

BIULETYN INFORMACYJNY OIPiP 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.: (0-95) 729 67 84, fax (0-95)729 67 83

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

REDAKCJA: mgr Aldona Stańko

OPRACOWANIE TECHNICZNE: inż. Bartosz Kaczmarek

ZDJĘCIA: Marlena Byczek

ISSN 1429-9275

INFORMACJE BIURA OIPiP w Gorzowie Wlkp.

BIURO:

ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp.,
tel.: (0-95) 729 67 84, fax (0-95)729 67 83

izba czynna **poniedziałek, wtorek, środa, piątek od godziny 7.00— 15.00**
czwartek 7.00 – 17.00

PRZEWODNICZĄCA OIPiP

mgr Aldona Stańko

przyjmuje interesantów

po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu terminu spotkania.

WICEPRZEWODNICZĄCE OIPiP

Maria Teresa Ziółkowska,

Halina Kąkolewska,

RADCA PRAWNY

Halina Łagocka przyjmuje interesantów w każdy piątek w godz.: 11.30-14.30

Dyżur Skarbnika

Elżbieta Majdańska

w każdy czwartek od godziny 15.00-17.00

kontakt e-mail ela722@wp.pl

**OKRĘGOWY RZECZNIK
ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ**

Herodowicz Anna

(95) 7202 303

**PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

mgr Teresa Stankiewicz

**ZASTĘPCY OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ**

Majchrzak Beata (95) 7259 338

Korczyńska Jolanta (95) 7331 604

Chraplak Małgorzata (95) 7331 300

Kosecka Danuta (95) 7331 631

Bożena Kwiatek (95) 7364 555

dyżury Rzecznika w każdy pierwszy i trzeci czwartek miesiąca

**PREZES KPiPR W POLSCE
ODDZIAŁU TERENOWEGO W GORZOWIE WLKP.**

mgr Barbara Burzyńska

W BIULETYNIE:

Str.3

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej

Str.7

Notatka z konferencji w Lubuskim Urzędzie Wojewódzkim

Str.10

Materiały pokonferencyjne

Str. 12

Materiały edukacyjne – dla pacjentów

Str. 16

Opinie Konsultantów

Str. 21

Projekt planu szkoleń i konferencji OIPiP w Gorzowie Wlkp. W 2013 roku

Str. 23

Kalendarium

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej

8 i 12 maja to szczególny dzień w kalendarzu każdej pielęgniarki i położnej. Obie daty wybrane zostały nieprzypadkowo. Polskie położne wskazały 8 maja na dzień swojego święta na cześć urodzonej, tego właśnie dnia Stanisławy Leszczyńskiej, niezwyklej osoby, szczerze oddanej swojemu zawodowi położnej, która została uwięziona w obozie koncentracyjnym Auschwitz Birkenau i tam, sprzeciwiając się wyraźnym rozkazom władz obozowych, narażając własne życie, przyjęła ok. 3000 porodów.

12 maja to także dzień urodzin. Tę datę zna chyba każda pielęgniarka, bo tego dnia w 1860 roku we Florencji przyszła na świat najśłynniejsza przedstawicielka naszego zawodu, twórczyni nowoczesnego pielęgniarstwa, założycielka pierwszej szkoły pielęgniarstwa, „Dama z Lampą,” czyli - Florence Nihtingale.

Zawód pielęgniarki i położnej kojarzy się z pomocą niesioną przez osoby obdarzone szczególnym poczuciem odpowiedzialności i empatii.

Współczesne pielęgniarstwo opiera się na solidnych podstawach teoretycznych, etycznych i moralnych, jest zawodem zaufania publicznego, posiada uregulowania ustawowe, jest samodzielne i profesjonalne, ale równocześnie boryka się z wieloma problemami, które utrudniają stworzenie profesjonalnego wizerunku w porównaniu z innymi przedstawicielami zawodów medycznych.

Wysoki poziom kompetencji, coraz lepsze wykształcenie są z jednej strony powodem do dumy, z drugiej frustracji, bowiem w ślad za nimi nie idzie poziom wynagrodzenia.

W jednym z artykułów opublikowanych w „Magazynie Pielęgniarki i Położnej” Pani Grażyna Rogala Pawelczyk, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pisała:

„ Rozejrzyjmy się wokół, zobaczymy pielęgniarki i położne, które robią więcej niż inni. Burzmy stereotypy ukazujące nas jako osoby zapracowane, zmęczone, skupiające się na przyziemnych problemach, borykające się z niedostatkami finansowymi. Pokażmy, że jesteśmy żywą tkanką społeczną, grupą pasjonatów posiadających wysokie kwalifikacje zawodowe, poczucie odpowiedzialności za innych i siebie, ale także własny świat pasji marzeń i działań. Bądźmy dumni z siebie i naszych koleżanek i kolegów

wykonujących najpiękniejsze i najtrudniejsze zawody.”

Postanowiliśmy, że pochwalimy się osiągnięciami zawodowymi naszych koleżanek i kolegów, i ogłosiliśmy konkurs, który miał na celu wyłonienie osób najlepiej przygotowanych do wykonywania zawodów.

Konkurs „Nowoczesna i profesjonalna pielęgniarka, położna”, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych ogłosiła na początku bieżącego roku. Już wcześniej wspólnie z Gazetą Lubuską zorganizowaliśmy plebiscyt, w którym pacjenci wybierali najlepszą pielęgniarkę i położną. Tym razem każdy miał szansę zostać laureatem, gdyż do konkursu mógł osobiście zgłosić swoją kandydaturę, również pracodawca, naczelnia pielęgniarka, przełożeni lub współpracownik. Na konferencję wpłynęło 47 zgłoszeń. Wszystkim, którzy wyrazili zgodę na udział w konkursie w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. - serdecznie dziękujemy.



Nagrody w konkursie ufundowała Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. oraz sponsorzy: firma Ecolab, która ufundowała kosmetyki i Akademia Nauki z Gorzowa Wlkp.

Pani Barbara Matusik reprezentująca Akademię Nauki wręczyła dwie nagrody dla osób, które uzyskały największą ilość punktów w konkursie, otrzymały je Panie: Monika Rubaszewska i Lidia Karolczuk.

Sponsorom serdecznie dziękujemy, a laureatom serdecznie gratulujemy.

Wszystkim Koleżankom i Kolegom w związku z nadchodzącymi wakacjami, życzę aby najbliższe miesiące przyniosły wypoczynek i wytchnienie w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Aldona Stańko.

LAUREACI KONKURSU

Miejsce I		
1.	Rubaszewska Monika	430
2.	Karolczuk Lidia	420
3.	Weryszko Elżbieta	395
4.	Herodowicz Anna	375
5.	Świstun Urszula	355
6.	Kurłowicz Katarzyna	345
7.	Burzyńska – Kempa Agnieszka	330
8.	Węglarska-Darmograj Jolanta	315
9.	Łabowska- Tomczuk Ewa	310
10.	Sołtysik Lucyna	310
11.	Nowak – Wojciechowska Maria	305
12.	Kindzier Agnieszka	290
13.	Sznurowska Aneta	290
14.	Brzeziecka Anna	290
15.	Tymek Dorota	290
16.	Szczerbo Iwona	285
17.	Korn Anna	285
18.	Majdańska Elżbieta	280
19.	Warzych Renata	270
20.	Świątek Alicja	270
21.	Bryłka Barbara	265
22.	Jankowska Katarzyna	265
23.	Siedlarz Barbara	265
24.	Sabik Elżbieta	265
25.	Kostkiewicz Anna	255
26.	Bogucka Renata	255
27.	Kurecka -Wojciechowska Aneta	250
28.	Czubiniak Bogusława	250
Miejsce II		
1.	Radzik Wioletta	245
2.	Filipowicz Gabriela	245
3.	Obst Zofia	245
4.	Ignyś Barbara	240
5.	Jawin Monika	230
6.	Kwiatek Bożena	225
7.	Derkacz Ewa	215
8.	Król – Nowicka Sylwia	215
Miejsce III		
1.	Jakuszevska Beata	210
2.	Macierzewska – Wojnarowska Krystyna	200
3.	Białecka – Ciślak Marlena	195
4.	Widziewicz Wioletta	190
5.	Nowacka Agata	190
6.	Włoś Anna	185
Wyróżnienia		
1.	Maślińska Wioletta	170
2.	Powaga Anna	170
3.	Głowacz Renata	165
4.	Rajtar Grażyna	150
5.	Ganczarska Jolanta	125

Ścieżka rozwoju zawodowego naszych laureatów

Lidia Karolczuk



Po ukończeniu Szkoły Podstawowej rozpoczęłam 5-letnią naukę w Liceum Medycznym w Drezdenku, którą ukończyłam w 1997 roku. Pierwszą moją pracę rozpoczęłam w ZOZ w Drezdenku w Oddziale Intensywnej Terapii. Za przykładem starszych koleżanek w 1998r rozpoczęłam zaoczne wyższe studia magisterskie na Wydziale Pielęgniarstwa na Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, które ukończyłam w 2003r.

Rok 1999, był rokiem reformy w ochronie zdrowia wprowadzono finansowanie szpitali przez płatnika tzw. Kasy Chorych. Szpitale borykały się z trudnościami finansowymi i jako młoda pielęgniarka wielokrotnie byłam zwalniana z pracy. Lata 1999 do 2005 pracowałam na stanowisku pielęgniarki w: Oddziale Neurologii, w Centralnej Sterylizacji, w Zakładzie Pracy Chronionej, w Poradni Lekarza Rodzinnego, w oddziale Reumatologii, w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Reumatologii z Pododdziałem Leczenia Udarów Mózgu.

Pierwszy kurs, który ukończyłam w 2000 roku to kurs kwalifikacyjny Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących. Ukończenie go było warunkiem zatrudnienia mnie w Zakładzie Pracy Chronionej. Następnie jako pielęgniarka praktyki w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, by

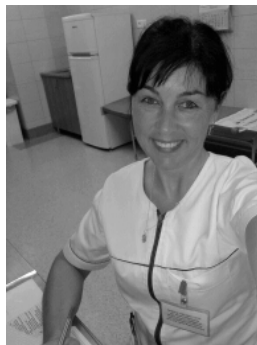
móc podawać szczepionki dzieciom oraz dorosłym musiałam ukończyć kurs specjalistyczny „Szczepienia ochronne”.

Pracując w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Reumatologii z pododdziałem Leczenia Udarów Mózgu postanowiłam poszerzyć swoją wiedzę i ukończyłam kurs specjalistyczny „Resuscytacja Krążeniowo- Oddechową” ,a następnie kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo zachowawcze”. W chwili obecnej pracuję w Szpitalu Powiatowym w Drezdenku na stanowisku kierownik w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym. W 2005 roku ukończyłam kurs specjalistyczny ” Wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego”, które ukończyłam wraz z moimi koleżankami w Drezdenku.

By móc sprostać dalszym wymaganiom na stanowisku kierownika w 2006 roku uzyskałam tytuł Pielęgniarki Specjalistki w dziedzinie „Organizacji i Zarządzania.” Praca w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym uświadomiła mi, że nie posiadam wiedzy na temat opieki długoterminowej i dlatego ukończyłam specjalizację „Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej”.

Zdobyta wiedzę wykorzystuję w codziennej pracy zawodowej - mówi Pani Lidia Karolczuk. Kwalifikacje i wiedza, którą posiadam dają pewność siebie w pracy, w opiece nad pacjentem wiedząc, że zapewniam pacjentowi i sobie bezpieczeństwo. Kursy poszerzają nasze horyzonty, możliwość wymiany doświadczeń oraz dzięki nim zdobywamy szerokie grono koleżanek.

Monika Rubaszewska



Moja praca jest moją pasją

Jest konsekwentna w dążeniu do celu, kreatywna i odpowiedzialna, kocha pomagać i pracować z ludźmi, ale uważa też, iż asertywność jest potrzebna w tak odpowiedzialnym zawodzie, jakim jest pielęgniarstwo. Monika Rubaszewska nie wyobraża sobie wyboru innego zawodu. *Kiedy wchodzę do szpitala, czuję, że jestem na swoim miejscu - mówi pani Rubaszewska - nic nie dostarcza mi większej satysfakcji niż widok chorego, który*

przebywał na oddziale jako pacjent leżący, a dzięki kompetentnej i życzliwej opiece pielęgniarskiej wychodzi do domu o własnych siłach. Od 26 lat pracuję w szpitalu, teraz na oddziale okulistycznym, i nigdy nie myślałam o zmianie zawodu, a takie określenie jak „wypalenie zawodowe” jest mi obce – dodaje. Wprost przeciwnie, każdy dzień jest nowym wyzwaniem, a pomocą w pracy jest stałe samokształcenie.

Kompetencje, szerokie wykształcenie to określenia, które ją doskonale charakteryzują. Ukończyła najpierw Medyczne Studium Zawodowe w Gorzowie Wlkp., otrzymując dyplom pielęgniarki, potem studia wyższe na Akademii Medycznej w Poznaniu na kierunku Zdrowie Publiczne o specjalności zarządzanie w ochronie zdrowia, aktualnie studiuje na

Uniwersytecie Zielonogórskim pielęgniarstwo – studia pomostowe. Dwukrotnie ukończyła studia podyplomowe na UAM w Poznaniu i WSB w Gorzowie Wlkp. Uzyskała specjalizację z zakresu „Organizacji i zarządzania” dla pielęgniarek, w dziedzinie „Pielęgniarstwa długoterminowego „oraz z „Organizacji pomocy społecznej” i „Pracy socjalnej”. Odebrała kurs kwalifikacyjny w dziedzinie „Pielęgniarstwa ratunkowego” i aż 13 rozmaitego typu kursów specjalistycznych i doskonalących oraz uczestniczyła w wielu szkoleniach, podnoszących jej umiejętności zawodowe i organizacyjne. Nie dziwi więc, że w tym roku uzyskała tytuł „Nowoczesna, kompetentna pielęgniarka i położna”.

Swoją karierę zawodową rozpoczęła od pracy w Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim w roku 1987 (pielęgniarka odcinkowa Działu Pomocy Doraźnej i Przyjęć), pełniła także funkcję pielęgniarki koordynującej i nadzorującej pracę innych pielęgniarek i położnych, była przedstawicielem medycznym Toruńskich Zakładów Materiałów Opatrunkowych SA. Od roku 2009 jest kierownikiem i jednocześnie współwłaścicielem firmy Pielęgniarska Opieka M. Rubaszewska Spółka Jawna. Otwarcie własnej firmy nie było powodem do zaprzestania pracy w publicznej służbie zdrowia na stanowisku młodszego asystenta, najpierw w Dziale Pomocy Doraźnej, Oddziale Rehabilitacji, a obecnie na Oddziale Okulistycznym gorzowskiego szpitala.

Każda z wykonywanych specjalności była dla niej okazją do samokształcenia i dostrzega w kolejnych miejscach pracy wiele pozytywnych wartości.

Jako przedstawiciel medyczny miałam możliwość zapoznania się z najnowszymi materiałami opatrunkowymi, jako pielęgniarka zarządzająca poznałam pracę szpitala od strony organizacyjnej, przetargów i polityki personalnej. Kiedy wróciłam na oddziały wymagające bezpośredniej pracy przy łóżku chorego, mogłam znowu wykorzystać swoje wyuczone i doskonalone przez lata umiejętności. Kolejny raz doświadczyłam uczucia pokory w stosunku do chorego, ale i wobec bezwzględnego losu.

Nowe czasy i wyzwania sprawiły, że postanowiła razem z koleżanką założyć firmę świadczącą usługi pielęgniarstwa w opiece długoterminowej domowej na terenie Lubuskiego Oddziału NFZ. Właściwie od podstaw Obie uczyły się, jak organizuje się małą firmę, rejestruje, zatrudnia pracowników i właściwie nią kieruje. Przydały się wtedy studia i szkolenia z zakresu organizacji i zarządzania, czy zarządzania systemem jakości. Z jednej strony jest szefową,

z drugiej podwładną. *To bardzo poszerza moje umiejętności i pokazuje stanowisko pracy w szerszej perspektywie.*

Myliłby się jednak każdy, kto wyobraża sobie Monikę Rubaszewska, jako pracoholika, który nie ma już czasu na inne zajęcia i zainteresowania. Bardzo lubi jazdę na rowerze i piesze wędrówki. Stara się znaleźć czas na poznawanie świata i chętnie wyjeżdża za granicę. Udziela się społecznie, realizując programy profilaktyki uzależnień wśród dzieci i młodzieży z rejonu miasta i gminy Witnica, stoiska promocji zdrowia i edukacji prozdrowotnej. Co roku wyrusza na trasę pielgrzymkową na Jasną Górę, oczywiście służąc pomocą medyczną pielgrzymom.



W samorządzie zawodowym pracuje od 2003 roku. Była najpierw z-cą, a później przez 2 kadencje Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej przy naszej Izbie. Obecnie jest zastępcą Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. Jest członkiem Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych przy wojewodzie lubuskim.

Z pewnością kształcenie ustawiczne na różnych płaszczyznach pomaga mi w pełnieniu tych trudnych i odpowiedzialnych funkcji – zaznacza M. Rubaszewska – mogę samodzielnie wyrobić sobie opinię o omawianych problemach. Rola zastępcy naczelnego rzecznika jest dla mnie wyrazem zaufania ze strony pacjenta, ale też koleżanek i kolegów. Motywują mnie też – zapewne jak każdego człowieka – rozmaite wyróżnienia i nagrody: kiedyś w konkursie o złoty czepek pielęgniarski, za zasługi dla samorządu zawodowego, za pracę na rzecz społeczności lokalnej, czy teraz w konkursie na nowoczesną i kompetentną pielęgniarkę. Ale największą nagrodą jest to, że mogę pomagać innym, jako profesjonalna i kompetentna pielęgniarka.

Notatka z konferencji w Lubuskim Urzędzie Wojewódzkim

Dnia 23 czerwca 2013r. w Lubuskim Urzędzie Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. odbyła się konferencja pod nazwą „ Krajowa oraz regionalna polityka przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz przemocy ze względu na płeć”. Konferencja z udziałem Elżbiety Seledyn, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, Pani Agnieszki Kozłowskiej – Rajewicz, Pełnomocnika rządu ds. Równego traktowania miała na celu dokonanie próby oceny systemu przeciwdziałania zjawiska przemocy w rodzinie, funkcjonowanie zespołów interdyscyplinarnych oraz współdziałanie instytucji i służb zaangażowanych w pomoc dziecku i rodzinie.

W drugiej części konferencji odbyła się dyskusja panelowa, w której obok przedstawicieli Wojewódzkiej Komendy Policji w Gorzowie Wlkp., Prokuratury Rejonowej w Strzelcach Krajeńskich, Ośrodka Pomocy Społecznej w Lubiszynie, Burmistrza Miasta i Gminy Lubsko, Prezesa Lubuskiego Ruchu na Rzecz Kobiet i Rodziny „Żar” w Żarach, Lubuskiego Kuratora Oświaty, wzięła udział Aldona Stańko Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.

Dyskusja panelowa miała na celu szukanie odpowiedzi na pytania:

- dlaczego wciąż zdarzają się przykre wydarzenia, takie jak na terenie Powiatu Żarskiego, skoro posiadamy instrumenty prawne, a służby są wyposażone w kompetencje, które teoretycznie powinny pozwolić na zapobieganie takim sytuacjom?
- dlaczego nie reagujemy / bagatelizujemy obserwowane wokół nas zjawiska zaniedbywania dzieci i przemocy w rodzinie?
- czy to system jest zły, czy też ludzie zawiedli?
- co można zrobić aby zapobiegać takim sytuacjom?

Stop przemocy w rodzinie!

Dzieci jako ofiary przemocy to w województwie lubuskim największy problem. By skuteczniej z nim walczyć trzeba przede wszystkim udoskonalić narzędzie z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Taki cel postawili sobie przedstawiciele Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. W Lubuskim Urzędzie Wojewódzkim odbyła się konferencja zapowiadająca zmiany w systemie pomocy ofiarom przemocy.

Krajowa oraz regionalna polityka przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz przemocy ze względu na płeć to temat konferencji, którą na prośbę Pełnomocnika Rządu do spraw Równego Traktowania Agnieszki Kozłowskiej – Rajewicz zorganizował wojewoda lubuski Jerzy Ostroch.

Elżbieta Seredyn podsekretarz stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej oraz Agnieszka Kozłowska Rajewicz Pełnomocnik Rządu do spraw Równego Traktowania wyszły z inicjatywą, by o konieczności zmian w systemie polityki przeciwdziałania przemocy porozmawiać w możliwie szerokim gronie specjalistów na co dzień zajmujących się problemami polskich rodzin.

- Zmniejszenie skali problemu wymaga nowych rozwiązań systemowych – przekonywała Agnieszka Kozłowska - Rajewicz otwierając konferencję w lubuskim Urzędzie Wojewódzkim, dlatego już trwają prace nad zmianami w Kodeksie Karnym. Po ich wprowadzeniu w życie w surowszy sposób ma być traktowany sprawca przemocy - dodała minister Kozłowska-Rajewicz.

Konferencja zorganizowana w LUW, to odpowiedź na zdiagnozowane już problemy w województwie lubuskim. By zacząć je skutecznie rozwiązywać trzeba się dobrze do tego przygotować - zapowiedziała dyrektor Wydziału Polityki Społecznej LUW Małgorzata Krasowska - Marczyk.

Wybrane informacje nt. Zjawiska przemocy w rodzinie w województwie lubuskim w 2012 r.:

- 2.531 razy wszczęto procedurę „Niebieskie Karty,
- do gminnych punktów konsultacyjnych zgłosiło się ok. 2000 osób,
- interwencją kryzysową udzielaną przez gminne i powiatowe służby pomocy społecznej w związku z przemocą w rodzinie, objęto łącznie ponad 3.600 osób, w tym: ponad 700 dzieci, ok. 2.150 współmałżonków lub partnerów w związkach nieformalnych oraz ok. 800 innych członków rodziny,
- z pomocy, wsparcia i poradnictwa udzielanego ambulatoryjnie przez ośrodki interwencji kryzysowej oraz Specjalistyczny Ośrodek Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie w Gorzowie Wlkp. skorzystało łącznie prawie 2.000 ofiar przemocy w rodzinie,
- z całonocnego schronienia w związku z przemocą skorzystało ok. 350 osób,

Powiat żarski, na terenie którego na początku bieżącego roku doszło do zdarzeń z udziałem dzieci, traktujemy jako case study do podejmowania działań z zakresu przeciwdziałania przemocy - zapowiedziała podczas konferencji dyrektor Małgorzata Krasowska - Marczyk.

Jednym ze sposobów na wypracowanie narzędzi przeciwdziałania przemocy w rodzinie, ma być praca

zespołów interdyscyplinarnych, działających w każdej z gmin i powiatów. Zespoły interdyscyplinarne są tworzone i funkcjonują w oparciu o Ustawę z 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie znowelizowanej w 2010 r. Realizują zadania m.in. w oparciu o procedurę „Niebieskie Karty” określoną Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”. Zespoły są powoływane przez wójtów, burmistrzów i prezydentów miast a działają na podstawie porozumień zawartych z podmiotami uprawnionymi do typowania członków do Zespołu. W skład zespołu interdyscyplinarnego wchodzi przedstawiciele jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, policji, oświaty, ochrony zdrowia, organizacji pozarządowych, kuratorzy sądowi. Celem pracy zespołu interdyscyplinarnego jest podejmowanie działań na rzecz

rodzin dotkniętych przemocą w rodzinie polegających na objęciu ofiar przemocy wszechstronną pomocą i wsparciem oraz powstrzymaniu jej sprawców. Do kompetencji zespołu interdyscyplinarnego należy podjęcie interwencji w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie w oparciu o procedurę „Niebieskie Karty”. W myśl obowiązujących przepisów nie wymaga to zgody osoby dotkniętej przemocą w rodzinie. Jest to odpowiedź ustawodawcy na zgłaszany przez praktyków przeciwdziałania w rodzinie problem wycofywania się ofiar przemocy w rodzinie z działań ukierunkowanych na zatrzymanie przemocy i powstrzymanie jej sprawców, pod wpływem obaw przed sprawcą, czy ze względu na trudną sytuację socjalno – bytową. Konferencja w Lubuskim Urzędzie Wojewódzkim zgromadziła ponad 100 osób ze wszystkich środowisk, pracujących z rodzinami

Bezpieczni od strachu bezpieczni od przemocy

Konwencja Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej cets no, 210

Jaki jest cel Konwencji?

Nowa Konwencja Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, jest najdalej idącą umową międzynarodową poświęconą temu poważnemu naruszeniu praw człowieka. Jest wyrazem końca tolerancji dla takiej przemocy i tym samym stanowi ogromny krok naprzód w czynieniu Europy i świata bezpieczniejszym miejscem.

Zapobieganie przemocy, ochrona jej ofiar i ściganie sprawców są kluczowymi elementami dokumentu. Konwencja dąży do zmiany ludzkich serc i umysłów poprzez wezwanie wszystkich członków społeczeństwa, a w szczególności mężczyzn i chłopców do zmiany swoich postaw. W istocie jest to ponowione wezwanie do większej równości pomiędzy kobietami i mężczyznami, ponieważ przemoc wobec kobiet jest głęboko zakorzeniona w nierówności pomiędzy płciami w społeczeństwie i utrwalana poprzez kulturę jej tolerancji i negocjowania.

Najistotniejsze elementy konwencji

Konwencja uznaje przemoc wobec kobiet za naruszenie praw człowieka i formę dyskryminacji. Oznacza to, że państwa będą ponosić odpowiedzialność, jeśli odpowiednio na nią nie zareagują.

Jest to pierwsza umowa międzynarodowa zawierająca definicję płci (gender). Oznacza to, że uznaje się od teraz, iż kobiety i mężczyźni mają nie tylko płeć biologiczną, ale że istnieje również pojęcie płci społeczno-kulturowej, które przypisuje kobietom i mężczyznom szczególne role i zachowania. Badania wykazały, że pewne role i zachowania mogą przyczyniać się do akceptacji przemocy wobec kobiet.

Konwencja wprowadza katalog nowych przestępstw karnych, takich jak genitalne okaleczanie kobiet, wymuszone małżeństwo, nękanie, przymusowa aborcja i sterylizacja. Oznacza to, że państwa będą musiały wprowadzić do swoich

porządków prawnych nowe rodzaje czynów zabronionych, jeśli wcześniej w nich nie istniały.

Konwencja wzywa do zaangażowania wszystkich właściwych agend i służb państwowych do zwalczania przemocy wobec kobiet oraz przemocy domowej w skoordynowany sposób. Oznacza to, iż agendy państwowe oraz organizacje pozarządowe nie powinny działać osobno, ale w porozumieniu i współpracy.

Czego Konwencja wymaga od państw?

Zapobieganie

- zmiana postaw, postrzegania ról płci i stereotypów, które prowadzą do tego, iż przemoc wobec kobiet jest akceptowana lub tolerowana;
- szkolenie osób pracujących z ofiarami;
- edukowanie i uwrażliwianie na różne formy przemocy i ich traumatyczny charakter;
- włączenie do programów nauczania na wszystkich poziomach edukacji kwestii równości;
- współpraca z organizacjami pozarządowymi, mediami i sektorem prywatnym w celu dotarcia do społeczeństwa.

Ochrona

- zapewnienie by potrzeby i bezpieczeństwo ofiar stanowiły główny cel wszystkich podejmowanych działań;
- ustanowienie wyspecjalizowanych służb wspierających, które zapewnią pomoc medyczną, jak również psychologiczną i prawną ofiarom i ich dzieciom;
- utworzenie wystarczającej liczby schronisk oraz darmowych, całonocnych telefonów zaufania.

Ściganie

- zapewnienie, że przemoc wobec kobiet będzie stanowiła przestępstwo odpowiednio karane;
- zagwarantowanie, by usprawiedliwienia kulturowe, oparte na zwyczaju, religii, tradycji czy też tzw. honorze nie stanowiły przesłanek dla akceptowania jakichkolwiek aktów

- zapewnienie ofiarom przemocy dostępu do specjalnych środków ochrony, zarówno podczas postępowania przygotowawczego jak i sądowego;
- zapewnienie, że organy stosujące prawo będą natychmiast odpowiadały na wezwanie pomocy oraz właściwie reagowały na niebezpieczne sytuacje.

Mechanizm monitorujący

- ustanowienie specjalnego mechanizmu monitorującego implementację konwencji. Grupa ekspertów będzie czuwać nad tym, by państwa stosowały się do postanowień konwencji, tak aby zagwarantować jej dalekosiężną skuteczność.

Kto jest chroniony Konwencją?

Konwencja obejmuje ochroną kobiety i dziewczęta, pochodzące z różnorodnych środowisk, bez względu na ich wiek, rasę, religię, pochodzenie społeczne, status migranta, orientację seksualną czy jakikolwiek inny czynnik.

Konwencja uznaje, iż istnieją grupy kobiet i dziewcząt narażone na większe ryzyko doświadczenia przemocy i w związku z tym państwa muszą zapewnić, by ich szczególne potrzeby zostały uwzględnione.

Konwencja zachęca również państwa do stosowania jej postanowień wobec innych ofiar przemocy domowej, takich jak mężczyźni, dzieci i osoby starsze.

Jakie przestępstwa obejmuje Konwencja?

Konwencja zobowiązuje Państwa Strony do kryminalizacji najpoważniejszych przejawów przemocy wobec kobiet. Gwarantuje, że następujące czyny stanowią będą przedmiot sankcji karnych, bądź innych sankcji prawnych:

- przemoc fizyczna;
- przemoc psychiczna;
- nękanie;
- przemoc seksualna, w tym gwałt;
- molestowanie seksualne;
- wymuszone małżeństwo;
- genitalne okaleczanie kobiet;
- przymusowa aborcja i przymusowa sterylizacja.

Konwencja wyraźnie stanowi, że przemoc wobec kobiet i przemoc domowa nie są sprawami prywatnymi. Wręcz przeciwnie, dla podkreślenia, że szczególnie traumatyczne skutki mają : przestępstwa popełnione w rodzinie, surowsza kara grozić może sprawcy, dla którego ofiara jest: małżonkiem, partnerem albo członkiem rodziny.

12 kroków działania zgodnego z Konwencją Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej (Konwencja Istambulska)

1. Potępienie dyskryminacji kobiet i uznanie, że przemoc wobec kobiet jest naruszeniem praw człowieka oraz przejawem nierównych stosunków władzy między kobietami a mężczyznami na przestrzeni wieków.
2. Podejmowanie działań zapobiegawczych w postaci edukacji, szkoleń i podnoszenia świadomości, działań na rzecz pełnego usamodzielnienia kobiet, angażowanie mężczyzn i chłopców, tworzenie nowych partnerstw z mediami i sektorem prywatnym, które wpłyną na zmiany w zakresie zachowań i stereotypowych ról związanych z płcią.
3. Pomoc ofiarom w uzyskaniu wsparcia przez prowadzenie bezpłatnej krajowej linii telefonicznej, oferowanie miejsc w schroniskach, doradztwo medyczne, psychologiczne i prawne, pomoc w kwestiach mieszkaniowych i finansowych oraz w znalezieniu zatrudnienia.
4. Ochrona ofiar znajdujących się w niebezpieczeństwie w tym poprzez nakazy doraźne, zakazy zbliżania się i nakazy ochrony, ocenę ryzyka i zarządzanie nim.
5. Zmiana prawa w taki sposób, że prawo karne obejmuje następujące przestępstwa: przemoc psychiczną, nękanie, przemoc fizyczną, przemoc seksualną, w tym zgwałcenie, przymusowe małżeństwo, obrzezanie kobiet, przymusową aborcję i przymusową sterylizację oraz zakazuje molestowania seksualnego.
6. Ulepszanie działania policji, prokuratury i sądownictwa w zajmowaniu się takimi sprawami.
7. Uprawnienia ofiar w postępowaniu sądowym przez zapewnienie, że są wspierane i chronione w trakcie postępowania, informowane o ogólnym postępie w sprawie,

ich roli w niej przez umożliwienie ofiarom bycia wysłuchanymi i dostarczenia dowodów bez konfrontacji ze sprawcą.

8. Zaplanowanie kompleksowych polityk dla wszystkich resortów rządu, by zapewniły, że profesjonaliści połączą siły dla lepszej ochrony ofiar i pomocy im, by zapobiec dalszej przemocy i zakończyć bezkarność za czyny przemocy wobec kobiet czy przemocy domowej.

9. Zapewnienie, że przemoc ze względu na płeć jest formą prześladowania przy rozstrzyganiu statusu uchodźcy kobiet starających się o azyl i przestrzeganie zasady non-refoulement.

10. Reagowanie na szczególne potrzeby dzieci, które są ofiarami czy też świadkami przemocy domowej wszelkimi środkami ochrony i wsparcia.

11. Uznanie i wspieranie roli organizacji pozarządowych oraz społeczeństwa obywatelskiego w walce z przemocą wobec kobiet i przemocą domową przez przeznaczenie odpowiednich środków finansowych i zasobów ludzkich oraz przez nawiązanie skutecznej współpracy z tymi organizacjami.

12. Gromadzenie krajowych danych i wspieranie badań, by rozwijać bazę wiedzy o przemocy wobec kobiet i przemocy domowej.

W celu uzyskania dalszych informacji proszę odwiedzić: www.coe.int/conventionviolence lub skontaktować się z: conventionviolence@coe.int

Materiały pokonferencyjne

Stopa Cukrzycowa

Wstęp

We współczesnym świecie obserwuje się gwałtowny wzrost liczby chorych na cukrzycę. Ma to związek między innymi z niekorzystnymi zmianami w stylu życia - niewłaściwym odżywianiem, otyłością, brakiem aktywności fizycznej. Według prognoz Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej w 2025 roku na świecie będzie ponad 300 milionów osób chorych na cukrzycę spośród których znaczna liczba rozwine powikłania między innymi zespół stopy cukrzycowej w wielu przypadkach prowadzący do powstawania ran i amputacji kończyny.

Częstość wykonywanych amputacji, może wynosić nawet do prawie 40 na 10 tysięcy chorych/rok. Ryzyko amputacji kończyny u chorych na cukrzycę jest 15-40 razy wyższe niż u osoby bez cukrzycy.

W wielu krajach po wprowadzeniu systemu opieki nad pacjentami z zespołem stopy cukrzycowej, liczba wykonywanych amputacji znacznie zmniejszyła się. Podstawowe rolę odegrało tworzenie wielospecjalistycznych poradni stopy cukrzycowej, gdzie leczeniem tego powikłania zajmuje się zespół wykwalifikowanych specjalistów z wielu dziedzin.

Jednym z najważniejszych elementów w zapobieganiu powstawania ran, a w konsekwencji amputacji kończyn jest wiedza samych pacjentów i przestrzeganie przez nich podstawowych zasad bezpieczeństwa i pielęgnacji stóp.

Jaka jest przyczyna powstawania stopy cukrzycowej?

Podstawowe przyczynę prowadzące do powstania tego powikłania jest rozwój neuropatii czyli uszkodzenia włókien nerwowych kończyn dolnych. Neuropatia, najczęściej dotyczy chorych ze źle wyrównaną, trwającą wiele lat cukrzycą (zarówno typu 1 jak i 2), w wielu wypadkach jednak - zwłaszcza u chorych z cukrzycą typu 2 - neuropatię stwierdza się już w chwili rozpoznania cukrzycy. Uszkodzenie włókien nerwowych powoduje zniekształcenie stóp pod postacią przykurczu palców (tzw. palce młoteczkowate), podwyższenia łuku stopy (fot. 1) oraz zanik czucia.



(Fot. 1 Stopa zdeformowana w przebiegu neuropatii.)

Deformacja stopy skutkuje nieprawidłowym rozkładem sił nacisku i w miejscach nadmiernego obciążenia powstają zgrubienia skóry tzw. modzele (fot. 2).



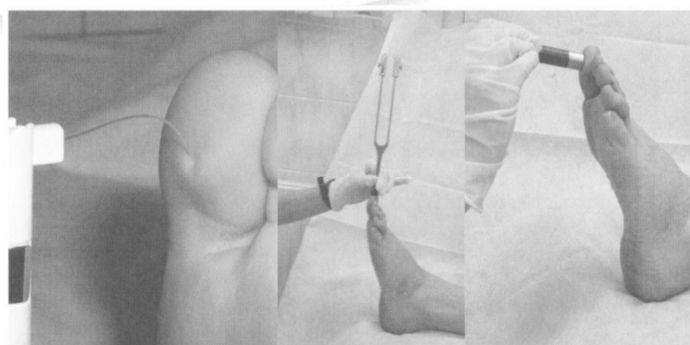
(Fot. 2. Modzele powstające w obszarze zwiększonego nacisku. Stopa zniekształcona na skutek neuropatii oraz amputacji palca.)

Zanik czucia w obrębie stóp jest bardzo groźnym zjawiskiem ponieważ chorzy nie odczuwają bólu związanego z powstaniem skaleczenia czy rany stopy. W związku z tym, często nie są w ogóle świadomi jej występowania, nie reagują prawidłowo, nie zabezpieczają skaleczenia opatrunkiem, nie szukają pomocy- może wówczas dojść do zakażenia rany, które często jest trudne do wyleczenia i może być przyczyną amputacji kończyny. Również pacjenci z zaburzeniami czucia -jeśli nie zachowują ostrożności- mogą poparzyć stopy w kąpieli jeśli woda jest zbyt gorąca lub też uszkodzić stopę w zbyt ciasnym, źle dobranym obuwiu.

U części (ale nie wszystkich) pacjentów, może występować oprócz neuropatii również niedokrwienie kończyn spowodowane miażdżycą. Niedokrwienie bardzo utrudnia leczenie ewentualnych ran i zwalczanie zakażenia.

Jak można stwierdzić czy występuje uszkodzenie włókien nerwowych (neuropatia) i niedokrwienie kończyn?

Większość pacjentów z neuropatią nie odczuwa żadnych dolegliwości i jeśli nie zostaną oni zbadani przez pielęgniarkę lub lekarza, nie będą świadomi obecności tego powikłania. Każdy chory powinien raz w roku być zbadany pod kątem neuropatii i niedokrwienia stóp. Badanie jest proste, bezbolesne trwa kilka minut i nie wymaga skomplikowanych urządzeń (fot. 3).



(Fot.3. Badanie w kierunku występowania zaburzeń czucia.)

Chorzy u których występuje niedokrwienie kończyn, mogą skarżyć się na bóle łydek występujące podczas chodzenia i ustępujące po zatrzymaniu się.

Jak postępować aby uniknąć amputacji?

W wielu przypadkach właściwe postępowanie pozwala zapobiegać powstawaniu ran, których konsekwencją może być amputacja.

Każdy pacjent u którego rozpoznano zaburzenia czucia powinien przestrzegać podstawowych zasad bezpieczeństwa. Poniżej przedstawiono najważniejsze z nich.

1. Należy zawsze nosić buty dopasowane do kształtu stopy - źle dobrane obuwie jest najpowszechniejszą przyczyną urazów stopy. Kupno obuwia jest ważną czynnością i należy temu zadaniu poświęcić odpowiednie ilości czasu. Stopy w butach powinny przede wszystkim mieć dość miejsca, dlatego obuwie musi być odpowiednio szerokie i głębokie najlepiej o jeden rozmiar większe od zwykle noszonego. Nowe buty należy początkowo nosić nie dłużej niż 15-30 minut, sprawdzając czy na stopach nie pojawiają się otarcia lub zaczerwienienie. Przy jego wyborze należy zwracać uwagę na materiał, z którego są wykonane, najlepiej by była to naturalna, miękka skóra. Unikać należy obuwia z tworzyw sztucznych i innych nieprzewodzących materiałów, utrudniających oddychanie stopy. Nie zaleca się noszenia kłapek. Szczególną uwagę trzeba poświęcić wnętrzu obuwia, które powinno być zawsze gładkie, bez wypukłych szwów, nierówności lub załamania. Buty, które spowodowały jakiegokolwiek uszkodzenie na stopie nie powinny być już więcej używane. Za każdym razem przed włożeniem butów trzeba sprawdzić czy do ich wnętrza nie dostało się ciało obce np. mały kamyczek.

2. Stopy należy codziennie bardzo dokładnie obejrzeć - również powierzchnię podeszwy i sprawdzić czy nie doszło do uszkodzenia skóry. Można do tego celu użyć lusterka lub poprosić o pomoc kogoś z rodziny.

3. Nigdy nie należy grzać stóp o bezpośrednie źródła ciepła takie jak termofory, kaloryfery, piece, a temperaturę wody przed wejściem do wanny należy sprawdzić ręką.

4. Nie wolno samodzielnie usuwać modzeli i odcisków za pomocą ostrych, niejałowych narzędzi, terek i pumeksów. Zabiegi te należy przeprowadzać w przeszklonych gabinetach kosmetycznych (specjalnie oznakowanych) lub gabinetach stopy cukrzycowej. Chorzy zwłaszcza z zaburzeniami widzenia nie powinni również sami obcinać paznokci, mogą je natomiast regularnie opilać tekturnym pilniczkiem, Przeciwwskazane jest stosowanie plastrów i maści na odciski.

5. Stopy należy myć codziennie letnią wodą a następnie dokładnie osuszyć z uwzględnieniem przestrzeni między palcami. Skórę stóp należy natłuszczać specjalnymi kremami przeznaczonymi dla chorych na cukrzycę.

6. Zagrożeniem dla stóp jest także chodzenie boso. Stopy chorego na cukrzycę powinny być zawsze zabezpieczone przez obuwie, zarówno na plaży, w wodzie, ale także w mieszkaniu. W domu wskazane jest korzystanie z pantofli zabudowanych, o twardej podeszwie, minimalizujących ewentualne uszkodzenia stopy.

7. Najlepiej używać skarpet, pończoch lub rajstop wykonanych z naturalnych włókien, pozbawionych szwów. Należy je zmieniać codziennie, pamiętając by nie były zbyt ciasne lub za duże.

8. W przypadku jeśli dojdzie do powstania rany należy ją zabezpieczyć jałowym opatrunkiem wcześniej odkażając bezbarwnym płynem antyseptycznym na bazie octenidyny oraz jak najszybciej skontaktować się ze swoim lekarzem. Poniżej bardziej szczegółowo opisano technikę zakładania opatrunku.

Pacjenci z ranami stóp powinni być leczeni w wielospecjalistycznych poradniach stopy cukrzycowej.

Właściwe postępowanie na co dzień oraz szybka interwencja w przypadku kiedy doszło do powstania rany pozwalają w znacznym stopniu zmniejszyć ryzyko amputacji.

Zasady wykonywania opatrunków w zespole stopy cukrzycowej.

Wszystkie czynności należy wykonywać po dokładnym umyciu rąk

KROK 1 - ZDJĘCIE ZAŁOŻONEGO OPATRUNKU

Zdejmowanie opatrunku powinno odbywać się w sposób delikatny, w przypadku przyklejenia opatrunku do rany należy zwilżyć go lawaseptykiem do przemywania ran (octenilin® płyn) lub solą fizjologiczną (do kupienia w aptekach) i delikatnie usuwać.

KROK 2 - MYCIE RANY

Roztworem lawaseptyku do przemywania ran (octenilin® płyn) lub roztworem soli fizjologicznej obficie spłukać ranę. NIE ZALECA SIĘ MOCZENIA STÓP.

KROK 3 - OSUSZANIE RANY

Osuszyć ranę jałowym gazikiem.

KROK 4 - ODKAŻANIE RANY

Polecany preparat odkażającym jest octenisept® (bez recepty do kupienia w aptece), którym nasączamy opatrunek z jałowej gazy lub spryskujemy ranę. Preparat sprzedawany jest w postaci aerozolu, nie wskazane jest rozkręcanie opakowania oraz przelewanie płynu do innych pojemników. Można również zastosować preparat odkażający w postaci żelu z octenidyną (octenilin® żel).

KROK 5 - BANDAŻOWANIE

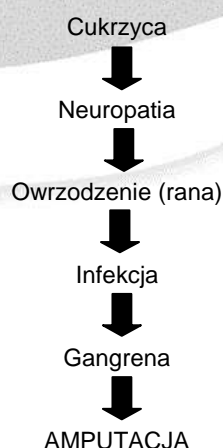
Końcówki bandaży nie mogą być wiązane na supełek, nie wolno również korzystać z ostrych przedmiotów do mocowania bandaży typu: metalowe zapinki lub agrafki. Powinien być przymocowany delikatnym plastrem.

Opatrunki w początkowym okresie leczenia należy zmieniać zwykle

1 x dziennie. W przypadku dużej ilości wydzieliny z rany, obecności zakażenia - częściej nawet do 2-3 x dziennie.

W dalszym okresie leczenia opatrunki możemy zmieniać co 1-3 dni ale zawsze zgodnie z zaleceniami lekarza.

JAK MOŻE DOJŚĆ DO AMPUTACJI?



U 85% chorych na cukrzycę amputację poprzedza pojawienie się owrzodzenia w obrębie stopy.

15% owrzodzeń może nie tylko stać się przyczyną amputacji, lecz także utraty życia pacjenta.

Dodatkowe informacje na temat postępowania w stopie cukrzycowej znajdziesz na www.dnileczeniaran.pl

Autor: dr n. med. Anna Korzon – Burakowska (z poradnika Leczenie Ran u Chorych na Cukrzycę, wydawca fundacja SANUM)

Materiały edukacyjne – dla pacjentów

Jak dbać o swoje stopy?

W zapobieganiu powstania suchej i popękanej skóry, związanej z powikłaniem cukrzycy, najważniejsza jest właściwa pielęgnacja. Stopy diabetyków wymagają szczególnej pielęgnacji.

1. Codziennie oglądaj swoje stopy, zwłaszcza między palcami i na podszewie. Pomocne może być lusterko lub druga osoba.
2. Dbaj, aby stopy były zawsze czyste, myj je w letniej wodzie (optymalna temperatura 37°C). Delikatnie i dokładnie osuszaj miękkim ręcznikiem, szczególnie starannie przestrzenie międzypalcowe.
3. Paznokcie skracaj „na prosto” przy użyciu pilnika kosmetycznego. Nie obcinaj paznokci ostrymi narzędziami: nożyczki, obcinaczki. Jeśli masz problemy ze wzrokiem, poproś o pomoc drugą osobę lub skorzystaj z gabinetu podologicznego.
4. Wrastający paznokieć spowodowany niewłaściwym obcinaniem lub urazem należy skorygować u podologa.
5. Nagniotki i odciski powinny być usuwane tylko przez specjalistę pielęgnacji stóp.
6. Modzele (nadmierne rogowacenie powstające w miejscach dużego obciążenia na stopie) ścieraj tylko tarką kosmetyczną drobnoziarnistą na sucho. Czynność należy wykonać przed myciem nóg, przynajmniej 2 x w tygodniu.
7. Do ścierania modzeli nie wolno używać pumeksu - może być przyczyną mikrourazu, jest siedliskiem bakterii (zawiera pozostałości startego naskórka).
8. Unikaj zabiegów z użyciem żyletek (ostrza na uchwycie) - po tym zabiegu naskórek odnawia się szybciej, a nowa narastająca skóra jest jeszcze twardsza.
9. Systematycznie stosuj kremy specjalistyczne i pianki z zawartością mocznika (urea). Mocznik wiąże wodę w skórze, zapobiega nadmiernemu rogowaceniu skóry, poprawia nawilżenie i wygładza przesuszoną skórę.
10. Kremy w postaci pianek polecane do pielęgnacji stóp wzmacniają barierę ochronną, szybko się wchłaniają i nie pozostawiają tłustych miejsc na skórze. Pozwalają na szybkie założenie skarpet lub rajstop. Pianki polecamy szczególnie do pielęgnacji przestrzeni międzypalcowych. W przypadku stopy niedokrwiennej należy używać wyłącznie kremów i pianek z zawartością 5% mocznika, natomiast przy stopie neuropatycznej stosować produkty zawierające od 10% do 30% mocznika.

Czego Robić nie wolno

1. Nie wolno moczyć stóp w wodzie z szarym mydłem ani w innych roztworach! Nadmierne moczenie sprzyja maceracji skóry i rozwojowi infekcji w jej obrębie. Stopę z raną można umyć, ale tylko pod bieżącą letnią wodą, nie dłużej niż 3 minuty. W sytuacjach awaryjnych do mycia oraz oczyszczania stóp można stosować wilgotne chusteczki pielęgnujące.
2. Nie wolno stosować kremów pielęgnacyjnych w przestrzeniach międzypalcowych (wyjątek stanowią pianki).

3. Nie wolno stosować balsamów ani maści rozgrzewających - może wystąpić nadwrażliwość i stan zapalny.
4. Nie wolno stosować maści, płynów i plastrów do usuwania odcisków - zawierają kwas salicylowy uszkadzający naskórek.
5. Nie wolno naklejać plastrów na skórę stóp - przy wielokrotnym stosowaniu mogą spowodować ranę.
6. Nie wolno wiązać bandaża na supełek przy zakładaniu opatrunku.
7. Nie ogrzewaj nóg w gorącej kąpieli ani przy grzejniku. Nie używaj termoformy i poduszki elektrycznej - możesz mieć zaburzenia czucia i temperatury, przez co doprowadzisz do oparzenia.
8. Nigdy nie chodź boso nawet po plaży, zawsze miej założoną bawełnianą skarpetę i miękkie wygodne obuwie (plastikowe klapki nie są wskazane).
9. Nie chodź po mieszkaniu w samych skarpetach (to ryzyko powstania urazu).
10. Nie zakładaj skarpet elastycznych ani pończoch samonośnych (mogą powodować obrzęki).

CO ZROBIĆ, JEŚLI POWSTANIE RANA?

1. Zdezynfekuj ranę przy pomocy środka dezynfekcyjnego i załóż jałowy opatrunek.
2. Nie lekceważ najdrobniejszego skaleczenia, otarcia, zmiany na skórze.
3. Skontaktuj się z lekarzem.
4. Odciążaj maksymalnie stopę! Używaj kul łokciowych lub wózka inwalidzkiego.

Stopy bez ucisku

1. Każdy musi pamiętać o odpowiednim doborze obuwia, koniecznie z szerokimi przodami i numer większego od twojego rozmiaru (aby nie powodowało ucisku). Buty nie mogą być zbyt duże, gdyż wówczas obcierają palce i stopy.
2. Buty powinny być wykonane z materiału przepuszczającego powietrze, muszą zabezpieczać stopę przed urazami. Pamiętaj, że zbyt długie chodzenie w kaloszach np. grzybobranie, odśnieżanie może być przyczyną oparzenia.
3. Nowe buty kupuj w godzinach popołudniowych, kiedy noga jest zmęczona i obrzęknięta - będziesz miał pewność, że nie będą za małe,
4. Buty w sklepie przymierzaj bez pomocy „łyżki”.
5. Czas chodzenia w nowych butach zwiększaj stopniowo, na początek wypróbuj je przez 15 min w domu (zmniejsza to ryzyko otarć i pęcherzy).
6. W nowych butach nie wybieraj się na spacer ani na dłuższą imprezę.

7. Przed założeniem butów dokładnie sprawdź ich wnętrze dłonią, czy nie ma nierówności lub innych przedmiotów (zrolowana wkładka, drobny kamyk).

8. Nigdy nie sznurowuj butów zbyt mocno - aby nie spowodować ucisku i niedokrwienia.

9. Pacjentom ze znaczną deformacją stopy zaleca się wykonanie obuwia „na miarę”, u szewca i stosowanie specjalistycznych wkładek.

10. Staraj się, aby buty były wysuszone i wywietrzone, codziennie zmieniaj skarpety. Wzmacniaj mięśnie nóg, odpowiednio ćwicz stopy.

NIE PAL TYTONIU!

PALENIE PRZYSPIESZA PROCESY MIAŻDŻYCOWE W NACZYNIACH, CO PROWADZI DO NIEDOKRWIENIA I ZWIĘKSZA RYZYKO AMPUTACJI.

Opracowała Maria Jarmuszczak Specjalistyczna Pielęgnacja Stóp i Leczenie Ran

Zestaw ćwiczeń na stopy Wykonywane w seriach po 10 powtórzeń

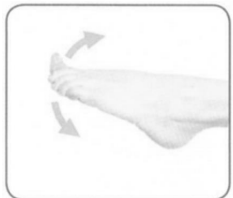
Przed przystąpieniem do wykonywania ćwiczeń należy przyjąć pozycję wyjściową (z wyjątkiem ćwiczenia nr 6).

Pozycja wyjściowa: Siadamy prosto na krześle, nie dotykając plecami oparcia krzesła. Stopy stawiamy na podłodze w lekkim rozkroku.



Ćwiczenie 1

Bez odrywania pięty od podłoża naprzemiennie zginamy i rozprostowujemy palce stopy.



Ćwiczenie 2

a. Stopę opieramy na pięcie i na zmianę podnosimy i opuszczamy przednią część stopy,

b. Stopę opieramy na palcach i naprzemiennie podnosimy i opuszczamy piętę.

Ćwiczenia a i b należy wykonywać naprzemiennie.



Ćwiczenie 3

Stopę opieramy na pięcie, a następnie przednią częścią stopy wykonujemy pełne obroty.



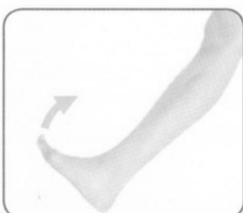
Ćwiczenie 4

Stopę opieramy na palcach i wykonujemy obroty piętą.



Ćwiczenie 5

Unosimy nogę tak, aby stopa nie dotykała podłoża, prostujemy nogę w kolanie, obciągamy palce stopy w kierunku podłoża, a następnie kierujemy je ku kolanu. W trakcie wykonywania ćwiczenia powinny intensywnie pracować mięśnie łydki. Ćwiczenie to możemy wykonywać jednocześnie obiema stopami.



Ćwiczenie 6

Na podłodze rozkładamy gazetę, stajemy na niej i stopami próbujemy zgnieść ją w kulkę, następnie za pomocą stóp staramy się rozprostować papier i podrzeć go w jak najdrobniejsze kawałki.



Ćwiczenie 7

Unosimy nogę tak, aby stopa nie dotykała podłoża, prostujemy nogę w kolanie, a następnie wykonujemy naprzemiennie w prawo i w lewo pełne obroty stopą w stawie skokowym (w tzw. kostce). Ćwiczenie to możemy wykonywać jednocześnie obiema stopami.



Informacje zaczerpnięte z broszury firmy ConvaTec

Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży w 2009 i 2012 roku

Przedstawione poniżej wyniki badań opracowano na podstawie:

- „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Ekspertyza oparta na wynikach ogólnopolskich badań ankietowych z 2009r”, Główny Inspektorat Sanitarny, Warszawa, 2009.
 - Raport „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” Instytut Medycyny Wsi, Lublin, 2013.
- Powyższe dokumenty powstały w oparciu o badania ankietowe wykonane w 2009 roku na grupie 3280 kobiet oraz w 2012 roku na grupie 2833 kobiet z całej Polski, które przebywały w szpitalach wraz z noworodkami.

Palenie tytoniu przed, w okresie ciąży i po porodzie

W 2009 roku badanie wykazało, że:

- 64% badanych kobiet nie paliło przed ciążą, w okresie ciąży i po porodzie,
- 36% kobiet paliło tytoń przed zajściem w ciążę, paliło przez jakiś czas w okresie ciąży lub kontynuowało palenie po porodzie (30% z nich rzuciło palenie przed lub w czasie ciąży, natomiast 6% kobiet paliło i pali nadal).

W 2012 roku badanie wykazało, że:

- 60,2% badanych kobiet nie paliło przed ciążą, w okresie ciąży i po porodzie,
 - 39,8% kobiet paliło tytoń przed zajściem w ciążę, paliło przez jakiś czas w okresie ciąży lub kontynuowało palenie po porodzie (32,85% z nich rzuciło palenie przed (15,7%) lub w czasie ciąży (17,1%), natomiast 7% kobiet paliło i pali nadal).
- Na podstawie otrzymanych wyników cieszyć może fakt, iż znaczny odsetek kobiet palących (w 2009 roku - 85% i 2012 roku- 83%) rzuciło palenie przed lub w czasie ciąży.

W 2012 roku aż 22,5% kobiet było narażonych na codzienne wdychanie dymu tytoniowego w domu, a 11,95% w miejscu pracy. Pozostałe kobiety były narażone sporadycznie - kilka razy w miesiącu (w domu 10,2%, w pracy 3,65%) lub kilka razy w tygodniu (w domu 6,1%, w pracy 4,6%).

Wykształcenie okazało się silnym predyktorem palenia tytoniu w czasie ciąży. **Ciężarne w wykształceniu podstawowym palą istotnie częściej niż ciężarne z wykształceniem średnim i wyższym.**

Także wiek badanych kobiet miał istotny wpływ na palenie przed i w czasie ciąży. **Wyniki badań z 2009 i 2012 roku pokazują, że im niższy wiek kobiet, tym częstsze palenie przed i w czasie ciąży.**

Najwyższy odsetek kobiet palących w czasie ciąży i nadal palących (13,10%) zamieszkuje miasta poniżej 10 tysięcy mieszkańców. Najwięcej kobiet deklarujących niepalenie zamieszkuje wieś (65,79%).

Kobiety są świadome ryzyka jakie niesie za sobą palenie tytoniu.

W 2012 roku:

- 90,2% kobiet uznało aktywne palenie tytoniu jako wysoki czynnik ryzyka dla rozwijającego się płodu, a 82,8% kobiet również dla zdrowia matki,
- 78,7% kobiet uznało, że przebywanie w zadympionym środowisku niesie za sobą wysokie ryzyko dla rozwijającego się płodu, a także 64,2% dla zdrowia matki.

W 2009 i 2012 roku stwierdzono, że im większa jest świadomość kobiet na temat szkodliwości palenia i biernego palenia na ich zdrowie lub zdrowie dziecka, tym rzadziej podejmują one ryzyko palenia tytoniu.

Konsekwencje palenia tytoniu w ciąży na podstawie badań z 2009 roku:

- Palenie tytoniu przez kobietę przed i w okresie ciąży może podwyższać ryzyko wystąpienia wcześniejszego porodu cięźarnej. Najwyższy odsetek kobiet, które miały wczesny poród wystąpił w grupie ciężarnych palących przez cały okres ciąży i kontynuujących palenie po porodzie (11%). Nieco niższy odsetek wczesnych porodów notowano wśród kobiet, które paląc przed ciążą lub przez pewien okres ciąży zdecydowały się w tym czasie ostatecznie zaprzestać palenia (9%).

- Kobiety, które paliły przez cały okres ciąży dwukrotnie częściej rodziły dzieci z niedowagą (w 12%) niż kobiety, które zaprzestały palenia w czasie ciąży (6%) lub nie paliły przed i w okresie ciąży (5%).

Picie alkoholu w czasie ciąży

W 2009 roku 14,1% kobiet spożywało napoje alkoholowe będąc w ciąży. Kobiety deklarowały następującą częstotliwość picia w ciągu ostatniego roku:

- raz w miesiącu lub rzadziej - 71,6%
- dwa do czterech razy w miesiącu - 22,7%
- dwa lub trzy razy w tygodniu - 4,3%
- cztery lub więcej razy w tygodniu - 0,4%.

W 2012 roku po zajściu w ciążę 10,1% kobiet spożywało alkohol z następującą częstotliwością:

- raz w miesiącu lub rzadziej - 8,5%
- dwa do czterech razy w miesiącu - 1,3%
- częściej niż raz w tygodniu - 0,3%

89,9% kobiet całkowicie powstrzymywało się od picia alkoholu w jakiegokolwiek postaci.

W 2012 roku kobiety najczęściej spożywały w ciąży:

- czerwone wino (44,9%),
- piwo (30,3%),
- niskoalkoholowe piwo (29,8%),
- białe wino (11,6%),
- mocne alkohole (5%),
- „coolery” (2,2%),
- wina wzmocnione (0,7%).

Piciu alkoholu w ciąży sprzyja wyższe wykształcenie i mieszkanie w dużym mieście.

Świadomość kobiet na temat szkodliwości picia alkoholu w czasie ciąży (na podstawie wyników badań z 2012 roku):

- Prawie wszystkie kobiety, przyznały, że spożycie dużych ilości alkoholu stwarza duże zagrożenie dla zdrowia i życia matki (96,2%) oraz płodu (98,6%). Nadal jednak istnieje grupa kobiet która stwierdza, że picie nawet dużych ilości alkoholu nie niesie ze sobą ryzyka dla płodu i matki (odpowiednio 0,3% i 0,3%),

- Tylko część ankietowanych kobiet, była świadoma ryzyka dla matki (45,8%) i płodu (62,1%) związanego z konsumpcją niewielkich ilości alkoholu w czasie ciąży. Znaczna część kobiet uznała natomiast, że picie niewielkich ilości alkoholu nie jest szkodliwe dla płodu i matki w czasie ciąży (odpowiednio 2,5% i 5,0%).

Picie alkoholu a porady lekarskie (na podstawie wyników badań z 2012 roku):

- Ponad połowa badanych kobiet (56,5%) przyznała, że lekarz w czasie ich ciąży nie dyskutował z nimi problemu spożycia alkoholu w ciąży,
- W przypadku 42,1% kobiet, lekarz zalecał powstrzymanie się od picia jakiegokolwiek ilości alkoholu podczas ciąży,
- Znaczna liczba spośród kobiet informowana była przez lekarza, że picie małej ilości alkoholu jest dopuszczalne lub zalecane, aby utrzymać ciążę (0,6%), lub z innych niewymienionych przyczyn (0,8%).

Konsekwencje picia alkoholu w czasie ciąży:

Do najpoważniejszych konsekwencji picia alkoholu przez ciężarne dla płodu należą Zespół Alkoholowy Płodu, czyli FAS (Fetal Alcohol Syndrome) i jego mniej wyrazista odmiana FAE (Fetal Alcohol Effect). Charakteryzuje się on deformacjami twarzy, zaburzeniami wzrostu, trwałym uszkodzeniem mózgu oraz upośledzeniem umysłowym. Znane są również inne choroby o tej etiologii, defekty urodzeniowe związane z alkoholem (ARBD -Alcohol Related Birth Defects), oraz zaburzenia neurorozwojowe związane z alkoholem (ARND - Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder). ARBD może ujawnić się pod postacią choroby serca, zaburzeń słuchu i wzroku oraz choroby nerek. Zaś do objawów ARND należą uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego i zaburzenia psychiczne. Alkohol zwiększa również ryzyko wewnątrzmacicznego obumarcia płodu.

- W 2009 roku w przypadku kobiet, które piły alkohol, zwłaszcza w ciągu ostatnich 6 miesięcy: 13,7% dzieci urodziło się z wagą urodzeniową poniżej normy, 19,2% noworodków miało niską długość ciała (do 53 cm), 10,7% miało wynik w skali Apgar poniżej dobrego, u 16,1% noworodków wystąpiły wady wrodzone, 11,4% urodziło się przedwcześnie, a w 12,4% wystąpiły komplikacje w czasie ciąży.
- W 2012 roku, na 50 dzieci (2,3%) ze zgłoszonymi wadami wrodzonymi, u 0,5% rozpoznano: cechy zespołu FAS, wady wielogenowe, zmiany skórne, wady kończyn i palców oraz twarzoczaszki. Wśród cech zespołu FAS stwierdzono niedorozwój płytek paznokciowych, krótkie szpary powiekowe, brak rynienki nosowo-wargowej, zez, cienką górną wargę, krótką szyję.

Inne Substancje Psychoaktywne

W 2012 roku:

- **2,2% kobiet zadeklarowało przyjmowanie środków uspokajających lub nasennych.**

Większość środków przyjmowanych przez ciężarne była dostępna bez recepty (1,45%), część na receptę za wiedzą lekarza(0,99%) i tylko 0,18% na receptę bez wiedzy lekarza.

- **3,35% badanych zadeklarowało przyjmowanie innych środków psychoaktywnych** (narkotyki, dopalacze, środki pobudzające), z czego największa ilość kobiet (0,74%) przyznała się do stosowania haszyszu i marihuany podczas ciąży.

Prawie wszystkie respondentki były świadome, że zażywanie narkotyków i innych substancji psychoaktywnych jest bardzo ryzykowne dla zdrowia i życia płodu oraz matki (97-99%).

UZALEŻNIENIA JAKO PROBLEM SPOŁECZNY.

Aby uzmysłowić sobie skalę problemu uzależnień, warto przypomnieć, że Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) szacuje, iż problem uzależnienia od alkoholu dotyczy ok. 2% Polaków, a kolejne 8% stanowią dorośli i dzieci żyjący w najbliższym otoczeniu osoby uzależnionej. Janusz Sierosławski podaje z kolei, że

100-125 tyś. osób to problemowi użytkownicy narkotyków. (Sierosławski, „Problem narkotyków i narkomanii w Polsce. Rozmiary i trendy zjawiska”). Wg badań CBOS z 2012 roku:

- 1,5 % społeczeństwa jest zagrożonych uzależnieniem od Internetu,

- 3,2% społeczeństwa gra w gry hazardowe - z czego 0,2% jest uzależnionych od hazardu

Badania przeprowadzone przez Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii - Oddział w Gorzowie Wlkp. metodą A.N.I w 2011 roku wskazują na kontakty młodzieży gimnazjalnej z substancjami uzależniającymi:

- kontakt z narkotykami-17,3%
- kontakt z alkoholem niskoprocentowym - 77,7%
- kontakt z alkoholem wysokoprocentowym-70,9%
- kontakt z tytoniem - 48,7%
- kontakt ze sterydami -1,4%. dane dotyczące leczenia uzależnień w ośrodku terapii uzależnień „szansa” w 2012 roku:

- ilość osób przyjętych w poradni alkoholowej - 640, w tym - pijących szkodliwie i uzależnionych - 440, osób współuzależnionych oraz dorosłych dzieci alkoholików (DDA) - 195

- uzależnionych od hazardu - 5

- ilość osób przyjętych w poradni psychoaktywnej - 202 w tym 40 to rodzice lub partnerzy uzależnionych.

Konsekwencje uzależnień: Uszkodzenia zdrowia u dorosłych uzależnionych.

Znaczna część pacjentów leczących się w placówkach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej z powodu zaburzeń układu trawiennego, krążenia, neurologicznego, chorób płuc, nowotworów, urazów, nadużywa alkoholu - szacuje się, że dotyczy to ok. 2,5-3 mln osób.

Uszkodzenia rozwoju psychofizycznego młodzieży.

Zdaniem ekspertów poważne szkody związane z piciem alkoholu lub zażywaniem przez dzieci i młodzież występują u około 10 - 15% populacji w wieku między 15 a 18 rokiem życia, ale rozmiary realnych zagrożeń są znacznie wyższe. W ciągu ostatnich lat zwiększyła się ilość pijącej i upijającej się młodzieży, w szczególności dziewcząt, oraz zmniejszyła ilość abstynentów. Pojawił się problem uzależnień behawioralnych: 24% gorzowskiej młodzieży uważa Internet jako sposób na ucieczkę od problemów i szansę na poprawienie nastroju.

Szkody występujące u członków rodzin z problemem uzależnienia.

Występują one u około 3-4 mln osób (dorosłych i dzieci) i obejmują przede wszystkim schorzenia psychosomatyczne i zaburzenia emocjonalne spowodowane chronicznym stresem i przemocą oraz demoralizację, ubóstwo i obniżenie szans osiągnięcia kariery zawodowej.

Alkoholowa dezorganizacja środowiska pracy i bezrobotnych.

Szkody związane z piciem alkoholu w miejscu pracy obejmują przede wszystkim absencję, wypadki i obniżanie wydajności pracy. Wprawdzie spożycie alkoholu w miejscu pracy w latach zmniejszyło się w sposób istotny, jednak w dalszym ciągu stanowi to problem.

Naruszenia prawa i porządku przez osoby pod wpływem substancji uzależniających:

- liczba zatrzymanych kierowców za prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu w Gorzowie Wlkp. 2009 r.- 516,
- liczba osób zatrzymanych do wytrzeźwienia w gorzowskiej Izbie Wytrzeźwień 2009 r. - 3.117,

- przemoc w rodzinach z problemem uzależnień - w 2011 roku około 80% sprawców przemocy to osoby będące pod wpływem alkoholu lub narkotyków.

Użytki w ciąży - problem polskich kobiet?

Według badań GIS z 2012 roku 2,2% polskich kobiet w ciąży przyjmuje środki uspokajające lub nasenne, 7% pali papierosy, a aż 10,1% spożywa alkohol. Dodatkowo 22,5% ciężarnych jest codziennie narażonych na wdychanie dymu tytoniowego w domu.

O ile 90,2% kobiet, jako wysoki czynnik ryzyka dla rozwijającego się płodu, uznaje aktywne palenie tytoniu, świadomość na temat szkodliwości picia alkoholu jest dużo niższa. Nadal wiele Polek uważa, że picie niewielkich ilości alkoholu w trakcie ciąży nie jest szkodliwe dla płodu (2,5%). Niektóre z nich są zdania, że picie dużych ilości alkoholu nie jest w ogóle ryzykowne.

Niepokojącym jest również fakt, że aż 56,5% kobiet ciężarnych nie uzyskało od lekarza informacji na temat skutków spożycia alkoholu w ciąży. Co gorsza, 1,4% Polek dowiadywało się w gabinecie lekarskim, że picie małej ilości alkoholu w ciąży jest dopuszczalne lub nawet zalecane. W konsekwencji w 2012 roku u 0,5% badanych dzieci z wadami wrodzonymi stwierdzano cechy alkoholowego zespołu płodowego (FAS) w postaci m.in. niedorozwoju płytek paznokciowych, krótkich szpar powiekowych, braku rynienki nosowo-wargowej, zeza, cienkiej górnej wargi i krótkiej szyi.

W celu zmiany zachowań zdrowotnych przyszłych matek oraz poprawy zdrowia ich potomstwa Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutem Medycyny Pracy oraz Instytutem Medycyny Wsi rozpoczął realizację Profilaktycznego programu w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych współfinansowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Program potrwa 5 lat, a jego głównym celem jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym. W ramach programu zorganizowane zostaną: szkolenia dla personelu medycznego oraz nauczycieli, programy edukacyjne dla szkół ponadgimnazjalnych oraz zakładów pracy, a także elektroniczna platforma edukacyjna i kampania społeczna. Przewiduje się, że działaniami programowymi zostanie objęta grupa ok. 5 000 000 osób.

Całkowity budżet Projektu wynosi 4 045 519 CHF (12 456 154 PLN), z czego wartość dofinansowania Projektu przez stronę szwajcarską wynosi 85% i obejmuje kwotę 3 438 691 CHF (10 587 730 PLN), pozostałe 15% w kwocie 606 828 CHF (1 868 424 PLN) stanowi wkład krajowy zapewniony przez Ministra Zdrowia.

Opinie Konsultantów

Opinia w sprawie cewnikowania pęcherza moczowego u dzieci przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania z dnia 12.04.2013 r.

Zakres świadczeń, który powinien być realizowany przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania, określa Załącznik nr 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.10.2010 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Podstawowe zadania mieszczą się w obszarze profilaktyki pierwszo i drugorzędowej. Jednakże pkt 4 ust 2 Części I załącznika nr 4 do w/w rozporządzenia określa świadczenia w odniesieniu do dzieci z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w sposób następujący:

„... sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarskich oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem POZ, na której liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych, koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole...”.

Co to oznacza?

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania nie tylko może, ale powinna wykonać zabieg/procedurę związaną z cewnikowaniem pęcherza moczowego u ucznia, jeśli uczeń ma stwierdzoną chorobę przewlekłą lub niepełnosprawność, a wykonanie tego zabiegu np. odbarczenie moczu, jest konieczne do wykonania w trakcie pobytu ucznia w szkole.

Taki zabieg może być wykonany tylko na zlecenie lekarza POZ, na liście którego znajduje się uczeń i w porozumieniu z tym lekarzem, a nie na zlecenie poradni specjalistycznej. Oczywiście niezależnie od zlecenia lekarskiego, powinna być zgłoszona prośba rodziców i ich zgoda oraz zgoda ucznia, jeśli skończył 16 lat.

Nie istnieje akt prawny, który ograniczałby kompetencje pielęgniarek do cewnikowania tylko dziewczynek i wyłączałby z tych kompetencji cewnikowanie chłopców, Pielęgniarki wykonujące zabiegi/procedury cewnikowania pęcherza u uczniów, powinny posiadać wiedzę i umiejętności w stosowaniu zabiegu cewnikowania pęcherza moczowego dzieci obojga płci.

Pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, które nie wykonywały tych procedur, bądź ich umiejętności się zdezaktualizowały (co jest rzeczą oczywistą, jeśli zabiegów nie wykonuje się na co dzień), wówczas powinny nabyć wiedzę i umiejętności w toku kształcenia podyplomowego. Może to być krótki kurs doskonalący, który zostanie zorganizowany na bazie najbliższego ośrodka pediatrycznego przez podmiot prowadzący kształcenie.

dr n. med, Krystyna Piskorz-Ogórek Krajowy Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego

Opinia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego – Beata Ostrzycka

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 roku w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wprowadziło na listę refundacyjną lek Methotrexat o nazwie Metex do stosowania podskórnego roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce 50 mg/ml. Decyzja Ministra Zdrowia weszła w życie z dniem 01 lipca 2012 roku.

Decyzja refundacyjna dotyczy leczenia otwartego i umożliwia pacjentowi zakup leku na receptę w aptece. Dotychczas Methotrexat był refundowany w ramach programów terapeutycznych i na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2011 roku zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych w załączniku w części I „Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu terapeutycznych programów zdrowotnych oraz warunki ich realizacji”. Obecnie po wprowadzeniu decyzji Ministra Zdrowia od 01 lipca 2012 roku preparat Methotrexat jest dostępny zarówno w programach terapeutycznych i jako produkt leczniczy dostępny w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń lub we wskazaniu określonym stanem klinicznym.

Dostępność leku w ampułkostrzykawce stworzyła nowe możliwości leczenia, a przede wszystkim jest nowoczesnym rozwiązaniem technologicznym zarówno dla pacjenta jak i personelu medycznego. Jednocześnie jak każdy lek, również i preparat Metex może wywołać poważne działania niepożądane, również w przypadku podawania niewielkich jego dawek. Jednak o leczeniu danej jednostki chorobowej

preparatem Metex decyduje niewątpliwie lekarz. Decyzją lekarza o zastosowanym leczeniu jest również wydanie pisemnego zlecenia dla pielęgniarki na iniekcje zarówno w gabinecie pielęgniarki POZ jak i w domu chorego z dopisaniem klauzuli bez obecności lekarza.

Producent leku w ulotce informacyjnej podaje, że lek Metex powinien być podawany przez lekarza lub pracownika ochrony zdrowia lub pod jego nadzorem. Metex może być podawany w iniekcjach podskórnych, domięśniowych lub dożylnych. O wyborze drogi podania leku decyduje lekarz zaznaczając tą informację w pisemnym zleceniu. Jednak przeznaczenie leku Metex w leczeniu otwartym a obwieszonym w wykazie leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w części A 1 na dzień 01 listopada 2012r jest wyraźnie zaznaczone, że lek przeznaczony do podawania podskórnego.

Mając na uwadze powyższe i obowiązujące przepisy lek Methotrexat o nazwie Metex w dawce 50 mg/ml podskórnym na pisemne zlecenie lekarza specjalisty z zakresu reumatologii mogą podawać pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

KONSULTANT KRAJOWY
w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego
Beata Ostrzycka

Dokumentacja elektroniczna

Informacje z działalności Akredytowanego Centrum Badania

i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP ®) przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu

Uprzejmie informujemy, że Rada ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie przy CSIOZ-Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, w skład której wchodzi przedstawiciele ACBiR w Łodzi (mgr Dorota Kilańska – przewodnicząca Rady, dr n. med. Jolanta Glińska – Dyrektor ACBiR) powołała 2 zespoły, które pracują nad ujednoczeniem dokumentacji medycznej dla pielęgniarek:

1. Zespół ds. elektronicznego rekordu pacjenta (pracuje nad: schematem dokumentacji, ustalaniem rodzaju dokumentów wchodzących w skład dokumentacji pielęgniarskiej oraz nad tworzeniem tej dokumentacji dla różnych obszarów pielęgniarstwa)

2. Zespół ds. ICNP® (konsultuje i opracowuje plany opieki pielęgniarskiej w tym diagnozy wraz z interwencjami pielęgniarskimi dla różnych obszarów pielęgniarstwa w oparciu o międzynarodowy standard pielęgniarski opisany

w ISO 18104:2003). CSIOZ podjęło również działania mające na celu skonstruowanie narzędzia informatycznego ułatwiającego tworzenie planów opieki dla potrzeb dokumentacji elektronicznej, pozwalające na wystandaryzowanie ich dla praktyki.

Jednocześnie walidacji poddawane są skale oceny pacjenta zalecane przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN).

Przygotowano podstawowy schemat dokumentacji medycznej dla pielęgniarek, który został pozytywnie oceniony przez 80 pielęgniarek różnej specjalności jako przyjazny w pracy. Został zaproponowany następujący skład dokumentacji pielęgniarskiej w elektronicznym rekordzie pacjenta autorstwa pani mgr Ewy Orawczak, która współpracuje z mgr Marią Smalec, Władysławem Grabowskim, Iwoną Ługowską i Katarzyną Głodowską, z dużym zaangażowaniem Zespołu dr Anny Andruszkiewicz oraz dr Bożeny Gorzkowicz.

Kolejny etap prac to włączenie do karty oceny stanu pacjenta wystandaryzowanych skal oceny pacjenta oraz pilotaż w wybranych podmiotach leczniczych.

Informacje z działalności ACBiR ICNP ®

Schemat kompleksowej dokumentacji medycznej wg opracowania E. Orawczak

Schemat

kompleksowej dokumentacji w oddziale szpitalnym w wersji elektronicznej

W skład dokumentacji wchodzi:

1. Karta Wywiadu Pielęgniarskiego- zakładana w dniu przyjęcia pacjenta na oddział (odpowiedzi na zadawane pytania posiadają możliwość wyboru z dostępnych opcji)
2. Karta Oceny Stanu Pacjenta- wypełniona w dniu przyjęcia na oddział i uaktualniana co najmniej 1x w trakcie dyżuru (większość danych przechodzi automatycznie z Karty Wywiadu)
3. Plan Opieki Pielęgniarskiej – zawiera diagnozy, interwencje i potwierdzenie ich wykonania, utworzone w dniu przyjęcia i uaktualniane z listy diagnoz
4. Lista diagnoz pielęgniarskich z pełnym procesem pielęgnowania zgodnie z klasyfikacją ICNP
5. Karty ocen i pomiarów zgodna z ICNP- np. Karta ADL, .
6. Raport pielęgniarski – jako wyciąg z Karty Oceny Stanu Pacjenta (jest tworzony i drukowany samoczynnie z zaznaczonych punktów Karty Oceny Stanu Pacjenta)

7. Wypis pacjenta i karta wskazówek pielęgniarskich

Schemat dokumentacji::

Przyjęcie pacjenta na oddział:

1. wypełnienie karty wywiadu. program tworzy automatycznie: Ustalenie co najmniej 2 diagnoz 1. Plan Opieki Pielęgniarskiej z interwencjami pielęgniarskich z listy diagnoz do diagnoz ustalonych przy przyjęciu na oddział

2. Kartę Oceny Stanu Pacjenta, którą pielęgniarka uzupełnia Opieka ciągła nad pacjentem

1. aktualizacja Karty Oceny Stanu Pacjenta 1. program przenosi wszystkie poprzednie zapisy oznaczone parafką pielęgniarki

2. aktualizacja Kart ceny i pomiarów do „historii” aby kolejna pielęgniarka mogła potwierdzić wykonanie zadania

3. aktualizacja Planu Opieki 2. program drukuje Raport Pielęgniarski z ustalonych pozycji Karty Oceny Stanu (poprzez zaznaczanie parafką faktu Pacjenta realizacji planu opieki)

Kierownik Akredytowanego Centrum Badania i Rozwoju
dr n. med. Jolanta Glińska

Łódź, 26 kwietnia 2013 r.

Akredytowane Centrum Badania i Rozwoju ICNP ® przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi

Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu

ul. Prezydenta Gabriela Narutowicza 58

90-136 Łódź, Tel. 42 678 87 53, fax. 42 678 03 67 email:

jolanta.glińska@umed.lodz.pl

Kwalifikacje zawodowe

Szanowne Panie Pielęgniarki i Położne,

wygraliśmy!

Polska pielęgniarka i położna nie będzie już dyskryminowana w Europie.

Z przyjemnością informuję Państwa, że w mojej komisji Rynku Wewnętrznego i Ochrony Konsumentów IMCO w Parlamencie Europejskim, w której mam przyjemność pracować od wielu lat, w czasie głosowania w dniu 23 stycznia br. wszystkie moje poprawki złożone i wynegocjowane z przedstawicielami innych państw członkowskich w sprawie uznawania kwalifikacji polskich pielęgniarek i położnych, które ukończyły przed wejściem Polski do UE w 2004 roku licea medyczne, zostały przegłosowane na TAK.

Ostateczne potwierdzenie tego faktu, mam nadzieję, będzie miało miejsce na sesji plenarnej w Strasburgu w maju br. i wtedy będzie to powód do świętowania.

Co to oznacza w praktyce?

Obecnie tylko pielęgniarki posiadające dyplomy magistra oraz licencjata uzyskane w wyniku kształcenia rozpoczętego

po 1 maja 2004 r., w tym dyplomy licencjata uzyskane po tzw. studiach pomostowych, a także pielęgniarki posiadające dyplomy licencjata uzyskane w szkołach wyższych w wyniku kształcenia rozpoczętego przed 1 maja 2004 r., mają uznawane kwalifikacje zawodowe w sposób automatyczny, bądź tak jak w drugim wspomnianym przypadku, automatycznie po wykazaniu się dodatkowo odpowiednim doświadczeniem zawodowym.

Z tego szybkiego systemu uznawania kwalifikacji zawodowych nie mogą korzystać pielęgniarki, które ukończyły licea medyczne. Swoje kwalifikacje mogą uznać tylko w procedurze ogólnego systemu uznawania kwalifikacji (a więc nie automatycznie), przewidzianej dla wszystkich innych zawodów regulowanych, która jest długotrwała i złożona.

Dzięki zaproponowanym przeze mnie poprawkom pielęgniarki i położne, które ukończyły licea medyczne również będą miały uznawane kwalifikacje w sposób automatyczny, tak jak wszystkie inne pielęgniarki posiadające powyżej wymienione dyplomy, a więc na takich samych zasadach, jak wszystkie inne pielęgniarki w Unii Europejskiej.

Aby zobaczyć mój profil

kliknij: www.malgorzatahandzlik.com

A mówimy tutaj o niemałej grupie zawodowej, bo ponad 70% czynnych zawodowo polskich pielęgniarek to właśnie absolwentki liceów medycznych.

Podczas dyskusji wskazywałam, że specjalne dodatkowe wymogi ustalone wyłącznie dla części polskich pielęgniarek po liceach medycznych nie znajdują żadnego uzasadnienia. Wszystkie bowiem pielęgniarki w Polsce, niezależnie od formy poprzedniego czy obecnego systemu kształcenia są traktowane jednakowo i jako pielęgniarki wykonują te same czynności zawodowe, posiadają te same kompetencje i uprawnienia właściwe dla pielęgniarki opieki ogólnej, dlatego też nie mogą być w ten sposób dyskryminowane.

To, co nie udało się w 2005 roku, uda się, mam nadzieję, teraz w maju 2013 roku.

Cieszy mnie fakt, że liczne spotkania i rozmowy z posłami Parlamentu Europejskiego, z przedstawicielami Komisji Europejskiej, oraz nieustanne przedstawianie naszych postulatów na forum komisji Rynku Wewnętrznego i Ochrony Konsumentów, a także spotkania z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, przedstawicielami polskich pielęgniarek oraz z dwiema ważnymi postaciami, które od samego początku walczyły o tę sprawę, a mianowicie z panią Dorotą Gardias, wiceprzewodniczącą Forum Związków Zawodowych, były przewodniczącą Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz panią Marią Brzezioską, ekspertem FZZ, były przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach, przyniosły od lat oczekiwane rezultaty.

To ogromny sukces, bo nie tylko daje równe szanse na rynku pracy naszym polskim pielęgniarkom, ale też pokazuje, że

ponad 8-letnie członkostwo Polski w Unii Europejskiej przekonało do nas pozostałe państwa członkowskie, które traktują nas jak równego partnera.

Uwzględnienie polskiego postulatu było dla mnie osobiście ogromnie ważne, ponieważ spełnia on oczekiwania naszych obywateli odnośnie do równego traktowania w pełni wykwalifikowanych pracowników na obszarze Unii Europejskiej. Wszystkie nasze pielęgniarki i położne bez wyjątku, posiadają wysokie kwalifikacje zawodowe i walczyłam właśnie o to, aby były docenione w Unii Europejskiej, i to się udało.

Kochane Panie,

zwracam się do Was z prośbą o przekazanie i udostępnienie powyższych informacji jak najszerszemu gronu Pań pielęgniarek i położnych.

Mam nadzieję, że sesja plenarna Parlamentu Europejskiego w maju potwierdzi te wszystkie korzyści dla polskich pielęgniarek i położnych, a o rezultacie ostatecznego głosowania poinformuję was osobiście.

Z wyrazami szacunku,

Małgorzata HANDZLIK

Posel do Parlamentu Europejskiego

Biuro regionalne ul. Wzgórze 20 43-300 Bielsko-Biała
Tel: +48 33 814 22 22 Fax: +48 33 814 22 22

Parlament Europejski
60, rue Wiertz B-1047 Bruksela
Tel: +32(0)2 28 45319 Fax: +32(0)2 28 49319

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 21 grudnia 2010 r.

w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

(Dz.U. z 2012 r., poz. 1531;ostatnia zmiana: Dz.U. z 2012 r., poz. 583)

Rozdział 4

Dokumentacja pielęgniarki i położnej udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej

§ 62. 1. Pielęgniarka udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej, z wyłączeniem wykonywania indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, prowadzi dokumentację indywidualną:

1) wewnętrzną w formie:

- a) karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej,
- b) karty wywiadu środowiskowo-rodzinnego,
- c) karty wizyty patronażowej;

2) zewnętrzną w formie opinii, zaświadczenia oraz innych dokumentów o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzanych na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów.

2. Pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego dokonuje wpisów w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej prowadzonej przez podmiot leczniczy, w sposób określony w rozdziale 2.

wersja obowiązująca od 2013-01-01

§ 63. 1. Położna udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej, z wyłączeniem indywidualnej praktyki położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, prowadzi dokumentację indywidualną:

1) wewnętrzną w formie:

- a) karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną,
- b) karty wizyty patronażowej,
- c) karty obserwacji przebiegu porodu;

2) zewnętrzną w formie karty przebiegu ciąży, opinii, zaświadczenia, skierowania na badania diagnostyczne, książeczki zdrowia dziecka oraz innych dokumentów o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzanych na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów.

2. Położna wykonująca indywidualną praktykę położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego dokonuje wpisów w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej prowadzonej przez podmiot leczniczy, w sposób określony w rozdziale 2.

§ 64. Kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej, kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, kartę wizyty patronażowej i kartę wywiadu środowiskowo-rodzinnego zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy.

wersja obowiązująca od 2013-01-01

§ 65. 1. Dokumentacja, o której mowa w § 62 ust. 1 pkt 1 oraz w § 63 ust. 1 pkt 1 lit. a i b, zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1–4 oraz dodatkowo:

1) informacje dotyczące stanu zdrowia, chorób oraz problemów zdrowotnych pacjenta;

2) informacje dotyczące porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych;

3) informacje dotyczące oceny środowiskowej;

4) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a–d, w przypadku wykonywania zleceń lekarskich.

2. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób oraz problemów zdrowotnych zawiera informacje, o których mowa w § 42 ust. 3.

3. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 42 ust. 4 pkt 1–3 i 7.

4. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, w części dotyczącej oceny środowiskowej zawiera informacje uzyskane na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

wersja obowiązująca od 2013-01-01

§ 66. W przypadku przyjmowania porodu przez położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy § 16 i § 21.

wersja obowiązująca od 2013-01-01

§ 67. Do prowadzenia karty przebiegu ciąży przez położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy § 43.

Rozdział 6

Przechowywanie dokumentacji

§ 72. 1. Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził.

2. Dokumentacja zewnętrzna w postaci zleceń lub skierowań jest przechowywana przez podmiot, który zrealizował zleczone świadczenie zdrowotne.

§ 73. Podmiot zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem,

uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.
wersja obowiązująca od 2013-01-01

§ 74. Miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej określa podmiot.

wersja obowiązująca od 2013-01-01

§ 75. 1. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo osoby, o której mowa w § 8 pkt 2, za pokwitowaniem.

2. (uchylony).

wersja obowiązująca od 2013-01-01

§ 76. 1. W przypadku wykreślenia podmiotu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą miejsce przechowywania dokumentacji wskazuje ten podmiot, a w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą – podmiot tworzący.

2. W przypadku gdy wykreślenie podmiotu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą następuje na podstawie art. 108 ust. 2 pkt 1–4, 6 lub 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, organ prowadzący rejestr wzywa ten podmiot do wskazania miejsca przechowywania dokumentacji w wyznaczonym terminie, a po jego bezskutecznym upływie wskazuje miejsce przechowywania dokumentacji.

3. Jeżeli zadania podmiotu wykreślonego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą przejmuje inny podmiot, podmiot ten przejmuje również dokumentację.

§ 77. W przypadku zaprzestania wykonywania zawodu lekarza w ramach praktyki lekarskiej albo zawodu pielęgniarki albo położnej w ramach praktyki pielęgniarki, położnej, odpowiednio lekarz, pielęgniarka albo położna wydają dokumentację na wniosek uprawnionych podmiotów, za pokwitowaniem.

Rozdział 7

Udostępnianie dokumentacji

§ 78. 1. Podmiot udostępnia dokumentację podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki.

2. W przypadku udostępnienia dokumentacji w sposób określony w art. 27 pkt 3 ustawy należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.

§ 79. W przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowa wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.

Do pobrania ze strony internetowej <http://www.oipip.gorzow.pl/>
wersja obowiązująca od 2013-01-01

LIST GRATULACYJNY

W imieniu swoim i kierowniczej kadry pielęgniarskiej w Drezdenku pragnę złożyć serdeczne podziękowania i wyrazy uznania dla Pań pielęgniarek:

**Lidii Karolczuk, Katarzyny Kurlowicz, Ewy Łabowskiej-Tomczuk, Iwony Szczerbo, Katarzyny Jankowskiej
Wioletty Maślińskiej**

za zajęcie wysokich miejsc w konkursie „ Nowoczesna i kompetentna pielęgniarka, położna” zorganizowanym przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.

Dziękujemy, iż swoimi osiągnięciami sławicie dobre imię kadry pielęgniarskiej Powiatowego Centrum Zdrowia w Drezdenku. Życzymy dalszych sukcesów zarówno zawodowych i osobistych , a za trud włożony w proces kształcenia serdecznie dziękuję w imieniu swoim i pielęgniarskiej kadry kierowniczej

pozostają z uznaniem

Justyna Podgórna-Kuchowicz
Naczelną Pielęgniarką

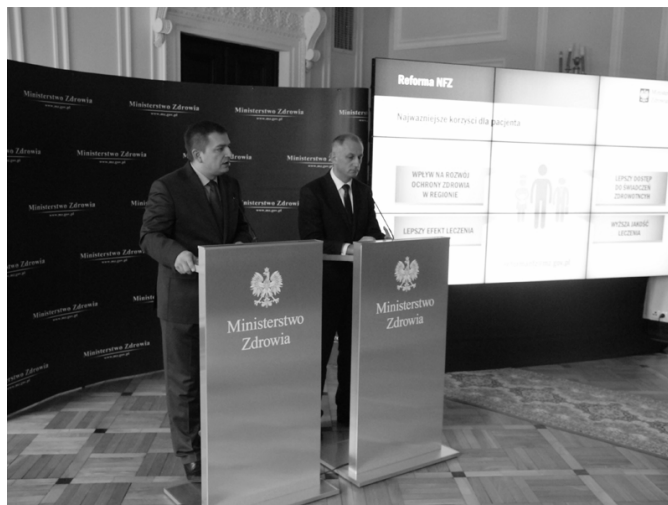
Konferencja prasowa Ministra Zdrowia

Minister Bartosz Arłukowicz przedstawił kierunki reformy Narodowego Funduszu Zdrowia

W dniu 22 marca 2013 r. w Ministerstwie Zdrowia odbyła się konferencja prasowa z udziałem ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza i sekretarza stanu Sławomira Neumanna.

Podczas konferencji minister Bartosz Arłukowicz przedstawił kierunki reformy Narodowego Funduszu Zdrowia, która będzie polegała na: likwidacji centrali NFZ, powierzeniu przeprowadzania wyceny świadczeń oraz nadzoru nad funkcjonowaniem wojewódzkich funduszy Urzędowi Ubezpieczeń Zdrowotnych, premiowaniu placówek medycznych, które leczą najefektywniej, najszybciej i najbezpieczniej, powierzeniu wojewodom opracowania regionalnych map oceny potrzeb zdrowotnych oraz zbudowaniu spójnego systemu planowania inwestycji medycznych w regionach. Następnie wiceminister Sławomir Neumann omówił m.in. cele i oczekiwane efekty tworzenia regionalnych map zapotrzebowania zdrowotnego.

Minister Arłukowicz zaznaczył, że chce by zmiany organizacyjne zostały przeprowadzone w bezpieczny, nieodczuwalny dla pacjentów sposób. Podkreślił potrzebę debaty publicznej i gotowość przeprowadzenia szerokich konsultacji społecznych. Już od dzisiaj wszyscy zainteresowani mogą za pośrednictwem poczty elektronicznej przesyłać uwagi na temat funkcjonowania i reformy NFZ na adres mailto: reformanfz@mz.gov.pl.



Minister omówił również założenia strategii zmian w systemie ochrony zdrowia. Będą one wprowadzane przygotowywanymi przez resort aktami prawnymi: ustawą reformującą NFZ, ustawą o konsultantach krajowych, ustawą o zdrowiu publicznym i o szpitalach klinicznych oraz ustawą o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Zapowiedział także nowelizację ustawy refundacyjnej.

/-/Krzysztof Bąk Rzecznik Prasowy

Projekt planu szkoleń i konferencji OIPIP w Gorzowie Wlkp. W 2013 roku

L P.	TEMAT	PLANOWANY TERMIN	ORGANIZATOR
1	Standard opieki okołoporodowej	2 październik 2013r.	Komisja ds. położnych
2	Zagrożenia epidemiologiczne na stanowisku pracy pielęgniarki i położnej POZ i DPS	II półrocze 2013r.	Konsultant wojewódzki w dziedzinie: pielęgniarstwa epidemiologicznego i pielęgniarstwa rodzinnego. Komisje: POZ, DPS, ds. pielęgniarstwa epidemiologicznego
3	„Pielęgniarstwo: prawo – praktyka – etyka”.	16 październik 2013r.	Komisja ds. Etyki ORZOZ
4	Leczenie nerkozastępcze i wybrane zagadnienia z anestezjologii i ratownictwa medycznego	6-7 września 2013r. Gronów 32 Bukowy Dworek koło Łagowa	Komisja ds. Pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki
5	ADHD- zaburzenia hiperkinetyczne, Fobie, depresje, samobójstwa, zaburzenia rozwojowe u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.	II półrocze 2013r.	Komisja POZ
6	Organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą	II półrocze 2013r.	Helena Hatka Senator Rzeczypospolitej Polski ORPIP
7	Pielęgnowanie pacjenta w opiece długoterminowej	24 września 2013r.	Komisja ds. Pielęgniarskiej Opieki Długoterminowej

**Projekt „Samodzielna i profesjonalna pielęgniarka, położna” realizowany przez
Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp., ul. Obrońców Pokoju 60/1-2 66-400 Gorzów Wlkp.**

tel. 095-729-67-84 fax. 095-729-67-83

Egzaminy końcowe kursów w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Priorytet VIII „Regionalne kadry gospodarki”, Działanie 8.1 „Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie”, Poddziałanie 8.1.1 „Wspieranie rozwoju kwalifikacji zawodowych i doradztwo dla przedsiębiorstw”,

07.05.2013r odbył się egzamin kursu „Pielęgniarstwo Onkologiczne”- 25 uczestniczek zdały pomyślnie egzamin i otrzymały zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego.

12.06.2013r. odbył się egzamin kursu „Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową”- 24 uczestniczki zdały pomyślnie egzamin i otrzymały zaświadczenie o ukończeniu kursu specjalistycznego.

Gratulujemy!

Od września 2013r. planowane są dwa kursy:

kurs specjalistyczny **Resuscytacją krążeniowo- oddechowa** – I edycja dla 25 osób

kurs specjalistyczny **Szczepienia ochronne dla pielęgniarek** dla 25 osób

Ze względu na brak zainteresowania kursem „Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych” otrzymaliśmy zgodę od Departamentu Europejskiego Funduszu Społecznego w Zielonej Górze na zmianę w/w kursu na kurs specjalistyczny **Szczepienia ochronne dla pielęgniarek**. Wobec tego od 1 sierpnia 2013r. rozpoczynamy nabór na kursy:

kurs specjalistyczny **Resuscytacją krążeniowo- oddechowa**

kurs specjalistyczny **Szczepienia ochronne dla pielęgniarek**

Dokładna informacja nt. rekrutacji na kursy zamieszczona jest na stronie internetowej www.oipip.gorzow.pl Przyjmowane będą kompletne wnioski tj. wniosek + załączniki (zamieszczone w zakładce- rekrutacja)

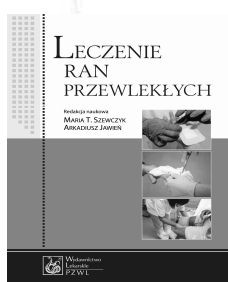
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Leczenie ran przewlekłych

Maria T. Szewczyk, Arkadiusz Jawień (red.)

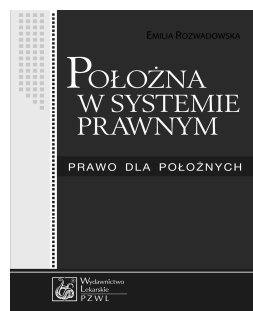
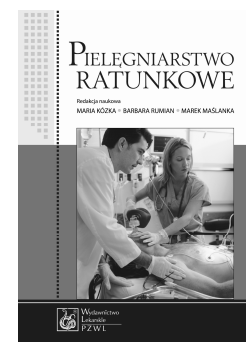
W książce przedstawiono etiopatogenezę, epidemiologię i najnowsze sposoby postępowania w przypadku ran przewlekłych. W poszczególnych rozdziałach omówiono: owrzodzenia kończyn dolnych, stopę cukrzycową, odleżyny, oparzenia, mikrobiologię ran przewlekłych, postępowanie w bólu przewlekłym, rehabilitację, opatrunki specjalistyczne oraz odżywianie chorych.

Książka adresowana do studentów pielęgniarstwa, pracujących w zawodzie pielęgniarek, a także może być wykorzystana w szkoleniu przed- i podyplomowym.

Pielęgniarstwo ratunkowe Maria Kózka, Barbara Rumian, Marek Maślanka (red.)

Książka jest doskonałym przewodnikiem dla pielęgniarek i przedstawicieli innych zawodów medycznych w zdobywaniu i uzupełnianiu wiedzy niezbędnej w ratowaniu życia ludzi. Celem autorów było usystematyzowanie i racjonalizacja działań medycznych podejmowanych przez pielęgniarki w stanach nagłych zagrożenia życia.

W książce uwzględniono zagadnienia z zakresu podstaw prawnych i organizacji ratownictwa medycznego, kwalifikacji zespołów ratownictwa medycznego i zasad współpracy oraz postępowania w wybranych stanach zagrożenia życia. Ostatni rozdział dotyczy najważniejszych procedur postępowania pielęgniarskiego w ratownictwie medycznym, w tym procedury samodzielnie wykonywane przez pielęgniarki i asystowanie do procedur diagnostycznych i terapeutycznych wykonywanych przez lekarza.



Położna w systemie prawnym Emilia Rozwadowska

Publikacja w przejrzysty sposób przedstawia obowiązujące regulacje prawne związane z wykonywaniem zawodu położnej. Autorka podaje konkretne ustawy i rozporządzenia, a także wprowadza Czytelnika w strukturę prawa i terminologię prawniczą. W książce wyjaśniono przede wszystkim: podstawowe informacje z zakresy prawa, przepisy dotyczące wykonywania zawodu położnej oraz podstawy prawne funkcjonowania samorządu pielęgniarek i położnych.

Książka skierowana jest do położnych już czynnie pracujących, a także do studentów położnictwa.

Łączymy się z Tobą w smutku

Sercem jesteście z Tobą....

Pielęgniarki

Barbarze Brzezińskiej

wyrazy szczerego współczucia

z powodu śmierci

TATY

Składa personel Oddziału Rehabilitacji SPSzW w Gorzowie Wlkp.

Kalendarium

24.04.2013r. – Posiedzenie komisji problemowej ds. pielęgniarek i położnych POZ oraz Oddziału Terenowego Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce

25.04.2013r. – Konferencja nt.: „Uzależnienia XXI wieku” zorganizowana przez komisję problemową ds. pielęgniarstwa psychiatrycznego działającą przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. w Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyzrzeczu.

08.05.2013r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.

09.05.2013r. – Posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych.

16.05.2013r. – Przewodnicząca ORPiP Aldona Stańko oraz Wiceprzewodnicząca ORPiP Maria Teresa Ziółkowska spotkały się z Posłem RP Bożeną Sławiak by omówić problemy pielęgniarek.

17.05.2013r. – Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

20.05.2013r. – Przewodnicząca ORPiP Aldona Stańko spotkała się z Posłem RP Witoldem Pahl by omówić problemy pielęgniarek i położnych.

22.05.2013r. – Obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej połączone z rozstrzygnięciem konkursu „Nowoczesna i kompetentna pielęgniarka, położna” w Teatrze im. Juliusza Osterwy w Gorzowie Wlkp.

24.05.2013r. – Posiedzenie komisji problemowej ds. Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki.

03.06.2013r. – Przewodnicząca ORPiP Aldona Stańko uczestniczyła w dyskusji panelowej podczas konferencji pn.: „Krajowa oraz regionalna polityka przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz przemocy ze względu na płeć” w Lubuskim Urzędzie Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp.

04.06.2013r. – Przewodnicząca ORPiP Aldona Stańko oraz Wiceprzewodniczącą Maria Teresa Ziółkowska spotkały się z Posłem RP Maciejem Mroczkiem by omówić problemy pielęgniarek i położnych.

04.06.2013r. – Egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Endoskopia”.

05.06.2013r. – Przewodnicząca ORPiP Aldona Stańko uczestniczyła w Lubuskiej Radzie Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim w Zielonej Górze poświęconej ustaleniu Strategii Zdrowia Województwa Lubuskiego w latach 2014-2020.

10.06.2013r. – Przewodnicząca ORPiP Aldona Stańko uczestniczyła w spotkaniu z Senator RP Heleną Hatką, podczas którego omówiono organizację planowanej wspólnie konferencji nt. roli pielęgniarki medycyny szkolnej w zakresie profilaktyki zdrowia wśród dzieci i młodzieży.

12.06.2013r. – Egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową” finansowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

14.06.2013r. – Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności zawodowej Pielęgniarek i Położnych, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych, Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Kadry Kierowniczej oraz Pełnomocnych Przedstawicieli. 14.06.2013r. - Szkolenie nt.: „Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej u progu XXI wieku”

14.06.2013r. – warsztaty z zakresu „Praktyczne zastosowanie ICNP w praktyce pielęgniarskiej”.

18-19.06.2013r. – Przewodnicząca ORPiP Aldona Stańko uczestniczyła w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.