

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



w numerze:

Zasady stosowania przymusu bezpośredniego s. 4

Przypadkowe zabicie-nieprzypadkowa wiedza s. 15

MCO - Euromedic Onkoterapia s. 18

Po wakacjach

Sezon wakacyjno-urlopowy już za nami. To czas odpoczynku i nadrobienia wszystkich domowych zaległości. Urlop, wakacje sprzyjają powstawaniu wielu zabawnych sytuacji, które na długo zapadają w naszej pamięci. Często o nich wspominamy, stają się one źródłem anegdot, żartów a czasami są przestrogą dla innych.



Justyna Łaska
przewodnicząca
ORPiP w Koszalinie

Zachęcamy więc wszystkich do wzięcia udziału w konkursie na najzabawniejszą historię związaną z wykonywaniem naszej pracy lub opisującą wakacyjne zdarzenia czy przygody. Wszystkie prace będą publikowane na łamach biuletynu, zaś najlepsze zostaną wyróżnione – nagrodą niespodzianką.

W bieżącym numerze Biuletynu informujemy o ważnych sprawach związanych z wykonywaniem naszych zawodów, m.in. o przedłużeniu terminu dla osób wykonujących zawód medyczny w ramach praktyki zawodowej na dostosowanie swojej działalności do dnia 31 grudnia 2012 roku, co jest szczególnie ważne dla pielęgniarek i położnych działających w ramach indywidualnych i grupowych praktyk zawodowych. Zmiana ta spowodowana została nowelizacją ustawy o działalności leczniczej. Ponadto przedstawiamy wykaz aktów prawnych, których treść znajdziecie Państwo na www.mz.gov.pl, a także informację na temat propozycji obniżenia wieku emerytalnego i emerytur pomostowych dla pielęgniarek i położnych.

W numerze znajdziecie Państwo również wiele ciekawych artykułów naszych koleżanek związanych z ich codzienną pracą np. jak w codziennej pracy powinien być stosowany przymus bezpośredni wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

W kąciku kulinarnym proponujemy smaczne pysie na jesienne dni, które mogą być podane na słodko np. z owocami lub na ostro np. z sałatkami.

Na łamach numeru prezentujemy informacje o Międzynarodowym Centrum Onkoterapii – Euromedic Onkoterapii, które od 2011 działa w Koszalinie.

Zapraszamy wszystkie pielęgniarki i położne oraz pielęgniarzy do korzystania z oferty kursów organizowanych przez naszą izbę. Osoby zainteresowane prosimy o przesyłanie formularzy zgłoszeniowych.

Już dziś zapraszamy osoby chętne do wzięcia udziału w konferencjach: „Komunikacja w zespole terapeutycznym w zakresie opieki ginekologiczno-położniczej” i „Wybrane zagadnienia rozwoju somatyczno-płciowego dziewcząt”.

Zapraszam do lektury coraz bardziej kolorowego biuletynu „Morze spraw”.

UWAGA ! UWAGA ! UWAGA ! UWAGA ! UWAGA !

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych przestrzega przed firmami komercyjnymi przesyłającymi osobom, które założyły działalność leczniczą, ofert dokonania wpisu w prowadzonych przez siebie rejestrach. Wpis do tych rejestrów nie upoważnia do wykonywania działalności gospodarczej na terytorium Polski i nie jest wymagany przez przepisy prawa. Dane prezentowane w pismach pochodzą z ogólnodostępnej Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności Gospodarczej w której rejestracja jest całkowicie bezpłatna.

Komunikat Ministerstwa Gospodarki

Ministerstwo Gospodarki uprzejmie przypomina, że rejestracja w CEIDG jest całkowicie bezpłatna.

Na rynku funkcjonują firmy komercyjne przesyłające przedsiębiorcom oferty dokonania wpisu do prowadzonych przez siebie rejestrów. Wpis do tych rejestrów nie upoważnia do wykonywania działalności gospodarczej na terytorium Polski. Ma on charakter czysto informacyjny czy reklamowy. Podanie przez przedsiębiorców swoich danych takim firmom, a także wniesienie ewentualnych opłat, jest całkowicie dobrowolne.

Publikowane przez takie firmy dane nie korzystają z domniemania wiarygodności, a fakt figurowania podmiotu w takim rejestrze w żaden sposób nie świadczy o formalnoprawnym zarejestrowaniu firmy. Tworzone przez tego typu firmy ewidencje stanowią próbę powielenia ogólnodostępnych bezpłatnych informacji o przedsiębiorcach, zawartych w publicznych rejestrach CEIDG czy też Regon.

MG nie ponosi odpowiedzialności za zawartość jakichkolwiek spisów przedsiębiorców prowadzonych przez firmy komercyjne. Zalecamy przedsiębiorcom rozagę przed podejmowaniem współpracy z firmami oferującymi odpłatne wpisy do komercyjnych rejestrów.

DZIAŁY TEMATYCZNE

DOBRA PRAKTYKA	4
KALENDARIUM	10
WOKÓŁ SAMORZĄDU	11
AKTUALNOŚCI	15
WARTO WIEDZIEĆ	20
PORADY PRAWNE	26
SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE	27
OGŁOSZENIA	29
W WOLNEJ CHWILI	30
WARTO ZOBACZYĆ	32
KONDOLENCJE	34

WAŻNE DATY

21.09 Światowy Dzień Osób z Chorobą Alzheimera
 28.09 Światowy Dzień Serca
 01.10 Międzynarodowy Dzień Lekarza
 10.10 Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego
 17.10 Dzień Walki z Rakiem
 24.10 Dzień walki z otyłością
 09.11 Światowy Dzień Jakości
 14.11 Światowy Dzień Chorych na Cukrzycę
 01.12 Dzień walki z AIDS

Wydawca Biuletynu Informacyjnego „Morze Spraw”

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie
 tel. 94 342 59 93

Redaktor Naczelna: Grażyna Margas
 Zespół redakcyjny: Justyna Laska, Monika Zaremba
 Sekretarz redakcyjny: Aneta Artkowska-Leszcz

Druk: Pracownia Poligraficzno-Introligatorska
 INTRO-DRUK Anna Dębińska
 ul. Przemysłowa 3b, 75-216 Koszalin, tel./fax 94 341 60 27

Nakład: 1000 egzemplarzy

Wydawca zastrzega sobie możliwość skracania i poprawy
 stylistycznej materiału.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Koszalinie

ul. Zwycięstwa 190
 75-950 Koszalin

www.oipip-koszalin.org
 e-mail: izba@oipip-koszalin.org

sekretariat: tel. 94 342 59 93
 fax 94 348 90 97
 rejestr: tel. 94 347 15 78
 dział kształcenia: tel./fax 94 341 11 02

Bank PEKAO S.A. II Oddz. Koszalin
 32124036531111000041892750

Przewodnicząca Okręgowej Rady
 - Justyna Laska

Wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady
 - Anna Burdziej
 - Krystyna Morawska

Sekretarz Okręgowej Rady
 - Katarzyna Nowak

Skarbnik Okręgowej Rady
 - Bożena Wojcikiewicz

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności
 Zawodowej Pielęgniarek i Położnych**
 - Danuta Wojewska
 pełni dyżur w siedzibie OIPiP w Koszalinie
 przy ul. Zwycięstwa 190 IIIp.
 w każdy drugi wtorek miesiąca w godz. 14:00-15:00
 oraz ostatni wtorek miesiąca w godz. 15:00-16:00

**Przewodnicząca Okręgowego Sądu
 Pielęgniarek i Położnych**
 - Ewa Wojciechowska

**Przewodniczący Okręgowej Komisji
 Rewizyjnej**
 - Dominik Jawilak

Biuro:
 Sekretariat OIPiP czynny codziennie
 w godz. 7:30-15:30, wtorek 9:00-17:00
 - Bożena Pstrągowska

Dział Prawa Wykonywania Zawodu
 - Barbara Taterka

*Dział Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek
 i Położnych*
 - Liliana Kowalewska

Radca Prawny OIPiP
 - Irena Renda
 Udziela porad w zakresie prawa pracy oraz
 przepisów związanych z wykonywaniem zawodu
 pielęgniarki/położnej we wtorki od godz. 9:00
 po uprzednim uzgodnieniu telefonicznym
 tel. 94 342 59 93

Stosowanie standardu przymusu bezpośredniego na przykładzie Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie

W kontekście nowelizacji ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego z grudnia 2010 roku oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania coraz częściej powraca temat zasadności oraz warunków zastosowania przymusu bezpośredniego.



Zgodnie z art. 18 pkt 3 Ustawy przymus bezpośredni może polegać na: przytrzymaniu tj. krótkotrwałym unieruchomieniu z użyciem siły fizycznej; przymusowym podaniu leków tj. wprowadzenie leków do organizmu osoby bez jej zgody, doraźne lub przewidziane planem leczenia; unieruchomieniu tj. dłużej trwającym obezwładnieniu; izolacji tj. umieszczenie osoby pojedynczo w zamkniętym pomieszczeniu. Częstość używania tych środków w interwencji medycznej, a także warunki i sposób w jaki są one wykorzystywane przez personel medyczny, stwarza konieczność gruntownej analizy i przemyślenia roli, jaką powinny pełnić w codziennej pracy lekarzy i pielęgniarek.

Naturalne prawo do godności człowieka zostało wskazane w art. 30 Konstytucji, który stwierdza, że „Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela...”. Artykuł ten stanowi, że godność jest nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”. W ujęciu konstytucyjnym jedyną dopuszczalną prawem możliwość ingerencji lub ograniczenia wolności osobistej określa artykuł 43 Konstytucji, który „gwarantuje zapewnienie każdemu wolności osobistej i nietykalności osobistej” określając jednocześnie, że „Pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie.” Z kontekstu obu tych przepisów wynika, że Państwo gwarantując poszanowanie i ochronę wolności osobistej jako nadrzędnej wartości w życiu człowieka dopuszcza jej naruszenie jedynie z mocy prawa i na warunkach ściśle określonych w akcie prawnym o mocy

ustawy. Z normy tej wynika także ważny wniosek, który wpływa na proces tworzenia wykładni prawa: żaden inny akt prawny nie może być odczytywany wbrew lub z naruszeniem warunków ustawowych ograniczenia prawa wolności – jest to podstawowy mechanizm gwarantujący bezpieczeństwo obywateli. Należy także zwrócić uwagę, że artykuł 43 odnosi się do każdej istoty ludzkiej, bez względu na jej wiek, pochodzenie czy stan zdrowia.

W Szpitalu Wojewódzkim w Koszalinie w ramach działalności Komitetu Jakości już w marcu 1998 roku został powołany Zespół Problemowy ds. Praw Pacjenta. Początkowo zespół opracował treść pierwszej „Karty Praw Pacjenta” oraz wdrożył „Standard informowania pacjenta o przysługujących mu prawach w Szpitalu Wojewódzkim w Koszalinie”. Zespół ds. Praw Pacjenta rozpoznał problemy istniejące w oddziałach szpitalnych związane z przestrzeganiem praw przysługujących każdemu pacjentowi. Na tej podstawie członkowie Zespołu ustalili nowe zadania do dalszych działań. Wśród nich znalazło się opracowanie i wprowadzenie w życie standardu stosowania przymusu bezpośredniego. Stosowanie unieruchomienia ma duże znaczenie z punktu widzenia pacjenta i jego rodziny. Członkowie Zespołu wyrażali więc stanowisko, iż wprowadzenie uregulowań wewnątrzszpitalnych w omawianym zakresie, zabezpieczenie oddziałów w sprzęt i szkolenie personelu pozwolą w znacznym stopniu poprawić komfort pobytu chorych w szpitalu i zabezpieczyć realizację przysługujących im praw.

Próbując określić skalę występowania zjawiska członkowie Zespołu napotkali na trudności związane z brakiem jakiegokolwiek dokumentowania przypadków przymusu bezpośredniego, gdyż dokumentowanie tych czynności nie było wcześniej prowadzone. Głównym założeniem standardu było więc ograniczenie nieuzasadnionego stosowania przymusu wobec pacjentów, połączone z wprowadzeniem jednolitej dokumentacji zastosowania przymusu i kontroli realizacji standardu.

Na przestrzeni trzynastu lat monitorowania stosowania środków przymusu bezpośredniego można stwierdzić, że 70% dotyczyło zastosowania unieruchomienia u mężczyzn, a 30% u kobiet. Najczęściej stosowano do unieruchomienia pacjenta pasy bezpieczeństwa, sporadycznie kaftan bezpieczeństwa i izolację (brak warunków lokalowych). Zastosowanie środków przymusu bezpośredniego w oddziałach szpitalnych wiązało się często z koniecznością wezwania do pomocy sanitariuszy z Izby Przyjęć Ogólnej. Przymus bezpośredni stosowany był najczęściej w sytuacjach agresji i pobudzenia psychoruchowego pacjentów, często powiązanego z upojeniem alkoholowym.

Oddziały szpitalne, w których najczęściej zastosowano przymus bezpośredni to: SOR z IPO, Neurologia, Chirurgia Ogólna, Chirurgia Urazowo-Ortopedyczna, Obserwacyjno-Zakaźny.

W ostatnich latach wystąpiły także sytuacje konieczności zastosowania przymusu u nastolatków leczonych w Oddziale Dziecięcym z powodu upojenia alkoholowego. Dokumentacja, która prowadzona jest w związku z zastosowaniem przymusu każdorazowo poddawana jest wnikliwej analizie przez Zespół ds. Praw Pacjenta. Jej wyniki na bieżąco przedstawiane są kierownikom oddziałów szpitalnych. Członkowie Zespołu prowadzą także szkolenia dla pracowników szpitala na temat przyczyn agresji ze strony pacjentów i sposobów radzenia sobie z pacjentem pobudzonym. Obecnie każdy pracownik zanim zastosuje unieruchomienie lub izolację pacjenta agresywnego lub pobudzonego zastanowi się czy nie ma możliwości w inny sposób poradzić sobie z problemem w taki sposób by pacjent nie stanowił zagrożenia dla siebie samego, dla innych pacjentów i dla personelu szpitala, a jednocześnie w taki sposób by nie naruszyć praw przysługujących każdemu człowiekowi. Standard ten funkcjonował w Szpitalu Wojewódzkim w Koszalinie od 1999 roku do czasu wejścia w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.

Zgodnie z nowymi wytycznymi prawa w standardzie obowiązującym w szpitalu zostały wprowadzone zmiany, które przede wszystkim dotyczą czasu stosowania przymusu bezpośredniego. Dotychczas nie było konkretnie określonego czasu stosowania przymusu.

W chwili obecnej przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania, a lekarz zleca zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na czas nie dłuższy niż 4 godziny. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza. Lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy nie dłuższe niż 6-godzinne. Po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie stosowania tych środków przymusu bezpośredniego na kolejne okresy nie dłuższe niż 6-godzinne jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz uzyskaniu opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą.

W praktyce szpitalnej okazuje się, że bardzo rzadko można zakończyć stosowanie przymusu bezpośredniego po pierwszych czterech godzinach i najczęściej lekarze zlecają jego przedłużenie.

Po upływie 24 godzin stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, lekarz powiadamia również ordynatora (lekarza kierującego oddziałem albo jednostką lub komórką

organizacyjną, w której zastosowano przymus bezpośredni).

Zgodnie z nowym Rozporządzeniem przymus bezpośredni w formie unieruchomienia powinien być stosowany w pomieszczeniu jednoosobowym. W przypadku braku możliwości umieszczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi w pomieszczeniu jednoosobowym przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu oraz zapewniający poszanowanie jej godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób. W praktyce najczęściej stosowane są parawany oddzielające unieruchomionego pacjenta od pozostałych chorych.



Przymus bezpośredni w formie izolacji może być stosowany w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz w sposób odpowiadający pod względem warunków bytowych i sanitarnych pomieszczeniom szpitala psychiatrycznego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności pielęgnacyjnych.

Osoby stosujące przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi muszą pamiętać o odebraniu choremu przedmiotów, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia tej osoby albo innych osób, w szczególności przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła i źródła ognia.

Przez cały czas trwania przymusu bezpośredniego pielęgniarka kontroluje stan fizyczny pacjenta nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby. Adnotację o stanie fizycznym osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej pielęgniarka zamieszcza bezzwłocznie w karcie unieruchomienia lub izolacji.

W czasie kontroli pielęgniarka:

- 1) ocenia prawidłowość unieruchomienia, w szczególności sprawdza, czy pasy, uchwyt,

Stosowanie standardu przymusu bezpośredniego na przykładzie Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie

prześcieradła, kaftan bezpieczeństwa lub inurządzenia techniczne nie są założone zbyt luźno albo zbyt ciasno;

- 2) zapewnienie krótkotrwale częściowe albo całkowite uwolnienie osoby z zaburzeniami psychicznymi od unieruchomienia w celu zmiany jej pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny.

Zastosowanie każdego środka przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej.

Odnotowuje się przede wszystkim:

- 1) rodzaj zastosowanego środka przymusu bezpośredniego;
- 2) przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego, w tym uzasadniające wybór środka przymusu bezpośredniego;
- 3) czas stosowania przymusu bezpośredniego oraz przyczyny jego ewentualnego przedłużenia;
- 4) informację o uprzedzeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, że środek ten ma zostać wobec niej podjęty.

Decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego może podjąć pielęgniarka, która niezwłocznie zawiadamia lekarza sprawującego opiekę nad chorym, lub lekarza dyżurnego. Natomiast lekarz zlecający zastosowanie przymusu bezpośredniego niezwłocznie zawiadamia dyrektora szpitala.

Wprowadzenie w szpitalu „Standardu stosowania przymusu bezpośredniego” pozwala na określenie skali stosowania przymusu bezpośredniego w poszczególnych oddziałach oraz wskazanie przyczyn stosowania unieruchomienia czy izolacji wobec pacjentów.

Każde „Zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego” jest przekazywane do wiadomości dyrektorowi szpitala, który otrzymuje informacje:

- a) w jakiej komórce organizacyjnej zastosowano przymus,
- b) kiedy zastosowano i jak długo kontynuowano przymus,
- c) jaki rodzaj przymusu zastosowano,
- d) u którego pacjenta zastosowano przymus,
- e) z jakiego powodu stosowano przymus.

W trakcie stosowania unieruchomienia lub izolacji prowadzona jest ciągła obserwacja, a wyniki zapisywane są w „Karcie obserwacji”. Dokumentacja ta umieszczana jest w historii choroby pacjenta.

Wprowadzone postępowanie medyczne ma swoje wady i zalety. Wśród zalet wyróżnić można:

- podejmowanie wyważonych decyzji przez personel szpitala w sprawie zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów,
- przygotowany do pracy z pacjentami agresywnymi personelu szpitala,
- udokumentowanie wszystkich przypadków stosowania przymusu bezpośredniego,
- prowadzenie obserwacji pacjenta przez cały czas



stosowania unieruchomienia lub izolacji, dokumentowanie obserwacji w karcie przebiegu stosowania przymusu,

- zapewnienie w oddziałach szpitalnych warunków bezpieczeństwa dla pacjentów i personelu,
- zaopatrzenie w sprzęt i środki do stosowania przymusu bezpośredniego oddziałów szpitalnych,
- informowanie dyrektora szpitala o każdym zastosowaniu przymusu wobec pacjentów,
- ograniczenie stosowania przymusu bezpośredniego tylko do przypadków gdzie jest niezbędny,
- prowadzenie kontroli w oddziałach szpitalnych pozwalających ocenić wiedzę pracowników w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego.

Do wad zaliczyć możemy następujące zjawiska:

- personel medyczny jest zmuszony wypełniać dużą ilość dokumentacji związanej z zastosowaniem przymusu bezpośredniego,
- zwiększenie poniesionych kosztów na zakup sprzętu do unieruchamiania pacjentów (pasy, kaftany bezpieczeństwa),
- konieczność poniesienia dodatkowych kosztów na zorganizowanie monitorowanych sal spełniających wymagania bezpiecznego pomieszczenia do izolacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

Zachęcam do wdrażania standardu stosowania przymusu bezpośredniego we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej hospitalizujących pacjentów, gdyż nawet sporadycznie stosowane środki przymusu bezpośredniego powinny być zgodne z aktualnymi przepisami prawa.

Monika Zaremba
Kierownik Działu Jakości i Marketingu
Szpitala Wojewódzkiego im. M. Kopernika
w Koszalinie

Obowiązujące wzory kart zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego i obserwacji stanu pacjenta znajdziecie Państwo na kolejnych stronach Biuletynu.

_____ (miejscowość i data)

Pan/Pani _____
Dyrektor Szpitala

ZAWIADOMIENIE

o zastosowaniu przymusu bezpośredniego

na podstawie § 16 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia ministra Zdrowia z dnia 28.06.2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. 740)

1. W dniu _____ o godz. _____

Wobec Pana (Pani) _____
(imię i nazwisko)

pacjenta (pacjentki) oddziału _____

2. Zastosowano przymus bezpośredni w formie _____

3. Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wydał/a _____
(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zlecającego)

4. Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zatwierdził/a _____
(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zatwierdzającego)

5. Okoliczności zastosowania przymusu bezpośredniego:

1) przyczyny _____

2) osoby wykonujące (imię i nazwisko) _____

3) przebieg _____

4) skutki zastosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia pacjenta (pacjentki) _____

5) przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedzono o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty: TAK / NIE

Ocena lekarza zatwierdzającego zastosowanie przymusu bezpośredniego*:

Ocena kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego:

Podpis zlecającego
(pielęgniarki/lekarza)

Podpis zatwierdzającego*
(lekarza)

Podpis kierownika podmiotu
leczniczego/upoważnionego lekarza

* wypełnić w przypadku zlecenia zastosowania przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę

KARTA ZASTOSOWANIA UNIERUCHOMIENIA LUB IZOLACJI

(podmiot leczniczy, oddział lub komórka organizacyjna)

ZLECENIE

Pacjent. _____ Nr historia choroby _____

Powód zastosowania _____

- rodzaje unieruchomienia: _____

- izolacja: _____

Początek stosowania unieruchomienia lub izolacji:

Data	Godzina	Zlecający (czytelny podpis, pieczęć)	Osoby wykonujące (imię i nazwisko, czytelny podpis)

 Lekarz zatwierdzający zastosowanie unieruchomienia lub izolacji*
 (czytelny podpis, pieczęć, data)

Koniec stosowania unieruchomienia lub izolacji:**

Data	Godzina	Lekarz/pielęgniarka (czytelny podpis, pieczęć)
Uwagi		

PODSUMOWANIE

Całkowity czas stosowania przymusu bezpośredniego: _____
 (godziny/minuty)

Uwagi lekarza

(podpis, pieczęć, data)

* wypełnić w przypadku zlecenia przez pielęgniarkę

** wypełnić jedynie w przypadku ostatecznego zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego. W przypadku przedłużenia jego stosowania na czas przekraczający 24 godziny w wierszu „uwagi” zaznaczyć, że stosowanie przymusu nie zostało zakończone.

Przedłużenie stosowania unieruchomienia lub izolacji:

Data	Godzina	Przedłużający (czytelny podpis, pieczęćka)	Przyczyny przedłużenia

OBSERWACJE - OZNACZENIA (KOD):

1. szarpie się (uderza), 2. wykrzykuje, 3. płacze, 4. śmieje się, 5. śpiewa, 6. mamrocze, 7. śpi, 8. spokojny,
9. podawane posiłki, 10. podawane płyny, 11. oddał mocz (stolec), 12. chwilowe zwolnienie, 13. inne

Godzina KOD podpis	Godzina KOD podpis	Godzina KOD podpis	Godzina KOD podpis
12.00	18.00	24.00	06.00
12.15	18.15	00.15	06.15
12.30	18.30	00.30	06.30
12.45	18.45	00.45	06.45
13.00	19.00	01.00	07.00
13.15	19.15	01.15	07.15
13.30	19.30	01.30	07.30
13.45	19.45	01.45	07.45
14.00	20.00	02.00	08.00
14.15	20.15	02.15	08.15
14.30	20.30	02.30	08.30
14.45	20.45	02.45	08.45
15.00	21.00	03.00	09.00
15.15	21.15	03.15	09.15
15.30	21.30	03.30	09.30
15.45	21.45	03.45	09.45
16.00	22.00	04.00	10.00
16.15	22.15	04.15	10.15
16.30	22.30	04.30	10.30
16.45	22.45	04.45	10.45
17.00	23.00	05.00	11.00
17.15	23.15	05.15	11.15
17.30	23.30	05.30	11.30
17.45	23.45	05.45	11.45

KALENDARIUM

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



CZERWIEC 2012 ROK

01 czerwca 2012 r.	posiedzenie Komisji Kształcenia ds. 5 letniej przerwy wykonywania zawodu
05 czerwca 2012 r.	posiedzenie ORPiP
11 czerwca 2012 r.	posiedzenie Komisji ds. Opieki Długoterminowej
11 czerwca 2012 r.	udział Przewodniczącej ORPiP w konkursie na Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa SZGiChP w Koszalinie
13 czerwca 2012 r.	spotkanie Zespołu Wizytacyjnego ds. nadzoru nad indywidualnymi praktykami
14 czerwca 2012 r.	szkolenia przeprowadzone przez ORZOZPiP w Koszalinie Danutę Wojewską w Szpitalu w Szczecinku Sp. z o.o.
15 czerwca 2012 r.	udział Przewodniczącej ORPiP Justyny Laska w postępowaniu kwalifikacyjnym dotyczącym pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek/pielęgniarzy
20 czerwca 2012 r.	posiedzenie Komisji Kształcenia
21 czerwca 2012 r.	szkolenie zorganizowane przez OIPiP w Koszalinie dla pielęgniarek i położnych nt. Leczenie ran w praktyce pielęgniarstwa przeprowadzone przez Panie Danutę Bralewską i Krystynę Szczerbińską
22 czerwca 2012 r.	udział Przewodniczącej Justyny Laska w posiedzeniu Rady Społecznej WSPL w Szczecinku
26 czerwca 2012 r.	posiedzenie Prezydium ORPiP
27 czerwca 2012 r.	szkolenie przeprowadzone w Uzdrowisku Połczyn Zdrój dla pielęgniarek nt. Leczenie ran w praktyce pielęgniarstwa przeprowadzone przez Panie Danutę Bralewską i Krystynę Szczerbińską

LIPIEC 2012 ROK

04 lipca 2012 r.	szkolenie nt. Leczenie ran w praktyce pielęgniarstwa przeprowadzone przez Zespół Leczenia Ran w Domu Hospicyjno–Opiekuńczym Caritas im. Biskupa Czesława Domina w Darłowie
17 lipca 2012 r.	posiedzenie Prezydium ORPiP
24 lipca 2012 r.	posiedzenie Komisji Socjalnej

SIERPIEŃ 2012 ROK

14 sierpnia 2012 r.	spotkanie Komisji do spraw Podstawowej Opieki Zdrowotnej
14 sierpnia 2012 r.	posiedzenie Komisji Kształcenia ds. Refundacji
20 sierpnia 2012 r.	udział Przewodniczącej ORPiP Justyny Laska w konkursie na stanowiska Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych SZGiChP w Koszalinie
24 sierpnia 2012 r.	spotkanie Przewodniczącej ORPiP w Koszalinie z Dyrektorem Hospicjum im. Św. Maksymiliana Kolbego w Koszalinie

Jest nas za mało...

Z danych cytowanych przez wiceministra zdrowia pana Aleksandra Soplńskiego (w odpowiedzi na interpelację poselską) wynika, że liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych w Polsce wynosi 309 493 tys. Natomiast pielęgniarek i położnych aktywnych zawodowo jest 239 193 tys.

Te dane są na dzień 31.12.2011 r. Wiceminister przytacza także dane, że według prognoz NRPIP w latach 2010–2020 aż 80 814 pielęgniarek urodzonych w latach 1950–1960 osiągnie wiek emerytalny, natomiast jedynie 19 954 pielęgniarki podejmą pracę w tym zawodzie, co stanowi 24,69% liczby pielęgniarek nabywających prawo do emerytury w tym okresie i wskazuje na brak w systemie w 2020 r. – 60 860 pielęgniarek. Oznacza to, że liczba wchodzących do systemu pielęgniarek nie zapewnia wymiany pokoleniowej w zawodzie, ponieważ nie jest tożsama z liczbą osób odchodzących na emeryturę lub nabywających prawa do emerytury. Z danych NRPIP wynika także, iż rocznie zaledwie ok. 1814 pielęgniarek zgłasza się po prawo wykonywania zawodu i podejmuje pracę w zawodzie. Ponad to w odniesieniu do położnych w prognozowanych latach 2010–2020 szacuje się, iż 8799 położnych nabędzie prawo do emerytury, natomiast tylko 3982 osoby podejmą pracę w tym zawodzie, co stanowi 45,25% liczby położnych odchodzących z pracy w tym okresie i wskazuje na brak w systemie w 2020 r. – 4817 położnych. Średnia liczba położnych podejmujących pracę w ochronie zdrowia w ostatnich 10 latach wynosi rocznie 362 osoby.

Warszawa lipiec 2012 r.

Szanowna Pani Marszałek!

W związku z interpelacją pana posła Jarosława Jagiełły, otrzymaną przy piśmie znak: SPS-023-6457/12, z dnia 10 lipca 2012 r., w sprawie sytuacji pielęgniarek i położnych w Polsce, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w przedmiotowej sprawie.

Polska podobnie jak inne kraje doświadcza niedoboru kadr medycznych. Zjawisko to – szczególnie na poziomie lokalnych i regionalnych rynków pracy – stało się mocniej odczuwalne po przystąpieniu do Unii Europejskiej i uwolnieniu części potencjału migracyjnego personelu medycznego. Szczególnie trudna sytuacja odnosi się do pielęgniarek i położnych. Pomimo tego, że liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych wynosi 309 493 tys., to aktywnych zawodowo jest 239 193 tys. (wg danych Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych z 31.12.2011 r.). Dodatkowo wyraźnie zauważalny jest proces starzenia się pracowników, którego nie równoważy napływ nowych osób do tych zawodów. Wynika to m.in. z tego, że od dłuższego czasu notuje się brak zainteresowania studiami na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, a przyznawane corocznie limity przyjęć na te kierunki nie były w pełni wykorzystywane.

Dlatego też, aby zapewnić lepszą dostępność świadczeń medycznych, Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania mające na celu zwiększenie i zróżnicowanie kadr medycznych w odniesieniu do potrzeb systemu ochrony zdrowia (w tym: warunkowanych długookresowymi trendami demograficznymi). Priorytety w tym zakresie wynikają z analizy epidemiologicznej zapadalności oraz umieralności i wskazują na konieczność kontynuowania podjętych w ostatnich latach działań dotyczących dostosowania modelu kształcenia kadr medycznych do prognozowanych potrzeb systemu opieki zdrowotnej.

W 2010 r. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, na wniosek Ministerstwa Zdrowia, przygotowała na podstawie danych pochodzących z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych raport pn. „Wstępna ocena zasobów kadrowych

pielęgniarek i położnych do roku 2020” przedstawiający zapotrzebowanie na absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo w skali kraju w 10-letniej perspektywie, biorąc pod uwagę strukturę demograficzną osób aktualnie wykonujących zawody pielęgniarki i położnej.

Przedmiotowy raport wskazuje województwa, w których występuje najniższy i najwyższy wskaźnik pielęgniarek i położnych przypadający na 1 tys. mieszkańców. Województwami o najniższym wskaźniku są: małopolskie – 5,08, warmińsko-mazurskie – 5,41, łódzkie – 5,77, kujawsko-pomorskie – 5,81, zachodniopomorskie – 5,91. W pozostałych województwach wskaźnik ten jest nieco wyższy i kształtuje się od 6,20 do 7,20.

Zgodnie z ww. dokumentem wskaźnik pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podmiotach leczniczych na 1 tys. mieszkańców w Polsce wynosi 6,42 i jest najniższy w stosunku do wskaźników występujących w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej (np. Francja – 7,5, Czechy – 8,1, Węgry – 8,6, Niemcy – 9,6).

Z raportu NRPIP wynika, że ważną przyczyną zmniejszającej się liczby pielęgniarek i położnych jest struktura wieku osób obecnie wykonujących te zawody. Zgodnie z ww. dokumentem średnia wieku pielęgniarek i położnych wynosi 44 lata. Według prognoz NRPIP w latach 2010–2020 aż 80 814 pielęgniarek urodzonych w latach 1950–1960 osiągnie wiek emerytalny, natomiast jedynie 19 954 pielęgniarki podejmą pracę w tym zawodzie, co stanowi 24,69% liczby pielęgniarek nabywających prawo do emerytury w tym okresie i wskazuje na brak w systemie w 2020 r. – 60 860 pielęgniarek. Oznacza to, że

liczba wchodzących do systemu pielęgniarek nie zapewnia wymiany pokoleniowej w zawodzie, ponieważ nie jest tożsama z liczbą osób odchodzących na emeryturę lub nabywających prawa do emerytury. Z danych NRPIP wynika, iż rocznie zaledwie ok. 1814 pielęgniarek zgłasza się po prawo wykonywania zawodu i podejmuje pracę w zawodzie.

W odniesieniu do położnych w prognozowanych latach 2010–2020 szacuje się, iż 8799 położnych nabędzie prawo do emerytury, natomiast tylko 3982 osoby podejmą pracę w tym zawodzie, co stanowi 45,25% liczby położnych odchodzących z pracy w tym okresie i wskazuje na brak w systemie w 2020 r. – 4817 położnych. Średnia liczba położnych podejmujących pracę w ochronie zdrowia w ostatnich 10 latach wynosi rocznie 362 osoby.

Zdaniem Ministerstwa Zdrowia negatywne trendy demograficzne obligują do podjęcia działań mających na celu promowanie ww. zawodów i pełniejsze wykorzystanie istniejących zasobów ludzkich, a efektem prowadzonych działań powinien być wzrost liczby studentów kształcących się na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo oraz wzrost wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Polsce, w tym w województwach (regionach), w których obserwuje się istotny niedobór personelu pielęgniarstwa.

Ministerstwo Zdrowia, dostrzegając problem dotyczący możliwości wystąpienia istotnych niedoborów personelu pielęgniarstwa w dłuższej perspektywie czasu, przy stałym rosnącym zapotrzebowaniu społecznym na świadczenia pielęgnacyjne oraz opiekuńcze, podjęło już działania mające na celu zabezpieczenie realizacji tych świadczeń. Działania te dotyczyły m.in. wprowadzenia nowego zawodu – opiekuna medycznego. Zadaniem opiekuna medycznego jest pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu podstawowych potrzeb biologicznych, pomoc w utrzymaniu aktywności społecznej oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów higieniczno-opiekuńczych pacjenta. Wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej osoby profesjonalnie przygotowanej do wykonywania czynności higieniczno-opiekuńczych powinno przyczynić się do efektywniejszego wykorzystania czasu pracy pielęgniarki.

Liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych w Polsce wynosi 309 493 tys. Natomiast pielęgniarek i położnych aktywnych zawodowo jest 239 193 tys.

Jest nas za mało...

Jednocześnie informuję, że obecnie w resorcie zdrowia trwają prace dotyczące ustalania średniookresowych celów z zakresu ochrony zdrowia w ramach „Strategii rozwoju kapitału ludzkiego na lata 2014–2020”, której cel strategiczny został sformułowany jako: „zapewnienie opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych”.

Realizacji powyższego celu służyć mają działania podejmowane w ramach trzech celów operacyjnych takich jak: dostosowanie opieki zdrowotnej do wyzwań demograficznych, poprawa stanu zdrowia społeczeństwa oraz poprawa efektywności funkcjonowania ochrony zdrowia.

W ramach trzeciego celu operacyjnego, obejmującego taki obszar jak: „dostosowanie modelu kształcenia kadr medycznych do potrzeb systemu ochrony zdrowia”, Ministerstwo Zdrowia zaplanowało podjęcie takich działań jak: umieszczenie kierunków pielęgniarstwo i położnictwo na liście kierunków zamawianych przez ministra zdrowia i podniesienie atrakcyjności kształcenia na tych kierunkach, zwiększenie liczby przyjęć na studia pierwszego stopnia na kierunki pielęgniarstwo i położnictwo, stworzenie systemu monitorowania liczby studentów na tych kierunkach i zapotrzebowania na ich absolwentów oraz promocję zawodu pielęgniarstwa/położnej wśród uczniów szkół średnich i kształtowanie pozytywnego wizerunku pracy w tych zawodach.

Program kierunków zamawianych zakładać będzie motywacyjne stypendia dla studentów oraz dofinansowanie uczelni, aby mogły podnieść atrakcyjność kształcenia w zawodach pielęgniarstwa i położnej. Podkreślenia wymaga bowiem fakt, iż zmiana systemu kształcenia w tych zawodach (prowadzonego wcześniej na poziomie średnich zawodowych szkół medycznych, a obecnie wyłącznie na poziomie studiów pierwszego stopnia zarówno przez uczelnie publiczne, jak i niepubliczne) dla części osób stanowi bardzo istotną barierę finansową przy podejmowaniu decyzji o wyborze tego zawodu.

Natomiast promocja zawodów pielęgniarstwa i położnej obejmowałaby w pierwszej kolejności przeprowadzenie na szeroką skalę akcji informacyjnej dotyczącej wykonywania zawodów pielęgniarstwa/położnej, a następnie zachęcanie do podejmowania kształcenia w tych zawodach oraz powrotu do wykonywania zawodów pielęgniarstwa/położnej przez osoby, które w chwili obecnej ich nie wykonują (np. z powodu emigracji lub zatrudnienia się poza sektorem ochrony zdrowia). Promocja polegałaby m.in. na wspieraniu działalności szkół wyższych prowadzących kształcenie w tych zawodach, tak by była ona bardziej powiązana z lokalnymi potrzebami rynku pracy i by mogła zaspokajać regionalne potrzeby na absolwentów tych kierunków, na współpracy z przyszłymi potencjalnymi pracodawcami (np. podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą) w zakresie identyfikacji potrzeb związanych z zatrudnieniem pielęgniarzek/położnych.

Ministerstwo Zdrowia zakłada, że zachętą dla młodych osób do podejmowania kształcenia w zawodzie pielęgniarstwa/położnej mogłyby być specjalne programy stypendialne zwiększające dostęp do systemu edukacji szczególnie dla grup o niższym statusie ekonomicznym. Działania promocyjne skierowane do grupy osób nieaktywnych zawodowo (ale posiadających zawód pielęgniarstwa/położnej) miałyby na celu podniesienie rangi tych zawodów w odbiorze społecznym. Z uwagi, iż kierunki pielęgniarstwo i położnictwo są priorytetowe dla Ministerstwa Zdrowia, zasadne wydaje się, aby tego typu projekt realizowany był z poziomu krajowego i adresowany do obszarów, gdzie skala problemów związanych z brakiem pielęgniarzek i położnych uzasadniałaby interwencję resortu.

Ponadto Ministerstwo Zdrowia w ramach konsultacji długofalowej polityki rozwoju ekonomii społecznej wniosło o uwzględnienie w projekcie rządowym pn.: „Pakt na rzecz ekonomii społecznej w modernizacji polskiego modelu społecznego 2030” informacji o zabezpieczeniu odpowiedniego poziomu wynagrodzenia, warunków pracy, możliwości rozwoju

zawodowego w obszarze pielęgniarstwa i położnictwa oraz określenia strategii działań dotyczących ochrony zawodu pielęgniarstwa i położnej, co będzie miało wpływ na efektywność ekonomii społecznej oraz zabezpieczenie należytej liczby oraz jakości personelu z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa w perspektywie do 2030 r. w Polsce.

Podsumowując, należy podkreślić, iż w opinii Ministerstwa Zdrowia wpisanie kierunków pielęgniarstwo i położnictwo na listę kierunków zamawianych przez ministra zdrowia jest w obecnej sytuacji bardzo potrzebnym i właściwym rozwiązaniem, ponieważ sytuacja Polski na tle innych krajów europejskich, które pomimo wysokich zarobków pielęgniarzek również borykają się z brakiem personelu pielęgniarstwa, wypada niekorzystnie i wymaga wsparcia. Dodatkowo odpływ polskich pielęgniarzek i położnych podejmujących pracę w krajach UE może spowodować w najbliższym czasie zagrożenia dla polskiego systemu ochrony zdrowia, ponieważ liczba osób podejmujących pracę w tych zawodach w kraju jest mniejsza niż liczba osób kończących studia licencjackie na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo.

Ponadto podkreślić należy, iż przedmiotowe działanie jest zgodne z kierunkami przedsięwzięć na rzecz zapewnienia wystarczającej liczby kadr medycznych w Europie i poszczególnych krajach członkowskich, określonych przez Komisję Europejską w dokumencie pn. „Zielona księga w sprawie pracowników służby zdrowia w Europie” (KOM(2011)367). Zgodnie z zieloną księgą szczególnie niepokojący jest prognozowany do 2020 r. niedobór w liczbie miliona pracowników ochrony zdrowia, w tym ok. 590 000 pielęgniarzek (European Observatory on Health Systems and Policies, „Investing in Europe’s health workforce of tomorrow: Scope for innovation and collaboration. Summary report of the three Policy Dialogues”; Leuven, Belgia, 26–30.IV.2010). W związku z powyższym Komisja Europejska i państwa członkowskie będą podejmować działania, aby lepiej zarządzać mobilnością pracowników ochrony zdrowia i opracowywać dodatkowe mechanizmy planowania w zakresie osób wykonujących zawody medyczne.

Ponadto uprzejmie informuję, że niezależnie od powyższych działań minister zdrowia w dniu 2 kwietnia br. powołał dwa zespoły:

- Zespół do spraw analizy i oceny zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarstwa i położnicze oraz określenia kryteriów będących podstawą ustalania priorytetów w zakresie kształcenia podyplomowego, który m.in. dokona analizy i oceny zabezpieczenia świadczeń wykonywanych przez pielęgniarstwa i położne w wybranych obszarach ochrony zdrowia oraz przedstawi propozycje rozwiązań dotyczących struktury i organizacji udzielania świadczeń w tych obszarach,
- Zespół do spraw analizy przepisów dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarstwa i położnej, którego zadaniem jest dokonanie analizy ustaw i innych aktów prawnych, w części dotyczącej wykonywania zawodów pielęgniarstwa i położnej, omówienie i analiza zgłoszonych problemów wynikających z ich stosowania oraz wypracowanie propozycji zmian przepisów prawnych dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarstwa i położnej.

W skład powyższych zespołów wchodzi m.in. przedstawiciele samorządu zawodowego pielęgniarzek i położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Zespół zajmujący się analizą i oceną zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarstwa i położnicze zakończy swoją działalność po realizacji swoich zadań oraz przedłożeniu wyników jego prac ministrowi zdrowia, nie później niż z dniem 31 grudnia 2012 r.

Z poważaniem
Aleksander Sopliński
Wiceminister Zdrowia

Pismo Ministerstwa Zdrowia w sprawie pielęgniarek szkolnych

Warszawa 2012-08-22

Ministerstwo Zdrowia
Departament Pielęgniarek i Położnych
MZ-PP-072-8008-4/JJ/12

Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych wg rozdzielnika

Szanowni Państwo
Departament Pielęgniarek i położnych uprzejmie informuje, iż do Ministerstwo Zdrowia wpływają informacje dotyczące sytuacji, w których pielęgniarki środowiskowe nauczania i wychowania sprawujące profilaktyczną opiekę zdrowotną w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej zobowiązane są przez dyrektora szkoły do uiszczania opłat za korzystanie z tego gabinetu.
Zgodnie z art. 67 ust.1 pkt.4 ustawy z dnia 7 września 1991 r.

o systemie oświaty (Dz. U. Z 2004 r. Nr 256 poz. 2572 z późn. zm.), do realizacji zadań statutowych szkoła publiczna powinna zapewnić uczniowi możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. Zatem wykonywanie remontów obiektów szkolnych oraz zadań inwestycyjnych w tym zakresie, wyposażenie i zapewnienie funkcjonowania pomieszczeń do wykonywania zadań statutowych w szkołach publicznych jest obowiązkiem organów prowadzących te szkoły, którymi najczęściej są jednostki samorządu terytorialnego na szczeblu gminy oraz powiatu. Tym samym nie jest to zadanie świadczeniodawców realizujących świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania. Mając na uwadze powyższe, departament Pielęgniarek i położnych zwraca się z uprzejmą prośbą o przekazanie informacji dotyczących liczby pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania, które są obciążane finansowo za możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej.

Z poważaniem
Jolanta Skolimowska
Z-ca Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Komunikat Ministra Zdrowia - Współpraca z samorządem

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament Pielęgniarek i Położnych
Warszawa 25.05.2012 r.

Przewodniczące Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo
W związku z licznymi pismami przekazywanymi przez Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych zawierającymi stanowiska, apele i wnioski podejmowane przez okręgowe Zjazdy Pielęgniarek

i Położnych, uprzejmie informuję, iż są one sukcesywnie analizowane zarówno przez właściwe komórki Ministerstwa Zdrowia, jak też specjalistów w danych dziedzinach poruszanych tam zagadnień.

Odpowiedzi i stanowiska będą umieszczane na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w zakładce Pielęgniarki i Położne w części Współpraca z samorządem, Odpowiedzi na stanowiska i apele.

Z poważaniem Beata Cholewka
Dyrektor Departamentu
Pielęgniarek i Położnych

Kwalifikacje polskich pielęgniarek

Stanowisko w sprawie uznania kwalifikacji polskim pielęgniarkom, które nie spełniają wymagań określonych Dyrektywą 36/2005/we, a które posiadają wykształcenie i kwalifikacje nabyte w trybie kształcenia na poziomie liceum medycznego.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie popiera działania polskiego rządu a w szczególności Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia w sprawie uznania kwalifikacji pielęgniarek polskich, absolwentek Liceów Medycznych na zasadzie praw nabytych poprzez legitymowanie się 3-letnim doświadczeniem zawodowym z ostatnich 5 lat poprzedzających wydanie zaświadczenia.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, że proponowane przez stronę polską zapisy do Dyrektywy 36/2005/WE podkreślające, iż kwalifikacje zawodowe polskich pielęgniarek nabyte przed przystąpieniem Polski do UE powinny być uznane na podstawie zasady praw nabytych są oczekiwane i pożądate.

Jednocześnie, zgadzamy się również z tym, aby zapisy Dyrektywy umożliwiające automatyczne uznawanie dyplomów polskich pielęgniarek z tytułem zawodowym licencjata, uzyskanych w wyniku ukończenia tzw. studiów pomostowych pozostały bez zmian. Kontynuowanie kształcenia zawodowego w tym systemie umożliwia pielęgniarkom podnoszenie zawodowych kwalifikacji oraz otwiera ścieżkę do dalszej edukacji, zgodnej z etapami Procesu Bolońskiego tzn. na poziomie studiów magisterskich oraz doktoranckich.
Elbląg, 17 maja 2012 rok

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Główny
www.ptp.na1.pl
Al. Reymonta 8 lok. 12
Tel. +48 22 398 18 72;
Fax +48 22 398-18-51;
email: zgptpiel@gmail.com

Apel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 28 marca 2012 r.

**w sprawie zmiany wskaźnika korygującego z 0,4 na
0,5 w pielęgniarskiej opiece długoterminowej**

Skierowany do:
**Prezesa Rady Ministrów,
Ministra Zdrowia,
Prezesa NFZ**

W związku z opiniowaniem projektu Zarządzenie Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej apelujemy kolejny raz o zmianę wskaźnika z 0,4 na 0,5 w załączniku nr 1 do ww. Zarządzenia.

Wprowadzony Zarządzeniem nr 93/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2009 r. wskaźnik 0,4 dla pacjentów przebywających pod tym samym adresem zamieszkania od początku dyskryminował i dyskryminuje finansowo pielęgniarki realizujące świadczenia zdrowotne w ramach opieki długoterminowej w DPS.

Należy podkreślić, że w myśl rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2009 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, pielęgniarka w DPS zobowiązana jest do objęcia opieką 12 pacjentów, natomiast w miejscu zamieszkania 6 pacjentów na jeden etat przeliczeniowy.

W związku ze zmniejszającym się z roku na rok finansowaniem świadczeń w tym obszarze przy jednocześnie rosnących kosztach prowadzenia działalności gospodarczej koniecznym staje się zmiana wskaźnika na 0,5 aby nie doprowadzić w niedalekiej przyszłości do rezygnacji pielęgniarek z realizacji tego zakresu świadczeń. Konsekwencją tego może być brak zapewnienia ustawowych świadczeń zdrowotnych dla tej grupy pacjentów.

Wobec powyższego apelujemy jak na wstępie.

**Prezes NRPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk
Sekretarz NRPIP Joanna Walewander**

Opinia

**w sprawie zatrudnienia położnych
w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego**

**KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO
I POŁOŻNICZEGO**
mgr Leokadia Jędrzejewska
DOIPIP we Wrocławiu, 53-333 Wrocław
ul. Powstańców Śl. 50
tel/fax 71 373 20 56, tel. kom. 691 85 20 69, e-mail:
l.jedrzejewska@wp.pl

KK/45/08/12

Wrocław, dnia 18 sierpnia 2012r

Zakład Lecznictwa Uzdrowiskowego, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa

Odpowiedź na Apel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Warszawa, dnia 01.06.2012 r.

**Sz. P. Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Warszawie**

Szanowna Pani Prezes!

W nawiązaniu do przekazanego Apelu Naczelnej rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie zmiany wskaźnika korygującego wartość osobodnia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla osób przebywających pod tym samym adresem zamieszkania z 0,4 na 0,5 uprzejmie informuję, że Fundusz nie przewiduje zmiany w finansowaniu tych świadczeń, ponieważ wszystkie środki określone w planie finansowym na 2012 r. są zaangażowane w zawarte umowy na realizację świadczeń zdrowotnych i w chwili obecnej Fundusz nie dysponuje wolnymi środkami, które mógłby przeznaczyć na wzrost finansowania przedmiotowych świadczeń.

Jednocześnie informuję, iż realizowane w miesiącach od stycznia do kwietnia br. Przychody brutto z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne obejmujące przychody ze składek bieżących i z lat ubiegłych, były niższe od ich wartości wyznaczonej w planie finansowym Funduszu.

Nieuprawnione jest stwierdzenie o zmniejszającym się z roku na rok finansowaniu przedmiotowych świadczeń, ponieważ nakłady finansowe oraz liczba zakupionych świadczeń sukcesywnie zwiększają się, co obrazuje poniższe zestawienie:

PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA		
rok	Kwota zakresu	Liczba zakupionych świadczeń
2010	274 267 848	9 893 430
2011	303 118 981	11 585 242
2012	305 370 429	11 918 383

Z tabeli jasno wynika, że na przestrzeni lat 2010-2012 obserwuje się wzrost zarówno liczby zakupionych świadczeń jak i kwoty zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

**Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Dr n. med. Jacek Paszkiewicz**

uzdrowiskowego (Dz. U. Nr 139 poz.1136 ze zm.), - załącznik nr 1 Warunki dotyczące personelu medycznego, zobowiązany jest zapewnić całodobową opiekę pielęgniarską.

Zdaniem Konsultanta, uwzględniając zapisy art. 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174 poz.1039), dotyczące wykonywania zawodu położnej, (profilaktyka chorób kobiecych i patologii położniczych oraz sprawowanie opieki położniczo - ginekologicznej nad kobietą), położna może być zatrudniona w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego o profilu ginekologicznym, zgodnie z zakresem uprawnień zawodowych określonych w cyt. wyżej ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, na zlecenie lekarza lub samodzielnie.

**Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa
ginekologicznego i położniczego**

Leokadia Jędrzejewska

BAJKI SAMOGRAJKI

W dniach 1-2 września 2012 r. w Bałtyckim Teatrze Dramatycznym w Koszalinie odbyło się przedstawienie charytatywne na rzecz Oddziału Dziecięcego Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie. Swój kunszt aktorski zaprezentowali znani koszalinianie, w tym także lekarze i pielęgniarki. Zaprezentowane zostały cztery popularne bajki: „Czerwony Kapturek”, „Jaś i Małgosia”, „Kot w butach” i „Kopciuszek”. Jednakże wspiana i zabawna gra aktorów pozwoliła widzom poczuć się tak, jak by oglądali je po raz pierwszy.

Obsada do bajek:

„Jaś i Małgosia”

1. Małgosia - Barbara Grygorcewicz
2. Jaś - Romuald Sobieralski
3. Drwal - Piotr Kroll
4. Mama - Wanda Stypułkowska
5. Baba Jaga - Monika Zawierowska-Łozińska
6. Wilk - Arkadiusz Zaborowski

„Kot w Butach”

1. Janek - Tomasz Czuczak
2. Brat - Leszek Trusiło
3. Bratowa - Barbara Grygorcewicz
4. Kot w butach - Robert Zwierzchowiecki
5. Król - Piotr Jedliński
6. Ochmistrz, Herold - Lech Wojciechowski
7. Stangret - Tomasz Walasek
8. Królewna - Anna Makarewicz
9. Zajączki - Marianna Niewiarkiewicz-Czerna, Małgorzata Jasińska
10. Dworzanin - Bartosz Zabrocki
11. Dama I - Anna Iwanisik
12. Dama II - Anna Grażyna Sztark
13. Dama III - Maria Krokosz
14. Małe kotki: Anika Łozińska, Basia Osada-Sobczyńska, Katarzyna Płaskowicz, Daniel Czuczak



Anna Iwanisik - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Dziecięcego

Refleksje na temat realizacji...

Anna Iwanisik

„Konkretna realizacja sceniczna stanowi dla mnie oderwanie od rzeczywistości, poczucie większej spontaniczności daje możliwość pokonania tremy przed publicznością. Rola Damy Dworu, czy Mieszczanki pozwala na swobodę w ukazywaniu emocji na scenie, ruchów scenicznych i umożliwia spełnić dziecięce marzenia występu na scenie w pięknych strojach. Bycie damą jest marzeniem prawie każdej małej dziewczynki, a przecież każdy z nas ma coś z dziecka...”

„Czerwony Kapturek”

1. Kapturek - Krystyna Kościńska
2. Wilk - Kuba Grabski
3. Babcia - Ewa Nawrocka
5. Mama - Urszula Bogdan
6. Gil - Piotr Zientarski

„Kopciuszek”

1. Kopciuszek - Joanna Głońska
2. Macocha - Małgorzata Jasińska
3. Haneczka - Małgorzata Czabańska
4. Kasieńka - Olga Krasowska
5. Herold - Sławomir Nowosadko
6. Łodziarz - Jan Januszewski
7. Sklepiarz - Tomasz Walasek
8. Sąsiadka - wróżka - Ewa Miśkiewicz-Żebrowska
9. Ochmistrz - Bartosz Zabrocki
10. Królewicz - Tadeusz Bohdal
11. Król - Stanisław Gawłowski
12. Mieszczanka I - Marianna Niewiarkiewicz-Czerna
13. Mieszczanka II - Anna Iwanisik
14. Mieszczanka III - Maria Krokosz

Przypadkowe zakłucia – nieprzypadkowa wiedza

**Zwiększenie świadomości zagrożeń
to najlepsza profilaktyka.**



Szacuje się, że w naszym kraju dochodzi rocznie do 37 tys. zakłuć ostrym narzędziem – to niemal 100 dziennie! Ale my sami też powinniśmy bić się w piersi. Tylko 11% badanego personelu pielęgniarskiego opisało prawidłowo postępowanie z miejscem zranienia, czyli 90% badanych nie знаło sposobu zminimalizowania ryzyka zakażenia po ekspozycji (M. Dzikowska, A. Czupryna, Wiedza i świadomość pielęgniarek o zawodowym ryzyku zakażenia wirusem HBV i HCV, Zakażenia 5/2004). Wyniki nowszych badań są bardziej optymistyczne, ale jest jeszcze wiele do zrobienia.

Ekspozycja czyli...

„zakłucie lub zranienie zdrowej skóry ostrym skażonym narzędziem (igłą, skalpelem, lancetem, wiertłem itp.) lub kontakt błon śluzowych albo uszkodzonej skóry (pęknięcia, otarcia, zmiany zapalne, sączące zmiany alergiczne, rany, oparzenia) z potencjalnie zakaźną krwią, tkankami lub płynami ustrojowymi pacjenta. W rzadkich przypadkach uszkodzenie skóry personelu medycznego może spowodować również ostrą odłam kostny lub szkło laboratoryjne” – jak pisze dr hab. n. med. Maria Gańczak.

Na ekspozycję drobnoustrojami narażony jest zarówno personel medyczny, jak i pomocniczy, zajmujący się dezynfekcją, czyszczeniem narzędzi i sprzętu medycznego wielokrotnego użycia, czy pracownicy zatrudnieni przy usuwaniu sprzętu zużytego.

Co nam grozi

Najistotniejszym materiałem biologicznym z punktu widzenia ryzyka transmisji czynnika zakaźnego w warunkach pracy ochrony zdrowia – jest krew, najczęstszym zaś mechanizmem transmisji zakażeń przenoszonych tą drogą jest niezamierzone skałeczenie ostrym sprzętem

medycznym skażonym krwią pacjenta. W surowicy chorych lub nosicieli wirus HBV występuje w niezwykle wysokim stężeniu – w 1 ml do 10¹² dawek mogących wywołać zachorowanie. Minimalna ilość krwi, która wystarcza do przeniesienia zakażenia HBV, to 0,00004 ml, w przypadku zaś HIV jest to 0,1 ml, czyli 250 razy więcej. W przypadku HCV to 0,001 ml. Jeżeli dojdzie do zakłucia zakażoną igłą, jakie jest ryzyko zakażenia? W wypadku HBV to 1 na 3, HCV 1 na 30, HIV 1 na 300. Dodajmy, że 10% przypadków HBV i 40–50% HCV przechodzi w różne postaci przewlekłego zapalenia wątroby, ich konsekwencją może być marskość i pierwotny rak wątroby.

10% wszystkich zachorowań na WZW B dotyczy personelu medycznego. Do 60% zakażeń (wśród dzieci nawet powyżej 80%) dochodzi w zakładach ochrony zdrowia. Dlatego od kilku już lat w dochodzeniach epidemiologicznych podnosi się udział ochrony zdrowia w szerzeniu się zakażeń wirusami hepatotropowymi B i C. Właściwości tych wirusów – mała wrażliwość na środki fizyko-chemiczne i czynniki środowiskowe, duża zakaźność (zwłaszcza dotyczy to HBV), brak skutecznej profilaktyki czynnej (HCV), sprawiają, że patogeny te łatwo mogą szerzyć się w środowisku szpitalnym.

Źródłem zakażenia jest chory człowiek (pacjent, dawca krwi lub narządów, a także personel). Do transmisji dochodzi najczęściej w czasie używania niedostatecznie wysterylizowanego sprzętu wielokrotnego użytku, powtórnego wykorzystywania narzędzi pierwotnie przeznaczonych do jednorazowego użytku, ekspozycji na materiał zakaźny, podania preparatów krwiopochodnych pochodzących od zakażonego dawcy. Według danych amerykańskich grupą wiekową w populacji ogólnej, w której stwierdza się najwyższy poziom przeciwciał przeciwko wirusowi HCV, są osoby

NIEBEZPIECZNE PATOGENY

Personel medyczny jest narażony na ryzyko ciężkich zakażeń w skutek zakłuć igłami przy ponad 30 potencjalnie niebezpiecznych patogenach. Materiałem zakaźnym może być każdy materiał biologiczny zawierający patogen

w ilości niezbędnej do zakażenia.

- Krew i każda wydzielina zawierająca krew, nasienie, wydzielina z pochwy mogą być źródłem zakażenia wirusami HBV, HCV, HIV.
- Niebezpieczny może być kontakt zakaźnego materiału ze śluzówkami lub uszkodzoną skórą. Przez skórę nieuszkodzoną nie dochodzi do zakażenia.
- Mocz, kał, ślina, płwocina, wymiociny, wydzielina z nosa, pot i łzy nie zawierające krwi, nie są zakaźne. Kontakt z nimi nie wymaga profilaktyki poekspozycyjnej.
- Najmniejsza objętość krwi, która może przenieść zakażenie, to: HBV – 0,00004 ml; HCV – 0,001 ml, HIV – 0,1 ml.

w wieku 30–39 lat. Potwierdziły to także badania prowadzone na terenie Wielkopolski – wykazały one, że grupą zawodową, w której najczęściej stwierdzano WZW typu C, były pielęgniarki właśnie w tym wieku.

Również w wypadku zakażenia wirusem HIV pielęgniarki są najbardziej narażoną medyczną grupą zawodową. W dalszej kolejności są lekarze i pracownicy laboratoriów. Według danych z Krajowego Biura ds. AIDS na dzień 30 kwietnia 2012 r. liczba zakażonych wirusem HIV w Polsce wyniosła ponad 15 tys. osób. Szacuje się, że liczba nieznanych nosicieli jest 2–3 krotnie wyższa. W USA częstość przypadków HIV wśród pracowników ochrony zdrowia nie odbiega istotnie od średniej w społeczeństwie. U 95% pracowników ochrony zdrowia HIV+ stwierdza się pozazawodowe czynniki ryzyka.



Szkodliwymi, zawodowymi czynnikami biologicznymi w środowisku pracy są wszystkie drobnoustroje: wirusy, bakterie, priony i grzyby, łącznie z mutantami, hodowlami komórkowymi i pasożytami wewnętrznymi, które mogą być przyczyną zakażenia, alergii lub innego działania toksycznego.

Środowisko pielęgniarskie domaga się uznania ekspozycji zawodowej za wypadek przy pracy. Uwagę na ten problem zwraca dyrektywa unijna, której wprowadzenie jest przewidywane w Polsce w maju przyszłego roku.

Jaki jest poziom ryzyka

Stwierdzono, że więcej niż 75% zranień powstaje podczas wykonywania rutynowych czynności związanych z opieką nad pacjentem. Najwięcej spośród nich związanych jest z samouszkodzeniem (84%), a tylko 5% ze skałeczeniem przez współpracownika, 11% przez pacjenta. 16% wszystkich urazów mających miejsce w ochronie zdrowia w Anglii stanowią zakłucia igłą. 24% z nich to zakłucia związane z pobieraniem krwi, a 16% ma związek z kaniulacją. Elementy, o które zakłuwamy się najczęściej, to igły wypełnione krwią, takie jak mandryny kaniuli, igła do phlebotomii, czy kaniula typu „motylek”. Szacuje się, że rocznie w Wielkiej Brytanii ma miejsce 1000,000 przypadków zakłucia igłą (RCNUK needle surveillance project 2011). Tylko 39% spośród nich jest odnotowywana (międzynarodowo ośrodek bezpieczeństwa pracy pracowników ochrony zdrowia). 40% spośród osób dotkniętych stanowią pielęgniarki, a 25% personel medyczny. Szacuje się, że w 21% występujących corocznie przypadków zakłucia igłą dochodzi do przeniesienia wirusa Hepatitis C (SIROH). 700 brytyjskich pielęgniarek rocznie może potencjalnie przejść serokonwersję HCV potwierdzającej zakażenie Hepatitis C (EPInet). Udowodniono, że 1/3–1/2 takich wypadków można zapobiec stosując, podstawowe procedury profilaktyczne. Ryzyko zakażenia zwiększa się, gdy do kontaktu z materiałem zakaźnym dochodzi poprzez uszkodzoną lub zmienioną zapalnie skórę lub błonę śluzową, gdy kontakt jest długi, ilość materiału zakaźnego jest duża. W przypadku zakłucia istotne jest to, czy jest to narzędzie puste wewnątrz (wciąższe

ryzyko zakażenia) czy lite.

Co może pomóc

Po pierwsze: nigdy nie ignoruj zagrożenia! Ważne jest rozpoznawanie i rejestrowanie narażenia na czynniki biologiczne, poprawa organizacji i warunków pracy, stosowanie uniwersalnych środków ostrożności oraz pisemne procedury poszczególnych zabiegów, czynności, profilaktyki i postępowania poekspozycyjnego. Ogromne znaczenie ma także przechowywanie dokumentacji związanej z narażeniem przez 10 lat, prowadzenie lokalnego nadzoru, systematyczne, powtarzalne szkolenia dla wszystkich grup pracowniczych na temat ryzyka, postępowanie w razie wypadku przy pracy i stosowanie bezpiecznych i właściwych narzędzi, sprzętu! Jakie jest najlepsze i bezpieczne postępowanie?

- szczególnie ostrożne postępowanie z ostrymi narzędziami,
- personel ochrony zdrowia powinien informować się nawzajem o bezpiecznych metodach pracy, w tym o korzyściach stosowania nowych, bezpiecznych urządzeń,
- zawiadamianie i dokumentowanie każdej ekspozycji na krew,
- noszenie rękawic, gdy może zaistnieć kontakt z krwią i zmiana ich pomiędzy pacjentami.

Na profilaktykę poekspozycyjną składa się: **świadomość ryzyka, profilaktyka zakażenia, postępowanie poekspozycyjne.**

Badania krwi u osoby ekspozycyjnej wykluczające obecność przeciwciał anti-HIV

wykonuje się po 6 tygodniach, 3 i 6 miesiącach od ekspozycji. W przypadku ekspozycji na materiał HIV+ rozpoczęcie profilaktyki antywirusowej (PEP- postexposure prophylaxis) bezpośrednio po ekspozycji może zapobiegać bądź hamować infekcję ogólną. Takie działanie ogranicza proliferację wirusa w komórkach zakażonych w pierwszym rzędzie oraz w tych, które znajdują się w obrębie węzłów chłonnych. Profilaktyka po ekspozycji z wykorzystaniem np. Zidowudyny (AZT) może zmniejszać ryzyko zakażenia o 79% (www.aids.gov.pl).

Zapobieganie rozwojowi zapalenia wątroby po zakażeniu polega na podaniu gotowych przeciwciał przeciw wirusowi zapalenia wątroby typu B – HBV oraz szczepionki przeciw WZW B. Do czasu wykluczenia zakażenia HIV, HCV, HBV osoba, która uległa ekspozycji powinna zachować wstrzemięźliwość seksualną lub przestrzegać zasad bezpieczniejszego seksu (m.in. stosować prezerwatywy), wstrzymać się od oddawania krwi i nasienia, przerwać karmienie piersią, zabezpieczać się przed zaciążeniem.

Koszty związane z ekspozycją zawodową, ponoszone przez pracownika oraz system opieki zdrowotnej są bardzo duże – nie tylko w wymiarze finansowym.

mgr piel. Jolanta Czerniak
pielęgniarka naczelna i epidemiologiczna
Grupy Allenort

Magazyn PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ
nr 7–8/2012 www.pzwł.pl

Piśmiennictwo u autorki

MIĘDZYNARODOWE CENTRUM ONKOTERAPII

rozmowa z Panią Dr hab. n. med. Iwoną Gisterek
- Kierownikiem Międzynarodowego Centrum Onkoterapii
w Koszalinie

Euromedic to firma międzynarodowa. Co wpłynęło na wybór Koszalina jako lokalizacji kolejnego ośrodka radioterapii?

Firma Euromedic w wyborze lokalizacji pod inwestycję kolejnych ośrodków radioterapii kieruje się przede wszystkim potrzebami pacjentów w danym regionie kraju. Dotychczas w województwie zachodniopomorskim pacjenci mogli być leczeni tylko w Centrum Onkologii w Szczecinie. Chorzy ze wschodniej części województwa byli zmuszeni do przebycia dystansu nierzadko ponad 200 kilometrów celem konsultacji i leczenia. Dla wielu ciężko chorych była to odległość nie do pokonania. Dlatego też wielu z nich rezygnowało z tej metody terapii. W chorobach nowotworowych ponad połowa chorych powinna być leczona napromienianiem jako samodzielną metodą leczenia, bądź w skojarzeniu z chirurgią czy chemioterapią.

Czym różni się kierowany przez Panią koszański ośrodek od innych w Polsce?

Podstawową zaletą naszego Centrum jest nowoczesny, wysokiej jakości sprzęt do radioterapii oraz pełna dostępność do nowoczesnej diagnostyki (tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny, a za kilka tygodni rozpocznie swoją działalność pracownia scyntygrafii). Ponadto chorzy mogą być hospitalizowani w 35 łóżkowym oddziale, w którym warunki socjalne są komfortowe. Sale chorych są 2 lub 3 osobowe, każda z oddzielną łazienką. W oddziale posiadamy również świetlicę, gdzie chorzy mogą spędzać wolny czas, korzystać z internetu czy biblioteki. Lecz uważam, że najważniejsza jest atmosfera w oddziale, gdzie pacjenci przebywają pod troskliwą, pełną empatii opieką bardzo dobrze wykształconego personelu pielęgniarskiego i lekarskiego.

Czy radioterapię stosuje się tylko w chorobach nowotworowych?

Radioterapia ma zastosowanie przede wszystkim w leczeniu chorób nowotworowych, jednak prowadzimy napromienianie również u pacjentów ze schorzeniami ortopedycznymi takimi jak na przykład ostrogi piętowe, łokieć tenisisty czy zmiany zwyrodnieniowe stawów. Takie leczenie trwa z reguły kilka dni, a dawki terapeutyczne stosowane w schorzeniach nienowotworowych są istotnie niższe, niż w nowotworach złośliwych.

Dlaczego zainteresowała się Pani leczeniem pacjentów onkologicznych?

Przed wielu laty, kiedy uzyskałam specjalizację z laryngologii pracując w Klinice Laryngologicznej we Wrocławiu zorientowałam się, że wyleczenie pacjenta z raka krtań czy migdałka daje niewspółmiernie większą satysfakcję niż prowadzenie pacjentów z przewlekłymi schorzeniami o podłożu zapalnym. To była dla mnie, młodego lekarza, potrzeba sprostania większym wyzwaniom. Zainteresowałam się onkologią, rozpoczęłam pracę jako konsultującą laryngolog w Wojewódzkim Centrum Onkologii we Wrocławiu i tam już



zostałam, aż do ubiegłego roku. Pracując w ośrodku onkologicznym zdobyłam specjalizację z radioterapii i onkologii, podjęłam pracę w Katedrze Onkologii Akademii Medycznej we Wrocławiu, gdzie uzyskałam stopień doktora, a następnie doktora habilitowanego w dziedzinie onkologii.

Jakie ma Pani hobby po za pracą zawodową?

Od wielu lat jestem hodowcą psów rasowych. Moją ukochaną grupą psów są owczarki i psy pasterskie. Od ponad 15 lat hoduję briardy czyli owczarki francuskie długowłose. Jestem również sędzią kynologicznym. Często uczestniczę w wystawach psów jako wystawca bądź jako sędzia. Uważam, że nie ma lepszej formy wypoczynku po wyczerpującej psychicznie pracy zawodowej jak spacer czy zabawa z psem.

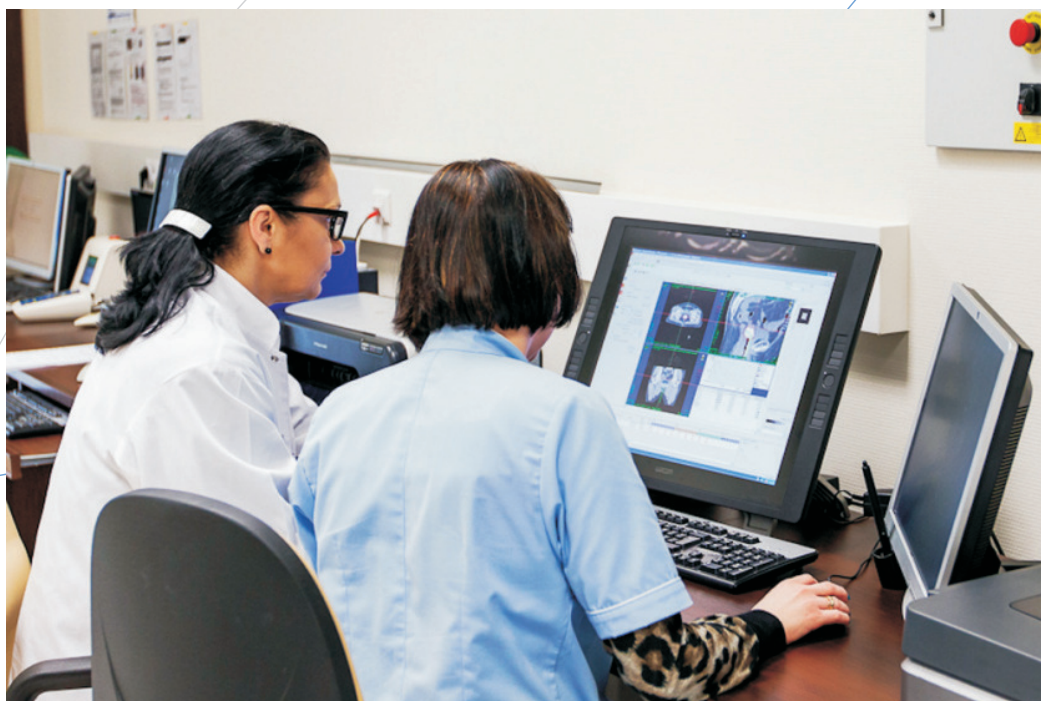
Czy podoba się Pani Koszalin?

Przyjeżdżając z Wrocławia, gdzie się urodziłam i mieszkalam całe życie byłam pełna obaw, czy zaaklimatyzuję się w znacznie mniejszym mieście. Teraz, po roku pobytu w Koszalinie dostrzegam same zalety zamieszkania w mniejszym mieście: znacznie mniejszy ruch samochodowy, nie ma „korków”, czas przejazdu do pracy to kilka minut, a nie trzy kwadranse. Najważniejsze jednak dla mnie są piękne okolice Koszalina. Uwielbiam spacerować po lesie w okolicach Manowa, Rosnowa czy Strękocina. Również spacer nad morzem dają mi szansę na szybką regenerację sił. Już za kilka dni, kiedy wyjadę wczasowicze będę mogła w pełni rozkoszować się urokami okolic nadmorskich i spacerami po pustych plażach.





EUROMEDIC



ONKOTERAPIA



Coś o tłuszczach...

Tłuszcze stanowią jeden z podstawowych składników odżywczych i spełniają w organizmie człowieka wiele funkcji: są skoncentrowanym źródłem energii, ułatwiają odczuwanie smaku i przelinywanie pokarmu, hamują skurcze żołądka i wydzielanie soku żołądkowego, stanowią budulec błon komórkowych i istoty białej mózgu, tłuszcz podskórny chroni przed nadmierną utratą ciepła, jako tłuszcz około narządowy stabilizują położenie nerek i innych narządów wewnętrznych, dostarczają NNKT, wpływają na sprawność układu krążenia, na wygląd włosów i skóry, są źródłem witamin: A, D, E, K.

Trawienie tłuszczów zachodzi głównie w jelicie cienkim po wcześniejszym zemulgowaniu (głównie przez żółć). Po wchłonięciu transportowane są do tkanek i komórek w połączeniu z białkami – są to lipoproteiny. Lipoproteiny transportują również tłuszcz wytwarzany przez sam organizm. Wyróżniamy cztery główne lipoproteiny: chylomikrony - przenoszą tłuszcze dostarczone z pożywieniem z jelita do wewnątrz organizmu, lipoproteiny o bardzo małej gęstości, VLDL (Very Low Density Lipoprotein), transportują lipidy wytwarzane w wątrobie do innych tkanek, lipoproteiny o małej gęstości LDL (Low Density Lipoprotein) tzw. „zły cholesterol”, LDL krążą po całym organizmie transportując cholesterol do komórek m.in. do śródbłonna naczyń tętniczych wpływając na powstawanie blaszek miażdżycowych, lipoproteiny o dużej gęstości HDL (High Density Lipoprotein) zwane „dobrym cholesterol”. HDL przenoszą lipidy z tkanek obwodowych do wątroby. Gromadzenie się tłuszczu w organizmie zależy przede wszystkim od liczby adypocytów (komórek tłuszczowych) ustalanych już w dzieciństwie. Wątroba odgrywa ważną rolę w gospodarce lipidowej i łatwo może dochodzić do jej stłuszczenia. Jest głównym organem dystrybucji cholesterolu w większości zamienianego w sole żółciowe wydzielane do przewodu pokarmowego, gdzie emulgują tłuszcz z pożywienia. Cholesterol częściowo zostaje ponownie wchłonięty w dalszym odcinku przewodu pokarmowego. Błonnik pokarmowy, zwłaszcza rozpuszczalny np. z owsa, owoców, warzyw wiąże kwasy żółciowe zapobiegając ich ponownemu wchłonięciu. Syntezę cholesterolu nasilają kwasy tłuszczowe nasycone oraz sacharoza i fruktoza. Tłuszcz pokarmowy występuje prawie we wszystkich rodzajach spożywanej żywności. Obecny jest w postaci widocznej (np.: oleje roślinne, masło, smalec), i niewidocznej. Ilość i jakość spożywanych tłuszczów ma istotne znaczenie w profilaktyce i leczeniu chorób układu krążenia oraz zapobieganiu nowotworom. Zaburzenia gospodarki lipidowej w organizmie człowieka stanowią jedną z głównych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca (NCHS). Z badań Szponara i wsp. (2003) wynika, że przeciętne spożycie cholesterolu z pożywieniem w Polsce w 2000 r. wynosiło 314 mg

u kobiet i 489 mg u mężczyzn przewyższając zalecane spożycie na poziomie 300 mg/dobę.

Dyslipidemia (def. Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia) występuje przy nieprawidłowym stężeniu w surowicy na czczo jednej lub więcej frakcji lipoprotein lub nieprawidłowym ich składem. Hipercholesterolemia – stężenie cholesterolu całkowitego ≥ 5 mmol (= 190mg/dl) i (lub) stężenie cholesterolu LDL $\geq 3,0$ mmol/l (=115mg/dl), Hipertriglicerydemia – stężenie triacylogliceroli (TG, d. tri glicerydów) $\geq 1,7$ mmol/l (=150 mg/dl), Małe stężenie cholesterolu HDL: < 1 mmol/l (40 mg/dl u mężczyzn i $< 1,2$ mmol/l (<45 mg/dl u kobiet), Hiperlipidemia mieszana. Dyslipidemia pierwotna: występuje najczęściej na skutek czynników środowiskowych jak nieprawidłowa dieta, mała aktywność fizyczna, palenie tytoniu oraz uwarunkowania genetyczne. Dyslipidemia wtórna może występować



w przebiegu innych chorób lub może być wywołana jatrogennie (np. przez leki). Może występować w niedoczynności tarczycy, żółtaczkę zastoinowej, pierwotnej marskości wątroby, przewlekłej

chorobie nerek, alkoholizmie, cukrzycy, otyłości, szpiczaku mnogim, jadłowstręcie psychicznym, bulimii oraz pod wpływem stosowania niektórych leków np.: diuretyków tiazydowych, kortykosteroidów, estrogenów, progestagenów.

Dieta w leczeniu dyslipidemii.

Wiele czynników żywieniowych wpływa na gospodarkę lipidową oraz właściwości hemodynamiczne krwi, płytki krwi i ścianę naczyń. Pojedynczy, bardzo obfity posiłek zwiększa poziom we krwi chylomikronów, VLDL, LDL, cholesterolu, wolnych kwasów tłuszczowych, dlatego posiłki powinny być częstsze i mniej obfite.

Otyłość (zwłaszcza brzuszna) i wzrost masy tkanki tłuszczowej nasila zaburzenia lipidowe i węglowodanowe. Prowadzi do wzrostu VLDL, TG, wolnych kwasów tłuszczowych, cholesterolu oraz obniżenia HDL, prowadzi do wzrostu glikemii, insulinemii i oporności na insulinę, nadciśnienia tętniczego,

Nadmierne spożycie tłuszczów zwiększa podaż energii sprzyjając otyłości, istotny jest rodzaj kwasów tłuszczowych, zawartość izomerów trans kwasów tłuszczowych nasyconych oraz zawartość cholesterolu. Obniżenie spożycia tłuszczów nasyconych, dostateczne spożywanie jednonienasyconych i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych zwłaszcza omega 6 i 3. Zaleca się spożywanie mniejszej ilości tłuszczów zwierzęcych (eliminacja tłustego mięsa, skóry drobiu, smalcu, słoniny, ograniczenie masła.



Unikanie tłuszczów ukrytych obecnych w tanich wędlinach, mielonych, tłustych serach, spożywanie chudego mleka i jego przetworów. Wyeliminowanie tłuszczów utwardzonych oraz unikanie pieczywa cukierniczego, batonów. Należy spożywać margaryny miękkie i prze-estryfikowane. Zwiększyć spożycie tłustych ryb (2 porcje tygodniowo – 1 porcja to ok. 100 g) oraz olejów roślinnych, ograniczyć spożycie podrobów. Unikać spożywania frytek, chipsów, żywności typu Fast food. Ograniczyć spożycie cukrów prostych, zwiększyć spożycie produktów skrobiowych z pełnego przemiału, warzyw i owoców bogatych w pektyny. Zwiększyć ilość białka roślinnego (zbożowe, strączkowe) kosztem mięs i jego przetworów.

Zwiększyć spożycie warzyw, owoców, produktów zbożowych, nasion, zarodków, ważne jest pokrycie zapotrzebowania na witaminy przeciwutleniające: C, E, A, beta karoten, kwas foliowy, wit. B6 i B12.

Jeżeli chodzi o składniki mineralne wysokie spożycie wapnia i magnezu działa ochronnie, natomiast zbyt duże spożycie sodu zwiększa ryzyko nadciśnienia. Ważny jest dostateczny poziom selenu, chromu i manganu.

Dieta hipolipemiczna

	Dozwolone	Dozwolone w określonych ilościach	Przeciwwskazane
Pieczyno	- pieczywo razowe, - owsianka, musli, - ryż makaron, kasze gruboziarniste	- białe pieczywo	- rogaliki francuskie (croissant)
Warzywa i owoce	- warzywa świeże i mrożone, - owoce świeże i mrożone, - konserwowane niesłodzone, - soki owocowe i warzywne niesłodzone,	- ziemniaki lub frytki smażone na świeżym oleju rzepakowym lub oliwie z oliwek	- frytki, ziemniaki, warzywa przygotowywane na maśle, smalcu lub twardej margarynie – warzywa solone i konserwowe - chipsy
Nabiał	- chude mleko, jogurt, kefir	- mleko, jogurt, kefir (półtłuste) - sery półtłuste - dwa całe jaja na tydzień	- pełne mleko, śmietana, mleko skondensowane, zabielać do kawy - sery pełnotłuste - jogurt i kefir pełnotłusty
Ryby	- ryby z rusztu, gotowane (unikać skóry)	- ryby smażone na oleju rzepakowym, ryby wędzone	- ryby smażone na maśle, smalcu, twardej margarynie
Mięso	- indyki i kurczaki bez skóry, - cielęcina, - królik, dziczyzna	- chuda wołowina - jagnięcina - szynka - kiełbasa drobiowa	- mięso z widocznym tłuszczem - kaczki, gęsi - kiełbasy salami, pasztety
Nasiona strączkowe	- soja, groch fasola, soczewica		
Tłuszcze	- margaryny miękkie ze stanolami lub sterolami	- olej rzepakowy lub oliwa oliwek - dopuszcza się olej słonecznikowy, kukurydziany, sojowy, do stosowania na zimno	- masło, smalec, łój, tłuszcz spod pieczenia - twarde margaryny
Zupy	- zupy warzywne, - chude wywary mięsne		- zupy zaprawiane śmietaną i innymi tłuszczami
Sosy i przyprawy	- pieprz, musztarda, zioła, przyprawy korzenne	- sosy sałatkowe niskotłuszczowe (np. na bazie chudego jogurtu)	- sól - majonezy, sosy, kremy sałatkowe - sosy do mięsa i ryb zawierające tłuszcz
Desery	- orzechy włoskie, migdały, sałatki owocowe, sorbety, galaretki, bezy, budynie na mleku chudym	- ciasta i ciasteczka zawierające mało tłuszczu - orzechy laskowe, ziemne, pistacjowe, brazylijskie - kutia	- lody, kremy, budynie na pełnym mleku - sosy na śmietanie i maśle - torty - przemysłowe wyroby cukiernicze - czekolada, toffi, karmelki - orzechy kokosowe i solone
Napoje	- kawa filtrowana lub rozpuszczalna	- alkohol	- kawa gotowana i parzona po turecku

Optymistyczna zupa dyniowa

Składniki:

Okolo 1 kg dyni pokrojonej w kostkę, 4 ziemniaki, 1 cebula, 1 mała lub ½ dużej papryki czerwonej, bulion warzywny lub rosół, sól, pieprz, papryka słodka, chilli lub papryka ostra, olej ok 2 – 3 łyżek, pestki dyni lekko uprażone na patelni, tosty lub grzanki.

Ziemniaki pokroić w kostkę, cebulę pokroić w drobną kostkę. Rozgrzać olej, zeszklić cebulę, dodać ziemniaki, podsmażyć (nie rumienić), dodać paprykę czerwoną pokrojoną w kosteczkę, podsmażyć, dodać trochę bulionu. Nie może być zbyt rzadka. W osobnym garnku podgotować dynię z odrobiną wody lub bulionu, dodać do ziemniaków. Przyprawić do smaku solą, pieprzem, papryką słodką i ostrą. Zupę można zmiksować. Ma piękny intensywnie żółty kolor, podaje się ją z grzankami posypaną pestkami dyni. Jest smaczna i nie tłusta, a bogata w pektyny. Jeżeli zamrozimy dynię możemy cieszyć się smakiem tej zupy nawet zimą.



Rozpoczął się rok szkolny, zamiast niezdrowych słodkich przekąsek godne polecenia są pyszne babeczki. Można zapakować je do szkoły lub na wycieczkę. Zamiast cukru białego można użyć trzcinowego.

**Babeczki czekoladowe**

Składniki:

250 g mąki, 2 łyżeczki proszku do pieczenia, 30 g kakao w proszku, 2 łyżki cukru pudru, 175 g ciemnej czekolady połamanej na kawałki, 1 jajko, 125 g kwaśnej śmietany, ¼ kubka mleka, 90 g roztopionego masła.

Piekarnik rozgrzać do 180 st.C, przygotować foremki. Przesiać do miski mąkę, proszek i kakao, dodać cukier i czekoladę, wymieszać. Zrobić dołek, wlać jajko roztrzepane, śmietanę, masło i mleko, dobrze wymieszać widelcem. (nie mieszać zbyt długo, ciasto powinno być grudkowate). Wypełnić foremki ¾ wysokości, piec 12 – 15 minut.

Babeczki czekoladowo – bananowe

Składniki:

90 ml(6 łyżek) mleka, 2 jajka, 150 g (10 łyżek) roztopionego masła, 225 g (2 szklanki) mąki, szczypta soli, 1 łyżeczka proszku do pieczenia, 150 g cukru pudru, 150 g ciemnej czekolady połamanej na kawałki, 2 rozgniecione banany.

Piekarnik rozgrzać do 200 st. C, foremkę do muffinek wyłożyć papilotkami. W jednej misce roztrzepać jajka z mlekiem, do drugiej miski przesiać mąkę, sól, proszek do pieczenia. Dodać cukier, czekoladę i dokładnie wymieszać. Do sypkich produktów dodać płynne, mieszać nie ubijając, dodać rozgniecione banany. Rozłożyć do foremek, piec ok. 20 minut na złoty kolor.

**Małgorzata Szmit
Stacja Dializ
Szpital Wojewódzki w Koszalinie**



X Jubileuszowe

Krakowskie Dni Dializoterapii – już za nami



Już od 20-stu lat, co dwa lata, odbywają się w Krakowie spotkania pracowników ochrony zdrowia związanych z leczeniem pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek. Krakowskie Dni Dializoterapii, których organizatorem jest Fundacja Amicus Renis są konferencją szkoleniową Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego a Honorowy Patronat objął Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Bronisław Komorowski. Komitet Organizacyjny, na którego czele stanął Olgierd Smoleński i Małgorzata Liber, składał się z 19 osób. W tym roku, w dniach 6-8 września, w Krakowskich Dniach Dializoterapii, uczestniczyło około 1300 osób z całej Polski. W konferencji wzięli udział nie tylko lekarze i pielęgniarki ale także technicy, rehabilitanci, dietetycy, chirurdzy,... oraz sami pacjenci jako pełnoprawni uczestnicy procesu terapeutycznego. Wraz z koleżanką Gosią, miałyśmy możliwość wzięcia udziału w tym spotkaniu. Już od wielu lat spotkanie rozpoczyna się uroczystym otwarciem w Teatrze im. Juliusza Słowackiego. Niestety, ze względu na dużą ilość zgłoszeń i ograniczoną ilość miejsc w teatrze, nie udało nam się otrzymać zaproszenia do tego przepięknego Teatru. W pewnym stopniu, brak zaproszenia, zrekomensował nam spacer po tajemniczych uliczkach Starego Miasta. Podróż do Krakowa była długa i męcząca ale mogłyśmy po raz kolejny spojrzeć na zabytki Starego Krakowa. Wieczór był ciepły i pogodny a widoki na Sukiennice, Kościół Mariacki, Wawel, Bramę Floriańską czy Krakowskie Dorożki wspaniałe. Czar tego miejsca sprawił, że całe zmęczenie związane z trudami podróży minęło.

Następnego dnia, w godzinach 8.30-18.30, na pięciu salach konferencyjnych jednocześnie odbywały się wykłady. Każdy mógł znaleźć dla siebie coś ciekawego. Wieczorem odbyła się uroczysta kolacja podczas której, krakowskim zwyczajem, było coś dla ciała i coś dla ducha. Jeszcze przed kolacją, na trawniku, przed Nowohuckim Centrum Kultury, w którym odbywały się wykłady, powitał nas Teatr Ognia. Grupa młodych tancerzy stworzyła widowisko w którym ogień, ruch i muzyka stanowiły jedną, spójną i niezwykle efektowną całość. W dalszej części wieczoru, przez prawie godzinę, uczestnicy konferencji mogli wysłuchać recytacji piosenki francuskiej w wykonaniu Barbary Gąsiennicy – Giewont, złożonego z utworów takich sław jak Edith Piaf czy Charles Aznavour. Następnie Cyrułik przedstawił program zatytułowany „Pół godziny z Krakowem” podczas którego wystąpił Jan Nowicki – poezja, Franciszek Serwatka – piosenki Cyrułika oraz Muzycy z Piwnicy Pod Baranami. Zmęczeni ale i zauroczni występami krakowskich artystów wróciliśmy do hoteli by po niespełna 5-ciu godzinach snu ponownie stawić się na wykładach.

Podczas trwających, przez dwa dni, wykładów każda z nas wzięła udział w kilku sesjach. Moim zdaniem jedną

z ciekawszych sesji była sesja dotycząca prawidłowego wykorzystania dostępu naczyniowego w czasie hemodializy oraz monitorowania chorego hemodializowanego. Bardzo interesującą sesją była sesja zatytułowana Czy potrafimy dbać o sprzęt do dializ – realizacja wymogów prawnych oraz Odpowiedzialność prawna pielęgniarki stacji dializ w świetle zmian w prawie. Ta ostatnia sesja była prowadzona przez prawnika specjalizującego się w prawie medycznym a ja byłam nią szczególnie zainteresowana nie tylko z racji pracy w oddziale dializ ale także ze względu na pełnioną funkcję Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych. Podczas konferencji bardzo często podkreślano jak ważne jest monitorowanie (nie tylko pacjenta ale także sprzętu medycznego), dokumentowanie wszystkich wykonywanych czynności i zdarzeń, analizowanie, wyciąganie wniosków oraz wdrażanie działań naprawczych. Prawnik prowadzący szkolenie z odpowiedzialności zawodowej zwrócił uwagę na szereg zmian w prawie medycznym, które miały miejsce w ostatnich latach. Podkreślił znaczenie prawidłowo prowadzonej dokumentacji medycznej, zwrócił szczególną uwagę na dwa fundamentalne, ściśle powiązane ze sobą prawa pacjenta – prawo do informacji i prawo do zgody. Mówił o tym komu można udzielać informacji o zdrowiu pacjenta oraz od kogo należy pobierać zgodę na zabieg. Zwracał uwagę, by nie mylić pojęć przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego czy pojęcia osoby bliskiej ze względu na ich różne uprawnienia. Przypominał też, że zgoda na zabieg pobrana przez pielęgniarkę jest zgodą pobraną niezgodnie z prawem. Taką zgodę może pobrać lekarz i to po udzieleniu ustnej, zrozumiałej dla wyrażającego zgodę informacji. Pielęgniarka, natomiast, pobiera zgodę na czynności pielęgnacyjne. Wykładowca podkreślał także ważność przestrzegania tajemnicy zawodowej. Zwrócił uwagę, że nawet jeżeli pacjent zwolni pielęgniarkę czy lekarza z obowiązku przestrzegania tajemnicy zawodowej to dobrze jest mieć na to dowód w postaci pisemnego oświadczenia podpisanego przez pacjenta.

Dało się zauważyć, że wszystkim tym którzy zajmują się pacjentami leczonymi w programie dializ zależy nie tylko na tym, żeby przedłużyć tym pacjentom życie ale żeby przede wszystkim poprawić ich jakość życia. Zapewne z tego też powodu pojawiły na Krakowskich Dniach Dializoterapii tematy dotyczące zagadnień związanych z rehabilitacją dializowanych pacjentów. Niezwykle istotna, podczas tego typu konferencji, jest możliwość posłuchania o osiągnięciach i doświadczeniach innych ośrodków, możliwość dyskusji, wyrażenia swoich opinii czy wątpliwości w pewnych kwestiach. Słuchając poszczególnych wykładowców przez cały czas dało się odczuć, że wszyscy są świadomi tego, że tylko wspólny wysiłek całego zespołu terapeutycznego, którego podstawą jest lekarz i pielęgniarka, może przynieść pacjentowi korzystne rezultaty a nam satysfakcję z trudnej, mroźniejszej i bardzo odpowiedzialnej pracy. Komitetowi Organizacyjnemu KDD, należą się duże brawa za perfekcyjne przygotowanie tego przedsięwzięcia na tak szeroką skalę. Warto było tam być i posłuchać wielu sław polskiej nefrologii. Kraków obiecał, że zaprosi nas ponownie za dwa lata. Jeżeli jeszcze ktoś kto zajmuje się dializowaniem pacjentów nie był na Krakowskich Dniach Dializoterapii to powinien zrobić wszystko, żeby tam pojechać. My z koleżanką Gosią miałyśmy troszeczkę szczęścia. Udało nam się znaleźć sponsorów, którzy pokryli koszty konferencji, Dyrektor Szpitala udzielił nam na wyjazd urlopu szkoleniowego a nam pozostały do poniesienia, wcale nie małe koszty podróży, ale było warto!

Danuta Wojewska
Stacja Dializ

Szpital Wojewódzki w Koszalinie

ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE w KOSZALINIE

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach stacjonarnych, są formą opieki realizowaną w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz w zakładach opiekuńczych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.



W zakładzie opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, udzielane są całodobowe świadczenia zdrowotne pacjentom z niewydolnością oddechową, u których zakończono proces leczenia przyczynowego, a wymagają stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii. Wentylacja mechaniczna czyli wspomaganie oddychania za pomocą respiratora, jest to metoda leczenia w której respirator zastępuje czynność oddechową pacjenta. Zadaniem urządzenia i celem wentylacji mechanicznej jest wymuszanie oddechu i utrzymywanie wymiany gazowej w płucach chorego. Stosowane obecnie respiratory wspomagają albo zastępują oddech pacjenta przez wytworzenie dodatniego ciśnienia w respiratorze, które przenoszone jest na drogi oddechowe pacjenta.

Przewlekłą wentylację mechaniczną, w zależności od stanu pacjenta i wskazań medycznych prowadzi się dwoma metodami: metodą nieinwazyjną i metodą inwazyjną. Wentylacja nieinwazyjna zapewnia wspomaganie wentylacji bez użycia rurki tracheostomijnej. Powietrze dostarczane jest do dróg oddechowych chorych przez maskę szczelnie przylegającą do jego twarzy i obejmującą nos, usta i usta lub rądziej całą twarz. Taki rodzaj wentylacji stosuje się często w warunkach domowych u chorych z przewlekłą niewydolnością oddechową jako wczesną fazę postępowania leczniczego.

Wentylacja inwazyjna prowadzona jest u pacjentów z wytworzoną sztuczną drogą oddechową – tracheostomią, którzy wymagają wspomaganego oddechu za pomocą respiratora podłączonego do rurki tracheostomijnej. Niezależnie od rodzaju stosowanej wentylacji inwazyjnej czy nieinwazyjnej, zasada wspomaganie oddechu pacjenta jest taka sama, respirator wytwarza dodatnie ciśnienie, które przenoszone jest na drogi oddechowe pacjenta powodując jego wdech. W tym przypadku wentylacja mechaniczna może być kontrolowana, w respiratorze programuje się główne parametry, to znaczy objętość i częstość oddechu i nie ulegają one zmianie w czasie oddychania. Prawidłowe ustawienie wszystkich parametrów respiratora wymaga specjalistycznej wiedzy i zajmuje się tym lekarz anestezjolog nadzorujący wentylację.

Stosowanie wentylacji mechanicznej jest konieczne

w wielu schorzeniach i urazach, w których pacjent nie jest w stanie oddychać samodzielnie np. uszkodzenia mózgu, urazy i choroby neurologiczne, stan śpiączki farmakologicznej itp.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom i zapotrzebowaniom na rynku usług medycznych, od 1 lutego 2012 roku w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSW w Koszalinie rozpoczął działalność Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy dla pacjentów Wentylowanych Mechanicznie. Zakład udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem specjalistyczny nadzór lekarski, profesjonalną pielęgnację i rehabilitację pacjentów, wymagających całodobowego, mechanicznego wspomaganie oddechu respiratorem. Pacjenci kierowani do Zakładu muszą mieć zakończone i udokumentowane leczenie przyczynowe i być w pełni zdiagnozowani, oraz posiadać wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne. Przeciwwskazaniem do pobytu w Zakładzie jest terminalna faza choroby nowotworowej oraz ostra faza choroby psychicznej.

Zakład zapewnia kontynuację leczenia, która obejmuje dalsze postępowanie medyczne, dostosowane do stanu zdrowia pacjenta, w tym podawanie leków, wykonywanie niezbędnych badań diagnostycznych oraz stosowanie wskazań po zakończonej hospitalizacji, kontynuacja leczenia dotyczy również żywienia dojelitowego. Kwalifikacja pacjenta do żywienia dojelitowego musi odbyć się w szpitalu. Żywienie dojelitowe może być zastosowane u chorych, u których wykonano gastrostomię (tzw. PEG) i wymagają podawania substancji odżywczych powyżej 30 dni.

Zakład posiada profesjonalny sprzęt leczniczy i pielęgnacyjny między innymi: respiratory, koncentratory tlenu, pulsoksymetry, ssaki elektryczne, pompy infuzyjne, pompy żywieniowe, łóżka z regulacją wysokości, materace przeciwoślizgowe i inny sprzęt niezbędny do pielęgnacji. Stworzone zostały dogodne warunki do opieki pielęgnacyjno - opiekuńczej dla przebywających tam pacjentów.



ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE W KOSZALINIE

Zakres udzielanych świadczeń w Zakładzie nad chorymi wentylowanymi mechanicznie obejmuje: specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, rehabilitację, opiekę psychologa klinicznego i logopedy, prowadzenie terapii zajęciowej, leczenie farmakologiczne i dietetyczne oraz zaopatrzenie w wyroby medyczne i środki pomocnicze.

Personel pielęgniarski posiada odpowiednie kwalifikacje do udzielania świadczeń w Zakładzie, został przeszkolony w zakresie obsługi sprzętu specjalistycznego oraz żywienia dojelitowego i obsługi pompy żywieniowej.

Nabyte umiejętności wykorzystywane są do:

- codziennego nadzoru nad prawidłowością wentylacji mechanicznej,
- obserwacji występujących zakłóceń wentylacji i związanych z tym objawów m.in.: zmiany szybkości i głębokości oddychania, zmiany koloru skóry, wystąpienia sinicy, zaczerwienienia skóry itp.,
- reagowania na alarmy ze strony respiratora i sprzętu monitorującego,
- opieki nad sztuczną drogą oddechową, jaką jest rurka tracheostomijna,
- prawidłowego odsysania wydzieliny,
- kontroli wypełnienia balonika rurki,
- wymiany opatrunków wokół rurki,
- prowadzenia żywienia dojelitowego w tym obsługi pompy żywieniowej,
- pielęgnacji skóry wokół PEG-a,
- sprawdzania drożności i ułożenia PEG-a,
- prowadzenia obowiązującej dokumentacji.

Pielęgniarki kompetentnie i odpowiedzialnie wywiązują się z powierzonych obowiązków. Bez zastrzeżeń organizują pracę własną i zespołową, współpracując z lekarzem anestezjologiem i innym personelem medycznym w celu

zapewnienia profesjonalnej opieki i realizacji świadczeń na wysokim poziomie.

SP ZOZ MSW w Koszalinie ma podpisaną umowę z OW NFZ w Szczecinie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.

W zakładach opiekuńczych Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje jedynie świadczenia zdrowotne. Koszty żywienia i zakwaterowania ponosi pacjent lub jego rodzina.

Sposób i tryb kierowania osób do zakładów opiekuńczych oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w zakładzie określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych (Dz.U. 2012.731).

Osoby zainteresowane opieką długoterminową zachęcam do zapoznania się z Zarządzeniem nr 83/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U.2009.140.1147 z późn. zm.).

Pamiętajmy, że każdy człowiek ma prawo do godnej i profesjonalnej opieki, a uśmiech, życzliwy gest personelu, dotyk ręki i dobre słowo, budują atmosferę wzajemnego zaufania i szacunku.

„Życie to szereg poświęceń. Trzeba tę zasadę nosić w sercu i głowie”.

Henryk Sienkiewicz

Grażyna Margas



OBNIŻENIE WIEKU EMERYTALNEGO I EMERYTURY POMOSTOWE DLA PIELĘGNIAREK

MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ
Warszawa 15 czerwiec 2012 r.

Pan Cezary Rzemek
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do pisma z dnia 30 maja 2012 r., znak MZ-DS.-079-2290-603/PJ/12, dotyczącego wprowadzenia do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. z 2008 r. Nr 237, poz. 1656, z późn. zm.) zapisów umożliwiających obniżenie wieku emerytalnego dla pielęgniarek oraz propozycji dokonania weryfikacji kryteriów, w oparciu o które kształtowany jest wykaz prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, uprzejmie informuję, co następuje.

Zawarte w systemie emerytur pomostowych zarówno definicje pracy w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze, są efektem szczegółowej dyskusji, jaka toczyła się nad projektem ustawy o emeryturach pomostowych w zespołach problemowych Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-Gospodarczych oraz w trakcie prac parlamentarnych z udziałem wybitnych ekspertów z zakresu medycyny i ochrony pracy.

W ramach tych prac wykorzystano wiele opinii i analiz znanych ośrodków naukowo-badawczych. Ostatecznie powstały, stanowiące załącznik do ustawy o emeryturach pomostowych, wykazy prac w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze, które zarówno z punktu widzenia potrzeb zainteresowanych jak i możliwości systemu finansowego państwa są, moim zdaniem, optymalne. Uważam, że opracowany przez wybitnych specjalistów medycyny i ochrony pracy wykaz prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze jest w świetle aktualnego stanu wiedzy kompletny i nie wymaga zmian, jak również uzupełnienie.

Ustawa o emeryturach pomostowych była trzykrotnie badana (w tym w zakresie zgodności z konstytucją definicji zawartych w jej art. 3 ust. 1-3 i kompletności załączników nr 1 i 2) przez Trybunał Konstytucyjny, który orzeczeniami z dnia 16 marca 2010 r. Sygn. Akt K 17/09, 25 listopada 2010 r. Sygn. Akt K 27/09 oraz 3 marca 2011 r. Sygn., Akt K 23/09 orzekł o zgodności tej ustawy z Konstytucją RP.

W tej sytuacji jakiegokolwiek zmiany w systemie emerytur pomostowych, w kierunku rozszerzenia uprawnień do tych emerytur byłyby nieuzasadnione.

Rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do wcześniejszych świadczeń emerytalnych nie byłoby także uzasadnione ze względów demograficznych jak i ekonomicznych. Od kilku lat w Polsce występuje ubytek rzeczywistej ludności. W skutek niskiego przyrostu naturalnego oraz ujemnego salda migracji zagranicznych liczba ludności Polski zmniejsza się. Zjawisku temu towarzyszy niekorzystna zmiana struktury demograficznej społeczeństwa.

Zmiany te wynikają z zachodzących równolegle procesów; załamania przyrostu naturalnego społeczeństwa, któremu towarzyszy przyrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym.

Obecnie systematycznie maleje liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym. Od roku 1990 r. liczba ta zmalała o ok. 4,1 mln. Do 2035 r. prognozuje się jej dalszy spadek o ponad 1,6 mln. Równocześnie stale rośnie liczba osób w wieku poprodukcyjny.

W chwili obecnej jest to blisko 6,3 mln. osób, jednakże w następnych latach nastąpi jej znaczny przyrost, jak się przewiduje, o ponad 3,3 mln osób do 2035 r.

Liczba osób w wieku produkcyjny – a więc tych, które mogą finansować świadczenia emerytalne – na przestrzeni ostatnich kilku lat ustabilizowała się na poziomie ok. 24,5 mln. osób. Ta sytuacja ulegnie jednak pogorszeniu. Dla przykładu, w 2020 r. osób w wieku produkcyjnym będzie ok. 22,5 mln, a w 2035 r. nastąpi dalszy spadek ich liczby do ok. 20,7 mln osób.

W konsekwencji wzrośnie relacja liczby osób w wieku poprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym (czyli tzw. wskaźnik obciążenia demograficznego ludnością w wieku poprodukcyjnym). O ile w chwili obecnej na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada 26 osób w wieku poprodukcyjnym to w 2020 r. będzie to już 37 osób, natomiast w 2035 – 46.

Równocześnie pragnę podkreślić, że ujednolicenie wieku emerytalnego na poziomie 67 lat, w związku z przyjętą przez sejm w dniu 11 maja 2012 r. ustawą o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw, nie naruszy uprawnień do emerytury pomostowej.

Na podstawie przepisów tej ustawy pielęgniarki i położne mogą ubiegać się o prawo do emerytury pomostowej już w wieku 55 lat, jeżeli wykonują pracę określoną w pkt 18, 22, 23 i 24 załącznika nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych i spełniają pozostałe kryteria ustawowe, od których zależy ustalenie prawa do emerytury pomostowej.

Z poważaniem
Minister Podsekretarz Stanu Marek Bucior

MINISTERSTWO ZDROWIA
Podsekretarz Stanu Cezary Rzemek
Warszawa

Pani Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W nawiązaniu do spotkania w Ministerstwie Zdrowia z dnia 23 maja br. Oraz spotkania z udziałem Pana Premiera Donalda Tuska w dniu 28 marca br. W załączeniu uprzejmie przekazuję wnioskowane w trakcie tych debat stanowisko Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej:

- w odniesieniu do propozycji Związku wprowadzenia do projektu *ustawy o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Świadczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw* zapisów uniemożliwiających obniżenie wieku emerytalnego dla pielęgniarek zatrudnionych w systemie pracy zmianowej i wykonujących pracę zmianową w porze nocnej o 1 miesiąc za każde 3 miesiące przepracowane w takiej organizacji pracy;
- oraz w odniesieniu do propozycji dokonania weryfikacji kryteriów, w oparciu o które kształtowany jest wykaz rodzajów prac w szczególnych warunkach i prac o szczególnym charakterze, których wykonywanie uprawnia do emerytury pomostowej.

Cezary Rzemek

Aby życie było mądre, najważniejsza jest dobrze pojęta troska, po części o naszą teraźniejszość, po części o naszą przyszłość, tak aby jedno nie było przeszkodą dla drugiego.

Arthur Schopenhauer

Urząd Miasta i Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie

zapraszają na konferencję naukowo-szkoleniową zorganizowaną w ramach obchodów Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej

pt.: „Zdrowie Seniora jako problem medyczny i społeczny”

*Konferencja odbędzie się w dniu 23.10.2012r. o godz. 9⁰⁰
w Koszalinie w Centrum Kultury, Sala kina Kryterium, ul. Zwycięstwa 105*

Honorowy Patronat

Prezydent Miasta Koszalina

**Szpital Wojewódzki w Koszalinie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
MSW w Koszalinie, Specjalistyczny Szpital Gruzlicy i Chorób Płuc w Koszalinie.**

Uczestnictwo w konferencji jest bezpłatne!

Program konferencji

9 ⁰⁰ -9 ¹⁵	Rozpoczęcie i powitanie gości.
9 ¹⁵ -9 ³⁰	Pokaz tańca Flamenco w wykonaniu zespołu tańca Uniwersytetu Trzeciego Wieku
9 ³⁰ -10 ⁰⁰	Zasady diagnostyki i terapii nadciśnienia tętniczego u osób starszych - <i>lek. specjalista hipertensjolog Iwona Tołkacz – Mil</i>
10 ⁰⁰ -10 ³⁰	Cukrzyca u osób w wieku starszym – aktualne problemy rozpoznawania i leczenia - <i>lek. specjalista diabetolog Danuta Cybulska</i>
10 ³⁰ -11 ⁰⁰	Rola żywienia w wieku podeszłym - <i>inż. dietetyk Halina Żmuda</i>
11 ⁰⁰ -11 ³⁰	Rola kwasów omega 3 w diecie - <i>prof. Przemysław Mrozikiewicz</i>
11 ³⁰ -12 ⁰⁰	Prezentacja produktów z włókien naturalnych - <i>mgr Piotr Ludniewski</i>
12 ⁰⁰ -12 ⁴⁵	Przerwa kawowa
12 ⁴⁵ -13 ⁰⁰	Prezentacja produktów firmy NUTRICIA
13 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	Problemy opieki psychologicznej w opiece nad ludźmi w podeszłym wieku - <i>prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden – Gałuszko</i>
14 ⁰⁰ -14 ²⁰	Metody usprawniania w rehabilitacji geriatrycznej - <i>mgr fizjoterapii Katarzyna Krajcer</i>
14 ²⁰ -14 ⁴⁰	Zasady zaopatrywania osób starszych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze - <i>mgr Julita Waclaw</i>
14 ⁴⁰ -14 ⁴⁵	Prezentacja produktów firmy Schülke
14 ⁴⁵ -15 ¹⁰	Prezentacja materiałów opatrunkowych firmy Skamex
15 ¹⁰	Zakończenie konferencji. Poczęstunek

Komunikacja w zespole terapeutycznym w zakresie opieki ginekologiczno-położniczej

Szanowni Państwo,

Upieramie informuję, że w dniach **23-24 listopada 2012 roku** odbędzie się w Warszawie konferencja „Komunikacja w zespole terapeutycznym w zakresie opieki ginekologiczno-położniczej”. Mamy nadzieję, że członkinie i członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie będą zainteresowani udziałem w tym wydarzeniu.

Rejestracja i opłata za udział w konferencji (350 PLN) przebiega za pośrednictwem portalu:

<http://poloznictwo2012.pzwl.pl/content/op%C5%82aty> bądź mogą Państwo dokonać wpłaty bezpośrednio ze swojego rachunku bądź pocztą na rachunek Wydawnictwa Lekarskiego PZWL, dane jak poniżej:

Bank Handlowy SA 30 1030 1016 0000 0000 4553 7001

Jednocześnie informuję, że formuła konferencji przewiduje warsztaty o interesującej tematyce (dodatkowa opłata 150 PLN).

Zapraszamy!

*Renata Szumacher-Dobosz
Wydawnictwo Lekarskie PZWL Sp.z o.o.
Koordynator ds. Konferencji*

Kontakt:
e-mail: renata.szumacher@pzwl.pl
nr tel.: 22 695 44 94
nr tel.kom.: 502 796 040

KONFERENCJA SZKOLENIOWA DLA POŁOŻNYCH I PIEŁĘGNIAREK nt. „Wybrane zagadnienia rozwoju somatyczno-płciowego dziewcząt”

Klinika Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz Stowarzyszenie na Rzecz Ginekologii Wieku Rozwojowego serdecznie zapraszają na konferencję szkoleniową w Poznaniu w dniach 12-14.12.2012r

Uczestnicy konferencji otrzymają certyfikaty uczestnictwa w konferencji. Przewidujemy imprezy towarzyszące.

Tematy konferencji:

1. Neuroendokryne uwarunkowania rozwoju somatycznego i płciowego dziewcząt. Pierwsza miesiączka i miesiączkowanie w pierwszych latach po menarche. Wskaźniki rozwoju płciowego.
2. Badanie ginekologiczne – specyfika badania dziewcząt, rola pielęgniarki i położnej.
3. Zaburzenia miesiączkowania u dziewcząt. Diagnostyka, leczenie wybranych endokrynopatii. (Niewydolność układu podwzgórzowo-przysadkowego. Pierwotna niewydolność jajników).
4. Zapalenie narządów płciowych dziewcząt, leczenie.
5. Zapalenie wyrostka robaczkowego dziewcząt, a płodność kobiet.
6. Epidemiologia nowotworów narządów płciowych dziewcząt. Aspekty profilaktyki onkologicznej.
7. Leczenie paramedyczne, wspomagające w onkologii.
8. Homeopatia jako leczenie wspomagające w ginekologii.
9. Poradnie ginekologii dziecięcej jako szkoła profilaktyki nowotworów narządów płciowych kobiet – program szkolenia na wszystkich poziomach nauczania.
10. Rozwój psychoemocjonalny i seksualny dziewcząt. Inicjacja seksualna i planowanie pierwszej ciąży u dziewcząt.
11. Poziom uświadczenia seksualnego młodzieży - rola położnej.
12. Dziecko wykorzystywane seksualnie.
13. Adolescencja jako zjawisko psychologiczne, kulturowe i społeczne. Kryzys adolescencji - udział czynników hormonalnych, psychologicznych i społecznych. Pojęcie normy i patologii w okresie adolescencji.

Ważne informacje:

- Karty zgłoszeń proszę przesyłać e-mailem, faxem lub na adres korespondencyjny do dnia 31.10.2012 r.

- Adres do korespondencji:

Klinika Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii

ul. Polna 33; 60-535 Poznań

Tel. 0 61 8419 278, fax. 0 61 8419 656

e-mail: pol-piel@wp.pl

- Wpłaty za uczestnictwo 300,00 PLN proszę przysyłać na nr konta: 98 1020 4027 0000 1602 0031 0615, PKO BP Stowarzyszenie na Rzecz Ginekologii Wieku Rozwojowego, ul. Polna 33; 60-535 POZNAŃ

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY- dostępny w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie

Firma GSK Commercial oraz Mead Johnson serdecznie zaprasza na szkolenie dla położnych środowiskowych i pielęgniarek szczepiących

Szkolenie poświęcone szczepieniom ochronnym oraz właściwemu żywieniu niemowląt

**Szkolenie odbędzie się dnia 05.10.2012r. (piątek) o godz. 12:30
w Restauracji „Mama- Mia” w Koszalinie**

Program szkolenia:

12.30 - Powitanie uczestników

12.35 - Wybrane zagadnienia z Kalendarza Szczepień - szczepienia zalecane – Magdalena Duk
Przedstawiciel GSK

13.35 - Składniki odżywcze a odporność. LCPUFA - DHA I ARA - wspomaganie i kształtowanie rozwoju
odporności i ostrości widzenia - Agnieszka Kocot Przedstawiciel Mead Johnson

14.30 - Poczęstunek

Upraszamy prosimy o potwierdzenie uczestnictwa (telefonicznie lub SMS) pod nr telefonu:

Magdalena Duk 504 110 702, Agnieszka Kocot 600-408-669

do dnia 04.10.2012 r.

Zatroskana jesień

**Obdarowana resztkami
jasnego słońca
posyła uśmiech w stronę
odchodzącego lata**

**bratając się z nim
potajemnie
w kopertach
szeleszczących liści
chowa ich wspólne
małe tajemnice**

**wdzięczna za dar
ciepłych wrażeń
ofiarowuje nici
srebrzystej pajęczyny
tkając woal babiego lata**

**zatroskana podąża
ciężkim krokiem
na spotkanie
z lodowatą zimą**

Krystyna Wajda

Rozstrzygnięcie Konkursu Fotograficznego „Moje wakacje”

Zwycięzcą konkursu została Pani Bogumiła Nowakowska,
które przesłała zdjęcia pt: „Moje wakacje w Norwegii”.

Nagrodę można odebrać w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Koszalinie.



KONKURS FOTOGRAFICZNY

Serdecznie zapraszamy do wzięcia udziału w **Konkursie Fotograficznym**
pt: „**Najzabawniejsza historia związana z wykonywaniem pracy**
lub opisująca wakacyjną przygodę”.

Zdjęcia można przysyłać za pośrednictwem Poczty Polskiej
lub na adres e-mail OIPiP.

Termin nadsyłania prac: **30.11.2012 r.**

Nagrodzone zostaną 3 pierwsze miejsca oraz 2 wyróżnienia.

Listę zwycięzców oraz nagrodzone prace opublikujemy w kolejnym numerze
biuletynu. Do nadsyłanych prac proszę dołączyć oświadczenie o wyrażeniu
zgody na opublikowanie danych osobowych oraz zdjęć w kolejnych wydaniach
„Biuletynu Informacyjnego”.



Pielęgniarka...

rozmowa z Wiesławą Miller
- emerytowaną Pielęgniarką Naczelną Szpitala Wojewódzkiego
w Koszalinie



Dlaczego została Pani pielęgniarką?

Przypadek, bo nie dostałam się na medycynę. Moja babcia bardzo chciała, abym została lekarzem i leczyła ją. Natomiast rodzicom zależało, aby zarówno bratu i mi zapewnić jak najlepsze wykształcenie.

Co Pani najmilej wspomina z pracy pielęgniarki?

Oczywiście pierwszą pracę w Akademii Medycznej w Gdańsku, w II Klinice Pediatrii, w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym. Hospitalizowane były tam dzieci w wieku od 0-16 lat, z całego regionu. Była to bardzo ciekawa praca, gdyż każdego dnia diagnozowane i leczone były bardzo trudne przypadki. Doskonale pamiętam 8-miesięczne dziecko, u którego wystąpił obrzęk płuc. Jako młoda pielęgniarka miałam przeprowadzić oddychanie usta-usta. To było duże przeżycie.

Jaka zabawna historia wiąże się z Pani pracą?

Zabawnych historii było bardzo dużo, ale żadna w sposób szczególny nie utkwiła mi w pamięci.

Jakiego pacjenta zapamiętała Pani najlepiej?

Wspomniane już 8-miesięczne dziecko z obrzękiem płuc, u którego miałam przeprowadzić sztuczne oddychanie.

Z kim się Pani najlepiej współpracowało?

Przed wszystkim z kadrą kierowniczą jak również ze wszystkimi

pracownikami. Kocham ludzi i lubię z ludźmi pracować i pomagać im.

Jaki dzień utkwił Pani w pamięci?

01.07.2009 r. - dzień odejścia na emeryturę po 37 latach pracy w ochronie zdrowia, w tym 35 lat w koszalińskiej.

Jakie ma Pani hobby?

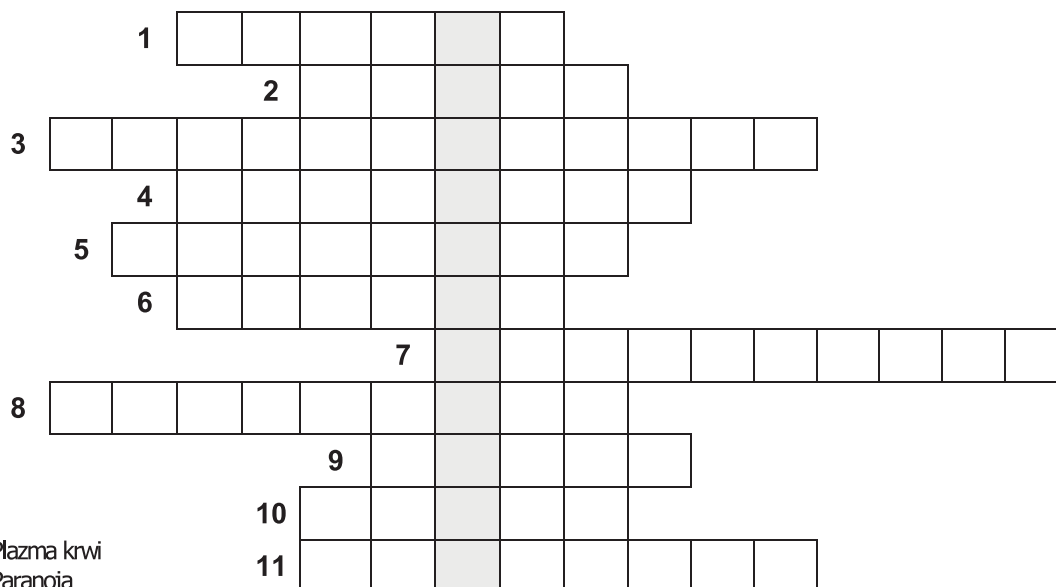
Duuużo! A najbardziej podróże, zwłaszcza Stany Zjednoczone i Kreta. Uwielbiam też czytać i słuchać radia.

Czy Pani zdaniem pielęgniarki powinny pracować do 67 roku życia?

W mojej ocenie pielęgniarki powinny pracować do 55 roku życia a w warunkach szkodliwych do 50 roku życia. Praca w systemie zmianowym jest pracą bardzo ciężką.

Dziękuję bardzo za rozmowę

KRZYŻÓWKA nr 3



1. Płazma krwi
2. Paranoja
3. Nauka o lekach
4. Nauka o dziedziczności
5. Środek cieniujący
6. Wymioty
7. Wziernikowanie
8. Inaczej drgawki
9. Dawniej fartuch lekarski
10. Płamki barwnikowe w skórze
11. Ręka lub noga

Nagrodę za rozwiązanie krzyżówki nr 2, której hasło brzmiało: „Letni odpoczynek” wygrała Pani Anna Studzińska z Kołobrzegu.

Nagrodę można odebrać osobiście w siedzibie OIPIP.

Hasło, które będzie rozwiązaniem krzyżówki można przysyłać za pośrednictwem Poczty Polskiej lub na adres e-mail OIPIP.

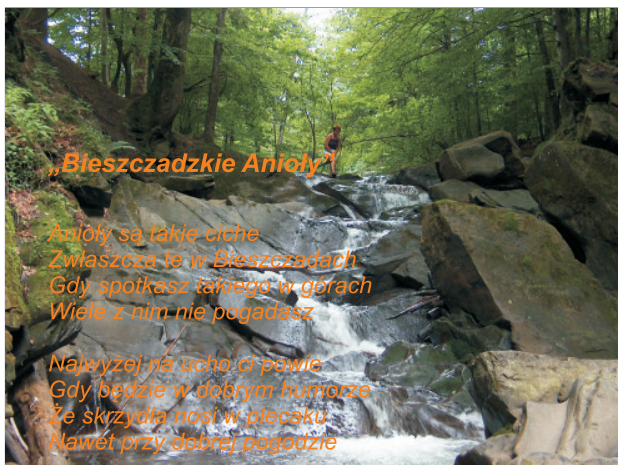
Termin nadsyłania rozwiązań: **30.11.2012 r.**

Za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki przewidziano jedną nagrodę rzeczową. Imię i nazwisko zwycięzcy, wyłonionego w drodze losowania opublikujemy w kolejnym numerze biuletynu.

BIESZCZADY

„Tam niespodzianki cię czekają co dzień, gdy w połoniny wyruszasz na zwiady,
a potem patrzysz o słońca zachodzie siadłszy na drzewa przewalanej kłodzie jak żyją Bieszczady”

Jacek Kaczmarski



„Bieszczadzkie Anioły”

Anioły są takie ciche
Zwłaszcza te w Bieszczadach
Gdy spotkasz takiego w górach
Wiele z nim nie pogadasz

Nawyżej niż ucho ci powie
Gdy będzie w dobrnym humorze
Że skrzydła nosi w plecaku
Nawet przy dobrej pogodzie

Anioły są całe zielone
Zwłaszcza te w Bieszczadach
Łatwo w trawie się kryją
I w opuszczonych sadach

W zielone grają ukradkiem
Nawet karty mają zielone
Zielone mają pojęcie
A nawet zielony kielonek

Anioły bieszczadzkie, bieszczadzkie anioły
Dużo w was radości i dobrej pogody
Bieszczadzkie anioły, anioły bieszczadzkie
Gdy skrzydłem cię trąca już jesteś ich bratem

Anioły są całkiem samotne
Zwłaszcza te w Bieszczadach
W kapliczkach zimą drzemią
Choć może im nie wypada

Czasem taki anioł samotny
Zapomni dokąd ma lecieć
I wtedy całe Bieszczady
Mają szaloną uciechę

Anioły bieszczadzkie, bieszczadzkie anioły...

Anioły są wiecznie ulotne
Zwłaszcza te w Bieszczadach
Nas też czasami nosi
Po ich anielskich śladach

One nam przyzwalają
I skrzydłem wskazują drogę
I wtedy w nas się zapala
Wieczny bieszczadzki ogień

Anioły bieszczadzkie, bieszczadzkie anioły...
...Gdy skrzydłem cię musną już jesteś ich bratem

Autor: Adam Ziemianin

Bieszczady to południowowschodni przyczółek Karpat. Kraina rozległa, bardzo ciekawa i intrygująca a zarazem dzika i tajemnicza. Miejsce gdzie można znaleźć się blisko nieskażonej natury pięknej, ale również niebezpiecznej. Większość powierzchni pokrywają jodłowo-bukowe lasy pełne dzikich ostępów i uroczysk, które mają cechy pierwotnej puszczy. W górnych partiach Bieszczad rozciągają się pokryte wysoką trawą łąki górskie zwane połoninami. Połoniny to najbardziej charakterystyczne elementy bieszczadzkiego krajobrazu.

Najbardziej znane to Wetlińska i Caryńska. Całe szczyty gór to olbrzymie przestrzenie pozbawione całkowicie drzew, porośnięte wyłącznie przez łąki. Tego wyjątkowego krajobrazu, nie zobaczymy nigdzie indziej. Bieszczadzkie góry, chociaż sprawiają wrażenie opustoszałych tętnią życiem zwierząt, owadów i niespotykaną w innych częściach naszego kraju roślinnością. W Bieszczadach żyje największy europejski wąż Eskulapa.

Jest tam wiele miejsc, do których można się udać bez względu na warunki pogodowe. Trasy turystyczne są dosyć długie i najczęściej całodzienne. Zdradzę też, że nie zawsze kończy się wędrówkę w tym samym miejscu, w którym się ją rozpoczyna, ale mimo to zachęcam amatorów wycieczek do pieszych wędrówek, bo każde nowe miejsce zaskakuje niespotykanym widokiem. Najpopularniejsze i piękne widokowo miejsca, które chętnie odwiedzają turyści to oczywiście Połonina Caryńska i Wetlińska, Tarnica, Halicz, Bukowe Berdo. Tarnica jest najwyższym bieszczadzkim szczytem a trasa między Tarnicą a Haliczem należy do jednych z piękniejszych miejsc, wspaniałe widoki rozciągają się zarówno na Polskę i Ukrainę. Do atrakcyjnych widokowo i niezbyt uciążliwych tras należy szlak przez Wielką Rawkę na Krzemieniec. Na szczycie Krzemieńca spotykają się granice Polski, Słowacji i Ukrainy a ze szczytu Wielkiej Rawki rozciągają się piękne widoki na te trzy państwa. Turystów spragnionych towarzystwa tylko przyrody, szukających spokoju i ciszy a także chcących zobaczyć trochę historii, zachęcam do wybrania się na tereny położone między Komańczę a Cisną. Trasa wiedzie głównie przez zalesione tereny i prowadzi na szczyt Chryszczatej, gdzie miały miejsca walki z oddziałami UPA i gdzie pozostały jeszcze systemy okopów.



*W tym wydaniu Biuletynu o swoich podróżach opowiada
Grażyna Margas - Pielęgniarka Naczelna
w SP ZOZ MSW w Koszalinie*

W Bieszczadach przy szczycie Rabiej Skąły znajduje się jedyna przepaść, znad której rozciąga się widok na słowacką część Bieszczadów.

Odwiedzając tamte tereny, nie sposób nie być nad jeziorem solińskim zwanym bieszczadzkim morzem. Jezioro Solińskie, powstało po wybudowaniu zapory na Sanie, jest to największa zaporą w Polsce, ma ona około 80 metrów wysokości i 660 metrów długości. Jest to miejsce wyjątkowo urokliwe i niezwykle atrakcyjne, malownicze zatoczki wcinają się w bieszczadzkie szczyty tworząc niesamowite widoki. Można tu popływać stateczkiem wycieczkowym, pożeglować a także popływać kajakiem czy rowerem wodnym. Nie brakuje miejsc do wędkowania a także można zażywać kąpiele ale tylko na wyznaczonych kąpieliskach. Nad jeziorem solińskim jest dobrze zorganizowane zaplecze turystyczne, powstały ośrodki rekreacyjne, co pozwala na ciekawe spędzenie urlopu. Wspomnę, że znajduje się tam znana miejscowość uzdrowska Polańczyk. Bieszczady są swoistym rajem dla osób uwielbiających wszelkiego rodzaju sporty. Na terenie tym można bowiem bez większych trudności uprawiać niemal każdą dyscyplinę, począwszy od sportów ekstremalnych, a skończywszy na sportach wodnych.

Zwiedzanie Bieszczadów nie może się obejść bez obejrzenia, choćby tylko z zewnątrz, najpiękniejszych

bieszczadzkich cerkiewek. Nie sposób wymienić wszystkich takich miejsc, ale na pewno warto zajrzeć do Łopienki. Cerkiew w Łopience otwarta jest dla zwiedzających cały czas. Wewnątrz znajduje się piękna rzeźba " Chrystusa Bieszczadzkiego". Wycieczkę do Łopienki można połączyć ze zwiedzaniem rezerwatu " Sine Wiry". Jest to miejsce, w którym możemy doświadczyć wielu niezapomnianych atrakcji i wspaniale spędzić czas, poznając zarówno walory historyczne jak i przyrodnicze tego terenu. W rezerwacie godne polecenia jest osuwisko, które powstało w 1980 roku po osunięciu się zbocza Połomy na rzekę Wetlinę, w wyniku czego powstały liczne progi skalne, które tworzą urokliwą i wspaniale urozmaiconą rzeźbę terenu.

W Bieszczadach jest jeszcze wiele innych atrakcyjnych miejsc, zasługujących na uwagę. Nie da się w kilku zdaniach opisać tego, co jeszcze warto zobaczyć. Wybór miejsc uzależniony od indywidualnych zainteresowań osoby, która chce spędzić tu swój urlop. Większość turystów w Bieszczady przyjeżdża dla pięknych górskich tras i niespotykanych widoków a także żeby odpocząć od codziennego zgiełku ulicy, samochodów i odetchnąć prawdziwie świeżym powietrzem. Dzieci na pewno ucieszą się z podróży kolejką bieszczadzką uruchamianą tylko w sezonie turystycznym, którą można się przejechać na trasie Majdan - Cisna

- Przysłup. A dodatkową atrakcją dla przyjeżdżających turystów w sierpniu jest Festiwal Sztuk Różnych „Bieszczadzkie Anioły”, jest to kilkudniowa impreza odbywająca się właśnie w sierpniu w miejscowościach Cisna, Wetlina, Dołżyca. Inicjatorem powstania festiwalu był Krzysztof Myszkowski, lider zespołu Stare Dobre Małżeństwo. Swoją nazwę festiwal zawdzięcza tytułowi piosenki „Bieszczadzkie Anioły”, piosenka pochodzi z albumu o takim samym tytule. W ramach tej imprezy odbywają się również spotkania autorskie polskich poetów oraz Konkurs Piosenki Bieszczadzkiej i Turystycznej, w których mają szansę zaprezentować się młodzi twórcy. W czasie festiwalu odbywają się także Targi Rękodzieła Artystycznego, na których można zakupić ciekawe pamiątki.

W Bieszczadach byłam wielokrotnie i zapewniam, że nie można tam się nudzić. Bieszczady dość często nazywane są Dzikim Zachodem Polski, już sama nazwa intryguje i zachęca do spędzenia tam urlopu. Poza tym, że można tam po prostu odpocząć, odprężyć się, to ten niepowtarzalny krajobraz pozostawi w naszej pamięci wspomnienia na lata.

Grażyna Margas

*Zachęcamy do wspólnego zwiedzania świata
i dzielenia się wrażeniami z naszymi Czytelnikami.*



foto. Grażyna Margas



Wyrazy szczerego i głębokiego współczucia
naszej koleżance - pielęgniarce koordynującej

Ewie Tubielewicz

z powodu śmierci

MAMY

Składają
koleżanki z Przychodni Onkologicznej
w Koszalinie

Pieśń jesieni

*Drzewa choć jesienne
ozdobione liściem
czując kres swojej świetności
kołyszą się
nucąc smutną pieśń jesieni*

*zaczepny wiatr nie odpuszcza
potrącając огоłaca z bogactw
jakie wiosna podarowała
a lato pomnożyło*

*obdarte z resztek szat
stoją w negliżu
rozpamiętując czasy królowania*

Najszczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

OJCA

dla Pani Urszuli Klamczyńskiej

Składają
koleżanki z Zakładu Opieki Zdrowotnej
"FEMINA"

Krystyna Wajda

Czekolada

Pewnie zdajesz sobie sprawę z tego, że słodkości uzależniają. Jedzenie słodczy jest najprostszym sposobem na rozładowanie negatywnych emocji i poprawienie zepsutego niepowodzeniem nastroju. Batonem, kawałkiem czekoladki lub ulubionym ciastkiem najłatwiej zagłuszać frustracje. Słodczyce kojarzą nam się z czymś przyjemnym niemal od urodzenia, bywają nagrodą albo pocieszeniem. Pierwszy nasz pokarm - mleko matki - ma słodki smak. Okazuje się jednak, że cukier jest niebezpieczny, bo może uzależnić. Dlaczego? Słodczyce mogą uzależniać, bo kiedy je jemy, podnosi się w organizmie poziom serotoniny, nazywanej też hormonem szczęścia. Serotonina odpowiada za nasz dobry nastrój, poczucie szczęścia, stan relaksu, uspokojenie albo pozytywne pobudzenie. Jej obniżony poziom natomiast współtowarzyszy depresji. Słodczyce mogą uzależnić, głównie fizycznie. Organizm zaczyna kojarzyć słodczyce, czyli bodziec, z reakcją, jaką w nim wywołały - np. uczuciem chwilowej przyjemności, błogości, które pojawia się w czasie jedzenia ciastka czy batonika. Poprzez mechanizm warunkowania ciało zapamiętuje te odczucia i w sytuacjach napięcia, podenerwowania domaga się kolejnego pozytywnego bodźca. Organizm koduje sobie ten miły stan i chce go odtwarzać.

Uzależnienie jest silnym mechanizmem, który powoduje, że człowiek staje się jego niewolnikiem. Nagminne jedzenie słodczy jest nawykiem, który może się przerodzić w uzależnienie. Czynnikiem, który sprawia, że ludzie się od nich uzależniają, jest mechanizm gratyfikacji. Słodczyce stają się nagrodą, przyjemnością, zawsze będącą w zasięgu ręki. - Stać mnie na nią - myślimy. - W przeciwieństwie do innych potrzeb, których nie mogę zaspokoić, co budzi moją frustrację - dopowiadamy już po cichu. - Nie jestem wprawdzie pięknoscią, ale mogę poprawić sobie humor czekoladką. Nie stać mnie na najmodniejszą w tym sezonie torbę, jest mi z tego powodu smutno, zjem batonik i przez chwilę będzie mi lepiej - tłumaczymy sobie. Im większa frustracja i dyskomfort związane z niezrealizowanymi życiowymi planami, marzeniami, potrzebami czy zwykłymi smutkami dnia codziennego, tym większa potrzeba wynagrodzenia ich sobie.

Postarajmy się zastępować ulubione łakocie mniej słodkimi wariantami. Taką propozycją są np. ptysie na słono lub pikantnie oraz ptysie ze świeżymi owocami. Przepis poniżej.

Słodkie smaki

Składniki:

1 SZKLANKA WODY
100 GRAM MARGARYNY
SZCZĘPOTA SOLI
SZKLANKA MAKI
2 ŁYŻKI MAKI ZIEMNIACZNEJ
4-6 JAJEK (zależy od wielkości)
1 ŁYŻECZKA PROSZKU DO PIECZENIA

Wodę zagotować z tłuszczem i szczyptą soli. Po zagotowaniu zdjąć z ognia. Dodać mąkę i mąkę ziemniaczaną. Cały czas mieszając drewnianą łyżką wyrabiać trzymając garnek na małym ogniu, aż ciasto będzie szkliste (błyszczące i odchodzące od ścianek garnka). Uwaga jest ono dość twarde i mikser może się na nim spalić!

Odstawić na bok garnek do przestudzenia ciasta (5-10 minut). Dodawać po jednym jajku ciągle wyrabiając. Na koniec dodać proszek do pieczenia. Blachę wyłożyć papierem do pieczenia lub nasmarować olejem. Ciasto nakładać małą łyżeczką od herbaty kuleczki w odstępach kilkucentymetrowych, bo one bardzo pęcznią. Piekarnik nagrzać do 220°C i wstawić ptysie. Piec około 15 minut. Lepiej zaglądać czy nie upieką się szybciej. Po upieczeniu uchylić lekko drzwiczki i poczekać aż ptysie podeschną.

Masa do ptysia

1. budyń ugotować z mniejszą ilością mleka niż w przepisie i do przestudzonego budyniu wmieszać pół kostki masła lub margaryny.
2. śmietanę 30 lub 36% ubić na sztywno z dodatkiem cukru do smaku i cukru waniliowego
3. sałatkę jarzynową przygotować wg. uznania.
4. puszkę koktajlu owocowego odsączyć z zalewy i lekko oprószyć śmietanfiksem.

Ptysie przekroić na pół ostrym nożem (najlepiej z ząbkami) i nadziać dowolną masą. Ptysie można posypać cukrem pudrem, polać lukrem, masą czekoladową lub w przypadku sałatki jarzynowej lekko posypać papryczką.

Ptysie



Smacznego!

Przepis Siostry Moniki



SP ZOZ MSW w Koszalinie



Zabieg rekonstrukcji więzadła krzyżowego



Przychodnia w Słupsku



Poradnia Urologiczna - Słupsk

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSW w Koszalinie bardziej znany wśród mieszkańców naszego miasta pod nazwą „Poliklinika”, istnieje już od ponad pół wieku. Przez kilkadziesiąt lat udzielaliśmy świadczeń głównie służbom mundurowym. Od 1999 roku naszym pacjentem może być każdy, kto zechce skorzystać z naszych usług. Jesteśmy dużym, dobrze wyposażonym i sprawnie funkcjonującym zakładem opieki zdrowotnej, w którego strukturze znajdują się oddziały szpitalne, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, przychodnie w Koszalinie, Słupsku i Połczynie Zdroju oraz ambulatoria terenowe w Darłowie, Drawsku Pomorskim i Białogardzie. Pod naszą stałą opieką znajduje się ok. 30 tys. pacjentów z terenu dwu województw: zachodniopomorskiego i pomorskiego.

Naszym największym atutem jest możliwość zapewnienia lecącym się u nas pacjentom opieki kompleksowej i całodobowej.

Świadczenia zdrowotne, jakich udzielamy obejmują:

- podstawową opiekę zdrowotną,
- ambulatoryjną opiekę specjalistyczną,
- opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień,
- porady oraz szeroki zakres zabiegów rehabilitacyjnych,
- opiekę stacjonarną w oddziałach szpitalnych i opiekę długoterminową w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych w tym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- nocną i świąteczną opiekę zdrowotną,
- stomatologię zachowawczą dla dorosłych i dzieci,
- ortodoncję i protetykę z własną pracownią protetyczną.

Realizujemy programy zdrowotne w ramach podpisanych umów z OW NFZ w Szczecinie i Urzędem Miasta w Koszalinie:

- program profilaktyki raka piersi,
- program profilaktyki raka szyjki macicy,
- program szczepień ochronnych przeciw ludzkiemu wirusowi brodawczaka dla dziewcząt urodzonych w 1999r.,
- program szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób powyżej 65 roku życia.

Dysponujemy ponadto własną bazą diagnostyczną, na którą składają się:

- laboratorium medyczne,
- pracownia diagnostyki obrazowej (USG, RTG),
- pracownia badań mammograficznych,
- pracownia badań EKG oraz badań holterowskich,
- pracownia badań endoskopowych,

Dla zakładów pracy, na podstawie zawartych z pracodawcami umów, wykonujemy kompleksowe badania profilaktyczne pracowników. Wykonujemy również badania niezbędne do uzyskania:

- licencji pracownika ochrony fizycznej,
- pozwoleń na broń,
- uprawnień do kierowania pojazdami (wszystkie kategorie).

Z całym zespołem pracowników naszego Zakładu stawiamy przede wszystkim na profesjonalizm, sprawną obsługę i wysoką jakość świadczonych usług medycznych. Od 2005 roku funkcjonujemy w systemie zarządzania jakością zgodnym z wymaganiami normy ISO 9001.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSW w Koszalinie

ul. Szpitalna 2, 75-563 Koszalin
tel. (94) 34 71 670, fax (94) 34 11 697
Informacja ogólna: (94) 34 71 600
e-mail: poliklinika@pro.onet.pl
<http://www.poliklinika.koszalin.pl>

„Wierzmy, że każdy pacjent stanie się dla nas partnerem, a takie wartości jak: odpowiedzialność, zaufanie i wzajemny szacunek będą źródłem naszej siły”