postaci płynu, aerosolu i żelu. Mają silne, ale krótkotrwałe działanie bakteriobójcze. Pozostawione w tkankach szybko ulegają rozpadowi do wody i tlenu i zostają wchłonięte.

Możliwe i dopuszczalne są połączenia różnych preparatów np. jako wilgotne opatrunki lub przymoczek ułatwiający rozmazanie suchej martwicy. Jednak nie wolno łączyć w jednym opatrunku jodyny powidonowej i dwuchlorowodorku octenidyny, jodyny powidonowej i podchlorynów oraz jodyny powidonowej i srebra.



Dopuszczalne jest natomiast połączenie preparatów zawierających tlen i związki srebra.

W procesie pielęgnacji i leczenia owrzodzeń przewlekłych i ran niegojących się należy wyłączyć ze stosowania mleczan etakrydyny (rywanol), chlorheksydynę, kwas borny, wodę utlenioną oraz mydła.

Wszystkie wymienione negatywne antyseptyki uszkadzają ściany komórek uniemożliwiając gojenie, a część z nich jest dobrą pożywką dla gronkowców. Dodatkowo musimy wyłączyć antybiotyki stosowane miejscowo. Powodują powstawanie lekooporności, a ich pozytywne działanie nie jest potwierdzone naukowo. Dostępne nowoczesne opatrunki zawierające chlorheksydynę są przeznaczone wyłącznie na rany ostre.

Antyseptyki stosujemy dopiero po oczyszczeniu owrzodzeń i ran z zalegającej martwicy (musi być dostęp do czystej tkanki) oraz na owrzodzenia i rany pokryte biofilmem. Jako jedyne posiadają zdolność penetracji przez biofilm, rozluźniają jego struktury i ułatwiają jego mechaniczne usunięcie.

Argosulfan, sulfatiazyna srebra, preparat do miejscowego leczenia owrzodzeń i ran na ograniczonych powierzchniach w metodzie tradycyjnej i mieszanej. W metodzie tradycyjnej opatrunki wykonujemy co 8-12 godzin a w mieszanej co 24. Ma zdolność rozpuszczania nekrotycznych tkanek, nawet suchych, ale jest powierzchniowo czynny. Srebro z tego preparatu nie wchłania się do tkanek, więc miejscowe zakażenie może być trudne do leczenia.

Innymi preparatami do oczyszczania ran i owrzodzeń z martwicy są maści enzymatyczne. Dostępne mamy dwa różne preparaty Iruzol mono i Fibrolan. Stosujemy je w metodzie tradycyjnej „pod gazik” wyłącznie na owrzodzenia i rany pokryte martwicą. Uszkadzają zdrową tkankę, więc już po częściowym odwarstwieniu nekrotycznych tkanek musimy zaniechać ich stosowania. Drugim warunkiem jest ich zastosowanie na rozmiękczoną suchą martwicę lub martwicę rozpułwną. Nie wolno łączyć ich z preparatami zawierającymi związki srebra.

### Nowoczesne opatrunki antybakteryjne

Dzielą się na pierwotne, które wymagają opatrunku wierzchniego i wtórne, chłonne wydzielinę przeznaczone na rany płaskie.

Wśród substancji aktywnych w opatrunkach pierwotnych zawarte mogą być:

- Srebro jonowe – Aquacel Ag, Aquacel Ag Extra, Aquacel Ag+Extra, aerosol i krem Argotiab, Askina Calgitrol Paste, Askina Calogitrol Thin, Algisite Ag,

Biatain Alginate Ag, Silvercel, Suprasorb A+Ag, Tegaderm Alginate Ag, Actisorb Plus, Vliwactiv Ag tamponada,

- Srebro metaliczne – Atraumann Ag,
- Srebro nanokrystaliczne – Acticoat, Acticoat 7, Acticoat Flex3, Acticoat Flex 7,
- Siarczan srebra – UrgoTul Ag/silver,
- Sulfatiazyna srebra-Physiotulle,
- Srebro koloidalne – aerosole Farmacitve i Bionect Silverspray,
- Miód Manuka- Activon tube, Activon tulle, Algivon, Actilite,
- Jodyna powidonowa- Inadine, Iodosorb, Hyiodyne, Braunowidon,
- Poliheksametylen biguanidu – Suprasorb X+PHMB, Telfa AMD,
- Chlorek diakilokarbamoilenowy – Sorbact.

Występują pod postacią opatrunków hydrowłóknistych, siatek, tkanin, opatrunków alginianowych, past, żelu. Wszystkie opatrunki pierwotne przeznaczone są na rany i owrzodzenia zakażone i zagrożone infekcją z wysiękiem średnim do dużego.

Tylko opatrunki zawierające Miód Manuka możemy zastosować bezpiecznie na rany i owrzodzenia suche i z małą ilością wysięku. Posiadają one zdolność regulowania prawidłowego poziomu ilości wydzieliny.

Jeśli musimy zastosować pierwotny opatrunek antybakteryjny na rany suche i z małą ilością wysięku należy je aktywować czyli zastosować po nawilżeniu lub namoczeniu.

- Srebro jonowe aktywujemy solą fizjologiczną lub płynem Ringera
- Srebro nanokrystaliczne aktywujemy wyłącznie wodą destylowaną
- Srebro metaliczne aktywujemy wyłącznie płynem Ringera.

Żele antybakteryjne, mamy ich kilka, są przeznaczone na rany zakażone i zagrożone zakażeniem, suche, z małą i średnią ilością wysięku. Należy unikać ich stosowania na rany z wysiękiem dużym i bardzo dużym. Zwierają jedną z trzech substancji czynnych

- Dwuchlorowodorek Octenidyny – Octeniin gel, Naecide gel
- Poliheksametylen biguanidu – Prontosan, Prontosan Gel X
- Tlen aktywny – ActiMaris gel, Aqvitox D gel, Biosept gel, Granudacyn gel, Mikrodacyn gel.

W opatrunkach wierzchnich, piankowych i chłonnych mogą być zawarte

- Srebro jonowe – Aquacel Foam Ag, Biatain Ag, Vliwactiv Ag chłonny,
- Srebro nanokrystaliczne – Poly Mem silver,
- Siarczan Srebra – Mepilex Ag,
- Sulfatiazyna srebra – Allevyn Ag,
- Poliheksametylen biuanidu – Kendal AMD, HydroClean plus,
- Chlorek diakilokarbamoilenowy – Sorbact.

### **Opatrywanie ran i owrzodzeń**

W ranach i owrzodzeniach z ubytkiem najczęściej zastosowany opatrunek jest typu „kanapka” czyli wielowarstwowy. W tych z wysiękiem średnim do dużego opatrunek wypełniający zakładamy do 2/3 głębokości, a w ranach i owrzodzeniach z wysiękiem małym lub suchych zakładamy opatrunek nawilżający wypełniający ubytek do wysokości powłok skórnych.

Nie pozostawiamy pustych przestrzeni, wypełniamy przetoki i kieszenie, a warstwy muszą być ułożone luźno i wzajemnie do siebie przylegać. Opatrunki zmieniamy tak często jak to jest konieczne i tak rzadko jak to jest możliwe. Zawsze po przemoczeniu, zawsze po odklejeniu. Czas jaki opatrunek może pozostać na owrzodzeniu lub ranie zależy od ich doboru i wynosi tyle co najkrócej działający składnik. Najczęściej jest to żel i wynosi 3 doby.

Większość opatrunków antybakteryjnych jest przeznaczona na 3- 7 dni zależnie od wyboru. Opatrunki zawierające miód Manuka i jodynę powidonową zmieniamy po ich odbarwieniu najczęściej co 1-3 dni.

## **Nowoczesne opatrunki aktywne część 2**

Wśród opatrunków mamy wiele różnych produktów w postaci żeli, pianek, alginianów, włóknin, itp

- Opatrunki hydrożelowe mają różne działanie, ale wskazane są na rany i owrzodzenia suche i z małą ilością wysięku oraz na te pokryte martwicą. Występują w formie żelu aktywnego i w formie płytki. Opatrunek mieniamy co 3 doby.
- Nawilżające – Askina gel, Curafil, Hydrosorb Gel, Intrasite Gel, Medisorb G, Normigel, Suprasorb G żel, Tegaderm Hydrogel,
- Z alginianem – Nu-gel, Purilon,
- Hydrokolidowe – Granugel, UniGel,
- W formie płytki – Aqua gel, Aquaflo, Hydrasorb, Hydrosorb Comfort, SuprasorbG płytka,

- Włóknina pokryta żelem - Intrasite Cofermable, Sorbact gel,
- Opatrunki wypełniające ubytek. Należą do nich,
- Opatrunki hydrowłókniste – Aquacel, Aquacel Extra
- Opatrunki włókniste – Exufiber, Durafiber, Suprasorb liquacel,
- Opatrunki piankowe – Askina Foam cavity, Allevyn cavity, PermaFoam cavity, PolyMem Vic,
- Opatrunki alginianowe – Algisite M, Curasorb, Kaltostat, Kendal calcium alginate, Medisorb A, Sorbalgon, Suprasorb A.

**Opatrunki alginianowe** stosujemy na rany i owrzodzenia krwawiące bez innych cech infekcji z wysiękiem średnim do dużego, na rany suche i z małą ilością wysięku po aktywacji Płynem Ringera, podchlorynem lub antyseptykiem zależnie od potrzeb. Zaczynają działanie po zżelowaniu, mogą pozostać w ubytku do 7 dni.

**Opatrunki hydrowłókniste i włókniste** wskazane są na rany i owrzodzenia niezakażone z wysiękiem średnim do dużego, na rany i owrzodzenia suche i z małą ilością wysięku po aktywacji lub na pierwotnie zastosowany żel aktywny.

**Opatrunki piankowe** nieprzylepne o różnej chłonności i budowie. Przeznaczone na rany i owrzodzenia z objawami infekcji jako opatrunki wtórne lub na niezakażone płaskie. Wszystkie można docinać do kształtu rany lub owrzodzenia, mogą być stosowane w kompresjoterapii – Advazorb, Allevyn Compresion, Allevyn Lite, Allevyn Non Adhesive, Aquacel Foam nieprzylepny, Biatain, Dermapad, Medisorb P Plus, Perma-Foam, PolyMem, Suprasorb P nieprzylepny, Tegaderm Foam, Tielle Extra, Versiva® XC

**Opatrunki piankowe samoprzylepne** mogą być pokryte żelem, klejem akrylowym, silikonem.

Przeznaczone na rany i owrzodzenia niezakażone z wysiękiem średnim do dużego lub jako wtórne na wypełniony ubytek – Allevyn Gentle, Allevyn Thin, Cutinova Hydro, HydroTac, Medisorb P przylepny, Mepiform, MepilexEM Lite, Mepilex, Tegaderm Foam Adhesive, UrgoTul Absorb. Sa rekomendowane dla chorych z Epidermolysis bullosa (EB).

**Opatrunki piankowe przylepne z obramowaniem** wskazane na owrzodzenia niezakażone płaskie lub na uprzednio wypełniony ubytek - Askina Foam, Advazorb Border, Allevyn Adhesive, Allevyn Gentle Border, Allevyn Life, Allevyn Plus Adhesive, Aquacel® Foam przylepny,

HydroTac comfort, Mepilex Border EM, Mepilex Border, PermaFoam Comfort, Suprasorb P border, Tielle, VersivaXCborder, UrgoTul Absorb border.

**Opatrunki chłonne** są różnej budowy - mogą być typu „pampers”, pokryte folią poliuretanową, lub zawierać substancje żelujące wysięk w swoich strukturach

- Przylepne z obramowaniem - Biatain Super,
- Samoprzylepne - Hansapor, Tegaderm Absorbent
- Z węglem aktywowanym – Carbonet, Vliwaktiv,
- Nieprzylepne - Curea P1, Cutiplast, Eclipse, Exu-Dry, Melolin, Sorbion Border, Sorbion Sachet S, Sorbion Sanna, Solvaline N, Vliwasorb, Vliwazell, Vliwin, Zetuvit Plus,
- Pokryte silikonem - Eclipse Adherent.

Opatrunki chłonne wydzielinę, tak piankowe jak i chłonne pokryte silikonem lub żelem są wskazane u chorych u których nie możemy zastosować plastrów ze względu na uczulenie lub zły stan skóry.

**Opatrunki hydrokoloidowe** występują w postaci płytki o różnych grubościach. Przeznaczone są na rany i owrzodzenia niezakażone z wydzieliną małą do średniej. Nie wolno ich stosować samodzielnie na rany i owrzodzenia suche, zakażone i z cechami infekcji oraz z wydzieliną dużą i bardzo dużą. Wskazane w profilaktyce przeciwoleżynowej, w fazie naskórkowania i remodelingu tkanek po ich wygojeniu oraz w zapobieganiu powstawania kelogów i bliznowców.

- Wersja podstawowa – Comfeel, Granuflex, Granuflex Signal, Hydrocol, Medisorb H, Suprasorb H standard, Tegaderm Hydrocolloid przylepny,
- Wersja cienka – Granuflex Extra Thin, Hydrocol Thin, Suprasorb H cienki, Tegaderm Hydrocolloid Thin,
- Z alginianem - Comfeel Plus Podstawowy, Comfeel Plus Profilaktyczny PRD, Comfeel Plus Przezroczysty, Ultec Pro,
- Pasta – Granuflex Pasta.

**Opatrunki siatkowe**, nieprzywierające zapobiegają przywieraniu opatrunku do łożyska owrzodzenia lub rany, zapobiegają wchłanianiu żeli do opatrunku wierzchniego, niektóre mogą być stosowane w terapii podciśnieniowej. Mogą być pokryte maścią obojętną lub mieszanką olejów, wykonane z silikonu albo suche z tkaniny acetatowej, tiulu, poliamidu, polietylenu, karboxymetylocelulozy, niektóre zawierają lipidy

- Pokryte maścią obojętną – Adaptic, Atrauman, Curity, Cuticerin, Grassolind, Jelonet, Lometuell H

- Z lipidami – Hydrotul, UrgoTul,
- Z silikonem –NAUltra, Mepitel
- Suche - Sorbion Plus

**Opatrunki z folii poliuretanowej** przeznaczone do podtrzymywania innych opatrunków np. żelu lub opatrunku wypełniającego ubytek w ranach i owrzodzeniach niezakażonych oraz w profilaktyce przeciwoleżynowej

**Opatrunki silikonowe** przeznaczone do zapobiegania powstawaniu blizn i kelogów szczególnie po oparzeniach, po zabiegach operacyjnych, ale też po zamknięciu ran i owrzodzeń o innej etiologii, w celu ochrony na czas remodelingu tkanek oraz jako zamiennik plastrów - Advasil conform, Cica-Care, Codosil adhesive, Duratouch, Silflex, Siltape, Sutricon(również jako żel), Vellafilm

**Opatrunki biologiczne** zawierające larwy muchy *Lucilla sericata*. Przeznaczone na rany i owrzodzenia pokryte martwicą lub biofilmem. Występują luzem lub w saszetkach – Biofenicja, Biollab

**Dekstranomery** – opatrunki w postaci proszku wskazane na owrzodzenia i rany z dużą i bardzo dużą ilością wysięku .Pochłaniają wydzielinę do 30 krotności swojej wagi, stosujemy w metodzie pod gazik, opatrunek wymieniamy co 24 godziny – Acudex, Crupodex, Iodosorb proszek

**Regulujące proteazy** wskazany na rany bez cech infekcji, bez cech gojenia, pokryte martwicą rozpułwną - Cadesorb

**Opatrunki kolagenowe**- dwa opatrunki całkowicie wchłaniane wskazane na rany i owrzodzenia bez cech infekcji i bez cech gojenia – Promogran, Suprasorb C, trzeci częściowo wchłaniany połączony z alginianem-Fibracol plus





# UPADKI

Upadki są jednym z najczęściej występujących problemów m.in. w środowiskach szpitalnych (oddział internistyczny, paliatywny, rehabilitacji), dlatego też coraz częściej kwalifikowane są jako tzw. zdarzenie niepożądane, podlegające udokumentowaniu oraz szczegółowej analizie, a w konsekwencji – wdrożeniu działań korygujących przez jednostkę, jaką jest szpital.

## Na początku trzeba jednak zdefiniować – czym jest upadek?

**Upadek to zdarzenie polegające na nagłej, niezamierzonej zmianie pozycji ciała w wyniku utraty równowagi, podczas chodzenia lub wykonywania innych czynności, skutkiem czego poszkodowany znajduje się na ziemi, podłodze lub innej nisko położonej powierzchni (bez udziału sił zewnętrznych).**

### Epidemiologia ( skala społeczna):

- co najmniej jeden upadek w roku zdarza się u 1/3 osób w wieku 65 lat i starszym mieszkającym we własnych domach. Zjawisko to zwiększa się z wiekiem. O ile we wczesnej starości dotyczy, co czwartej osoby, to po 80 roku życia upadki zdarzają się u co drugiej,
- w opiece instytucjonalnej upadki występują częściej – u 2/3 pensjonariuszy DPS – ów, natomiast w grupie hospitalizowanych problem dotyka 20% chorych,
- w kontekście zdarzeń niepożądanych występujących w szpitalu – upadki są najczęstszym zdarzeniem rejestrowanym,
- upadki stanowią poważny problem geriatryczny, społeczny i ekonomiczny – konsekwencje są bardzo kosztowne.

### PRZYCZYNY UPADKÓW, ( KTO? KIEDY? GDZIE?)

#### Przyczyny wewnętrzne – związane z organizmem (ostre i przewlekłe)

- zaburzenia równowagi i chodu,
- zaburzenia poznawcze,
- zaburzenia chorobowe,
- zażywane leki,

**Przyczyny zewnętrzne – np. nieodpowiednie oświetlenie, brak poręczy, śliskie podłogi, ale też narzucone ograniczenia w łóżku – takie jak barierki – mogą powodować, iż chory usiłuje przedostać się ponad nimi.**

- 17-20% upadków pacjentów w szpitalach i ok. 33% seniorów w środowisku upada z powodu gwałtownego niedociśnienia, wywołującego zawroty głowy podczas zmiany pozycji ciała,
- dowiedziono, iż pacjenci najczęściej upadają podczas prób wstawania, siadania i przesiadania się (37%),
- podczas chodzenia upadki odnotowano w 15% i tylko 2,6% dotyczyło pacjentów leżących w łóżku.

### DO NAJCZĘSTSZYCH PRZYCZYŃ WEWNĘTRZNYCH HOSPITALIZOWANYCH PACJENTÓW NALEŻĄ:

**zaburzenia równowagi i chodu** – fizjologicznie pojawiają się z wiekiem związane są ze zmniejszeniem odruchów prostowania i wydłużenia czasu reakcji, pogorszenia się wzroku, słuchu i równowagi. Do pogłębienia tych stanów prowadzą choroby takie jak: cukrzyca, niedobór witaminy B 12, alkoholizm, spondyloza szyjna lub lędźwiowa, schorzenia stóp, halluksy, zwyrodnienia stawów, zawroty głowy. Istotną przyczyną mogą być także założone opatrunki gipsowe,

**zaburzenia poznawcze** - wiążą się ze zwiększoną skłonnością do upadków. Splątanie, zaburzenia świadomości, demencja, nadmiernie pobudzeni chorzy są bardziej narażeni na upadek. W grupie tej znajdują się również chorzy z depresją, po przebytych udarach mózgu, zespołami otępiennymi, lękowymi, psychozami i majaczeniami,

#### zaburzenia chorobowe ( inne ) :

- zaburzenia neurologiczne – udar z niedowładem połowicznym, parkinsonizm, padaczka, płasawica, TIA, choroby mózdzku, zespół tętnicy podstawnej i tętnic kręgowych,
- zaburzenia sercowo- naczyniowe – zawał, niedociśnienie ortostatyczne, zaburzenia rytmu serca (szybkie rytmy lub bradykardia),
- zaburzenia żołądkowo- jelitowe – krwawienia z przewodu pokarmowego, biegunka, omdlenie podefekacyjne lub poposiłkowe,
- zespoły metaboliczne – niedoczynność tarczycy, hipoglikemia, niedokrwistość, hipokaliemia, odwodnienie, hiponatremia, hiperkalcemia, niedobory pokarmowe,
- nykturia, nietrzymanie moczu,
- zaburzenia widzenia (zaćma, jaskra, niedowidzenie),
- zaburzenia błędniaka,

## przyjmowane leki

- pochodne benzodiazepiny,
- pochodne fenotiazyny,
- trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne,
- niektóre leki hipotensyjne i antyarytmiczne,
- środki moczopędne,
- środki odurzające (opioidy),
- polifarmakoterapia (stosowanie czterech i więcej leków).

Dowodzono, iż stosowanie w/w leków zwiększa ryzyko i częstość upadków oraz trwałych następstw poupadkowych u osób starszych, zarówno samodzielnych w domu, jak i hospitalizowanych czy podopiecznych domów opieki.

## PRZYCZYNY ZEWNĘTRZNE UPADKÓW:

- brak dostosowania środowiska, w którym przebywa chory (udogodnienia - np. poręcz w łazience, śliskie płytki, uszkodzona wykładzina, mokra nawierzchnia, niewłaściwe oświetlenie, bądź jego brak),
- niedostosowanie sprzętu w szpitalu do stanu pacjenta – np. zbyt wysokie łóżko, pochopne i nieprzemysłane zabezpieczenie go barierkami - niektórzy chorzy próbują je sforsować i wypadają nad nimi z łóżka,
- nieodpowiedni sprzęt bądź jego brak - niestabilne krzesła, balkoniki, wózki, kule, zbyt niski sedes (lub nieumiejętne z nich korzystanie),
- w placówkach opiekuńczych lub szpitalach najczęściej zdarzają się upadki przy łóżku, w łazienkach oraz na schodach,
- w momencie zmiany pozycji z siedzącej na stojącą, w czasie chodzenia, podczas nocnego wstawania do ubikacji,
- największa liczba upadków występuje między godz. 22 a 10 rano i związane jest to z koniecznością oddawania moczu i pośpiesznym podążaniem do toalety.



## NASTĘPSTWA UPADKÓW:

- Upadki są główną przyczyną urazów prowadzących do zgonu wśród osób starszych.
- W wyniku 10-15% upadków dochodzi do złamań – ¼ to złamania nasady bliższej kości udowej, w dalszej kolejności – do obrażeń tkanek miękkich. Inne – to: krwiaki podtwardówkowe, oparzenia, otarcia, stłuczenia. Co piąta osoba, która doznała złamania nasady bliższej kości udowej – umiera w ciągu 6 miesięcy od złamania, a połowa spośród tych, którzy przeżyli, nie jest zdolna do samodzielnego poruszania się, co generuje powikłania unieruchomienia – zapalenia płuc, infekcje dróg moczowych, powikłania zakrzepowo-zatorowe, odleżyny, zaniki mięśni i przykurcze, a także objawy depresyjne.
- Złym rokowniczo wskaźnikiem jest niemożność samodzielnego podniesienia się po upadku mimo braku obrażeń, co dotyczy ok. 47% osób. Leżenie po upadku na podłodze dłużej niż godzinę zwiększa prawdopodobieństwo zgonu lub uzależnienia od osób drugich. Osoby starsze hospitalizowane z powodu upadku – tylko 50% przeżywa okres 1 roku.
- Powstały po upadku stres psychiczny, polegający na lęku przed ponownym upadkiem określa się jako zespół poupadkowy. Dotyczy on ¼ osób, którym zdarzył się upadek. Zespół ten prowadzi do ograniczenia aktywności fizycznej, osłabienia, upośledzenia funkcjonalnego, co w konsekwencji zwiększa predyspozycję do kolejnych upadków. Około 40% przyjęć do Domów Opieki jest następstwem skutków upadków.
- Dzieci i młodzi dorośli upadają niemal często jak ludzie starzy, dużo rzadziej jednak doznają poważnych urazów, czy umierają w wyniku upadku.
- Badania szwedzkie pokazują, iż złamania po upadku są czterokrotnie częstsze u kobiet niż u mężczyzn.

## ZAPOBIEGANIE UPADKOM:

Gdy upadek już się wydarzył, bardzo ważnym jest dokładne zebranie wywiadu, a konkretnie:

- czy nastąpiła utrata świadomości,
- objawy zwiastunowe, czynności poprzedzające upadek,
- miejsce upadku, świadkowie, który to upadek,
- przebyte i obecne choroby,
- przyjmowane leki, spożyte niedawno pokarmy i płyny
- Nie zawsze przeprowadzenie wywiadu jest możliwe, natomiast ważne jest badanie przedmiotowe chorego, zaopatrzenie świeżych urazów, pogłębiona dalsza diagnostyka, a w późniejszym okresie – ocena ryzyka kolejnych upadków (test oceny chodu i równowagi).

## DZIAŁANIA DŁUGOFALOWE:

Ustalenie przyczyny, wdrożenie leczenia przyczynowego:

- Terapia schorzeń
- Korekta farmakoterapii(dawki, leki krótko i długo-działające)
- Oproteżowanie narządu wzroku, słuchu, deficytów w układzie ruchowym
- Zabiegi fizykoterapeutyczne zwiększające aktywność, poprawiające siłę mięśni i doskonalące zmysł równowagi
- Pomoc psychologiczna w przypadku zaburzeń, istnienia zespołu poupadkowego
- Zastosowanie sprzętu pomocniczego (laska, balkonik, ochraniacze na biodra)
- Wyeliminowanie czynników ryzyka w środowisku domowym, bądź instytucjonalnym pacjenta
- Kontrola parametrów w pozycji leżącej i stojącej (np.RR) i ich analiza
- Dalsza diagnostyka – wykluczenie anemii, zaburzeń metabolicznych i elektrolitowych, EKG, holter EKG i RR, próba ortostatyczna, test pionizacyjny, Rtg kręgosłupa szyjnego, echo serca etc.

## Ocena chodu i równowagi:

- Test Tinetti, Skala Berg, test „wstań i idź”,
- edukacja – rehabilitacja, unikanie gwałtownej zmiany pozycji, gwałtownych skrętów głową, schylania, unikanie obfitych posiłków,
- ustalenie przyczyny upadków pozwala na wdrożenie ukierunkowanych działań interwencyjnych, ale w wielu przypadkach niemożliwe jest jej określenie, bądź nie istnieje. Interwencja powinna być skierowana na wszystkie zdefiniowane czynniki ryzyka i przyczyny upadków.

## REEDUKACJA:

- Pouczenie pacjentów, co mogą i powinni zrobić, gdy dojdzie do upadku i nie będą mogli wstać (np. obrócić się na bok, podczołgać do stabilnej podpory i podciągnąć do pozycji pionowej).
- Bliska obecność telefonu lub dzwonka.
- Przypominanie choremu, aby nie usiłował nadmiernie wychylać się z łóżka, np. sięgając po coś, tylko poprosił o pomoc drugą osobę.
- Zwracanie uwagi, aby chory nie usiłował przytrzymywać się niestabilnych przedmiotów (np. stojaka na kroplówki).
- Poinformowanie pacjenta, aby nie zamykał się w łazience, WC.

## A WIĘC CO MOŻE ZROBIĆ PIELĘGNIARKA?

*(Prewencja pierwotna i wtórna)*

Personel medyczny może ocenić i zminimalizować ryzyko upadku pacjenta poprzez:

- Dokładne przeanalizowanie wszystkich dotychczasowych upadków.
- Dokładne przeanalizowanie przyjmowanych przez chorego leków.
- Organizacja otoczenia (niskie łóżka, stabilne krzesła, poręcze, uchwyty, maty antypoślizgowe, prysznic zamiast wanny, bariery przyłóżkowe – za i przeciw).
- W przypadku pacjentów pobudzonych psychoruchowo – przymus bezpośredni z zachowaniem odpowiednich procedur.
- Odpowiednio szybka reakcja na wezwanie chorego.
- Wnikliwa obserwacja i nadzór nad chorymi z grupy podwyższonego ryzyka upadku.
- Środki pomocnicze do higieny osobistej, zaspokajania potrzeby wydalania – w odpowiednio bliskiej dostępności przyłóżkowej.
- Zapewnienie bezpieczeństwa chorego podczas siedzenia, poruszania się, korzystania z WC (asystowanie).
- Nauczenie chorego, jak może bezpiecznie wykonywać te czynności samodzielnie.
- Zwrócenie uwagi na rodzaj obuwia i odzieży pacjenta (nieodpowiednie kapcie, zbyt długie nogawki, źle ubrane czy opadające spodnie, śliskie skarpetki etc).
- Większa świadomość zagrożeń, odpowiedzialności cywilnej i roszczeń ze strony pacjentów i ich rodzin.

## MONITOROWANIE ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH:

- Rejestr zdarzeń niepożądanych- zapisy łączą się z analizą, szukaniem przyczyny, jednak bez obwiniania kogokolwiek.
- Podejmowane są działania korygujące lub naprawcze.
- System rejestracji nie służy identyfikacji i stygmatyzacji osób uczestniczących.
- Analiza zdarzeń.
- Dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów.
- Ustalenie okoliczności i potencjalnych przyczyn, aby uniknąć w przyszłości.
- Wyciąganie wniosków, uczenie się na podstawie błędów.
- Systematyczność.
- Ustalenie celów poprawy jakości.

*Alicja Świątek*



## PLAN KURSÓW ZAPLANOWANYCH DO REALIZACJI PRZEZ OIPIW W GORZOWIE WLKP. w 2017 r.

L.p.	Nazwa kursu	Rodzaj szkolenia	Kurs przeznaczony dla	Planowany termin rozpoczęcia kursu
1.	Pielęgniarstwo psychiatryczne	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarek	rozpoczęcie 22 wrzesień 2017 r.
2.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarek	planowany termin rozpoczęcia 20 październik 2017 r.
3.	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa	kurs specjalistyczny	pielęgniarek / położnych	Słubice rozpoczęcie 1 wrzesień 2017 r.
4.	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa	kurs specjalistyczny	pielęgniarek / położnych	Gorzów Wlkp. rozpoczęcie 29 wrzesień 2017 r.
5.	Wywiad i badania fizykalne	kurs specjalistyczny	pielęgniarek / położnych	w okresie od września do grudnia 2017 r.
6.	Ordynowanie leków i wypisywanie recept, część I	kurs specjalistyczny	pielęgniarek / położnych	w okresie od września do grudnia 2017 r.
7.	Ordynowanie leków i wypisywanie recept, część II	kurs specjalistyczny	pielęgniarek / położnych	w okresie od września do grudnia 2017 r.
8.	Szczepienia ochronne	kurs specjalistyczny	pielęgniarek	rozpoczęcie 4 listopada 2017 r.
9.	Leczenie ran	kurs specjalistyczny	pielęgniarek	rozpoczęcie 1 wrzesień 2017 r.

**Informujemy, że z dniem 1 maja 2017 roku zmiana ulega min. system składania wniosków zgłoszeniowych na wszystkie rodzaje kursów i specjalizacji, a tym samym dotychczasowe wnioski TRACĄ SWOJĄ WAŻNOŚĆ !!!!**

**Osoby rozpoczynające kursy od 1 września 2017 roku składają wnioski tylko i wyłącznie za pomocą Systemu Monitorowania Kształcenia (SMK)**

**Link [www.nipip.pl](http://www.nipip.pl)**

**Do korzystania z SMK niezbędne będą:**

- dostęp do Internetu,
- adres e-mail,
- zainstalowana wersja oprogramowania Java 7 z najnowszą aktualizacją,
- przeglądarka internetowa Mozilla Firefox, Internet Explorer (najnowsze wersje).

### **1. Założenie konta w SMK.**

W celu dokonywania czynności w SMK konieczne będzie **założenie konta w tym systemie.**

Należy wejść na stronę <https://smk.ezdrowie.gov.pl/>

### **2. Potwierdzenie tożsamości.**

Po założeniu konta konieczne będzie **potwierdzenie swojej tożsamości**, będzie to możliwe na kilka sposobów:

- za pomocą kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub za pomocą darmowego profilu zaufanego ePUAP (szczegółowe informacje na temat profilu zaufanego można zobaczyć tutaj: <http://epuap.gov.pl/wps/portal>),
- za pośrednictwem właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych lub Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

### **3. Weryfikacja uprawnień.**

Kolejną czynnością będzie **złożenie wniosku o weryfikację uprawnień** do właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych za pomocą systemu SMK. Ważne jest, aby dane podawane we wniosku zgadzały się z tymi, które posiada okręgowa izba pielęgniarek i położnych.

**Pytania dotyczące funkcjonowania i obsługi bazy SMK należy kierować do CSIOZ, infolinia 22 597 09 21, e-mail: [smk-serwis@csioz.gov.pl](mailto:smk-serwis@csioz.gov.pl)**

# OGRÓD – MOJE HOBBY

Mój ogród zaczął powstawać w 2000 roku na około 13 arowej działce. Przez ten czas wielokrotnie przechodził metamorfozę. Na początku podzielony był na trzy strefy; ozdobną z oczkiem wodnym, grillem i altaną, warzywną z małą szklarnią oraz małym sadem z jagodnikiem. Trzy lata temu znów się zmienił. Dotychczasowe szklarnie, oczko wodne, warzywnik oraz sad z jagodnikiem zastąpione zostało krzewami kwitnącymi i kwiatami. Działka otoczona jest żywopłotami iglastymi lub liściastymi co pozwala nam na odrobinę prywatności, relaksu, wypoczynku i spokoju.

Przed ogródek- od wczesnej wiosny w towarzystwie cisów kwitną przebiśniegi, przyłuszczki, krokusy, tulipany, żonkile i inne wiosenne kwiaty tworzące przepiękny dywan i wywołujące pierwszy uśmiech po nadchodzącej zimie. Po ich przekwitnięciu zaczynają roztaczać swój urok moje ulubione hortensje ogrodowe i bukietowe odmiany m.in. Pinky Winky, Annabell), hosty, róże pienne i pnące a w donicach pelargonie.

Ogród za domem to królestwo azalii, pierisów, kalmii, różaneczników oraz różnych iglaków.

W części wypoczynkowej nadal stoi altana z grillem. Dawne oczko wodne zamieniliśmy na kwietnik. Cała wypoczynkowa część podzielona jest na kilka stref np. " różanka" (mam około 60 krzaków róż plus róże pienne niskie i wysokie, pnące rozparte na pergolach, róże odkrywkowe) i znów hortensje, różaneczniki, peonie i piwonie, krzewy kwitnące bzy, kaliny, krzewuszki, wiciokrzewy i inne krzewy ozdobne z liści i kwiatów.

Mój ogród cały rok kwitnie i pięknie wygląda. Najpierw wiosenne cebulowe tulipany, hiacynty, żonkile, narcyzy, ciemierniki po nich lilie, liliowce,



kwiaty jednoroczne. Jesienią wrzosy, jeżówki, rozchodniki, kanny, zimowity i inne. Zimą drzewa iglaste tworzą swoistą otulinę. Sosny, świerki i inne iglaki, których srebrnawy kolor pięknie wygląda na tle soczystej zieleni drzew rosnących w tyle. Wiosna i lato to cała gama kolorów i zapachów. Jesień - kolorowe drzewa mienią się w słońcu różnymi odcieniami żółci, czerwieni, brązu i pomarańczy.

Uprawiam też na bardzo małej rabatce koperek, szczypiorek, natkę pietruszki jagodę kamczacką i borówkę amerykańską po2 krzaczki. W donicach i doniczkach zioła, pomidorki koktajlowe, truskawki i poziomki.

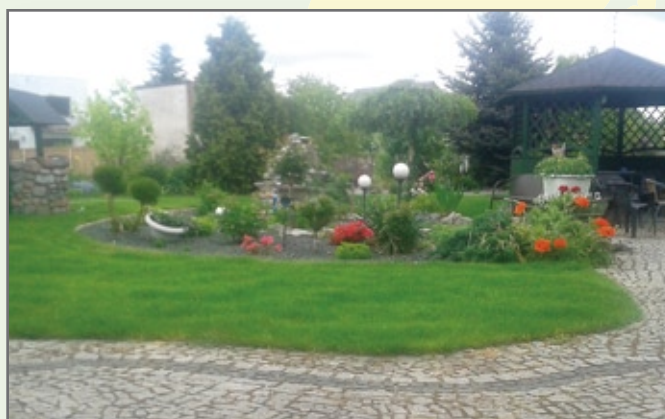
Mój ogród jest dla mnie i mojego męża miejscem spotkań rodzinnych z biesiadowaniem przy grillu oraz patrzenia jak szybko rosną wnuki. Mimo ciężkiej pracy jaką trzeba włożyć w ogród, odwzajemnia on się pięknem i urokiem, który cieszy każdego dnia.







Cienisty azaliowy zakątek ogrodu



Część wypoczynkowa ogrodu z grillem i altaną



Część wypoczynkowa ogrodu z grillem i altaną



Leśna rabata w ogrodzie



Zioła gotowe na grilla



Hibiskus błotny w miejscu dawnego oczka wodnego



Stary rowerek wnuczka znalazł swoje miejsce w ogrodzie



Ukochane hortensje ogrodowe i hosty





Czterdzieści lat minęło jak jeden dzień  
 Choć trudno w to uwierzyć i nie jest to sen  
 Przyszedł czas na zmiany - czas emerytury  
 Opuścić zasłużenie te szpitalne mury  
 Spędziłaś w oddziale kawałek życia swego  
 Były chwile trudne, czasami coś dobrego  
 Zdarzały się dyżury trudne, wyczerpujące  
 Podejmowałaś decyzje odpowiedzialne i znaczące  
 Wiemy, że trudno zauważyć upływ czasu tego  
 No ale w takim towarzystwie to nic dziwnego  
 Masz niesamowite szczęście i żadna to nowina  
 Że każda z twych koleżanek to super dziewczyna  
 I nie chodzi tu tylko o Twoje lekarki  
 Ale o super salowe i pielęgniarki  
 A wszystkie razem i każda z osobna  
 Cudowne wspaniałe - wręcz rzecz niepodobna  
 A jednak prawdziwa i dodam kochana  
 Że ty jesteś przez nas też szanowana  
 Zaczynasz nowy etap i my Twoje dziewczyny  
 Życzymy szczęścia całej tuziny  
 Niech ci się wiedzie zawsze i wszędzie  
 Zwłaszcza na emeryturce dobrze niech ci będzie  
 I Bądź jak Twój ulubiony napój - czerwone wino  
 Im starsza, tym doskonalsza - kochana dziewczyno



Z okazji przejścia na emeryturę,  
 wszystkiego co najlepsze naszej kochanej  
 i wspaniałej Oddziałowej

**Urszuli Żyźniewskiej**

życzy Personel  
 Oddziału Dziecięcego  
 w Sulęcinie



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

*Jan Paweł II*

Serdeczne podziękowania za współpracę,  
życząc samych radosnych chwil  
na emeryturze  
pielęgniarki

**Ewie Skowrońskiej**

oraz położnym:

**Elżbiecie Harasiuk**

**i Irenie Kinalskiej**

składa  
w imieniu Zarządu  
Nowego Szpitala w Kostrzynie nad Odrą  
i koleżanek  
Małgorzata Stankiewicz  
Naczelną Pielęgniarką

*„Ludzie są jak kwiaty:  
stworzenie do tego, aby się rozwijać.”*

*Andre Liege*

Serdeczne gratulacje

Pielęgniarki

**Arlecie Jolancie Hrobot**

z okazji pomyślnego zdania egzaminu  
państwowego

z pielęgniarstwa geriatrycznego  
i ukończenia kursu specjalistycznego:  
Endoskopia dla pielęgniarek.

*Samych sukcesów i spełnienia w pracy  
zawodowej*

*oraz życiu osobistym*

*składa Naczelną Pielęgniarką*

*Małgorzata Stankiewicz*

Pielęgniarkom:

**Dorocie Wowczko,**

**Izabeli Błażejczyk,**

**Katarzynie Jankowskiej,**

**Izabeli Fałat,**

**Magdalenie Kaźmierczak**

z okazji pomyślnego zdania  
egzaminu państwowego w dziedzinie

**Pielęgniarstwa Anestezjologicznego  
i Intensywnej Opieki**

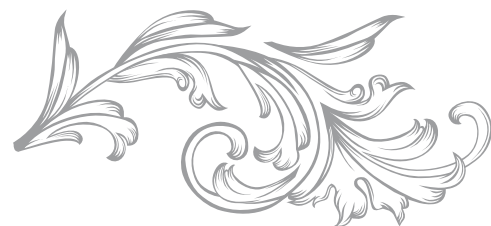
Serdeczne życzenia spełnienia marzeń,  
satisfakcji w życiu osobistym i zawodowym

*W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek  
i Położnych*

*składa*

*Marta Powchowicz*

*Przewodnicząca ORPiP*



*„Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,  
a wspomnień nikt nam nie odbierze,  
zawsze będą z nami”.*

**Wyrazy głębokiego współczucia  
oraz słowa wsparcia i otuchy  
koleżance Iwonie Faberskiej  
z powodu śmierci**

**Mamy**

**składa Personel Oddziału  
Nefrologii i Dializ  
WSzW w Gorzowie Wlkp.**





# KALENDARIUM

- 04.04.2017 r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 6-7.04.2017 r. – Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w konferencji „Wychodzę ze szpitala i co dalej? Damy Radę!”, która odbyła się w Hotelu Mercure Helios w Toruniu.
- 12.04.2017 r. – Egzamin kursu specjalistycznego „Endoskopia” dla pielęgniarek.
- 12.04.2017 r. – Spotkanie Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz z Prezes NIEPUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITALA IM. PROFESORA ZBIGNIEWA RELIGI W SŁUBICACH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Małgorzatą Krasowską – Marczyk.
- 19.04.2017 r. – Udział Przewodniczącej ORPiP Marty Powchowicz w debacie „Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w województwie lubuskim – stan obecny i perspektywy”, która odbyła się w Bibliotece Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- 20.04.2017 r. – Konferencja naukowo – szkoleniowa „Postępowanie z raną przewlekłą”, która odbyła się w Wojewódzkiej i Miejskiej Bibliotece Publicznej im. Zbigniewa Herberta w Gorzowie Wlkp.
- 21.04.2017 r. – Rozpoczęcie kursu specjalistycznego „Wywiad i badanie fizykalne” dla pielęgniarek i położnych.
- 26.04.2017 r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 27.04.2017 r. – Udział Przewodniczącej ORPiP w konferencji popularno – naukowej na temat „Przeszczepień rodzinnych i profilaktyki chorób nerek”, która odbyła się w Wojewódzkiej i Miejskiej Bibliotece Publicznej im. Zbigniewa Herberta w Gorzowie Wlkp.
- 08-12.05.2017 r. – Akcja pt. „Pielęgniarki szkolne przedszkolakom”.
- 08.05.2017 r. – Akcja pt. „Słodki Tramwaj”.
- 09.05.2017 r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 10.05.2017 r. – Udział pracowników Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Marii Teresy Ziółkowskiej oraz Małgorzaty Paradowskiej w szkoleniu „System Monitorowania Kształcenia” w Warszawie.
- 12.05.2017 r. – Uroczyste obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej w Teatrze im. Juliusza Osterwy w Gorzowie Wlkp.
- 18.05.2017 r. – Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.
- 18.05.2017 r. – Posiedzenie Kadry Kierowniczej, Pełnomocnych Przedstawicieli oraz Pielęgniarskiej Kadry Kierowniczej Domów Pomocy Społecznej.
- 29.05.2017 r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 01.06.2017 r. – Egzamin kursu specjalistycznego „Wywiad i badanie fizykalne” dla pielęgniarek i położnych.
- 05.06.2017 r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 07.06.2017 r. – Kurs dokształcający – „Postępowanie w ostrych stanach zagrożenia życia” w Słubicach.
- 09.06.2017 r. – Udział Wiceprzewodniczącej ORPiP Doroty Góreckiej w spotkaniu dotyczącym Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia świadczeń Opieki Zdrowotnej, które odbyło się w Lubuskim Urzędzie Wojewódzkim.
- 13.06.2017 r. – Kurs dokształcający „Żywienie dojelitowe i pozajelitowe” dla pielęgniarek i położnych – edycja I.
- 13.06.2017 r. – Udział pracowników Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Jolanty Czabary, Agnieszki Dudko, Moniki Oziewicz w szkoleniu organizowanym przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych.
- 19.06.2017 r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
- 21.06.2017 r. – Kurs dokształcający – „Długotrwałe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych” dla pielęgniarek i położnych.
- 26.06.2017 r. – Kurs dokształcający „Żywienie dojelitowe i pozajelitowe” dla pielęgniarek i położnych – edycja II.