

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



w numerze:

Emerytury pomostowe s. 9

Zdrowie seniora s. 12

Nagroda Pielęgniarki Roku s. 24

Święta tuż, tuż...

Nim zdążymy się obejrzeć nadejść Święta Bożego Narodzenia a chwilę później Nowy Rok, Niektórzy z przerażeniem, inni ze zdziwieniem, kolejni na spokojnie i ze zrozumieniem stwierdzają, że znów minął kolejny rok.

Już niedługo usiądziemy do wigilijnej kolacji i śpiewając kolędy, przełamamy się opłatkiem. Jedną z tradycji Świąt Bożego Narodzenia jest kolęda i dziś co nieco o tym zwyczaju. Wywodzi się ona od słowa „calendae”, tak bowiem w Starożytnym Rzymie określano początek każdego miesiąca. Owe kolendy, szczególnie styczniowe na przełomie każdego roku obchodzone były bardzo radośnie. Ludzie bawili się, śpiewali, składali sobie życzenia i obdarowywali się prezentami. Kościół katolicki zniósł stary pogański zwyczaj obchodzenia kolend, zachowała się jednak tradycja śpiewania pobożnych pieśni, sławiących narodziny Chrystusa, odwiedzania się w domach, wręczania świątecznych podarunków. W ten sposób z biegiem czasu kolędą zwano nie tylko pieśni Bożonarodzeniowe, ale także zwyczaj chodzenia po domach z życzeniami świąteczno-noworocznymi, czy odwiedzania parafian w domach. Ot i cała historia.

Przed nami Boże Narodzenie. Korzystając z okazji, chciałabym złożyć wszystkim Pielęgniarkom i Położnym, czytelniczkom Morza Spraw, wszystkim pracownikom Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie i ich rodzinom, świąteczne życzenia.

Życzę Państwu zdrowia, pogody ducha i spokojnych spotkań w gronie najbliższych. Niech te dni będą okazją do kolędowania, refleksji i odpoczynku od prozy życia codziennego. A w nowym 2013 roku spełnienia wszystkich marzeń, zawodowej satysfakcji i wielu sukcesów wraz z podziękowaniami za dotychczasową współpracę, składa:



Justyna Łaska
przewodnicząca
ORPiP w Koszalinie

Przewodnicząca

Dekoracje świąteczne - zrób je sam



Na dekorację mieszkania czy też domu na Święta Bożego Narodzenia nie trzeba wydawać fortuny. Wystarczy dobry pomysł, trochę fantazji i jeszcze mniej pieniędzy. Samodzielnie wykonane stroiki i ozdoby świąteczne są na pewno oryginalne i niedrogie. Ważne jest także to, że w ich wykonanie możemy zaangażować całą rodzinę, a zwłaszcza dzieci, które uwielbiają ręczne robótki. Ubieranie choinki to jeden z najmielszych etapów przygotowań do świąt Bożego Narodzenia. Każdego roku zastanawiamy się (zwłaszcza kobiety) w co ubrać naszą choinkę? Może w złoto, szyfon lub piękne bombki? Tuż przed świętami chcemy podpowiedzieć Wam, jak niewielkim kosztem i z odrobiną wyobraźni wyczarować piękne dekoracje świąteczne.

Własnoręcznie uszyte ozdoby bożonarodzeniowe sprawdzą się nie tylko jako ozdoba choinki ale także stroiką, okna czy kominką. Ozdoby możemy łączyć w sznury, zawieszać na świecznikach czy lampach.

I co najważniejsze...

Tych ozdób nie kupisz w sklepie!



Aneta Artkowska-Leszcz
Sekretarz Biuletynu

DZIAŁY TEMATYCZNE

DOBRA PRAKTYKA	4
KALENDARIUM	8
WOKÓŁ SAMORZĄDU	9
AKTUALNOŚCI	11
WARTO WIEDZIEĆ	22
PORADY PRAWNE	27
SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE	28
OGŁOSZENIA	29
W WOLNEJ CHWILI	31
WARTO ZOBACZYĆ	32
KONDOLENCJE	34

WAŻNE DATY

01.12 Dzień walki z AIDS
 06.12 Mikołajki
 24.12 Boże Narodzenie
 31.12 Sylwester/Nowy Rok
 styczeń Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy
 21.01 Dzień Babci
 22.01 Dzień Dziadka
 25.01 Dzień Sekretarki, Asystentki
 03.02 Międzynarodowy Dzień Walki z Rakiem
 11.02 Światowy Dzień Chorego
 14.02 Dzień Zakochanych

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

Problemy laktacyjne



Karmienie piersią nazywane jest „złotym standardem karmienia dzieci”. Jest to niewątpliwie inwestycja matki w zdrowie dziecka. Jednakże w Polsce cały czas karmienie piersią trwa zbyt krótko. Najczęściej podawanym powodem zaprzestania karmienia piersią przez matki to pojawiające się problemy w czasie laktacji.

Niezwykle wzruszającym momentem jest ujrzenie matki karmiącej piersią.

Każdego dnia na oddziałach położniczo-noworodkowych spotyka się pacjentki potrzebujące wsparcia, edukacji, pomocy, nauczania umiejętności przystawiania dziecka do piersi, prawidłowej techniki karmienia. Karmienie piersią jest najlepszym sposobem na nawiązania więzi między matką, a dzieckiem. Matka w czasie karmienia tuli w ramionach swoje maleństwo, czuje bliskość, bicie serca i okazuje swą matczyną miłość.

Jednym z najczęściej występujących problemów w karmieniu piersią są bolesne i poranione brodawki.

Ból piersi pojawia się i nasila już po pierwszych karmieniach piersią. Jeżeli bolesność brodawek trwa dłużej niż trzy dni, brodawki są mocno czerwone, popękane i krwawią, trzeba poszukać przyczyny.

Położna powinna zbadać dokładnie piersi, sprawdzić chwytność otoczki, ocenić technikę karmienia piersią i ssanie piersi przez dziecko oraz skorygować nieprawidłowe przystawianie dziecka do piersi, nauczyć kobietę prawidłowego przystawiania dziecka do piersi. Dziecko musi układać usta w kształcie „rybki” i szeroko otwierać buzię, aby prawidłowo chwycić całą brodawkę.

W przypadku tej patologii zaleca się matce karmiącej piersią:

- Usiąść do karmienia piersią w wygodnej dla karmiącej pozycji,
- Przystawiać jak najczęściej dziecko do piersi,
- Przystawiać jak najczęściej dziecko do piersi,
- Odciągnąć przed karmieniem dziecka niewielką ilość pokarmu w celu wywołania wypływu pokarmu,
- Przystawić najpierw dziecko do mniej bolesnej piersi, później przystawiać do bolącej piersi,
- Zmieniać pozycje podczas karmienia piersią,
- Zastosować leki przeciwbólowe np. Paracetamol 2 – 3 razy dziennie,
- Wietrzyć codzienne brodawki,

- Smarować brodawki piersiowe własnym pokarmem, po karmieniu piersią, poczekać do wyschnięcia na skórze,
- Stosować schłodzone opatrunki żelowe, które zmniejszą silne dolegliwości bólowe,
- Nosić nakładki ochronne na piersi między karmieniami,
- Odpowiednio odstawiać dziecko od piersi poprzez włożenie małego palca w kącik ust dziecka,
- Nie stosować kremów, maści, mydła do mycia piersi.
- Po karmieniu zastosować przez 10-15 minut na poranioną brodawkę wilgotne, ciepłe okłady z nagietka, szalwii lub rumianku.

Poranione brodawki u matki karmiącej goją się w ciągu kilku dni, nawet, jeśli dziecko prawidłowo ssie pierś i jest często przystawiane do piersi. Matka, która nadal odczuwa ból podczas karmienia piersią, ostatecznie powinna odstawić dziecko od piersi na kilka godzin lub dni, regularnie ściągać pokarm i podawać dziecku na łyżeczce, za pomocą strzykawki, pipetki lub kubeczka.

W drugiej-szóstej dobie po porodzie następuje gwałtowna produkcja większej ilości pokarmu, zbyt duża do potrzeb dziecka. Nawał mleczny występuje w obydwu piersiach naraz. Nawał mleczny jest stanem fizjologicznym, występuje w nim prawidłowy odruch wypływu pokarmu, który świadczy o prawidłowo przebiegającej laktacji. Dziecko jest dobrze przystawione do piersi, ssie pierś i słychać polykanie. W czasie nawału mlecznego piersi są przepełnione, miękkie, trochę ucieplone, nie są zaczerwienione. Bardzo ważne jest częste przystawianie dziecka do piersi w dzień i w nocy co najmniej 8-12 razy na dobę.

Przed karmieniem piersią należy:

- Ocieplić piersi przed każdym karmieniem np. ciepły, wilgotny okład na pierś,
- Wziąć ciepły odprężający prysznic,
- Jeśli piersi są bardzo wypełnione, a dziecko nie chce ssać, można odciągnąć troszkę pokarmu, ale tylko do momentu odczucia ulgi,
- Przy silnym napięciu piersi przy pomocy laktatora elektrycznego szybko odciągnąć pokarm.

Po nakarmieniu dziecka piersią matka powinna:

- Stosować zimne okłady z lodu przez około 20 minut (nie wolno stosować bezpośrednio na nagą skórę),
- Stosować okłady z twarozku: Do twarozku o temperaturze pokojowej dodać 2 krople olejku lawendowego i 2 krople olejku z bergamotki, włożyć w kompres i położyć na pierś, następnie położyć pieluchę i założyć biustonosz.
- Stosować okłady z liści kapusty: W przerwach pomiędzy karmieniami mama może wkładać do biustonosza schłodzone tłuczone liście z białej kapusty, które działają antybakteryjnie.
- Zastosować środki przeciwbólowe np. Paracetamol 2-3 razy dziennie.
- Napić się naparu z szalwii, która ma działanie przeciwzapalne i hamujące laktację. Najlepiej pić 2 razy dziennie przez 1-2 doby.
- Nosić dobrze dopasowany biustonosz, najlepiej wykonany z bawełny.

Utrzymanie laktacji na dobrym poziomie można osiągnąć, dzięki regularnemu przystawianiu dziecka do piersi oraz pozytywnemu nastawieniu do karmienia.

Obrzęk piersi występuje w 2-10 dobie po porodzie, najczęściej dotyczy dwóch piersi jednocześnie. Jest najczęściej wynikiem zbyt rzadkich karmień. Wypływ pokarmu jest bardzo słaby lub całkowicie go brak. Piersi są obrzmiałe, twarde, mocno ucieplone, bolesne, zaczerwienione. Temperatura ciała jest w normie lub podwyższona do 38,4°C.

Położna powinna poradzić matce w celu zmniejszenia dolegliwości bólowych stosowanie zimnych okładów przez 20 minut po każdym karmieniu. Przeciwbólowo zastosować NZPL, np., Paracetamol, które mają najskuteczniejsze działanie w przypadku obrzęku piersi. Należy także częściej przystawiać dziecko do piersi.



ciąży, zaczynając od 10 minut i wydłużając czas noszenia do 8 godzin. Warto wykonywać ćwiczenia Hoffmana poprzez uchwycenie otoczki brodawki i rozciąganie jej w jedną oraz drugą stronę, poziomo w prawo i lewo, pionowo w górę i w dół, trzy razy dziennie po dziesięć rozciągnięć. Dziecko po porodzie powinno być przystawione jak najszybciej do piersi. Pierwsze karmienie jest bardzo ważne, ze względu na silny odruch ssania noworodka. Ważne jest noszenie nakładek korekcyjnych pomiędzy karmieniami. Przed karmieniem piersią położna powinna nauczyć mamę przygotowania piersi do karmienia i prawidłowego przystawiania dziecka do piersi:

- Karmiąca powinna odciągnąć niewielką ilość pokarmu, żeby zmiękczyć brodawkę,
- Można stymulować brodawkę poprzez dotyk lub przez zastosowanie kostki lodu,
- Zaleca się karmienie dziecka w pozycji krzyżowej lub spod pachy w celu kontroli jak ssie pierś,
- Należy przystawiać dziecko do piersi, kiedy jest spokojne,
- Można wyciągnąć brodawki np. laktatorem lub specjalnie zmodyfikowaną strzykawką,
- Nie wolno karmić dziecka butelką, stosować smoczków.

W okresie poporodowym bardzo ważny jest rozwój różnych form pomocy i wsparcia dla matek karmiących piersią. Pogadanki, pokazy, instruktaże, indywidualna praca z położnicą prowadzona przez położne mają istotny wpływ na lepszą opiekę okołoporodową oraz coraz częstsze rozpoczynanie, kontynuację karmienia naturalnego i pomoc matką z problemami laktacyjnymi.

Najefektywniejszym postępowaniem w przypadku zatkania przewodu pokarmowego jest częste przystawianie dziecka do piersi oraz prawidłowa technika karmienia dziecka, odpowiednie trzymanie piersi i zastosowanie relaksującej kąpeli. Położna powinna zalecić częste i dłuższe, niż zwykle karmienie chorą piersią. Przed rozpoczęciem karmienia można zastosować ciepłe okłady na pierś. Karmiąca powinna zaczynać karmić chorą piersią, a po karmieniu położyć na pierś zimne okłady.

Przy płaskich i wklęsłych brodawkach zaleca się noszenie codziennie wkładek formujących sutki od 7 miesiąca

Marta Taras
położna Oddział Położniczy
Szpital Wojewódzki w Koszalinie



MAGAZYN
MPP **PIEŁĘGNIARKI**
i POŁOŻNEJ

Ogólnopolski miesięcznik
zawodowo-środowiskowy

Ukazuje się od listopada 1995 roku

Oficjalne czasopismo Naczelnej Izby
Pielęgniarek i Położnych 

Prezentuje dorobek zawodu i dokonania
konkretnych ludzi, pełen obraz środowiska,
promuje pielęgniarstwo i położnictwo

Zapraszamy do grona naszych prenumeratorów

Index Copernicus 2,33 punkty, 5 punktów edukacyjnych za prenumeratę MPIP

Informacje o prenumeracie Małgorzata Mańkowska:
tel. 22 695 41 32 e-mail: prenumeraty@pzwł.pl



**Publikuje artykuły napisane
przez czytelników i przygotowane
pod wpływem inspiracji i sygnałów od nich.
To oni współdecydują o zawartości gazety.**

www.nursing.com.pl

**Wydawnictwo Lekarskie
PZWŁ** 



Vivano – system do podciśnieniowej terapii leczenia ran

Firma PAUL HARTMANN Polska przedstawia innowacyjny system Vivano, dedykowany podciśnieniowej terapii leczenia ran. Dzięki technicznym usprawnieniom urządzenie Vivano, w porównaniu z innymi stosowanymi dotychczas systemami, znacząco zwiększa poczucie komfortu pacjenta, ułatwia pracę personelu medycznego oraz umożliwia skrócenie procesu gojenia ran.

Wykorzystanie podciśnienia w leczeniu, to jedna z najnowocześniejszych i najskuteczniejszych metod gojenia ran. Terapia podciśnieniowa jest mechaniczną techniką, w której wykorzystuje się odpowiednio dostosowane podciśnienie w celu przyspieszenia i ułatwienia procesu gojenia. Zastosowanie tego rozwiązania jest wskazane między innymi przy takich rodzajach ran, jak: rany urazowe, rany ostre, rany pooperacyjne, rany chroniczne (stopa cukrzycowa, owrzodzenia odleżynowe, rany powstałe w wyniku przewlekłej niewydolności krążeniowej), rany po przeszczepach skórnych i oparzeniowe.

System Vivano to obecnie najnowocześniejsze rozwiązanie w zakresie terapii podciśnieniowej dostępne na rynku polskim. To nie tylko zaawansowane technologicznie urządzenie wytwarzające podciśnienie **VivanoTec**, ale także innowacyjny, niezwykle miękki, elastyczny i płaski **VivanoTec Port** oraz asortyment zestawów opatrunkowych **VivanoMed**, które gwarantują, skuteczną i niezwykle łatwą w zastosowaniu terapię.

Precyzyjny pomiar ciśnienia w ranie

Nowy system **Vivano** zapewnia pełną kontrolę nad przebiegiem terapii, gwarantując wysoki poziom bezpieczeństwa. Sterowanie podciśnieniem odbywa się za pomocą mikroprocesora, który w połączeniu z doskonałą konstrukcją portu, pozwala na precyzyjny pomiar ciśnienia w ranie i kontrolę przebiegu terapii. Natomiast intuicyjna obsługa i czytelne komunikaty alarmowe zapewniają użytkownikowi pełną kontrolę nad sprawnym działaniem systemu. Aby zapewnić pacjentowi wyjątkowo łagodną terapię, system sterowania **Vivano** przejmuje kontrolę nad dostosowaniem intensywności zasysania opatrunku. W zależności od wielkości rany, podciśnienie automatycznie narasta lub zmniejsza się, aż do uzyskania docelowej wartości. Dzięki temu, odczucie dyskomfortu pacjenta jest zminimalizowane.

Stacjonarne bądź mobilne

VivanoTec jest tak zaprojektowane, aby terapia przy pomocy tego samego urządzenia mogła być przeprowadzona zarówno u pacjentów stacjonarnych jak i mobilnych. Urządzenie jest małe, lekkie i wyposażono je w specjalny pas naramienny sprawiający, że stacjonarny zestaw zmienia się w urządzenie mobilne. Pacjent może bez przeszkód pójść do toalety lub na spacer. Mały, ergonomiczny zbiornik na wydzielinę o pojemności 300 ml został specjalnie dostosowany do mobilnego użytkowania. Do leczenia pacjentów stacjonarnych zaprojektowany został praktyczny zbiornik wielkości 800 ml.

Prosta i przejrzysta konstrukcja

Ergonomiczna konstrukcja urządzenia **VivanoTec** oraz starannie zaprojektowane elementy zapewniają najwyższy komfort obsługi urządzenia. Czytelny wyświetlacz gwarantuje szybki dostęp do wszystkich funkcji, a intuicyjne menu pozwala na łatwą obsługę.

Komfortowy tryb nocny

VivanoTec pracuje wyjątkowo cicho. Ponadto, aby umożliwić

pacjentowi spokojny sen, w nocy urządzenie zmniejsza natężenie światła emitowanego przez ekran dotykowy. Wbudowany sensor rozpoznaje zmiany w oświetleniu i dopasowuje jasność wyświetlacza do otoczenia. Dodatkowo zmniejszeniu ulega również częstotliwość cykli oczyszczania. Dzięki tym usprawnieniom **VivanoTec** nie zakłóca snu pacjenta, tym samym przyczyniając się do jego lepszego samopoczucia.

VivanoMed – zestaw opatrunkowy

Jednorazowy zestaw opatrunkowy **VivanoMed** składa się z niezwykle płaskiego portu VivanoTec Port, który został wykonany z miękkiego i elastycznego silikonu. Dzięki temu dopasowuje się do każdej części ciała i nie powoduje ucisku punktowego na skórę pacjenta. Opatrunek piankowy VivanoMed Foam wspomaga tworzenie i odnowę tkanek. Materiał, z którego został wykonany, eliminuje ryzyko pozostania w ranie resztek opatrunku, tym samym zabezpiecza przed tworzeniem się ognisk zapalnych. Opatrunki VivanoMed Foam są dostępne w różnych rozmiarach, a w razie potrzeby mogą być docięte zarówno na szerokość jak i grubość, aby lepiej dopasować się do kształtu rany. Wszystkie elementy opatrunku umieszczone zostały na praktycznej jałowej tacce, zapewniającej łatwy dostęp do gotowych do użytku elementów zestawu.

System Vivano przeszedł testy kliniczne w Niemczech i innych krajach Europy Zachodniej, w wyniku których uzyskano bardzo dobre rezultaty terapeutyczne oraz pozytywne opinie lekarzy. Podobnie jak w przypadku innych produktów, firma Paul Hartmann Polska oferuje swoim Klientom skuteczne, sprawdzone rozwiązanie.

Więcej informacji o systemie Vivano na:
www.vivanosystem.info

Kontakt:

Bartosz Żołnowski

Konsultant ds. leczenia ran

PAUL HARTMANN Polska Sp. z o.o.

tel. + 48 728 97 60 00

e-mail: bartosz.zolnowski@hartmann.info



Szpitalna Wigilia

Święta Bożego Narodzenia większość z nas spędza w gronie rodziny, to czas odpoczynku. Jednak pielęgniarki i położne pracujące w dyżurach muszą umieć pogodzić potrzeby swojej rodziny i obowiązek zapewnienia opieki pacjentom. Jeżeli wypada nam dyżur w Wigilijny wieczór staramy się zorganizować kolację świąteczną na tyle wcześniej by także z rodziną usiąść do stołu i złożyć najbliższym życzenia. A chwila jest uwieńczeniem naszych tygodni przygotowań. Kupowania prezentów, strojenia domu oraz pieczenia ciast i szykowania tradycyjnych potraw. Dzień Wigilii to dla każdej z pań czas intensywnych przygotowań i trudno wygospodarować przed dyżurem czasu na odpoczynek. Także od świątecznego stołu musimy wcześniej wstać by zdążyć do szpitala, do pacjentów czekających na nas.

Dyżur w Wigilię Bożego Narodzenia jest najczęściej spokojniejszy od dyżurów w ciągu całego roku. Pacjenci, jeżeli dobrze się czują wolą zostać wypisani do domu. Nie ma wtedy planowych przyjęć. W oddziałach chirurgicznych na święta zostają pacjenci wymagający ciągłości leczenia. To z nimi dzielimy się opłatkiem i składamy życzenia „zdrowia”, bo w szpitalu pacjenci najbardziej go potrzebują. Kuchnia szpitalna tego dnia serwuje specjalny jadłospis, każdy kto może jeść dostaje porcję „karpia w galarecie”.

Kolacja szpitalna mija szybko, bo czekają zabiegi, iniekcje i dokumentacja medyczna. Jak wszystkie zlecenia uda się zrobić to można usiąść do kolacji z koleżankami i kolegami. Najczęściej każdy coś dobrego przynosi z potraw przygotowanych na domową Wigilię. Staramy się stworzyć atmosferę świąt ustawiając małą choineczkę lub stroik.

Życzymy wszystkim pielęgniarkom i położnym by tegoroczne święta upłynęły w spokoju. Niech przyjęć w wigilijną noc będzie jak najmniej, a atmosfera nawet na dyżurze będzie świąteczna jak przy rodzinnym stole.



Świąteczne przesłanie

(Krystyna Wajda)

*Przełamuję się tym wierszem
jak opłatkiem
niech wędruje w nieskończoność
niosąc przesłanie radości*

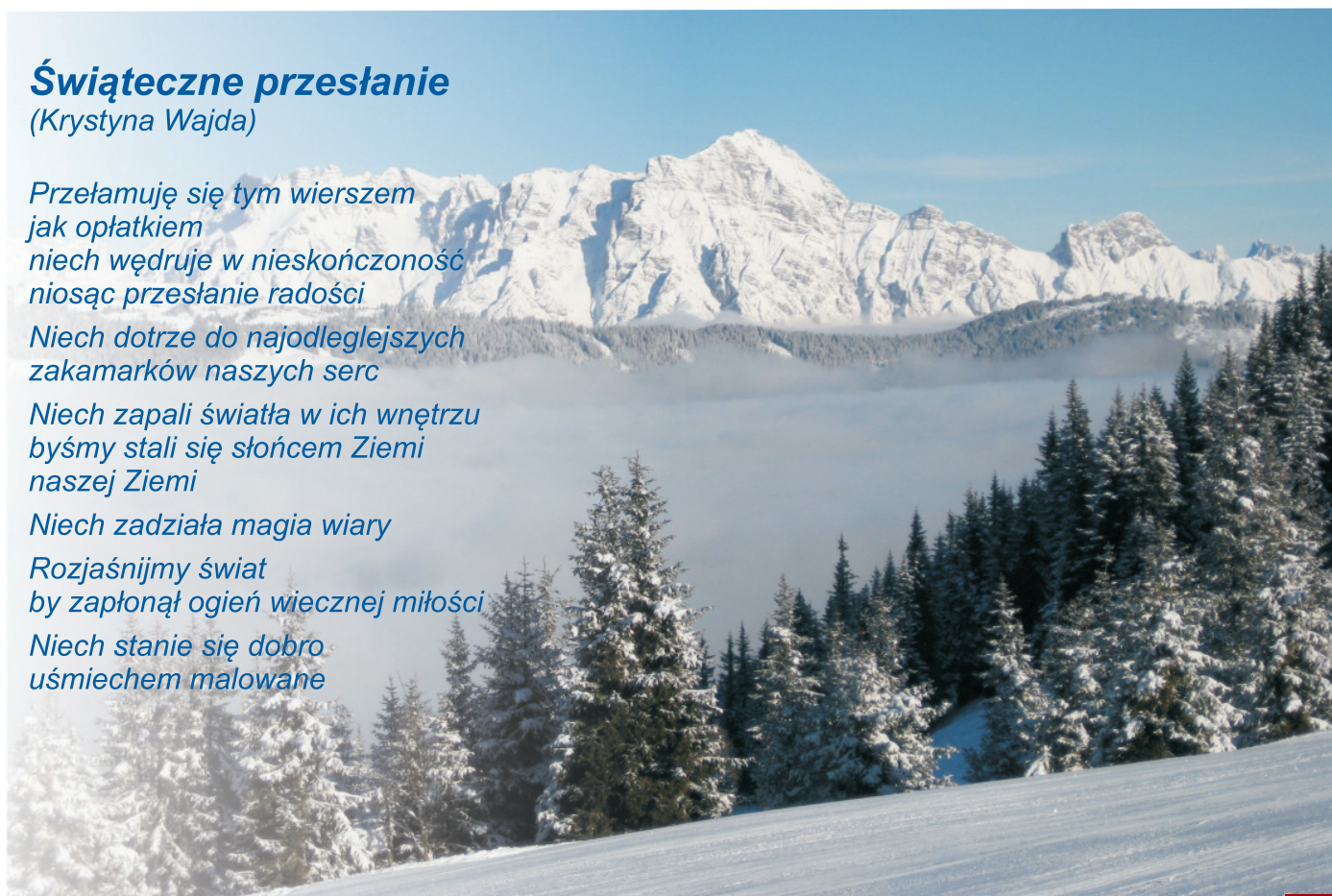
*Niech dotrze do najodleglejszych
zakamarków naszych serc*

*Niech zapali światła w ich wnętrzu
byśmy stali się słońcem Ziemi
naszej Ziemi*

Niech zadziała magia wiary

*Rozjaśnijmy świat
by zapłonął ogień wiecznej miłości*

*Niech stanie się dobro
uśmiechem malowane*



KALENDARIUM

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



WRZESIEŃ 2012 ROK

03.09.2012 r.	spotkanie Przewodniczącej Komisji ds. Opieki długoterminowej z przedstawicielami Urzędu Miasta w Koszalinie
04.09.2012 r.	posiedzenie Prezydium ORPiP
10.09.2012 r.	posiedzenie Komisji Socjalnej
11.09.2012 r.	szkolenie nt. „Podstawy żywienia dojelitowego w praktyce pielęgniarskiej” organizowanego przez Komisję ds. Opieki Długoterminowej przy współpracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie
18-19.09.2012 r.	udział Przewodniczącej ORPiP w posiedzeniu NRPiP w Warszawie
25.09.2012 r.	posiedzenie ORPiP
25.09.2012 r.	udział Przewodniczącej ORPiP w spotkaniu z Konsultantami Wojewódzkimi w Urzędzie Wojewódzkim w Szczecinie

PAŹDZIERNIK 2012 ROK

02.10.2012 r.	udział Przewodniczącej ORPiP w inauguracji roku akademickiego w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Koszalinie
03.10.2012 r.	spotkanie Pełnomocnych Przedstawicieli z Przewodniczącą ORPiP
04.10.2012 r.	spotkanie Kadry Kierowniczej z Przewodniczącą ORPiP
05.10.2012 r.	udział Przewodniczącej w posiedzeniu Rady Społecznej w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej w Szczecinku
05.10.2012 r.	szkolenie szczepienie
09.10.2012 r.	spotkanie zespołu Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
12.10.2012 r.	udział Przewodniczącej ORPiP w konkursie na Z-cę Dyrektora ds. medycznych w ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocięncu
15.10.2012 r.	udział Przewodniczącej ORPiP w konferencji nt „Holizm w opiece paliatywnej” zorganizowanej przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Koło w Koszalinie
16.10.2012 r.	posiedzenie Prezydium ORPiP
20.10.2012 r.	udział Przewodniczącej ORPiP w Koszalinie w XII Ogólnopolskim Zjeździe Szkół Rodzenia w Kołobrzegu
23.10.2012 r.	udział Przewodniczącej ORPiP w konferencji nt "Zdrowie Seniora jako problem medyczny i społecznych" zorganizowanej przez Komisję ds. Opieki długoterminowej, ORPiP oraz Urząd Miasta w Koszalinie
31.10.2012 r.	udział Przewodniczącej ORPiP w uroczystości wręczenia nagrody dla Pielęgniarki Roku w Szpitalu w Szczecinku

LISTOPAD 2012 ROK

13.11.2012 r.	posiedzenie Prezydium ORPiP
20.11.2012 r.	warsztaty edukacyjne dla położnych i pielęgniarek zorganizowane przez OIPiP w Koszalinie i firmę PELARGOS nt. „Szczepienia – dylematy rodziców w praktyce” „Stany niepokoju u niemowląt i małych dzieci”
21.11.2012 r.	udział Przewodniczącej ORPiP w komisji konkursowej na Z-ce Dyrektora ds. medycznych w Regionalnym Szpitalu w Kołobrzegu
27.11.2012 r.	spotkanie Komisji Rewizyjnej
28.11.2012 r.	udział Przewodniczącej ORPiP w szkoleniu na temat „Kontakt z pacjentem przewlekle chorym”
29.11.2012 r.	udział Przewodniczącej ORPiP w konferencji nt „Sztuka komunikacji interpersonalnej a jakość opieki nad pacjentem przewlekle chorym” "Mów - Słuchaj - Zaufaj"
30.11.2012 r.	udział Przewodniczącej ORPiP w posiedzeniu Rady Zachodniopomorskiego OW NFZ w Szczecinie

GRUDZIEŃ 2012 ROK

04.12.2012 r.
04.12.2012 r.
04-05.12.2012 r.
07.12.2012 r.
07.12.2012 r.
08.12.2012 r.
18.12.2012 r.
28.12.2012 r.

posiedzenie Komisji Socjalnej
posiedzenie Komisji Kształcenia
udział Przewodniczącej ORPiP w posiedzeniu NRPiP w Warszawie
spotkanie Komisji Epidemiologicznej
szkolenie członków ORPiP i Kadry Kierowniczej
posiedzenie ORPiP
posiedzenie Prezydium ORPiP
posiedzenie Komisji Rewizyjnej

Emerytury pomostowe - dla kogo?

NIPiP-NRPiP-DM.0027.56.12

Warszawa, dnia 8 listopada 2012r.

*Pani / Pan
Przewodnicząca / Przewodniczący
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych*

Szanowni Państwo,

W załączeniu przesyłam do wiadomości i wykorzystania:

1) pismo NRPiP z dnia 14 września 2012r. (znak: NIPiP-NRPiP-DM.0025.243.2012) przesłane do Pani Beaty Cholewki, Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia, w sprawie zajęcia stanowiska „czy praca pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach intensywnej terapii i anestezjologii, które nie pracują na bloku operacyjnym może być uznana za pracę o szczególnym charakterze, w rozumieniu ustawy z dnia 19 grudnia 2008r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237, poz. 165 ze zm.)”,

2) pismo z dnia 5 listopada 2012r. Pani Beaty Cholewki, Dyrektora, Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia, stanowiące odpowiedź na ww. pismo NRPiP.

3) pismo NRPiP z dnia 19 października 2012r. (znak: NIPiP-NRPiP-DM.0025.275.2012r.), przesłane do Pani Beaty Cholewki, Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia, w sprawie możliwości zatrudniania na umowę o pracę pielęgniarki w zakładzie pracy chronionej, w ramach zapewnienia doraźnej opieki medycznej,

4) pismo z dnia 5 listopada 2012r. Pani Jolanty Skolimowskiej, Zastępcy Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia, stanowiące odpowiedź na ww. pismo NRPiP.

**Z poważaniem
Joanna Walewander
Sekretarz NRPiP**

Ministerstwo Zdrowia
Departament Pielęgniarek i Położnych
MZ-PP-0762-8234-2/BW/12

Warszawa, dnia 2012-11-05

*Pani dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych*

Szanowna Pani Prezes

Odpowiadając na Państwa pismo z dnia 14 września 2012 r., znak: NIPIP-NRPIP-DM.002 5.243.2012 w sprawie interpretacji

NIPIP-NRPIP-DM.0025.243.2012

Warszawa, 14 września 2012 r.

*Pani
Beata Cholewka
Dyrektor
Departamentu Pielęgniarek
i Położnych w Ministerstwie Zdrowia*

Szanowna Pani Dyrektor

W związku z licznymi zapytaniami pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach intensywnej terapii i anestezjologii dotyczącymi rozumienia pojęcia „prace personelu medycznego w zespole operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru” zawartego w pkt 24 załącznika nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237, poz. 165 ze zmianami) zwracam się z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska, czy praca pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach intensywnej terapii i anestezjologii, które nie pracują na bloku operacyjnym może być uznana za pracę o szczególnym charakterze w rozumieniu powyższej ustawy.

**Z poważaniem
Joanna Walewander
Sekretarz NRPiP**

pojęcia „prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru” zawartego w pkt. 24 załącznika nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (DZ.U. Nr 237, poz.165 z późn. zm.), Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, że w związku z przekazaną korespondencją dokonał wnikliwej analizy obowiązujących uregulowań w tym zakresie.

Emerytury pomostowe - dla kogo?

Departament wskazuje, że zgodnie z ustawą z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237, póź. 1656, z późn. zm.), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2009 r., do prac w szczególnym charakterze zaliczone zostały, wymienione w pkt 24 załącznika nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych, prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru.

Ponadto, wyjaśnienia w sprawie określenia „w warunkach ostrego dyżuru” zostały rozstrzygnięte w Komunikacie Ministerstwa Zdrowia w sprawie rozumienia pojęcia „w warunkach ostrego dyżuru” zawartego w pkt 24 załącznika nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych, który zamieszczony został na stronach Ministerstwa Zdrowia www.mz.gov.pl. Z ww. Komunikatu wynika, że prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru to nie tylko prace wykonywane w ramach obowiązków pracowniczych, polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym (wynikającym ze wskazań życiowych), ale również inne prace tego personelu (w ramach obowiązków pracowniczych), które są wykonywane w ramach czasu pracy, kiedy istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, skutkującego koniecznością podjęcia działań w trybie nagłym. Pojęcie „w warunkach ostrego dyżuru” oznacza nieuchronność wystąpienia zdarzenia, które powoduje konieczność, udzielania świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym, ze wskazań życiowych. Nieuchronność występowania takich zdarzeń skutkuje tym, że od pracowników pracujących w tych warunkach wymagane są kryteria określone w art. 3 ust 3 ustawy o emeryturach pomostowych (szczególna odpowiedzialność oraz szczególna sprawność psychofizyczna).

Ponadto, zgodnie z art. 3 ust. 5 omawianej ustawy, warunkiem zaliczenia wykonywania ww. prac do okresu, od którego zależy uzyskanie prawa do emerytury pomostowej jest wykonywanie tych prac w pełnym wymiarze czasu pracy, co znajduje potwierdzenie w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 7 września 2011 r. sygn. akt I OSK 421/11 (LEX nr 996963).

Należy również mieć na względzie wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 2012 r. sygn. akt II UK 164/11 (LEX nr 1171289), który w pkt 1 stanowi, iż „Wykaz prac określonych w art. 3 ust. 1 i 3 ustawy z 2008 r. o emeryturach pomostowych jest zamknięty i nie podlega uzupełnieniu, co oznacza, że cech pracy „o szczególnym charakterze” lub „w szczególnych warunkach” nie mogą posiadać inne prace, choćby sposób ich wykonywania i ich jakość mogła obniżyć się z wiekiem”.

Odnosząc się bezpośrednio do treści Państwa pisma, Departament zwraca także uwagę na zamieszczony na stronach Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej www.emeryturypomostowe.gov.pl. obszerny poradnik do ustawy o emeryturach pomostowych: *Zasady kwalifikacji prac w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze*, przeznaczony dla pracodawców i osób odpowiedzialnych za sporządzanie wykazu stanowisk prac wykonywanych w szczególnych warunkach i prac o szczególnym charakterze oraz ewidencji osób zatrudnionych na tych stanowiskach (str. 64-65). Wynika z niego, że przepisy o emeryturach pomostowych obejmują taki personel medyczny zespołów operacyjnych dyscyplin zabiegowych jak: lekarze dyscyplin zabiegowych, anestezjolog, pielęgniarki operacyjne (m.in. instrumentariuszki, pielęgniarki anestezjologiczne, pielęgniarki perfuzjonistki), wchodzący w skład zespołów operacyjnych działających w ramach ostrego dyżuru.

W związku z czym, zdaniem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, za pracowników tych będą opłacane składki na Fundusz Emerytur Pomostowych. Będą oni także ujęci

w ewidencji pracowników wykonujących prace o szczególnych warunkach lub szczególnym charakterze oraz będą mogli ubiegać się o przyznanie emerytury pomostowej, jeżeli zostały spełnione kryteria ujęte w art. 3 ust. 5 oraz art. 4 ustawy o emeryturach pomostowych.

Kryterium dotyczące wykonywania tych prac w warunkach ostrego dyżuru wynika z konieczności działania w warunkach, które są szczególnie trudne do przewidzenia i w których stosowanie określonych procedur zapewniających bezpieczeństwo własne i innych osób jest często utrudnione. Właśnie ten aspekt czyli działanie w warunkach nagłości i nieprzewidywalności, decyduje o szczególnym charakterze pracy personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru, i kwalifikuje wykonujących ją pracowników do przyznania emerytur pomostowych.

Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, prace personelu medycznego w oddziałach dyscyplin zabiegowych, intensywnej terapii, aczkolwiek bardzo obciążające emocjonalnie i stresujące, są wykonywane według określonych procedur, których stosowanie minimalizuje ryzyko zdrowotne zarówno dla pracownika, jak i pacjenta,

Należy jednak mieć na względzie fakt, że jedynym podmiotem uprawnionym do kwalifikowania danego rodzaju pracy jako pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze jest płatnik składek, u którego praca ta jest wykonywana, w tym przypadku reprezentowany przez kierownika podmiotu leczniczego. Kierownik podmiotu leczniczego bowiem zawiera z pracownikiem umowę o pracę oraz jest przełożonym pracownika.

Kontrola prawidłowości zakwalifikowania określonej pracy jako wykonywanej w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze przebiega w trybie art. 41 ust. 6 ustawy o emeryturach pomostowych. Zgodnie z tym przepisem, w przypadku nieuwzględnienia przez płatnika składek danego pracownika w ewidencji pracowników wykonujących pracę w szczególnych warunkach lub pracę o szczególnym charakterze, pracownikowi przysługuje skarga do Państwowej Inspekcji Pracy. Jeżeli skarga ta zostanie uwzględniona, to wówczas właściwe organy Państwowej Inspekcji Pracy są uprawnione do nakazania pracodawcy umieszczenia pracownika w ewidencji pracowników wykonujących taką pracę (pkt 2 wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie z dnia 1 lutego 2011 r., sygn. akt II SA/Rz 1107/10). Od decyzji inspektora pracy, zarówno pracownikowi jak i płatnikowi składek, przysługuje odwołanie do okręgowego inspektora pracy, którego z kolei decyzja będzie mogła być skontrolowana na drodze sądowego postępowania administracyjnego.

Jednocześnie Departament wskazuje, że zarówno przytoczony na wstępie pisma Komunikat Ministerstwa Zdrowia w sprawie rozumienia pojęcia „w warunkach ostrego dyżuru” zawartego w pkt 24 załącznika Nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych, jak również „Zasady kwalifikacji prac w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze” zawarte w Poradniku do ustawy o emeryturach pomostowych, które zamieszczone zostały na stronie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej są nadal aktualne.

Z poważaniem
Beata Cholewka
Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych



„Mów - Słuchaj - Zaufaj”

Sztuka komunikacji interpersonalnej a jakość opieki nad pacjentem przewlekle chorym

Pod takim tytułem odbyła się dnia 29.11.2012r w Sali Konferencyjnej Urzędu Miasta w Koszalinie konferencja organizowana przez Hospicjum im. św. Maksymiliana Kolbego w Koszalinie przy współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie, oraz Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim Koło Koszalin.

Konferencja organizowana była w ramach IX ogólnopolskiej kampanii społecznej "Hospicjum to też życie", a jej uczestnikami byli lekarze, pielęgniarki, położne, rehabilitanci, studenci pielęgniarstwa, opiekunowie medyczni i wolontariusze. Udział w konferencji był bezpłatny, liczba uczestników to ok. 80 osób z różnych ośrodków opieki zdrowotnej (min.: z Hospicjum Koszalin, Hospicjum Darłowo, Hospicjum domowe Kołobrzeg, Przychodnia Wojskowa Koszalin, Poliklinika Koszalin, Panie Pielęgniarki z Koszalina i okolic).

Wiodącym tematem konferencji była umiejętność empatycznej komunikacji z pacjentem przewlekle chorym, pokazanie jak ważna jest właściwa komunikacja pomiędzy zespołem leczącym i pacjentem oraz pacjentem i jego rodziną oraz jakie negatywne skutki zarówno u chorego, rodziny jak i personelu może wywoływać brak właściwej komunikacji. Pacjent nie rozumie lub nie umie poradzić sobie z przekazaną bolesną informacją i w konsekwencji nie nawiązuje pozytywnych relacji z zespołem leczącym, bliskimi, traci zaufanie, nie współpracuje w procesie leczenia, trudniej znosi zabiegi terapeutyczne. Personel medyczny natomiast nie radzi sobie z narastającymi emocjami i stresem, co w konsekwencji prowadzi do wypalenia zawodowego. Każdy z nas, kto zetknął się z pacjentem przewlekle chorym wie jak trudna bywa z nim rozmowa. Jednak wiemy także, że taka rozmowa, słuchanie pacjenta, okazanie mu zrozumienia może bardzo pomóc. Może sprawić, że stan psychiczny takiego pacjenta ulegnie poprawie a co za tym idzie zmniejszy się odczuwanie przez niego dolegliwości fizycznych. Dlatego też tak ważna jest wymiana doświadczeń, pokazanie kierunków i sposobów komunikacji, przypomnienie jak ważne jest to dla drugiej osoby. Wszystko to sprawia, że nawet bardzo doświadczone osoby z długoletnim stażem, mogą na takim szkoleniu wiele skorzystać, poprawić swoje umiejętności komunikacyjne robić to lepiej, efektywniej z pożytkiem dla pacjenta.

Po przywitaniu gości i uczestników przez Sekretarza Zarządu Hospicjum w Koszalinie mgr Małgorzatę Kaweńską –Ślęzak, głos zabrała Przewodniczą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie Pani mgr Justyna Laska, która zwróciła uwagę na to, iż ważne jest spotkanie się pielęgniarek i położnych na tego typu konferencjach celem wymiany doświadczeń, podnoszenia kwalifikacji a co za tym zapewnienie opieki zdrowotnej na najwyższym poziomie.

Oczywiście stały kontakt z pacjentem przewlekle, nieuleczalnie chorym często przytłacza nas i przygnębia musimy więc myśleć o tym jak sobie radzić z zniechęceniem i frustracją. Pomagała nam w tym mgr Kamila Siudowska psycholog kliniczny z Hospicjum Koszalin, przedstawiając temat „Personel medyczny a syndrom wypalenia zawodowego”.

Wśród prelegentów bardzo ciepło przyjętym panelem były rozważania Ks. Marcin Piotrowski z parafii pod wezwaniem Św. Wojciecha w Koszalinie pt; "Zdrowa rozmowa pomaga leczyć - mów - SŁUCHAJ - zaufaj". W tej części Ks. Marcin Piotrowski w bardzo interesujący sposób przedstawił etyczne i moralne dylematy, które pojawiają się w kontaktach z pacjentem przewlekle chorym oraz podkreślił znaczenie jakie ma dla pacjenta rozmowa, zrozumienie, taktowne współczucie.

W następnej części mowa była o cukrzycy, która jest chorobą przewlekłą o społecznym znaczeniu. Temat przedstawiła mgr Aneta Sepiolo Przewodnicząca PTP Koło Koszalin, która podkreśliła znaczenie edukacji pacjentów leczonych z powodu cukrzycy. Pacjenci ci wymagają częstych rozmów, tłumaczeń tak by ich nieuleczalna choroba była prowadzona jak najwłaściwiej, by uniknąć powikłań oraz zmniejszyć koszty społeczne tej choroby..

W dalszej części lek. med. Jacek Januszczyk – Hospicjum im. Ks. Dutkiewicza w Gdańsku, Szpital Morski Gdynia, mówił o zastosowanie diet przemysłowych w opiece długoterminowej. O zainteresowaniu tematem przedstawionym przez prelegenta świadczyła duża ilość pytań zadawanych przez uczestników po wykładzie.

Mgr Urszula Łumianek pracownik socjalny, koordynator wolontariatu przedstawiła temat; „Praca socjalna sposobem na poprawę jakości życia pacjentów i ich rodzin w koszalińskim Hospicjum”. W tej części przedstawiono bardzo ważny aspekt kontaktu / pracy z rodzinami pacjentów przewlekle chorych, które często mimo najlepszych chęci nie bardzo wiedzą jak zachowywać się obliczu nieszczęścia, które ich spotkało. Zdarza się, że po prostu uciekają od problemu i unikają bliskich, którzy zostają sami w swojej chorobie. Warto więc rozmawiać z nimi, doradzać im jak podchodzić do chorego członka rodziny, by w sposób optymalny przechodzić przez trudny okres choroby.

Firmy farmaceutyczne biorące udział w konferencji zaprezentowały swoje produkty, przedstawiając korzyści płynące ze stosowania nowoczesnych preparatów, aparatury medycznej, technologii w opiece nad pacjentem chorym przewlekle (Firma Nestle, BBraun, Fresenius Kabi, Paul Hartman, Ortofach sp. z o.o. czy Apteki Centralne Koszalin.

W ostatniej części mgr Maria Szymoniuk-Budnik Szpital Chorób Zakaźnych Gdańsk, mówiła o „Leczenie ran, optymalizacja czasu i kosztów”. W przypadku pacjentów leżących, pacjentów a szczególnie w opiece paliatywnej, czy też w cukrzycy trudno gojące się rany są dużym problemem. Dlatego też warto sięgać po nowoczesne środki przyspieszające gojenie ran. Mimo pozornie wyższej ceny powodują one całościowe obniżenie kosztów leczenia ran. Zawsze warto też przypominać o bardzo istotnej dla naszych pacjentów profilaktyce przeciwoleżynowej.

Na zakończenie pragnę podziękować Państwu jeszcze raz za zainteresowanie tak ważnym tematem, czego dowodem był liczny udział w konferencji i zaangażowanie uczestników podczas wykładów oraz dotrwanie do samego końca przy prawie pełnej sali.

Małgorzata Kaweńska – Ślęzak



Zdrowie seniora jako problem medyczny i społeczny

„Ludzie, którzy przyjmują swoją starość, nie robiąc z niej problemu, są młodszy od tych, którzy za wszelką cenę zachowują swoją młodość”

Antoni Kępiński-Rytm życia



Urząd Miejski w Koszalinie wspólnie z OIPIP w Koszalinie zorganizował konferencję na temat „Zdrowie seniora jako problem medyczny i społeczny”. Konferencja odbyła się 23 października 2012 r. w sali kina Kryterium, a zorganizowano ją z okazji obchodów europejskiego roku aktywności osób starszych i solidarności międzypokoleniowej oraz koszalińskiego roku seniora odbywającego się pod patronatem Prezydenta Miasta Koszalina.

Honorowy patronat nad konferencją objęli:
Samodzielny Publiczny ZOZMSW w Koszalinie
Szpital Wojewódzki w Koszalinie
Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie

Na konferencję jako goście honorowi przybyli:
Prezydent Miasta Koszalina, Pan Piotr Jedliński
Przewodnicząca OIPIP w Koszalinie, Pani Justyna Laska
Dyrektor SPZOZ MSW w Koszalinie, Pan Tomasz Walasek
Dyrektor SZGiCHP, Pan Robert Szank

Miejsca w Sali kinowej licznie zajęli pracownicy ochrony zdrowia, pracownicy instytucji lokalnych, kadra naukowa PWSZZ w Koszalinie oraz studenci wydziału pielęgniarstwa. Najliczniejszą grupę stanowili mieszkańcy Koszalina, rodziny i opiekunowie ludzi starszych a przede wszystkim seniorzy.

Konferencję rozpoczęto częścią artystyczną, w której swoje umiejętności taneczne zaprezentował zespół Gracja. Członkowie grupy są słuchaczami Uniwersytetu III Wieku Politechniki Koszalińskiej.

Taniec w zespole jest swoistym antidotum na tradycyjne pojmowanie życia kobiety dojrzałej. Jest ważnym wydarzeniem pokazującym, że w każdym wieku można zrobić coś pięknego dla siebie i otoczenia. Panie zatańczyły Poloneza oraz Pasodoble. Publiczność podziwiała żywotność, elegancję ruchu, wdzięk, przepiękne i barwne kostiumy. Występ nagrodzono gromkimi brawami.

Następnie odbyła się część oficjalna, w której zaproszeni prelegenci wygłosili interesujące prezentacje. Jako pierwsza głos zabrała Pani doktor Iwona Tołkacz - Mił - lekarz specjalista hipertensjolog. Tematem wykładu były „Zasady diagnostyki i terapii nadciśnienia tętniczego u osób starszych”. Statystyki podają, że w naszym społeczeństwie co

3 osoba cierpi na nadciśnienie tętnicze. Otyłość, brak ruchu, złe odżywianie, nieregularne zażywanie leków, używki, to główne przyczyny powstawania nadciśnienia.

Do najczęściej występujących chorób należy również cukrzyca. Na temat aktualnych problemów rozpoznawania i leczenia cukrzycy u osób w wieku starszym, mówiła Pani doktor Danuta Cybulska - lekarz specjalista diabetolog. Pani doktor jest długoletnim pracownikiem ochrony zdrowia, a od kilkunastu lat prowadzi poradnię diabetologiczną w SPZOZ MSW w Koszalinie. Pragnę dodać, że pani doktor jest zawsze chętna do współpracy z nami przy organizacji konferencji, służy nam radą i pomocą.

Bardzo interesującą prezentację przygotowała pani Halina Żmuda inżynier dietetyk, długoletni pracownik Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie. Obecnie od wielu lat prowadzi Gabinet Dietetyczny i Kształtowania Sylwetki w Koszalinie. Zajmuje się układaniem diet odchudzających i leczniczych. Wykład dotyczył „Roli żywienia w wieku podeszłym” Wśród wielu produktów żywnościowych dostępnych na rynku spożywczym, nie wszystkie niestety są zdrowe i wskazane zwłaszcza dla ludzi starszych. Bardzo wskazane jest natomiast, aby rozpoczynać i kończyć dzień szklanką wody niegazowanej z plasterkiem cytryny.

Wykład na temat „Współczesnych poglądów dotyczących profilaktyki i leczenia chorób cywilizacyjnych z zastosowaniem substancji zawartych w oleju lnianym i innych substancjach pochodzenia roślinnego” poprowadzili pracownicy naukowcy Instytutu Włókien Lnianych w Poznaniu. Na temat znaczenia kwasów Omega 3 w naszej diecie mówił prof. dr hab. n. med. Przemysław Mrozikiewicz, a prezentacji produktów z włókien naturalnych dokonał mgr Piotr Ludniewski.



Po krótkiej przerwie kawowej niezwykle interesujący wykład przygotowała pani prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden Gałuszko, wieloletni pracownik naukowy Uniwersytetu Gdańskiego i Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Pani profesor mówiła o problemach opieki psychologicznej w opiece nad ludźmi starszymi. Dużo naukowej i życiowej wiedzy przekazanej w formie lekko humorystycznej sprawiło, że wykładu słuchało się z zapartym tchem.

Ważnym czynnikiem poprawy komfortu życia seniora są „Metody usprawniania w rehabilitacji geriatrycznej”. Na ten temat mówiła mgr fizjoterapii Katarzyna Krajcer, pracownik Szpitala Powiatowego w Białogardzie. Ogromna wiedza, zaangażowanie oraz urok osobisty pani Kasi sprawia, że słucha jej się z prawdziwą przyjemnością.

Osoby starsze z powodu różnych dysfunkcji często potrzebują pomocy w zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. W jaki sposób tego dokonać, gdzie się zwrócić o pomoc i jakie są wymagane dokumenty do otrzymania zaopatrzenia, mówiła mgr Julita Waclaw kierownik Delegatury ZOW NFZ w Koszalinie.

Swoje prezentacje miały także zaproszone firmy, Schulke, Convatec i Nutricia. W holu kina można było odwiedzić stoiska z wyrobami medycznymi oraz materiałami dotyczącymi promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Na zakończenie konferencji w sali baletowej kina odbył się poczęstunek dla wszystkich uczestników i zaproszonych gości.

Bardzo dziękujemy wszystkim za udział w konferencji. Szczególne podziękowania kierujemy do pani Justyny Laski, Przewodniczącej OIPIP w Koszalinie za obecność z nami i ogromne wspieranie naszych działań. Mamy nadzieję, że problemy związane z opieką nad osobą starszą, często niesamodzielną, to temat na dzisiejsze czasy. Pamiętajmy, że statystyki demograficzne same mówią za siebie, podobnie jak problemy życiowe przedstawicielei najstarszej generacji, które nie okazjonalnie, ale ustawicznie powinny absorbować uwagę całego społeczeństwa.

Danuta Bralewska
Szpital Wojewódzki w Koszalinie



CUKRZYCA U OSÓB STARSZYCH

AKTUALNE PROBLEMY ROZPOZNAWANIA I LECZENIA

SKALA PROBLEMU

Cukrzyca jest przewlekłą i stale postępującą chorobą, która powoduje uszkodzenie wielu narządów, a chorzy na cukrzycę stanowią znaczący odsetek pacjentów leczonych przez lekarzy różnych specjalności m.in. diabetologii, kardiologii, nefrologii, chirurgii naczyniowej, okulistyki, kardiologii i ortopedii.

EPIDEMIOLOGIA

- Prognozy epidemiologiczne mówią o pandemii cukrzycy w najbliższych latach
- Wg szacunków WHO do 2025 roku liczba chorych na cukrzycę podwoi się sięgając 300 mln
- Cukrzyca typu 2 stanowi 85% wszystkich przypadków choroby w populacji
- 8% populacji ma cukrzycę typu 2, 8,5% populacji stanowią stany przedcukrzycowe /2006, Witek, Strojek/
- Z wiekiem wzrasta zachorowalność i chorobowość na stany przedcukrzycowe i cukrzycę, 25-30% w populacji powyżej 65 roku życia

CZYNNIKI RYZYKA CUKRZYCY TYPU 2 U OSÓB STARSZYCH

- Wiek, płeć K>M
- Dieta wysokokaloryczna, leki diabetogenne
- Nadwaga / otyłość
- Mała aktywność fizyczna
- Zmniejszenie masy mięśniowej
- Wywiad rodzinny
- Zaburzenia tolerancji glukozy w przeszłości
- Cukrzyca w ciąży, urodzenie dziecka > 4kg
- Dyslipidemia / TG, HDL/
- Nadciśnienie tętnicze
- Choroby układu sercowo-naczyniowego

ZABURZENIA GOSPODARKI WĘGLOWODANOWEJ WG WHO

- IFG nieprawidłowa glikemia na czczo 100-125mg%
- IGT nieprawidłowa tolerancja glukozy 140-199mg% w 2 godz.
- CUKRZYCA > 126mg% , na czczo > 200mg%

CUKRZYCA - JAK DOCHODZI DO ROZPOZNANIA?

ROZPOZNAWANIE CUKRZYCY U OSÓB STARSZYCH

Znaczna ilość chorych w starszym wieku nie ma typowych objawów cukrzycy, a choroby współistniejące maskują objawy cukrzycy.

- Częstomocz, nietrzymanie moczu, nocne oddawanie moczu
- Zmęczenie, apatia
- Zmniejszenie aktywności fizycznej
- Zaburzenia widzenia
- Nawracające zakażenia
- Udar mózgu, zawał serca, chromanie przestankowe, stopa cukrzycowa
- Śpiączki cukrzycowe: hypermolarna, ketonowa

KOMPLEKSOWE LECZENIE CUKRZYCY

- Edukacja chorego z cukrzycą w zakresie prozdrowotnego stylu życia
- Samokontrola w cukrzycy
- Stosowanie leków przeciwcukrzycowych
- Prowadzenie badań diagnostycznych w kierunku powikłań cukrzycy
- Diagnozowanie i podejmowanie interwencji leczniczej w zakresie czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych/ NT, dyslipidemia
- Leczenie chorób współistniejących w celu poprawy jakości życia i zmniejszenia stopnia niepełnosprawności



LECZENIE CUKRZYCY U OSÓB W STARSZYM WIEKU

Cele leczenia cukrzycy w wieku podeszłym muszą być zindywidualizowane i realistyczne do osiągnięcia. Kompleksowe leczenie obejmuje działania nakierowane na uzyskanie:

- prawidłowej glikemii
- prawidłowej wagi ciała
- prawidłowego ciśnienia tętniczego
- prawidłowych parametrów lipidów we krwi

PLAN POSTĘPOWANIA Z PACJENTEM Z CUKRZYCĄ W WIEKU PODESZŁYM

- Ustalenie realistycznych docelowych wartości glikemii
- Ustalenie częstości wizyt kontrolnych
- Organizacja monitorowania glikemii przez chorego lub jego opiekunów
- Ustalenie współpracy ze służbami socjalnymi, pielęgniarką środowiskową
- Poradnictwo na temat prozdrowotnego stylu życia

CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA SPOSÓB LECZENIA CUKRZYCY WIEKU STARSZEGO

- Oczekiwany okres przeżycia
- Zaangażowanie chorego w proces edukacji i leczenia
- Złożoność terapii cukrzycy
- Zdolność do użycia sprzętu do iniekcji i samokontroli
- Czynniki ekonomiczne chorego
- Schorzenia współistniejące / powikłania cukrzycy, inne problemy zdrowotne/

CELE LECZENIA CUKRZYCY U OSÓB STARSZYCH

- Dążenie do poprawy lub przynajmniej utrzymania dotychczasowej jakości życia
- Unikanie niedocukrzeń
- Cele uzależnione są od przewidywalnego czasu przeżycia chorego z cukrzycą
- Przeżycie dłuższe niż 10 lat – realizacja ogólnych celów leczenia z dążeniem do stopniowego wyrównania cukrzycy HbA1c < 7%
- W przypadku chorych w wieku > 70 lat z wieloletnią cukrzycą > 20 lat i istotnymi powikłaniami sercowo-naczyniowymi dążyć do HbA1c < 8%
- Poziom glukozy na czczo 70 – 110mg%
- Poziom glukozy 2 godz. po posiłkach 70-140mg% , 70-160mg%
- HbA1c 6,5 - 7%
- HbA1c < 8% wiek > 70 r.ż.

CZYNNIKI RYZYKA NIEDOCUKRZENIA W WIEKU PODESZŁYM

- Zaburzenia wzroku
- Zmniejszenie sprawności manualnej
- Niemożność samokontroli glikemii
- Upośledzenie funkcji poznawczych
- Niewystarczające wsparcie ze strony rodziny i otoczenia
- Błędy ze strony chorego w podaniu leku przeciwcukrzycowego

PODSUMOWANIE

- Diagnozowanie stanów przedcukrzycowych i cukrzycy musi być wczesne i efektywne
- Leczenie cukrzycy u osób w starszym wieku jest takie same jak u młodszych
- Kryteria dobrego wyrównania metabolicznego cukrzycy są takie same jak u młodszych osób i zależą od czasu trwania cukrzycy
- Jedynie wiek > 70 lat i długotrwała cukrzyca pozwalają na określenie indywidualnych celów leczenia cukrzycy
- W kompleksowym leczeniu cukrzycy ważna jest współpraca chorego i jego opiekunów ze służbą zdrowia i służbami socjalnymi

*Lekarz specjalista diabetolog
Danuta Cybulska*



Metody usprawniania w rehabilitacji geriatrycznej

Starzenie się organizmu:

- Starzenie jest procesem dynamicznym i sprzężonym z postępującym upośledzeniem wszystkich funkcji organizmu.
- Jest to stan, który jest nie do uchwycenia gołym okiem, ponieważ zmiany zachodzą na poziomie komórkowym, a w konsekwencji dochodzi do dysfunkcji narządów i układów.
- Literatura wskazuje iż procesy starzenia zaczynają się już w średnim wieku i nasilają się wraz z wiekiem, a zauważalne są ok. 60 roku życia w wyniku kumulowania się i nakładania zmian w poszczególnych układach.
- Starzenie organizmu dotyczy wszystkich układów, stąd postępowanie usprawniające powinno być kompleksowe i ukierunkowane, a także indywidualnie dobrane do potrzeb osoby starzejącej się, ponieważ poza wpływem na leczoną jednostkę chorobową, usprawnianie (aktywność fizyczna) zapewnia utrzymanie lub przywrócenie zdolności do samodzielnego funkcjonowania.

Starzenie się organizmu powoduje:

- Dysfunkcje wielu narządów (narządu ruchu, układu nerwowego, układu sercowo – naczyniowego czy układu oddechowego) występujące jednocześnie, dają obraz tzw. patologii mnogiej i należą do najczęstszych przyczyn ograniczenia aktywności ruchowej, co w konsekwencji prowadzi do obniżenia sprawności fizycznej.
- Ograniczona zdolność adaptacji do wysiłku, obniżona koordynacja ruchowa i równowaga, a także zwiększona męczliwość - to najczęstsze schorzenia a powikłania ze strony wyżej wymienionych układów to:
 - udar mózgu,
 - zawał mięśnia sercowego,
 - zapalenia płuc
 - oraz złamania szyjki kości udowej.

Rehabilitacja

- Głównym zadaniem rehabilitacji osób starszych jest:
 - utrzymanie sprawności fizycznej
 - przywrócenie zdolności do samodzielnego funkcjonowania (wykonywanie podstawowych czynności dnia codziennego -ADL)
 - oraz usprawnianie poszczególnych narządów i układów, w których zaistniała dysfunkcja.

Okres poprzedzający występowanie dysfunkcji układowych, powinien zawierać regularną aktywność fizyczną, tzw. aktywność rekreacyjną i prewencyjną, dostosowaną do indywidualnych potrzeb osoby starszej.

- W treningu należy uwzględnić różne typy i formy ćwiczeń, które powinny zawierać:
 - elementy stretchingu,
 - relaksacji
 - czy ćwiczeń aerobowych (spacer, taniec, pływanie, jazda na rowerze, itp.)
- Intensywność ćwiczeń powinna być dobrane indywidualnie w zależności od stanu zdrowia i możliwości fizycznych.

Schorzenia ukł. sercowo–naczyniowego i oddechowego.

- Łagodna i dobrze tolerowana (obecnie bardzo rozpowszechniona) forma aktywności fizycznej wykorzystywana w tych schorzeniach to NORDIC WOLKING
- Podczas treningu zaangażowane są symetrycznie obie strony ciała,
- kończyny górne pracują w większym zakresie ruchomości, choć mniej intensywnie niż w trakcie tradycyjnego marszu.
- Używanie kijów podczas marszu odciąża stawy w kończynach dolnych o 30% przy wzroście wydatku energetycznego ok. 20%, ma to istotne znaczenie w profilaktyce otyłości czy w chorobach zwyrodnieniowych.
- kije zapewniają równowagę mięśniową,
- w trakcie chodu po nierównym terenie wspomagają utrzymanie prawidłowej i stabilnej postawy oraz równowagi.
- dają poczucie bezpieczeństwa i eliminują ryzyko upadków i złamań nawet przy dynamicznych treningach na nierównym podłożu.
- podczas marszu zaangażowane do pracy jest 90% mięśni całego ciała,
- dochodzi do zwiększonego poboru tlenu od 20 do 50%, w zależności od stopnia intensywności pracy kijami.
- systematyczne chodzenie z kijkami poprawia ogólną kondycję organizmu.

Schorzenia neurologiczne

PNF - proprioceptywne nerwowo – mięśniowe torowanie.

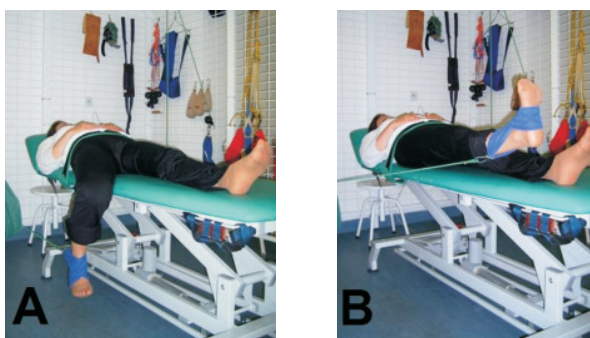
- to najczęściej stosowana metoda w rehabilitacji neurologicznej.
- torowanie = ułatwianie, opiera się na stopniowym odtwarzaniu umiejętności ruchowych pacjenta – reedukacji.
- odtwarzanie ruchu zaczyna się od części proksymalnych do dystalnych, uwzględniając fazy kontroli motorycznej.
- dodatkowo stosuje się pobudzające bodźce słowne, wzrokowe, werbalne, dotykowe itp. w celu wzmocnienia i wymiany informacji.
- ruchy odbywają się trójplaszczynowo w tzw. diagonalnych – skośne osie ruchu.
- najważniejszym czynnikiem ruchu jest rotacja (zaangażowana jest większa ilość mięśni)
- praca z pacjentem jest bezbolesna
- wykorzystuje najsilniejsze elementy ruchu, a stymulacja słabszych lub uszkodzonych struktur odbywa się przez irradację czyli przenoszenie pobudzenia
- ważnym elementem w terapii jest opór manualny stawiany przez ręce terapeuty, który nadaje pacjentowi kierunek, kolejność oraz szybkość wykonywanego ruchu.



fot. Przedstawia przykładowe wzorce dla kończyn w metodzie PNF;
A- kończyna dolna,
B i C – kończyna górna
(Źródło: materiały własne)

Schorzenia ortopedyczne

- opór zewnętrzny jest jednym z istotnych elementów odtworzenia siły mięśniowej.
- badania z ostatnich lat wskazują, iż możliwy jest przyrost siły i masy mięśniowej dzięki treningowi oporowemu nawet u pacjentów w bardzo zaawansowanym wieku, co poprawia również gibkość, równowagę i koordynację ruchową.
- ruch powinien być wyizolowany, by zapewnić bezpieczeństwo i nie doprowadzić do kontuzji,
- pozycja wyjściowa ćwiczenia to pozycja, w której mięsień jest rozciągnięty (lekkie rozciągnięcie, a następnie skurcz mięśnia – uzyskanie energii ze struktur pasywnych, które mają biomechaniczne właściwości visco – elastyczne)
- możliwe rodzaje oporu:
 - pokonanie ciężaru własnego odcinka ciała (kończyny),
 - opór elastyczny – taśmy, sprężyny
 - czy ręka terapeuty,
- opór przykładamy prostopadłe do wykonywanego ruchu przez dany mięsień lub grupę mięśniową

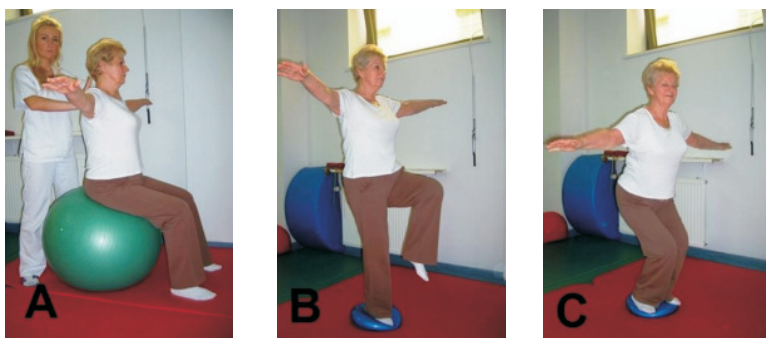


fot. Przedstawia oporowy trening m. czworogłowego, A – pozycja wyjściowa ćwiczenia; B – pozycja końcowa ćwiczenia (Źródło: materiały własne)

Ćwiczenia sensomotoryczne

Postępujące zmiany w funkcjonowaniu układu nerwowego i zmysłów, oraz zmiany w narządzie ruchu doprowadzają do upośledzenia mobilności takich jak:

- kontrola stabilnej postawy,
- funkcje chodu,
- koordynacja ruchowa czy równowaga.
- Ćwiczenia sensomotoryczne wykonywane na piłce gimnastycznej i poduszce pneumatycznej wprowadzają:
 - element niestabilnego podłoża,
 - pobudzają zmysł równowagi,
 - odtworzą czucie głębokie,
 - wymuszają prawidłowe napięcie mięśni tonicznych oraz fazowych.



fot 3. Przedstawia ćwiczenia sensomotoryczne, A – na piłce gimnastycznej, B i C – na poduszce pneumatycznej imitującej nierówne podłoże (Źródło: materiały własne).

- Wykonywane przed lustrem pod kontrolą wzroku, dostarczają dodatkowych informacji o ułożeniu ciała w przestrzeni i ułatwiają reedukację wzorca prawidłowej postawy.
- Ćwiczenia sensomotoryczne powinny być stosowane codziennie, przez ok. 10 minut,
- poprawiając równowagę przeciwdziałają upadkom.



fot. Przedstawia przykładowe wzorce reedukacji postawy i ćwiczeń równowagi (Źródło: materiały własne)

mgr Katarzyna Krajcer



HOLIZM W OPIECE PALIATYWNEJ

konferencja naukowo - szkoleniowa - 15 października 2012 r.

Patronat honorowy objęło: Hospicyjny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Maksymiliana Kolbe w Koszalinie

„...W V w. p.n.e. znany, grecki lekarz - Hipokrates, stworzył szkołę leczenia, której podstawą było przywracanie u chorego równowagi psychofizycznej.

Pacjenta oddzielano na pewien czas od jego dotychczasowego otoczenia i stwarzano warunki, aby uzyskując wgląd we własne życie, obudził w sobie mądrość i współczucie dla innych. Leczenie takie opierało się w znacznej mierze na edukacji, a sam proces miał charakter duchowego rozwoju.

Oprócz pracy z emocjami, snami, pamiętano również o odpowiednich ćwiczeniach i diecie. Za istotny czynnik terapii uważano odpowiedzialność pacjenta za proces leczenia. Hipokrates widział człowieka jako jedność ciała, umysłu i duszy - jako odzwierciedlenie makrokosmosu w mikrokosmosie. Ponieważ chorobę postrzegał jako brak równowagi świata wewnętrznego i zewnętrznego, nie stosował nazw do określenia dolegliwości, ani nie zwracał uwagi na objawy. Potomni uznali go za ojca medycyny. W istocie był propagatorem holistycznego leczenia, które znacznie odbiega od praktyk popularnie spotykanych w współczesnej medycynie akademickiej.”

Mając na uwadze permanentne uzupełnienie swojej wiedzy Polskie Towarzystwo Naukowe Koło w Koszalinie zorganizowało konferencję naukowo- szkoleniową dla personelu medycznego z zakresu holizmu w opiece paliatywnej. Moderatorem konferencji była mgr Bogumiła Aziewicz – Gabis.



Moderator konferencji mgr Bogumiła Aziewicz – Gabis

Choroba nowotworowa, to choroba przewlekła, wyniszczająca i pustosząca życie człowieka i jego rodziny, często kończąca się śmiercią. Aby pomóc pacjentowi i jego bliskim w tym trudnym okresie powstała nowa gałąź medycyny - medycyna paliatywna - która kieruje swoją uwagę na człowieka, a nie na jego chorobę. Jej celem jest otaczanie wszechstronną, życzliwą opieką tych, którzy walcząc z chorobą umierają oraz ich rodzin, aby w swoim cierpieniu nie pozostawali osamotnieni, aby wiedzieli, że się ich szanuje i kocha, bez względu na to kim są. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje opiekę paliatywną jako całościowe postępowanie medyczne,

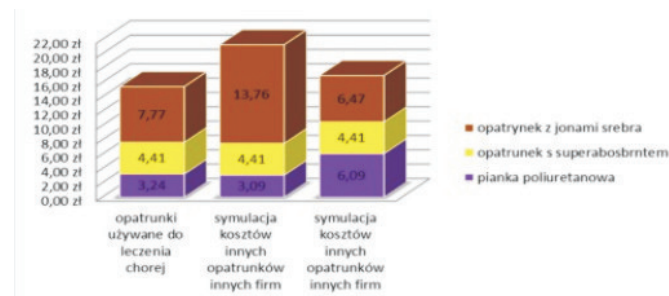
„Zacznij od robienia tego, co konieczne. Potem rób to, co możliwe, i nagle okaże się, że robisz rzeczy niemożliwe”

Św. Franciszek z Asyżu

psychologiczne, rehabilitacyjne oraz wsparcie socjalne i duchowe dla chorych na przewlekłe choroby niepoddające się leczeniu przyczynowemu, choroby znacznie ograniczające egzystencję oraz na choroby nowotworowe w stadium znacznego zaawansowania i w okresie terminalnym. To czynne wsparcie rodziny chorego w okresie choroby ich bliskiego oraz po jego śmierci, o ile tego wymagają.

Opieka paliatywna zmagą się z wieloma wyzwaniami, dbając o zaspokojenie potrzeb bio-psycho-społecznych musimy widzieć człowieka chorego jako integralną całość jego rodziny i środowiska. Najwięcej problemów sprawia opieka nad chorym przebywających w środowisku domowym. Tylko duża wiedza i umiejętności pozwalają na świadczenie takiej opieki na wysokim poziomie.

Bardzo często spotykamy się z problemem leczenia ran przewlekłych, ponieważ na naszym rynku można dostać opatrunki bardzo szerokiej oferty firm farmaceutycznych, należy pamiętać o zapoznaniu się z listą refundowanych środków opatrunkowych. Zdobyta wiedza pozwoli na podjęcie decyzji o zaproponowaniu leczenia opatrunkami, które są refundowane i mogą być stosowane w konkretnym przypadku. Temat: „Ekonomiczne spojrzenie na leczenie ran” wybrałam celowo aby uzmysłowić jak duże różnice wynikają z wiedzy o cenach opatrunków refundowanych. Dla przykładu przedstawiam poniższy wykres.



Wykres przedstawia opatrunki trzech firm dostępnych na naszym rynku, co więcej każda z nich jest na liście środków refundowanych. Lawirowanie między opatrunkami (w tej samej grupie np. pianka poliuretanowa) pozwala na obniżenie kosztów leczenia ran przewlekłych.

Pozostając w tematyce leczenia ran, kolejny wykład wygłosił mgr Artur Małecki: „Octenidyna alternatywa na rany przewlekłe” temat leku z zawartością octenidyny, zapewne jest dobrze znany w środowisku, lecz firma rozszerzyła swoje portfolio o nowe produkty. Można było otrzymać dodatkowe informacje o cenach produktów oraz materiały reklamowe.

Od niedawna na Polskim rynku dostępne są aktywne opatrunki zawierające medyczny miód Manuka, które posiadają właściwości antybakteryjne, wspomagają usuwanie tkanek martwiczych, redukują nieprzyjemny zapach z rany i pozwalają na odradzanie się tkanek, co w efekcie wpływa na szybsze gojenie się rany.

Jako jedyni w Polsce, oferujemy produkty zawierające miód Manuka, które są WYROBAMI MEDYCZNYMI. Produkowane są one wg. najwyższych norm jakości, nie zawierają pyłków czy innych zanieczyszczeń mogących powodować alergię, posiadają znak CE i są stosowane w profesjonalnych klinikach i szpitalach w całej Europie. Temat: „Miód Manuka opatrunki na ranę” przedstawił mgr Piotr Beczak. Dla uczestników dostępne były również próbki danych opatrunków.



Mgr Maciej Świątlik przedstawiciel Kikgel

Na zakończenie panelu poświęconemu ranom przewlekłym zaprezentowano temat: „System VAC podciśnieniowe leczenie ran”. Wspomagająca terapia odsysająca leczenia ran podciśnieniem (ang. NPWT) okazała się być skuteczną w szybkim gojeniu (rozległych) ostrych oraz chronicznych ran. Przez ponad 50 lat ukazały się liczne publikacje kliniczne rzucające światło na korzyści płynące z szybkości gojenia i kontroli wysięku poprzez zastosowanie podciśnienia w otoczeniu ran wilgotnych i zamkniętych, terapia VAC. Stosując NPWT jako alternatywną lub dodatkową technikę w całym spektrum praktykowanych metod leczenia ran, można poprawić szybkość zamykania się ran. Przyczyni się to poważnie do dobrego samopoczucia pacjentów, satysfakcji ich opiekunów oraz właściwej organizacji służby zdrowia.



Mgr Ewa Siegel Przedstawiciel firmy Hartmann

Kolejny panel rozpoczął mgr Wojciech Gliński- psycholog kliniczny, dyrektor HZOZ im. Maksymiliana Kolbe w Koszalinie. „Trudne pytania w chorobie nowotworowej” Postawienie diagnozy onkologicznej jest momentem kryzysu zarówno dla osoby chorej, jak i jej bliskich. Informacja o chorobie nowotworowej wyrwa pacjenta z bezpiecznego dotąd świata i często zmusza do zmiany życiowych priorytetów. Nic więc dziwnego, że u chorego pojawia się wiele nowych emocji i zachowań, które początkowo mogą być trudne do zrozumienia i zaakceptowania przez bliskie mu osoby. W takiej sytuacji należy uświadomić sobie, że te często niezrozumiałe zachowania to nic innego jak mechanizmy obronne, które pacjent uruchamia, aby poradzić sobie z kryzysem i zaakceptować się do nowej, trudnej dla niego sytuacji. Do najczęstszych mechanizmów obronnych pojawiających się w odpowiedzi na zagrażającą sytuację, należą:

- zaprzeczenie - pacjent neguje fakt istnienia choroby;
- tłumienie - pacjent werbalizuje brak lęku czy obaw, gdyż jest na wszystko przygotowany;
- wyparcie - chory nie chce nic wiedzieć o swojej chorobie, chce zapomnieć, że jest chory;
- projekcja - chory przenosi lęk na inny organ niż ten objęty chorobą nowotworową;
- racjonalizacja - chory szuka rozsądnych argumentów dla

obserwowanych objawów lub zdarzeń w celu ukrycia przed samym sobą ich prawdziwej przyczyny. To naturalne, że w codziennej rozmowie zdecydowanie bardziej wolimy podejmować przyjemniejsze i łatwiejsze tematy dotyczące życia, niż rozmawiać o tak poważnych problemach jak choroba nowotworowa, która kojarzy nam się z nieszczęściem i śmiercią. W życiu każdego z nas może przyjść taki moment, kiedy będziemy musieli zmierzyć się z chorobą bliskiej nam osoby. Oprócz obaw o życie chorego, możemy nie wiedzieć, jak powinniśmy zachować się w kontakcie z bliskim chorym. O czym należy pamiętać w rozmowie z chorym?

Zaoferuj swoje wsparcie. Zapewnij chorego o swojej gotowości do pomocy, jeśli rzeczywiście chcesz pomóc. Gdy chory odmawia pomocy, nie wywieraj na nim presji. Po prostu powiedz, w jakich sytuacjach może na Ciebie liczyć.

Słuchaj, co mówi chory. W sytuacji, kiedy nie wiesz, jak rozpocząć rozmowę, pozwól, by jako pierwsza mówiła osoba chora. Słuchaj uważnie, upewniając się, czy dobrze rozumiesz intencje pacjenta. Nie doradzaj i nie staraj się kontrolować rozmowy. Daj choremu szansę na ujawnienie swoich emocji.

Bądź szczery. Swoje uczucia wyrażaj jasno i szczerze. Formułuj myśli za pomocą komunikatu „ja”, np. „Martwię się, kiedy nic nie mówisz.” Nie unikaj mówienia o własnym lęku. W ten sposób pokażesz choremu, że jego niepokój nie jest odosobniony.

Nie lekceważ strachu chorego. Jeśli pacjent wprost mówi o swoich obawach, nie bagatelizuj obrazu choroby, jaki ma bliska Ci osoba. Niektórych chorych razi, gdy rozmówca lekceważy ich lęki, puentując je stwierdzeniem: „Nie przesadzaj, wszystko będzie dobrze, niedługo razem gdzieś wyjedziemy”. Powstrzymaj się od komentarzy w stylu: „Wcale nie wyglądasz na chorego”.

Nie koncentruj się tylko na chorobie. Podczas kontaktu z chorym staraj się zachowywać tak jak zwykle. Poruszaj tematy, które do tej pory zawsze wspólnie omawialiście, pytaj go o radę w istotnych dla Ciebie kwestiach. Daj choremu odczuć, że w Waszych relacjach nic się nie zmieniło. Jednocześnie uważnie obserwuj rozmówcę, jeśli zauważysz, że któryś z wybranych przez Ciebie tematów mu nie odpowiada, nie brnij dalej.

Upewnij się, że pacjent chce poinformować innych o swojej chorobie. Jeśli chory postanowił, że nie chce nikogo powiadamiać o swoim stanie, uszanuj jego decyzję, ale też powiedz, co Ty czujesz w związku z tą decyzją. Możesz wskazać na korzyści związane ze zwiększeniem liczby osób, które będzie można poprosić o pomoc. Nie naciskaj jednak na chorego, by zmienił decyzję.

Po prostu bądź. Ważne, aby umieć wspólnie z chorym pomilczeć. Cisza nie powinna krępować. Czasami nieprzerwane gadulstwo może zmęczyć lub zirytować chorego. Bywa, że chwila milczenia lepiej wyraża emocje niż nieustanna rozmowa. Często sam dotyk czy uśmiech potrafi wyrazić więcej niż niejedno słowo.

- W naszym społeczeństwie choroba nowotworowa ma opinię nieuleczalnej. Już samo podejrzenie raka, konieczność zrobienia badań diagnostycznych, często przeraża i paraliżuje. Dlatego też pomimo powszechności tego problemu większość z nas nadal nie do końca wie, jak zachować się w kontakcie z osobą chorą lub jej bliskimi, którzy także przeżywają trudne chwile. Najgorsze co można zrobić w takiej sytuacji, to unikać spotkań i kontaktu, usprawiedliwiając się tym, że pacjent potrzebuje dużo spokoju i wyłącznie obecności rodziny. Postawienie diagnozy onkologicznej niewątpliwie wpływa na zachowanie pacjenta. Spokojnym dotąd człowiekiem mogą miotać różne emocje, takie jak: złość, gniew, smutek czy bezradność. Tym bardziej powinniśmy okazać nasze zrozumienie i pokazać, że to co spotkało chorego, nie jest nam obojętne. Czasami choremu wystarczy sama obecność, ważne jest, by umieć również wspólnie pomilczeć.

W opiece nad pacjentem paliatywnym możemy spotykać problemy związane ze stomią, prezentacje na temat problemów jakie możemy spotkać przedstawił mgr Krystian Zasadzyński „Stomia firma Coloplast”.

Stomia nie powinna w żaden sposób ograniczać chorego. Dlatego ważne jest, aby sprzęt był odpowiednio dobrany.

Czasem jego wybór trwa kilka tygodni, ale nie jest to czas stracony. Sprzęt ma dawać poczucie komfortu i bezpieczeństwa, a więc musi być bardzo szczelny, nie może powodować podrażnień, a nawet powinien pielęgnować skórę wokół przetoki. Pielęgnacja stomii:

- nie jest wcale trudna i powinna być wykonywana samodzielnie przez pacjenta,
- jest warunkiem powrotu do aktywności sprzed operacji,
- podstawowe zasady pielęgnacyjne są takie same bez względu na typ przetoki,
- wymiana sprzętu powinna odbywać się w spokoju i w odpowiednich warunkach,
- pośpiech i niestaranność działają zawsze na szkodę pacjenta.

Właściwą pielęgnację stomii warunkuje: wiedza, umiejętności, doświadczenie.

Dobór sprzętu stomijnego zależy od:

- rodzaju stomii
- powikłań
- wieku
- upodobań

Niezależnie od rodzaju stomii zawsze najważniejsza jest ochrona skóry!

Jaki powinien być odpowiedni sprzęt?

- dyskretny (czyli szczelny dla treści jelitowej i gazów),
- pewny i bezpieczny (ma skutecznie chronić skórę wokół przetoki),
- wygodny i komfortowy (nie może ograniczać aktywności życiowej).

Prawidłowa stomia powinna:

- mieć różowo-czerwony kolor,
- być lekko wilgotna,
- mieć kształt zbliżony do okrągłego,
- wydalać odpowiednią do jej typu treść (kał lub mocz),
- skóra wokół niej powinna wyglądać jak w innych miejscach na brzuchu.

List osoby, która 30 lat temu miała wylonioną stomię jelitową

Nie można mieć wszystkiego...

„Ja już to wiem. Już przestałam gonić, rozpychać się łokciami, gromadzić rzeczy dla samej tylko chęci ich posiadania. Może i nie mam zbyt wiele, ale mam coś, co sprawia, że potrafię cieszyć się każdym dniem, potrafię po prostu czerpać radość z małych, codziennych przyjemności. Mam świadomość, że rzeczy nie są najważniejsze. Patrzę z dystansem na tych, którzy uganiają się w nienasyconej pogoni, by zrealizować wygórowane ambicje, zdobyć władzę lub przewagę nad innymi. Patrzę jak zjada ich życie. Ja już się nie śpieszę, nie zamartwiam. Wolę obserwować jak lśni rosa, a niebo odbija się w kałuży, posłuchać szelestu liści. Jestem tutaj przecież tylko na chwilę... Szukam małych przejawów szczęścia – spaceru po parku, przywitania z sąsiadem, uśmiechu syna, radości na twarzy wnuków, widoku kota wygrzewającego się w plamie słońca na podwórku. Nie myślę o tym czego mi jeszcze brak. Zastanawiam się nad tym co zrobić z tym co mam. Jak najlepiej to wykorzystać.”



Mgr Krystian Zasadziński-przedstawiciel firmy Coloplast

Kolejna prezentacja rozpoczęła następny panel tematyczny – BÓL. Przedstawiciel firmy zaprezentował „Transtec na ból przewlekły”. Dawkę i częstotliwość przyjmowania leku ustala lekarz. Plaster należy nakleić na czystą, suchą i nieowłosioną skórę. Kolejny plaster, po usunięciu zużytego, można nakleić na inne miejsce (w to samo miejsce po minimum 7 dniach). Uwaga! Przez 24 godziny po usunięciu plastra Transtec nie należy stosować innego preparatu opioidowego. Uwaga! W trakcie leczenia nie wolno pić alkoholu. Uwaga! Nie ekspozować miejsca z naklejonym plasterem na działanie ciepła (poduszek lub koców elektrycznych, termoforów, lamp rozgrzewających, sauny, słońca, gorących kąpeli). Gorączka i wysoka temperatura otoczenia mogą zwiększyć przenikanie leku przez skórę.

Rozwinął temat bólu lekarz Jerzy Siennicki: „Ból-jak go pokonać. Rozważania na temat bólu przebijającego”. Opieka paliatywna swym działaniem obejmuje zapobieganie i uśmierzanie bólu, łagodzenie objawów ubocznych prowadzonej terapii, cierpienie psychiczne i duchowe, wsparcie socjalne chorych oraz zapewnienie pomocy ich rodzinom w czasie trwania choroby, jak i po ich śmierci, w okresie żałoby, prowadzi do poprawy i utrzymania najwyższej możliwej jakości życia oraz do stworzenia warunków dla godnej śmierci. Rodzaje bólu u chorego na nowotwór

Klasyfikacja przyczyn bólu u chorego na nowotwór w zależności od czynnika etiologicznego:

- bóle spowodowane procesem nowotworowym
- bóle powstałe w wyniku leczenia przeciwnowotworowego
- bóle koincydentalne
- bóle spowodowane wyniszczeniem nowotworowym

Należy podkreślić, że u jednego pacjenta może występować dwa lub więcej rodzajów bólu, o różnych przyczynach i mechanizmach powstawania. Ponadto u chorego na nowotwór mogą występować tzw. bóle przebijające, które charakteryzuje:

- napadowy charakter
- szybki czas narastania (kilka minut)
- krótki czas trwania (ok. 30 min)
- znaczne nasilenie

Bóle przebijające mogą występować samoistnie, bądź też są spowodowane przez zabiegi pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, mogą być wywołane przez ruchy, kaszel, czy defekację. Tego rodzaju bóle określamy mianem incydentalnych. Mogą również występować nasilenia bólu pod koniec przewidywanego czasu działania silnie działającego opioidu i mówimy wtedy o tzw. bólach „końca dawki”.

Bólu chorego na nowotwór jest przez WHO, określanej jest także jako ból całościowy, totalny, wszechogarniający bowiem jest wywołany lub nasilany przez:

czynniki somatyczne: nowotwór, patologia nowotworowa, objawy wyniszczenia, uboczne skutki leczenia.

lęk: przed bólem, przed szpitalem i sposobem opieki domowej, o losy rodziny, przed śmiercią, utratą godności osobistej i kontroli nad własnym ciałem.

gniew: przeszkody biurokratyczne, przyjaciele którzy się odsunęli, opóźnienia w diagnozie, niekomunikatywni lekarze, podenerwowanie, niepowodzenia w leczeniu.

depresja: utrata pozycji społecznej, utrata pozycji zawodowej i dochodów, utrata roli w rodzinie, stałe zmęczenie i senność, poczucie bezradności, kalectwo.

W 1986 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaproponowała i wprowadziła prosty schemat farmakologicznego leczenia bólu u chorych na nowotwór, którego zastosowanie jest skuteczne u ponad 85% leczonych. Podstawową zasadą jest oparcie leczenia na szeroko dostępnych lekach, podawaniu ich w określonych dawkach oraz odstępach czasu.

Zasady leczenia opracowane zostały przez Światową Organizację Zdrowia są obecnie powszechnie stosowane i obejmują:

1. Ocena bólu
2. Strategia leczenia
3. Zapewnienie ciągłości leczenia.

Żywnie w chorobie nowotworowej stawia pytanie JAK ŻYWIĆ? a NIE CZY ŻYWIĆ? Temat: „Żywnie dojelitowe w chorobie nowotworowej” przedstawiła mgr Joanna Kopińska z firmy Fresenius Kabi.

Choroba nowotworowa charakteryzuje się zwiększonymi procesami katabolicznymi, co sprawia, że osoba taka chudnie w bardzo szybkim tempie. To natomiast osłabia organizm, który nie ma siły walczyć z postępującą chorobą. Odżywianie podczas choroby stanowi bardzo ważny element wspomagania leczenia. Prawidłowa dieta zapobiega wystąpieniu niedoborów składników odżywczych, które są niezbędne do prawidłowego działania m.in. układu odpornościowego. Ponadto zwiększy tolerancję pacjenta na stosowaną terapię. Prawidłowe odżywianie może zminimalizować efekty uboczne samej choroby, jak i leczenia.

Energia i białko na odbudowę. Przede wszystkim dieta osoby z nowotworem powinna pozwolić na utrzymanie lub uzyskanie prawidłowej masy ciała. Powinna być możliwie wysokoenergetyczna i wysokobiałkowa. Energetyczność diety może wzrosnąć nawet 1,5 – 2x w stosunku do osób zdrowych. Większa ilość białka jest niezbędna do odbudowy organizmu.

Zwiększenie energetyczności diety można uzyskać przez spożywanie gęstych, bogatych w energię produktów, takich jak: suszone owoce, jogurt, budyń, twarogi, orzechy, nasiona (jako przekąski). Głównym źródłem białka powinny być chude przetwory mleczne i mleko, ryby oraz produkty sojowe.

Tłuszcze niezalecane osoby chore nie powinny spożywać dużych ilości tłuszczów, ponieważ wysoka podaż tłuszczu przyspiesza rozwój guzów nowotworowych. Jest to szczególnie istotne w przypadku nowotworów hormonozależnych (np. rak piersi). Bardzo ważne są wielonienasycone kwasy tłuszczowe z rodziny omega-3. Kwasy te wzmacniają ochronę przed infekcjami, podnoszą odporność oraz zwiększają skuteczność stosowanych terapii. Odpowiednie ich spożycie po wycięciu raka piersi odpowiada za opóźnienie dalszego postępu choroby i może pomóc w hamowaniu powstawania przerzutów.

Węglowodany tylko złożone. Węglowodany są najbezpieczniejszym źródłem energii dla osób z nowotworami. Najkorzystniejsze jest spożywanie węglowodanów złożonych (kasze, razowe, pełnoziarniste pieczywo). Powolny rozkład skrobi w przewodzie pokarmowym powoduje, że stopniowo uwalniana glukoza równomiernie zaopatruje organizm w energię. Zwiększenie spożycia błonnika wskazane jest w przypadku występowania przewlekłych zaparć. Natomiast należy zmniejszyć podaż błonnika, gdy występują u chorego uporczywe biegunki czy objawy bólowe ze strony przewodu pokarmowego.

„Wyniszczenie nowotworowe” przedstawione przez przedstawicielkę firmy: VIPHARM - mgr Sylwia Brzeźnicka. Wyniszczenie nowotworowe dotyczy 55–70 proc. chorych na nowotwory złośliwe. Częstość występowania wyniszczenia nie zależy od typu histopatologicznego, ale wykazuje korelację z pierwotnym umiejscowieniem nowotworu: najczęściej rozwija się u chorych na nowotwory górnego odcinka przewodu pokarmowego, płuc oraz nowotwory głowy i szyi. Wyniszczenie rozpoznaje się, gdy ubytek masy ciała przekroczył 10 proc. wartości wyjściowej w czasie 3 mies. Na obraz kliniczny zespołu kacheksja-anoreksja składają się: ubytek wagi, brak apetytu, uczucie szybkiego nasycenia po posiłku, osłabienie, znużenie, apatia, zaburzenia snu, depresja. Do rozwoju zespołu wyniszczenia nowotworowego prowadzi kilka mechanizmów patofizjologicznych:

- 1) „podkradanie” energii przez nowotwór,
- 2) zaburzenie równowagi metabolicznej przez gromadzące się w ramach odczynu zapalnego,
- 3) zakłócenie fizjologicznego mechanizmu regulacji łaknienia.

Ze zrozumienia patomechanizmów prowadzących do

powstania wyniszczenia nowotworowego wynika, że wyniszczenie nie jest skutkiem niedożywienia, ale objawem towarzyszącym chorobie nowotworowej (paranowotworowym). Jednak niedożywienie może nasilać objawy wyniszczenia.

Każdy lekarz powinien umieć ocenić stan odżywienia, a interwencję żywieniową wprowadzić zaraz po stwierdzeniu jego niedoborów, gdyż znacznie łatwiej i taniej zapobiegać rozwojowi niedożywienia niż leczyć jego następstwa. Poza tym wczesne rozpoznanie wyniszczenia i wdrożenie właściwego postępowania żywieniowego wpływa korzystnie na poprawę jakości życia chorych i wyniki stosowanego leczenia. Wprowadzając leczenie żywieniowe należy pamiętać o tym, aby zaczynać od najprostszych metod, gdyż chory na nowotwór, który nie może jeść, często wymaga jedynie modyfikacji dotychczasowej diety lub wsparcia żywieniowego w postaci wzbogacenia pokarmu lub doustnego suplementu pokarmowego. Dopiero, gdy prostsza metoda okazuje się nieskuteczna lub ze względu na stan chorego niemożliwa do zastosowania, pomocne może się okazać żywienie przy pomocy zgłębników, przetok lub bezpośrednio do układu krążenia. Wciąż trwają badania nad lekami o innych mechanizmach działania, które być może zrewolucjonizują leczenie zespołu wyniszczenia nowotworowego.

Na zakończenie konferencji przedstawiciel Aptek Centralnych – mgr Jacek Hołdyński odpowiadał na pytania uczestników związane z wystawianiem recept, jak również błędy w ich wypisywaniu.

Serdeczne podziękowania organizatorzy składają: Władzom Urzędu Miejskiego w Koszalinie za udostępnienie sali konferencyjnej, Firmie Schuelke, Firmie Hartmann, Firmie Kikgel, Firmie Fresenius Kabi, Firmie Coloplast, Firmie Vipfarm, Firmie Stada, Sieci Aptek Centralnych. Serdeczne podziękowania dla Firmy Wrotniewscy za przygotowanie wspaniałego cateringu.

ORGANIZATORZY SERDECZNIE DZIĘKUJĄ WSZYSKIM UCZESTNIKOM ZA WSPANIAŁĄ ATMOSFERĘ W TRAKCIE WYKŁADÓW.

**Aneta Sepiolo
Przewodnicząca PTP Koło w Koszalinie**

LITERATURA:

- Centeno C., Clark D., Lynch T. et al.: Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC Task Force. *Palliat. Med.*, 2007, 21(6), 463-71.
- Ellershaw J., Wilkinson S.: *Care of the Dying*. Oxford Press, 2003
- Ferris F.D., Balfour H.M., Bowen K. et al.: A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. *J. Pain Symptom. Manage.*, 2002, 24(2), 106-23.
- <http://makingadifference.bmj.com/>
- Luczak J., Okupny M., Wieczorek-Cuske L.: The program of palliative medicine and care in the curriculum of sixth-year medical students in Poland. *J. Palliat. Care*, 1992, 8(2), 39-43. *Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna 15*
- Lynn J., Teno J.M., Phillips R.S. et al.: Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *Ann. Intern. Med.*, 1997, 15, 126(2), 97-106.
- Maddocks I.: *Medicine and palliative care*. *Med. J. Aust.*, 1999, 19, 171(2), 63-4.
- Rekomendacje Rady Europy (Re 2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej (Council of Europe, Strasbourg, 2003, tłum. polskie ECEPT Hospicjum Paliu Poznań 2004).
- Roy D.J.: Death late in the 20th century. *J. Palliat. Care*, 1991, 7(2), 3-5.
- Smith D.C., Maher M.F.: Achieving a healthy death: the dying person's attitudinal contributions. *Hosp. J.*, 1993, 9(1), 21-32.
- Sykes N.: Zagadnienia związane ze schyłkowym okresem życia. Z komentarzem J. Łuczaka. *Medycyna Praktyczna Onkologia*, 2009, 45-54.
- Ventafrieda V., Ripamonti C., De Conno F. et al.: Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *J. Palliat. Care.*, 1990, 6(3), 7-11.
- www.medycynapaliatywna.org

MECUM TUTISSUMUS IBIS

Ze mną będziesz najbezpieczniejszy



Laureaci konkursu w kategorii pracodawców zatrudniających do 50 pracowników; na zdjęciu od lewej strony Iwona Hickiewicz – Główny Inspektor Pracy, Izabela Mrzygłocka, poseł RP, Dariusz Kozłowski - Dartex laureat konkursu, Helena Krysztopanis "Patronka" Sp. z o.o. laureat konkursu, Krzysztof Małecki, Somapol laureat konkursu.

- Po raz dziewiętnasty honorujemy przedsiębiorców, dla których ochrona życia i zdrowia człowieka w środowisku pracy jest sprawą najwyższej rangi. Wpisują się oni na Złotą Listę Pracodawców – laureatów tego prestiżowego konkursu, ale też, co warto podkreślić: z żelazną konsekwencją prowadzą działania na rzecz podnoszenia standardów bezpiecznej pracy, łącząc sukces ekonomiczny z troską o bezpieczeństwo pracowników – mówiła podczas uroczystości Iwona Hickiewicz, Główny Inspektor Pracy. – Kapituła konkursu, oceniając tegoroczne kandydatury, w szczególności doceniła te firmy, w których nastąpiła znacząca i udokumentowana poprawa warunków pracy. Są to przedsiębiorstwa nowoczesne, dobrze zarządzane i przyjazne pracownikowi.

Organizacja służby zdrowia, skoncentrowana jest przede wszystkim na potrzebach pacjentów, na ich satysfakcji i bezpieczeństwie. Co raz większe wymagania formalne, prawne, nacisk na profesjonalizm świadczonych usług, konieczność ciągłego podnoszenia kwalifikacji i jakości oraz ogromna odpowiedzialność zawodowa, przy niewspółmiernej wycenie udzielanych świadczeń to rzeczywistość, której jako służba zdrowia staramy się sprostać. - *Działając na rzecz pacjentów, kierując się ich dobrem nie możemy jednak zapominać o bezpieczeństwie i komforcie pracy naszych pracowników – ocenia Helena Krysztopanis, dodając, że - dbałość o bezpieczeństwo i zdrowie człowieka, które są najwyższym dobrem jest naszym obowiązkiem. Wielką radość i satysfakcję sprawiło nam, iż w sposób tak wyjątkowy doceniono nasze starania w przestrzeganiu przepisów oraz zapewnieniu bezpiecznego środowiska pracy, które powinno zbliżać ludzi. Mamy nadzieję, że nasz sukces zachęci innych pracodawców w służbie zdrowia, którzy powiększą w przyszłości listę laureatów, pracując na dobry wizerunek środowiska – mówi Helena Krysztopanis.*

„Patronka” rozpoczęła działalność w 2000 roku jako 15-łóżkowy zakład opiekuńczo-pielęgnacyjny. W okresie 12 lat

Szczecińska „Patronka”, jako jedyna placówka służby zdrowia została laureatem ogólnopolskiego konkursu Państwowej Inspekcji Pracy „Pracodawca – organizator Pracy bezpiecznej”. Uroczystość wręczenia nagród odbyła się w Zamku Królewskim w Warszawie w dniu 22 listopada 2012 r.

Prezes Zarządu, mgr pielęgniarstwa Helena Krysztopanis, była nie tylko jedynym przedstawicielem środowiska medycznego, ale też jedyną kobietą odbierającą tegoroczną nagrodę z rąk Głównego Inspektora Pracy, Iwony Hickiewicz.

istnienia rozszerzyła zakres prowadzonej działalności, która obecnie obejmuje prowadzenie zakładu opiekuńczo-pielęgnacyjnego o profilu ogólnym, zakładu opiekuńczo-pielęgnacyjnego dla chorych psychicznie, ośrodka terapii uzależnienia od alkoholu oraz poradni leczenia żywieniowego. Liczba łóżek w opiece stacjonarnej wynosi na dzień dzisiejszy 65. Obiekt, w którym mieści się zakład – budynek przedwojenny, został zmodernizowany i dostosowany do obecnych standardów szpitalnych. - *Zlikwidowaliśmy bariery architektoniczne, polepszyliśmy ergonomię użytkowanych pomieszczeń, zainwestowaliśmy w sprzęt i urządzenia medyczne. Przestrzeń w zakładzie zaadoptowaliśmy w sposób zapewniający bezpieczeństwo pacjentów i personelu, głównie pielęgniarstwa, sprawującego bezpośrednią opiekę nad pacjentami – wymienia mgr położnictwa, Asystent Zarządu ds. medycznych Andrzej Krysztopanis. - Dzięki inwestycji w profesjonalny sprzęt umożliwiający podnoszenie, przemieszczanie i pielęgnację obłożnie chorych pacjentów znacząco ograniczyliśmy ryzyko urazów kręgosłupa, które wiążą się z dźwiganiem i przemieszczaniem.*

Oddziały wyposażono w wózki inwalidzkie, podnośniki do przewożenia chorych, wózkowannę umożliwiającą łatwe przemieszczanie i kąpiel pacjentów, wannę z hydromasażem z regulowaną wysokością, wagę siedzeniową umożliwiającą ważenie pacjenta w pozycji siedzącej, windę naschodową i windę towarową ograniczającą do minimum konieczność dźwigania. Ryzyko zakażenia zmniejszono poprzez instalację kranów uruchamianych łokciem lub bezdotykowych, sterowanych fotokomórką. Cotygodniowe spotkania z reprezentantami poszczególnych komórek pozwalają na bieżąco rozwiązywać problemy, łagodzić konflikty międzypracownicze, likwidować napięcia powstające między pracownikami oraz stres związany z wykonywaniem pracy.

Magdalena Luska



na zdjęciu od lewej strony: Andrzej Krysztopanis – Asystent Zarządu "Patronka" Sp. z o.o., Helena Krysztopanis - Prezes Zarządu "Patronka" Sp. z o.o. w Szczecinku, Małgorzata Kwiatkowska - Przewodnicząca Kapituły Konkursu, Iwona Hickiewicz - Główny Inspektor Pracy, Magdalena Luska - Członek Zarządu "Patronka" Sp. z o.o.

Kryteria oceny pracodawców w konkursie „Pracodawca – organizator pracy bezpiecznej”

1. Przestrzeganie przepisów prawa dotyczących:

- stosunku pracy, czasu pracy, ochrony pracy młodocianych, ochrony pracy kobiet, wynagrodzeń i innych świadczeń przysługujących pracownikowi związanych z pracą,
- urlopów pracowniczych,
- rozwiązywania z pracownikami stosunku pracy z przyczyn niedotyczących pracowników,
- regulaminów pracy, regulaminów wynagradzania, zakładowych układów zbiorowych pracy
- funduszy świadczeń socjalnych

2. Przestrzeganie przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, działalność systemową na rzecz ochrony pracy, dodatkowe elementy ochrony pracy w tym:

- popularyzacja wiedzy o ochronie pracy, udział pracowników w tworzeniu bezpiecznych, higienicznych i ergonomicznych warunków pracy,
- ekonomiczne aspekty bezpieczeństwa pracy w zakładzie, nakłady inwestycyjne na poprawę warunków pracy,
- realizacja zaleceń i decyzji organów nadzoru nad warunkami pracy,
- posiadane certyfikaty.

3. Pozytywna ocena dotyczyła zakładów, które od 2009 roku do dnia zakończenia oceny nie odnotowały śmiertelnych, ciężkich i zbiorowych wypadków przy pracy, z wyłączeniem wypadków komunikacyjnych i nagłych zdarzeń medycznych.



Zdjęcia: Adam Butowicz

Nagroda Pielęgniarki Roku w Szpitalu w Szczecinku

31.10.2012 r. Prezes lek. med. Adam Bielicki wręczył nagrody pielęgniarkom nagrodzonym w rankingu „Pielęgniarka miesiąca” oraz najważniejszą nagrodę dla najlepszej pielęgniarki roku, Pani Heleny Kwadrys.



Podczas uroczystości dyplomy, kwiaty i upominki otrzymały również Pielęgniarki Miesiąca:

*Lidia Dudzińska,
Ewa Galach,
Bożena Ilukowicz,
Elżbieta Kujawska,
Lidia Krzyżanowska,
Anna Lech,
Bożena Markiewicz,
Joanna Sofonowicz,
Teresa Studzińska,
Beata Woźniak,
Magdalena Zielińska.*

Pani mgr Justyna Laska Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie przekazała wszystkim nagrodzonym Paniom wyrazy uznania za codzienną, trudną pracę oraz ciągłe podnoszenie jakości usług pielęgniarskich w naszym regionie. Życzyła także wytrwałości i dalszych sukcesów, zarówno w życiu zawodowym jak i osobistym.

Monika Zaremba
Redaktor Biuletynu

Gratulacje i życzenia dalszych sukcesów nie miały końca. Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie Pani Justyna Laska odczytała list gratulacyjny i wręczyła upominki nagrodzonym pielęgniarkom.

W skali Polski nie często szefowie placówek medycznych decydują się wyróżnić i docenić zawody pielęgniarki i położnej. W szczecineckim szpitalu stało się to już tradycją. Pacjenci szpitala wypełniają ankiety oceniające pracę pielęgniarek i tym samym wyłaniane są najlepiej ocenione pielęgniarki i położne w danym miesiącu. Na podstawie ocen miesięcznych wybierana jest Pielęgniarka Roku. Pielęgniarki miesiąca otrzymują dodatkową premię w wysokości 400 zł, natomiast „Pielęgniarka Roku” otrzymuje nagrodę w wysokości 4 tysięcy złotych.

Pani Helena Kwadrys, Pielęgniarka w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym pracuje z pacjentami już 29 lat. Jest osobą bardzo otwartą i komunikatywną. Swoją wiedzę i doświadczenie wykorzystuje w pracy z pacjentami w stanach zagrożenia życia i zdrowia. Duża doza cierpliwości oraz umiejętność pracy z osobami o różnym temperamencie pozwala Pani Helenie rozładowywać napięcia związane z nagłym zachorowaniem i niepokojem rodziny o swoich najbliższych.

W rozmowie Pani Helena podkreśliła, że jest bardzo zaskoczona otrzymanym wyróżnieniem. „To dzięki pacjentom otrzymałam ten tytuł. Pragnę podziękować także moim koleżankom i kolegom, bo to także ich zasługa, że Szpitalny Oddział Ratunkowy jest tak dobrze postrzegany przez pacjentów”. By zostać „Pielęgniarką Roku” trzeba lubić swoją pracę, zdobywać doświadczenie w pracy z osobami chorymi, uczestniczyć w szkoleniach oraz umieć rozmawiać z pacjentami i ich rodziną.



Dieta dr Budwig

OLEJ LNIANY BIOFLAX® SUPLEMENT DIETY Z INSTYTUTU WŁÓKIEŃ NATURALNYCH I ROŚLIN ZIELARSKICH – WAŻNY SKŁADNIK CODZIENNEGO MENU ORAZ DIETY DR BUDWIG

Olej lniany stał się w ostatnim czasie coraz bardziej znanym i rozpoznawalnym naturalnym produktem żywieniowym. Szerzej wkracza on do naszej świadomości z uwagi na swoje wyjątkowo pozytywne i kompleksowe oddziaływanie na ludzki organizm.

Pierwsze doniesienia na temat oleju lnianego datuje się na ok. 650 lat p.n.e., kiedy to Hipokrates zalecał go jako środek leczniczy przy bólach brzucha, biegunce czy zapaleniu śluzówki. Od tamtego czasu wiele się zmieniło. Dzisiejsze wyniki badań wskazują na jego znacznie szersze zastosowanie. Coraz więcej zainteresowania poświęcają mu zarówno środowiska dietetyków, jak również sfery naukowe i medyczne.

Niepodważalnym autorytetem w zakresie wykorzystania wyjątkowych właściwości oleju lnianego, była niemiecka biochemik Dr Johanna Budwig (1909-2003), która całe swoje życie poświęciła badaniom nad zastosowaniem oleju lnianego wysokolinolenowego w profilaktyce przeciwnowotworowej. Opublikowane wyniki badań i powstałe na ten temat książki jednoznacznie wskazują, że olej lniany i jego właściwości prozdrowotne są ponadczasowym odkryciem na skalę międzynarodową.

Powszechnie wiadomo, że najzdrowsze tłuszcze spożywane i przyswajalne przez człowieka, to oleje roślinne. Ale nie wszyscy wiemy, że olej lniany BIOFLAX posiada oprócz walorów smakowych, najwyższą zawartość niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych OMEGA-3. Nie są one wytwarzane przez organizm człowieka, a jednocześnie są niezbędne dla jego prawidłowego funkcjonowania.

RODZAJ TŁUSZCZU	KCAL (na 1 łyżkę)	OMEGA-3 (na 1 łyżkę)	OMEGA-6 (na 1 łyżkę)
Olej lniany BIOFLAX	120 kcal	7980 mg	2240 mg
Olej z łososia	123 kcal	5182 mg	302 mg
Olej z wątroby dorsza (tran)	123 kcal	2811 mg	254 mg
Olej z orzechów włoskich	120 kcal	1414 mg	7194 mg
Oliwa z oliwek	119 kcal	81 mg	1067 mg
Olej sojowy	120 kcal	925 mg	6936 mg
Olej słonecznikowy (> 70% kwasu oleinowego)	124 kcal	27 mg	505mg
Olej sezamowy	120 kcal	41 mg	5617 mg
Olej z pestek winogron	120 kcal	14 mg	9466 mg
Olej rzepakowy niskoerukowy	124 kcal	1302 mg	2842 mg

Olej lniany BIOFLAX jest oprócz ryb podstawowym źródłem kwasów OMEGA-3. Wytłoczony z nasion roślin oleistych, zawiera witaminy oraz od kilku do kilkunastu różnego rodzaju kwasów tłuszczowych, które muszą być dostarczone w pożywieniu, bowiem ustrój ludzki nie potrafi ich samodzielnie wytworzyć (syntetyzować).

Z oleju lnianego BIOFLAX tłoczonego w Instytucie Włókien Naturalnych i Roślin Zielarskich usunięte są śluzki, które są „przetrasportowane” do Inu mielonego, dzięki czemu olej nie ulega procesowi jełczenia i przed otwarciem nie wymaga przechowywania w lodówce. Śluzki nie są pożądanym składnikiem oleju, gdyż na nich osadzają się bakterie i zaczyna się proces jełczenia, przez co olej nabiera gorzkiego smaku. Celem przyjmowania oleju lnianego są kwasy OMEGA-3. Jeżeli pacjentowi zaleca się przyjmowanie śluzów, to dedykowanym produktem jest pochodny oleju lnianego: Len Mielony Odtłuszczony.

DIETA DR BUDWIG

Efektom kilkudziesięciu lat, poświęconych przez Dr Johannę Budwig badaniom dobroczynnego wpływu oleju lnianego na organizm człowieka, jest dieta nazwana jej imieniem. Polega ona na uzupełnieniu niedoborów kwasów OMEGA-3 w organizmie i podzielona jest na 2 etapy:

1. Etap pierwszy, tzw. wysycenia tkanek organizmu kwasami OMEGA-3 i uzupełnienia ich wieloletnich niedoborów, w trakcie którego jedynym zalecanym źródłem tłuszczu jest olej lniany oraz ryby. Przyjmuje się od 6 do 8 łyżek oleju lnianego dziennie w różnych potrawach „na zimno”, przy czym - w celu lepszego wchłaniania kwasów OMEGA-3 zaleca się zmiksowanie oleju lnianego z chudym twarogiem i spożywanie powstałej, bardzo smacznej pasty. Okres ten trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy, w zależności od stopnia poprawy zdrowia.
 2. Etap drugi polega na zmniejszeniu ilości przyjmowanego oleju lnianego do 2 łyżek stołowych dziennie i jednoczesnym dodaniu do diety innych olejów tłoczonych na zimno - według uznania. Etap ten z powodzeniem może być stosowany jako sposób zdrowego odżywiania bez ograniczeń czasowych.
- Dr Budwig zaleca wyeliminowanie z pożywienia produktów konserwowanych i zawierających dodatki chemiczne, gdyż ich działanie polega na blokowaniu spalania tłuszczów i dezaktywacji oddychania komórkowego. Zatem proces poprawy zdrowia następuje w wyniku dostarczania organizmowi tłuszczów aktywizujących oddychanie i ograniczeniu spożywania konserwantów blokujących je.



Kolejnym, bardzo ważnym aspektem jest codzienne spożywanie kilku łyżek zmielonego siemienia Inianego (inaczej - Inu mielonego) oraz mlecznych produktów fermentowanych. Jednym słowem Inu mielony możemy dodawać do jogurtu, maślanki lub kefiru.

Inajważniejsza kwestia:

Żeby olej Iniany nadawał się do diety Dr Budwig, a tym samym wykazywał wymienione właściwości prozdrowotne, bezwzględnie musi zostać spełnionych kilka warunków:

- musi być wysokolinolenowy (co oznacza zawartość ponad 50% kwasów OMEGA-3)
- tłoczony na zimno z ziaren nie modyfikowanych genetycznie (!)
- nierafinowany

- po otwarciu hermetycznie zamkniętej butelki obowiązkowo olej należy przechowywać w lodówce.

Kapsułka BIOFLAX z olejem Inianym wysoko-linolenowym 500 mg x 60 szt. to nowy produkt Instytutu Włókien i Roślin Zielarskich, który idealnie nadaje się do diety dr. Budwig jak również do codziennej suplementacji kwasów OMEGA-3. Kapsułki przeznaczone są min. dla osób starszych, intensywnie uczących się i uprawiających sport ze względu na wpływ suplementu na zwiększenie wydolności i odporności organizmu.

Wśród wielu produktów dostępnych na rynku nie wszystkie spełniają powyższe wymogi.

Instytut Włókien Naturalnych i Roślin Zielarskich w Poznaniu od 80 lat bada właściwości różnorodnych odmian Inu, hodowanych na własnych, polskich plantacjach. Dzięki temu mamy gwarancję doświadczenia i jakości.

Jak mawiała autorka diety, nie ma ona nic wspólnego z przestrzeganiem surowego reżimu odżywiania. Jest to raczej nasz świadomy wybór tego, co najlepiej wspomaga nasz organizm. To nasza decyzja i wpływ na to, jaka jest jakość pożywienia i tym samym jakość zdrowia – Naszego i Naszych Bliskich.

mgr Piotr Ludniewski
przedstawiciel farmaceutyczny
Instytutu Włókien Naturalnych i Roślin Zielarskich
w Poznaniu

NOWOTWOREK

Jestem pielęgniarką licencjonowaną. Pracuję w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy, na Oddziale Neurologii. Napisałam wierszyk pt. "NOWOTWOREK", który ma pomóc w dotarciu do ludzi, przełamaniu ich psychicznych blokad i sprowokowania do korzystania z istniejących programów profilaktycznych do walki z chorobą nowotworową.

Wierszyk "NOWOTWOREK" został wydany na łamach Biuletynu Informacyjnego Okręgowej Izby PIP w Bydgoszczy nr4/2010r.

Piszę pod namową przyjaciół, którzy po przeczytaniu go, zauważyli w nim siłę i pozytywne na nich oddziaływanie. Odczuli pojawianie się nadziei wraz z ustępowaniem lęku przed badaniami i ewentualnym wykryciem nowotworu. To ich opinia i presja wywarła na mnie spowodowała, że ośmieliłam się do Was napisać. Cieszyłabym się, gdyby został jeszcze gdzieś opublikowany. Abym mogła mieć dzięki niemu zasługę w uratowaniu choćby jednego istnienia ludzkiego.

Jeżeli zdobyłby i Wasze uznanie, proszę o opublikowanie go lub podpowiedzenie mi innych możliwości, aby "NOWOTWOREK" mógł docierać do ludzi. Mam nadzieję i ufność, że wierszyk jeszcze będzie miał możliwość "wykonania swojej pracy".

NOWOTWOREK

Jestem Nowotworek.
Czarny mam humorek.
Lubię Was pomęczyć
I trochę podręczyć.

Rosnę potajemnie,
A siła tkwi we mnie.
Czynię spustoszenie
Na Wasze życzenie.

Co to?! Rozpacz dzika.
Jest profilaktyka?
Och! Co to się dzieje?!
"Wiatr mi w oczy wieje"!

Gdy się tylko tworzę,
Gdy tylko powstaję,
Niszczą mnie i trują,
Albo wycinają.

Ta profilaktyka
Nie daje "pofikać".
Szybko mnie dopada,
gdy się wcześniej bada.

Odkąd są Programy,
My życia nie mamy.
Bach! Profilaktyka!
I ślad po nas znika.

Nowe akty prawne – www.mz.gov.pl

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 9 lipca 2012 r.

w sprawie szczegółowego zakresu znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie, niezbędnego do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej

Dz.U.12.817 → z dnia 17 lipca 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 czerwca 2012 r.

w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania

Dz.U.12.740 → z dnia 29 czerwca 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 26 czerwca 2012 r.

w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Dz.U.12.739 → z dnia 29 czerwca 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 25 czerwca 2012 r.

w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych

Dz.U.12.731 → z dnia 25 czerwca 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 14 czerwca 2012 r.

w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcąca w zawodzie pielęgniarki i położnej

Dz.U.12.770 → z dnia 6 lipca 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 24 sierpnia 2012 r.

w sprawie stażu adaptacyjnego dla cudzoziemców ubiegających się o przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej

Dz.U.12.1003 → z dnia 24 sierpnia 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 sierpnia 2012 r.

w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych

Dz.U.12.970 → z dnia 28 sierpnia 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego

Dz.U.12.971 → z dnia 28 sierpnia 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Dz.U.12.1108 → z dnia 8 października 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku

Dz.U.12.1098 → z dnia 4 października 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem

Dz.U.12.1100 → z dnia 4 października 2012 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA w sprawie składu komisji, trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz szczegółowego sposobu i trybu postępowania w sprawach zawieszania prawa wykonywania zawodu albo ograniczenia wykonywania określonych czynności zawodowych

Dz.U.12.1106 → z dnia 8 października 2012 r.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
zaprasza na konferencję naukową
PIELĘGNIARSTWO: PRAWO-PRAKTYKA-ETYKA

Warszawa, 14-16 lutego 2013 r.

Miejsce obrad:

Centrum Konferencyjno-Szkoleniowe BOSS Sp. z o.o., ul. Żwanowiecka 20, 04-849 Warszawa

Planowany początek obrad: 14.02.2013r. – godz. 12.00
 Zakończenie: 16.02.2013r. – godz. 14.00

Serdecznie zapraszamy pielęgniarki i położne, kierowniczą kadrę pielęgniarską, nauczycieli akademickich, kierowników podmiotów leczniczych, aby podzielili się doświadczeniami i poglądami w następujących sesjach tematycznych:

- I. Pielęgniarstwo w świetle prawa polskiego i międzynarodowego
- II. Zarządzanie w pielęgniarstwie
- III. Praktyka pielęgniarki i położnej
- IV. Etyka i odpowiedzialność.
- V. Varia

Planowane są sesje referatowe, sesja plakatowa i warsztaty.

UCZESTNICTWO:

Koszt uczestnictwa w trzydniowej konferencji wynosi:

- do dnia 30 listopada 2012 roku – 874,53 zł brutto
- do 15 grudnia 2012 roku – 924,96 zł brutto
- do 31 grudnia 2012 roku – 975,39 zł brutto

Warunkiem uczestnictwa w konferencji jest zgłoszenie udziału w konferencji do dnia 31 grudnia 2012 roku (karta zgłoszenia) oraz wniesienie opłaty konferencyjnej.

Opłata konferencyjna obejmuje: udział w obradach, wyżywienie, nocleg w Hotelu BOSS, koszt publikacji jednej pracy, materiały konferencyjne, certyfikat.

Opłatę za udział w konferencji proszę wpłacić na konto:
 Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, 02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok.10,
 na rachunek: DEUTSCHE BANK PBC S.A. O/Warszawa
 Nr: 12 1910 1048 2262 0173 0461 0002 z dopiskiem „Konferencja – Etyka”



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku

District Chamber of Nurses and Midwives
 80-147 Gdańsk, ul. Wyczółkowskiego 17A
 tel. 320-06-80; fax 322-33-12; e-mail: biuro@oipip.gda.pl www.oipip.gda.pl
 Komisja d/s Domów Pomocy Społecznej,
 działająca przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku.

SERDECZNIE ZAPRASZAMY NA KONFERENCJĘ OGÓLNOPOLSKĄ
„SEKSUALNOŚĆ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH”

W DNIACH 29-30.04.2013 R.
 KTÓRA ODBĘDZIE SIĘ W HOTELU NOVOTEL MARINA W GDAŃSKU,
 ul. Jelitkowska 20, 80-342 Gdańsk, www.novotel.com, www.accorhotels.com

Konferencja skierowana szczególnie do pielęgniarek, lekarzy, kadry zarządzającej, opiekunek pracujących w domach pomocy społecznej oraz wszystkich osób zainteresowanych proponowaną tematyką. Informacje dotyczące programu konferencji, prelegentów oraz karta zgłoszeniowa ukażą się w kolejnym komunikacie.

Serdecznie zapraszamy na konferencję oraz spędzenie weekendu majowego nad morzem w Sopocie!!! Zapewniamy komfortowe warunki do pracy i wypoczynku. Noclegi rezerwowane indywidualnie w atrakcyjnych, wynegocjowanych cenach na czas trwania konferencji oraz przed i po zjeździe, możliwość pozostania na czas długiego weekendu.

Przewodnicząca Komisji
 ds. Domów Pomocy Społecznej przy OIPiP w Gdańsku
 mgr Elżbieta Brożniak

Przewodnicząca
 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku
 mgr Anna Wonaszek

Komunikat nr 1

**Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
i Koło Liderów Pielęgniarstwa przy Mazowieckim Oddziale PTP
serdecznie zapraszają do udziału w**

**VIII Ogólnopolskim Konkursie
„Pielęgniarka Roku 2012”**

Celem Konkursu jest wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów, osób o najlepszym przygotowaniu zawodowym, etycznym i zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego.

Serdecznie zapraszamy do udziału w Konkursie

Liczymy na rozpropagowanie informacji we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej na terenie działania Oddziałów PTP.

Konkurs odbywać się będzie w trzech etapach według następującego harmonogramu;

- wyłonienie uczestników Konkursu w poszczególnych ZOZ - ach do dn. 31.01.2013r.
- eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP dn. 01.03.2013r godz.12.00
- III etap – prezentacja własna (szczegóły Komunikat nr 2, strona www.ptp.na1.pl)

Dodatkowe informacje: Jadwiga Zielińska, tel. 22 326 55 21, kom. 511 451 292, e-mail: jagoda_zielinska@wp.pl

W załączeniu:

Regulamin Konkursu

Karta Zgłoszenia Uczestnictwa Konkursu

Regulamin VI Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2012”

1. Uczestnictwo w Konkursie jest dobrowolne. Mogą w nim wziąć udział pielęgniarki zatrudnione w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.
2. Do Konkursu mogą przystępować osoby biorące udział w poprzedniej edycji Konkursu oraz jego laureaci.
3. Konkurs przeznaczony jest dla pielęgniarek sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem z wyłączeniem kadry kierowniczej – dyrektorów ds. pielęgniarstwa, pielęgniarek naczelnych, przełożonych, oddziałowych oraz koordynujących.
4. Uczestnicy Konkursu zgłaszani są na podstawie obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej kryteriów np. oceny okresowej, zaangażowania w pracę zawodową, wysokiego poziomu wiedzy zawodowej, wzorowej postawy etycznej itp.
5. Kartę Zgłoszenia Uczestnika, potwierdzoną pieczęcią imienną bezpośredniego przełożonego oraz pielęgniarki kierującej kadrą pielęgniarską w zakładzie opieki zdrowotnej, należy przesłać do Oddziału Wojewódzkiego PTP (adres na stronie: <http://www.ptp.na1.pl> - PTP – struktura) w terminie do dnia **31.01.2013 r.**
Uczestnicy Konkursu z Województwa Mazowieckiego proszeni są o przysyłanie zgłoszenia na adres Biura Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego: Al. Reymonta 8/12, 01-842 Warszawa lub biuroptp@gmail.com fax 022 398 18 51 **Biuro czynne codziennie w godz. 9.00-14.00**
6. **Oddziały Wojewódzkie PTP** w terminie do **15.02.2013 r.** przesyłają do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego imienną listę uczestników Konkursu.
7. Oddziały Wojewódzkie PTP są odpowiedzialne za zapewnienie odpowiednich warunków do przeprowadzenia eliminacji, a także do wyłonienia dwóch członków do komisji konkursowej II etapu.
8. Eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich będą polegały na testowym sprawdzianie z zakresu ogólnej wiedzy zawodowej, zasad etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, historii zawodu i działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.
9. Egzamin testowy odbędzie się pod przewodnictwem przedstawiciela Głównej Komisji Konkursowej, który w dniu egzaminu dostarczy do Oddziału Wojewódzkiego karty egzaminacyjne wraz z kluczem do ich sprawdzenia.
10. Z przebiegu II Etapu Konkursu zostanie sporządzony protokół.
11. Wyniki II Etapu Konkursu zostaną ogłoszone najpóźniej w dniu eliminacji.
12. Nie przewiduje się podawania do wiadomości publicznej punktacji uzyskanej podczas II Etapu Konkursu.
13. Do III etapu Konkursu przechodzi osoba z największą liczbą uzyskanych punktów. W przypadku uzyskania największej liczby punktów przez więcej niż jedną osobę do finału Konkursu przechodzą wszystkie osoby, które uzyskały taką liczbę punktów.
14. **Termin i miejsce III etapu zostanie podane w Komunikacie Nr 2.**
15. Koszty przejazdu i pobytu uczestnika III etapu pokrywają Oddziały Wojewódzkie PTP, sponsorzy lub zakłady pracy.
16. „Pielęgniarka Roku 2012” zostanie uhonorowana pucharem przechodnim, który zostanie przekazany do macierzystego ZOZ laureata tytułu, a w następnym roku Konkursu zostanie przekazany kolejnemu laureatowi Konkursu.
17. Informacje dotyczące Konkursu będą zamieszczane na stronie Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego www.ptp.na1.pl.

**KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA KONKURSU
„PIELĘGNIARKA ROKU 2012”**

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania
-
4. Telefony kontaktowe:.....
5. Adres e-mail:.....
6. Miejsce pracy
-
7. Stanowisko
8. Staż pracy w zawodzie
9. Przynależność do Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Tak * od kiedy
- Nie*
10. Działalność na rzecz pielęgniarstwa {przynależność do towarzystw naukowych, sekcji zawodowych, czynne uczestnictwo w konferencjach naukowych, itp.} z wyłączeniem obligatoryjnej przynależności do samorządu pielęgniarskiego.
Tak* jaka
-
-
-
- Nie*

* odpowiedź zaznacz krzyżykiem

.....
(podpis i pieczęć przełożonego)

.....
(podpis kandydata)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych przez organizatorów konkursu pod nazwą „Pielęgniarka Roku 2012” **i tylko na cele w/w konkursu** (zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

* niepotrzebne skreślić

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kandydata)

Pielęgniarka...

Dlaczego została Pani pielęgniarką?

W okresie przedszkolnym, wczesnoszkolnym często chorowałam. Pamiętam, iż wielokrotnie byłam pacjentem Poradni Pediatricznej. W większości każda konsultacja kończyła się zlecaniem przez Lekarza wstrzyknięć domięśniowych - Penicyliny. W gabinecie zabiegowym, w którym byłam pacjentem z zaciekawieniem przyglądałam się jak zatrudniona tam Pielęgniarka przygotowuje / rozpuszcza zleconą do podania Penicylinę. Pomimo bólu, którego doznałam w momencie podaży leku bardzo szybko zapomniałam i za każdym razem z zaciekawieniem przyglądałam się pracy pielęgniarki. Nadmieniam, iż wielokrotnie prosiłam Panią Pielęgniarkę aby oddała mi wykorzystaną strzykawkę, którą w domu wykorzystywałam do wykonywania iniekcji na zabawkach, poduszkach. Ponadto bardzo podobał mi się ubiór pielęgniarki – mundurek, czepek. W oczach moich (dziecka) był to zawód inny, szlachetny, czysty. Kończąc szkołę podstawową w wyborze przyszłego zawodu utwierdziła mnie moja mama, która wielokrotnie powtarzała, iż zawód Pielęgniarki jest zawodem, który powinnam wykonywać.

Co Pani najmilej wspomina z pracy pielęgniarki?

Wspomnienia będą wówczas, kiedy będą na emeryturze. W chwili obecnej każdy dzień kontaktu z Pracownikami, pacjentami jest pozytywnym wspomnieniem dnia poprzedniego.

Jakiego pacjenta zapamiętała Pani najlepiej?

W trakcie pracy w Sali Intensywnej Opieki Kardiologicznej wielokrotnie hospitalizowana była pacjentka, która wyglądem przypominała moją babcię. Najczęściej przyjmowana była w czasie pełnienia mojego dyżuru. Była miłą, ciepłą i cierpliwą pacjentką. Z uwagi na powikłania jakie dołączyły się w trakcie trwania mojego dyżuru nocnego, pacjentka powiedziała, cytując: „dzisiaj dziecko umrę”. To co czuła i przekazała, potwierdziło się.



rozmowa z Ewą Kubiak
- Pielęgniarką Naczelną Szpitala
w Szczecinku

Z kim się Pani najlepiej współpracowało?

Nie mogę odpowiedzieć w czasie przeszłym ponieważ od chwili kiedy rozpoczęłam pracę do chwili obecnej współpracuję z życzliwymi ludźmi. Zdarzają się dni kiedy współpraca jest lepsza lub gorsza, ale nie jestem w stanie ocenić, ponieważ takie dni zdarzają się każdemu z nas.

Jaki dzień utkwił Pani w pamięci?

Dzień Służby Zdrowia, w którym to dostałam w przydziale kawę sypaną, wymierzoną na łyżeczki.

Jakie ma Pani hobby?

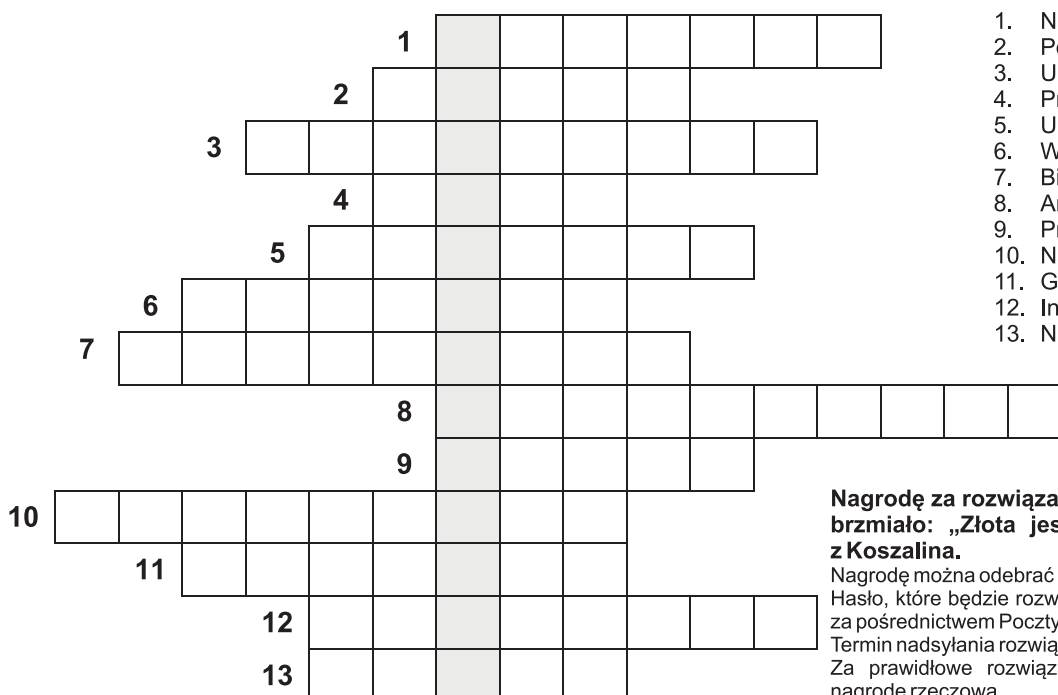
Podróżowanie.

Czy Pani zdaniem pielęgniarki powinny pracować do 67 roku życia?

Nie. Propozycja rządu w sprawie wieku emerytalnego świadczy o kompletnym braku świadomości realiów pracy pielęgniarki. Odnosząc się do innych krajów, w których pielęgniarka pracuje do 67 lat należy podkreślić, iż w tych krajach pielęgniarka nie wykonuje fizycznych czynności przy pacjentach. Pielęgniarki pracujące do 67 lat (np. Wielka Brytania, Irlandia, Włochy) posiadają pomoce, opiekunki oraz nowoczesny sprzęt a także mają możliwość przejścia do pracy lżejszej. Realia w polskich szpitalach są inne, pielęgniarki pracują ciężko psychicznie i fizycznie. Uważam, iż pielęgniarka w wieku 67 lat powinna odpoczywać po ciężkich latach pracy, otrzymywać godną emeryturę, którą mogłaby wykorzystać na odpoczynek, relaks zwiedzanie lub inne przyjemności.

Dziękuję bardzo za rozmowę

KRZYŻÓWKA nr 4



1. Największy gruczoł ludzkiego ciała
2. Pompa w ludzkim ciele
3. U ssaków produkuje melatoninę
4. Produkują go nerki
5. Układ limfatyczny inaczej
6. Witamina PP
7. Białe krwinki
8. Anatomia mikroskopowa
9. Produkt gruczołów ślinowych
10. Największa część narządu wzroku
11. Gruczoły płciowe kobiety
12. Inna nazwa krwiobiegu
13. Narząd dzięki któremu mówimy

Nagrodę za rozwiązanie krzyżówki nr 3, której hasło brzmiało: „Złota jesień” wygrała Pani Irena Rek z Koszalina.

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: **20.02.2013 r.** Za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki przewidziano jedną nagrodę rzeczową. Imię i nazwisko zwycięzcy, wyłonionego w drodze losowania opublikujemy w kolejnym numerze biuletynu.

Czy lubisz jeździć na nartach?

W przepięknych włoskich Dolomitach już spadł śnieg! To będzie bardzo śnieżny sezon narciarski! Kiedyś bywali tam cesarzowa Sissi i cesarz Franciszek Józef. I Ty możesz tam być!



Marilleva to małe miasteczko i centrum sportów zimowych, położone w północnych Włoszech, w regionie Trydent-Górna Adyga, w gminie Mezzana, około 45 km na północny zachód od Trydentu, 60 km na północ od jeziora Garda. Miejscowość jest położona na zboczu w dolinie Val Meledrio na wysokości 900–1400 m n.p.m. Otaczające ją góry należą do łańcucha Grupy Brenta, będącego częścią Dolomitów.

Na charakter miejscowości wpływa duże zróżnicowanie w pionie zbocza (pasmo Marilleva), dlatego dolna część miejscowości znajduje się na około 900 m n.p.m., a z górną częścią, znajdującą się na wysokości około 1400 m n.p.m., połączona jest drogą asfaltową oraz kolejką gondolową i częściowo trasą narciarską.

Trasy przeznaczone są zarówno dla snowboardzistów jak i narciarzy, z różnym stopniem trudności. Większość naśnieżanych tras daje gwarancję dobrego szusowania również w kwietniu.

Razem z przyjaciółmi spędziłam tegoroczne zimowe ferie w dużym ośrodku narciarskim Marilleva 1400 gdzie koszty pobytu nie odbiegały od tych, które musimy ponieść w naszym Zakopanem. Jadąc ze swoim sprzętem mieliśmy przypisane do pokoi szafki w narciarni. Bardzo wygodnie mogliśmy przypiąć narty już w hotelu i prosto do wyciągu wjeżdżaliśmy na stoki. Na tak dużej ilości tras można się pierwszego dnia zgubić. Polecam zabranie z hotelu mapek z rozrysowanymi trasami.

Po powrocie z nart czekał na nas ciepły basen oraz kolacja w formie szwedzkiego stołu. Doskonałą rozrywkę co wieczór zapewniali nam animatorzy, którzy bardzo ochoczo uczyli się naszego języka i organizowali gry, zabawy oraz konkursy.

Wspominam ten wyjazd jako najbardziej słoneczny ze wszystkich moich zimowych wakacji. Polecam wszystkim spragnionym zimowych szaleństw oraz tym, którzy zimą chcą opałać się na alpejskich stokach.

Jazda po słonecznej karuzeli narciarskiej Madonna di Campiglio - Pinzolo, to raj dla narciarzy, najpiękniejsze i najbardziej znane trasy w zachodnich Dolomitach Brenta, zachwycają swoją różnorodnością i widokami, dochodzą do wysokości 2443 m.

Madonna di Campiglio to małe miasteczko i centrum sportów zimowych, położone w północnych Włoszech, w gminie Pinzolo, w regionie Trydent-Górna Adyga, około 30 km na północny zachód od Trydentu, 60 km na północ od jeziora Garda. Miejscowość jest położona w dolinie Val Rendena na wysokości 1 522 m n.p.m. Otaczające ją góry należą do łańcucha Grupy Brenta, będącego częścią Dolomitów.

Miejscowość jest znana, między innymi, z odbywających się corocznie zawodów w narciarstwie alpejskim. Zawody w slalomie specjalnym odbywają się na jednym z dwóch przeciwległych zboczy; słynnej trasie 3 Tre lub na trasie z Monte Spinale.

Nartostrady z Monte Spinale należą do większego systemu szlaków narciarskich wiodących do najwyższej w okolicy położonych nartostrad na Passo del Grosté. W samej miejscowości i w najbliższym otoczeniu znajduje się 57 wyciągów pozwalających skorzystać ze 150 km tras narciarskich o przepustowości ponad 31 tys. osób na godzinę. Znajduje się tu także snow-park o powierzchni 50 000 m², oraz 40 km tras narciarstwa klasycznego. Wraz ze znajdującym się w tej samej dolinie Pinzolo, a także w niedalekim sąsiedztwie Folgaridzie, Marillevie, oraz trochę dalej Tonale, Folgaria, Peio i Andalo tworzy 380 km system tras narciarskich obsługiwanych przez 140 wyciągów i kolejek objętych jednym wspólnym Skipasem o nazwie 'Superskirama Dolomiti'

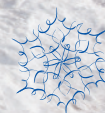
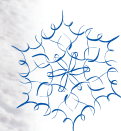
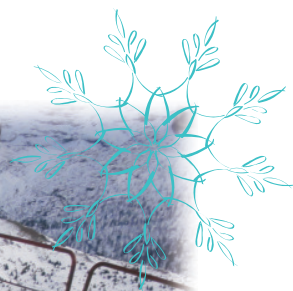
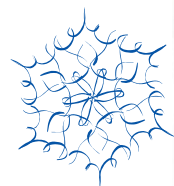
Madonna di Campiglio z racji położenia na znacznej wysokości oraz z czynnych cały rok kolejek gondolowych jest punktem wypadowym do wspinaczki wysokogórskiej. Ponadto z miejscowości bierze początek kilkanaście tras spacerowych i wspinaczkowych w kierunku Grupy Brenta, oraz Masywu Adamello.



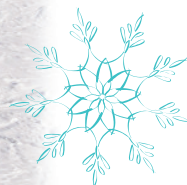
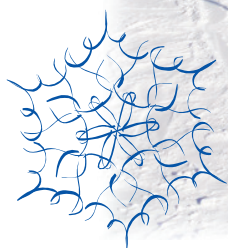
*W tym wydaniu Biuletynu o swoich podróżach opowiada
Marta Wandyc - Pielęgniarka z Koszalina*

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

Na nartach też można odpocząć...



Madonna di Campiglio - Pinzolo





**Wyraz szczerego współczucia
i głębokiego współczucia**

koleżance Ewie Buczmie

z powodu śmierci

MAMY

*Składają
koleżanki z Zespołu Pielęgniarek Epidemiologicznych
przy OIPiP w Koszalinie*

Najszczerze wyrazy współczucia

koleżance Ewie Buczmie

z powodu śmierci

MAMY

*Składają
pielęgniarki i położne
SP ZOZ MSW w Koszalinie*

Piernik staropolski

Dawne polskie przysłowie zapewnia, iż najlepszymi rzeczami w Polsce były ongiś „gdańska gorzałka, toruński piernik, krakowska panna i warszawski trzewik”. A oto przepis na ciasto piernikowe, które można przygotować na 4 tygodnie przed pieczeniem i upiec na 3-4 dni przed świętami, zanim przystąpimy do najintensywniejszej świątecznej twórczości kulinarnej. Można piec i wcześniej, ale surowe ciasto musi dojrzeć nie mniej niż 2 tygodnie w chłodnym miejscu („parter” lodówki lub – co lepsze i o co coraz trudniej – w chłodnej piwnicy).

½kg prawdziwego miodu, 2 szklanki cukru, 25dag smalcu (lub masła) grzać stopniowo, niemal do zawrzenia. Masę ochłodzić. Do chłodnej lub zaledwie letniej masy dodajemy stopniowo, wyrabiając ciasto ręką, 1kg pszennej mąki, 3 całe jaja, 3 ścięte łyżeczki sody oczyszczonej, rozpuszczonej w ½ szklanki zimnego mleka, ½ łyżeczki soli oraz 2-3 torebki korzennych przypraw do piernika (cynamon, goździki, imbir, kardamon itp.). Można też dodać do ciasta garść pokruszonych orzechów i 3 łyżki drobno posiekanej, usmażonej w cukrze skórki pomarańczowej.

Bardzo starannie wyrobione ciasto, po nadaniu mu kształtu kuli, wkładamy do kamionkowego garnka (lub emaliowanego bez odprysków), przykrywamy czystą lnianą ściereczką i umieszczamy w chłodnym miejscu, by powoli dojrzało. Dojrzałe ciasto dzielimy na 2-3 części i po rozwałkowaniu pieczemy na blasze. Bezpośrednio po upieczeniu placki są twarde, lecz po 2-3 dniach skruszeją i niemal rozpułują się w ustach.

Ochłodzone placki przekładamy lekko rozgrzanym, dobrze wysmażonym, prawdziwym powidłem śliwkowym. Można oczywiście dać i inne przetoczenia, jak np. kajmakowe, masę orzechową, a nawet i marcepanową. Można też, jeśli upiekliśmy 3 placki, dać jedno przetoczenie z powidła, a drugie z masy orzechowej.

Bezpośrednio po przetoczeniu piernik nakrywamy arkuszem czystego papieru i równomiernie obciążamy deseczką lub... odpowiedniej wielkości książkami. Piernik staropolski długo zachowuje świeżość, zwłaszcza jeśli będziemy go przechowywać w chłodnym miejscu. Oczywiście, można piernik polukrować lukrem czekoladowym i pięknie ozdobić, lecz i niezdobiony na pewno zajmie pierwsze miejsce wśród tradycyjnych świątecznych ciast polskich.

Przepis pochodzi z książki Marii Lemnis i Henryka Vitry
„W staropolskiej kuchni i przy polskim stole”



Smacznego!



Szpital Szczecinek

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością „Szpital w Szczecinku” powstała na bazie zlikwidowanego Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej. Działalność medyczną spółka rozpoczęła z dniem 01.01.2009 r., udziałowcami spółki z o.o Szpital w Szczecinku jest Starostwo Powiatowe w Szczecinku oraz Urząd Miasta w Szczecinku. Spółka jest spółką prawa handlowego, która to prowadzi działalność gospodarczą.

Firma w nowej rzeczywistości daje nowe możliwości rozwojowe, które realizowane są z dnia na dzień. Firma nasza utrzymuje dodatni wynik finansowy. Systematycznie remontowane są oddziały Szpitala, które dostosowane są do wymagań NFZ oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia. Wyremontowany został Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Pododdział Neonatologiczny, Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpitalny Oddział Ratunkowy, Poradnie specjalistyczne, Krwiodawstwo, Apteka szpitalna, Pracownie diagnostyczne, pomieszczenia administracyjne, termomodernizacja głównego budynku włącznie z wymianą dachu. Centralna Sterylizacja jest w trakcie kapitalnego remontu, która dostosowana będzie do norm UE. Od stycznia 2011r. utworzone są nowe poradnie specjalistyczne: Poradnia chirurgii naczyniowej, Poradnia onkologiczna. Wprowadzoną nowością jest Poradnia chorób piersi z Poradnią mammograficzną, która posiada mammograf cyfrowy, zakup nowych cyfrowych aparatów RTG, zakup nowych aparatów USG. Stałe doskonalenie, zakup sprzętu przez spółkę z o.o Szpital w Szczecinku umożliwia właściwą diagnozę pacjentów, poprawia bezpieczeństwo pacjentów będących pod naszą opieką, zapewnia znacznie lepszą jakość szpitala.



Szpital posiada 180 łóżek, które w 2011 r. wykorzystane były przez 19 628 hospitalizowanych pacjentów. Biorąc pod uwagę ciągłe doskonalenie w zakresie jeszcze lepszej jakości świadczonych usług w lutym 2012 r. rozpoczęła się budowa nowego skrzydła szpitala. W chwili obecnej zakończone zostały prace konstrukcyjno-budowlane, włącznie z płytą lądowiska. Ostateczny termin zakończenia inwestycji – grudzień 2013 r. Do nowego skrzydła zostanie przeniesiony Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Zostanie również oddane lądowisko, które znajdowało się będzie na płycie dachu nowo wybudowanego skrzydła szpitala. Od stycznia 2011r. wprowadzona została elektroniczna dokumentacja pacjentów hospitalizowanych oraz pacjentów objętych leczeniem specjalistycznym w Poradniach. Utworzona elektroniczna dokumentacja spełnia wymogi Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Nowością wprowadzoną w Szpitalu w Szczecinku są opaski identyfikujące z naniesionym kodem kreskowym. Kreskowy identyfikator zawiera zaszyfrowane dane pacjenta, które za pomocą czytników kodów kreskowych odtwarzają dane osobowe pacjenta.

Szpital w Szczecinku posiada certyfikat: Bezpieczny Szpital, Szpital bez Bólu, Wiarygodności biznesowej, ISO 9001:2009r. Nadmieniam, iż w 2012 r. w rankingu „bezpieczny szpital”, Szpital w Szczecinku zajął 6 miejsce w województwie zachodniopomorskim i 26 miejsce w Polsce. W chwili obecnej jesteśmy w trakcie wdrażania procedur Standardów Akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości. W 2013 r. planowany jest remont Oddziału Pediatrycznego włącznie z przebudową dachu i montażem na dachu ogniw foto-galwanicznych, służących do zasilania w ciepłą wodę budynku Szpitala. Dodatkowo przewidziana jest inwestycja związana jest z alternatywnymi źródłami energii – ogniw fotowoltaiczne tzn. pompy ciepłe.



Szpital w Szczecinku Sp. z o.o., ul. Kościuszki 38, 78-400 Szczecinek

Sekretariat tel. 94 37 26 711, fax 94 37 30 886 Centrala tel. 94 37 43 333, e-mail: sekretariat@szpital.szczecinek.pl