



Morze Spraw

Nr 4 (107) 2016 r. (ROK XXIV) ISSN 1231-4846

BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



w numerze:

Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie s. 5

Pielęgniarska opieka długoterminowa s. 12

IV Koszalińskie Forum Psychiatrii Środowiskowej s. 20

DZIAŁY TEMATYCZNE

DOBRA PRAKTYKA	4
KALENDARIUM	7
WOKÓŁ SAMORZĄDU	8
AKTUALNOŚCI	17
OPINIE PRAWNE	24
SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE	25
W WOLNEJ CHWILI	29
WARTO ZOBACZYĆ	32
KONDOLENCJE	34

WAŻNE DATY

- 01.12** Dzień walki z AIDS
06.12 Mikołajki
24-26.12 Święta Bożego Narodzenia
31.12 Sylwester/Nowy Rok
01.01 WOŚP
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

Zespół redakcyjny: Bożena Wojcikiewicz, Grażyna Margas, Monika Zaremba, 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
- Bożena Wojcikiewicz
Wiceprzewodniczący Okręgowej Rady
- Justyna Laska
- Zdzisław Piekarski

Sekretarz Okręgowej Rady
- Krystyna Morawska

Skarbnik Okręgowej Rady
- Katarzyna Nowak

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych
- Małgorzata Szmit
pełni dyżur w siedzibie OIPiP w Koszalinie przy ul. Zwycięstwa 190 IIIp. w każdy drugi i ostatni wtorek miesiąca w godz. 15:30-16:30

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
- Jolanta Kiekisz

Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej
- Jolanta Stolarek

Biuro czynne: pn-wt w godz. 7:30-17:00,
śr, czw, pt w godz. 7:30-15:30

Sekretariat OIPiP
- Bożena Pstrągowska
email: izba@oipip-koszalin.org

Dział Prawa Wykonywania Zawodu
- Barbara Taterka
email: pwz@oipip-koszalin.org

Dział Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych
- Liliana Kowalewska
email: szkolenia@oipip-koszalin.org

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 tel. 94 342 59 93

Szanowni Koleżanki i Koledzy

Zbliża się okres świąt Bożego Narodzenia, zaraz po nim Nowy Rok, dla mnie to czas radości i czas podsumowań starego roku i postanowień na rok następny. Tak się składa że minął rok mojej pracy w roli przewodniczącej Okręgowej Rady i muszę przyznać że refleksje mam różne, pozytywne i negatywne. Pozytywne to takie, które dały mi satysfakcję z faktu pomocy pielęgniarkom i położnym w moim regionie, w przeróżnych sprawach - to dodaje skrzydeł. Negatywne, to żmudne przedzieranie się, czasami niemoc i brak dialogu w sprawach wymagających zmian systemowych. Starsze koleżanki i koledzy mówią że z reguły tak jest – dla mnie nie jest to normą. Uczono mnie, że jak ktoś mówi, to należy go wysłuchać i jak ma argumenty i rację to trzeba ją przyznać. Ciężar problemów jest znacznie większy niż ciężar problemów na stanowisku naczelnej pielęgniarki, którą byłam przez 25 lat.

Na początku kadencji obiecałam Państwu, że będę starała się wykonywać swoje obowiązki jak najlepiej potrafię i przez ten czas starałam się wywiązywać z tej obietnicy. Dziękuję Wam za wsparcie i pomoc. Mam nadzieję, że w Państwa ocenie dam radę, jestem otwarta na uwagi, sugestie, rozmawiajmy, działajmy razem dla dobra pacjenta i korporacji zawodowej.

W biuletynie informacje, które spędzały sen z oczu Naczelnej Radzie i Okręgowym Radom przez kilka miesięcy, to pomysł Ministerstwa Zdrowia utworzenia szkół branżowych dla pielęgniarek. Na pewno nie jest to pomysł na deficyt pielęgniarek w Polsce. Burza wokół tematu naszego środowiska spowodowała, że Pani Minister Edukacji nie uwzględniła tego systemu kształcenia w tym roku, w reformie oświaty. Ale należy być czujnym, bo obawiam się, że temat prędzej czy później powróci. Stanowisko NRPI, PTP i OZZPI w tej sprawie oraz stanowisko Prezydium OR oraz korespondencja w tej sprawie zamieszczona została w biuletynie.

Miałam przyjemność uczestniczyć w Forum Psychiatrii Środowiskowej w Koszalinie; poza merytorycznie wysokim poziomem dialogu o reformie psychiatrii, bardzo duże wrażenie zrobiło na mnie współuczestnictwo pacjentów w organizacji tej konferencji, co jest olbrzymim sukcesem na rzecz integracji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zastanawiam się po co istnieje Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji? A no po to, żeby wycenić taryfy świadczeń i jak wyceni je niżej od razu zabiera, ale jak wyceni wyżej, to NFZ nie respektuje tej taryfy, bo nie musi? Chyba musi. Więcej o taryfikacji, wycenie świadczeń opieki długoterminowej domowej i opieki paliatywnej w tym wydaniu biuletynu.

Gościwie zachęcam do korzystania z kursów, zwłaszcza tych bezpłatnych w nowym harmonogramie na rok 2017. Nasza Izba zakupiła dla swoich członków dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra oraz zaprasza do skorzystania z wyjątkowej oferty dla członków samorządu oraz ich rodzin do nauki języków obcych on-line - to takie małe symboliczne prezenty.

Na czas zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku

Kochani, niech ten wyjątkowy czas Bożego Narodzenia będzie dla Was okresem spokoju, radości i pozytywnego myślenia. Niech bliskość wyjątkowych osób, z którymi je spędzicie, dostarczy Wam siły na podjęcie wyzwań nowego roku i mierzenie się ze wszystkim, z czym przyjdzie Wam się mierzyć. Niech niezwykle chwile na długo zostaną w Waszej pamięci i będą źródłem niepokonanej woli czynienia życia pięknym każdego dnia.

życzy
Bożena Wojcikiewicz
Przewodnicząca ORPiP



Bożena Wojcikiewicz
przewodnicząca
ORPiP w Koszalinie

GERIATRIA

**„Starość nie jest chorobą,
a tylko ostatnim etapem życia człowieka”**



W tym numerze Biuletynu publikujemy ostatnią część artykułu opisującego zagadnienie geriatry.

ZAPARCIA

Dane epidemiologiczne wskazują, że z powodu zaparcia stolca cierpi od 10 do 20 procent populacji, choć częściej objaw ten występuje u osób w wieku podeszłym. O zaparciu możemy mówić wtedy, gdy wypróżnienie następuje rzadziej niż trzy razy w tygodniu. Zaparcie stolca pojawia się wtedy, gdy wydłużony jest czas wędrowki pokarmu przez przewód pokarmowy i stolec jest oddawany rzadziej niż raz na 3 dni lub jest on twarde, co związane jest z nadmiernym jego wysuszeniem (odwodnieniem) lub uczuciem niepełnego wypróżnienia. Częstość występowania zaparcć rośnie z wiekiem. Po 65 r.ż. znacznie wzrasta. Zaparcia występują częściej u kobiet niż u mężczyzn.

Zaparcia można podzielić na dwie grupy: zaparcia czynnościowe i zaparcia wtórne (będące wynikiem innej określonej choroby). Muszą być spełnione co najmniej 2 z poniższych:

- nasilone parcie co najmniej przy co czwartej defekacji,
- bryłowate lub twarde stolce co najmniej przy co czwartej defekacji,
- co najmniej uczucie niepełnego wypróżnienia przy co czwartej defekacji,
- uczucie przeszkody w odbycie lub w odbytnicy co najmniej przy co czwartej defekacji konieczność ręcznego wspomagania wypróżnienia (ręczna ewakuacja stolca, unoszenie dna miednicy) co najmniej przy co czwartej defekacji,
- <3 wypróżnień tygodniowo.

Zaparcie jest dolegliwością bardzo powszechną. Statystyki prowadzone w różnych krajach na świecie potwierdzają, że problem zaparcć dotyczy między 1,9% a 27,2% ogólnej populacji, z przewagą wartości między 12% i 19%.

Ocenia się, że średnio w Europie objawy obstrukcji zgłasza 17,1% społeczeństwa. Płeć żeńska, warunki socjoekonomiczne oraz wykształcenie wpływają na częstość występowania tej dolegliwości. Stosunek kobiet do mężczyzn cierpiących na zaparcie wynosi 2,2:1. Częstość występowania wzrasta z wiekiem, zwłaszcza po 65. roku życia. Szacuje się, że ok. 40% pacjentów geriatrycznych przebywających poza instytucjami opiekuńczymi cierpi na objawy zaparcia stolca.

Wydłużenie czasu pasaży treści pokarmowej u osób starszych powodowane jest głównie przedłużonym magazynowaniem stolca w dystalnym odcinku jelita, podczas gdy pasaż przez jelito powyżej odbytnicy wydaje się nie zmieniać z wiekiem. Podsumowując wyniki badań dotyczących wpływu różnych czynników na rozwój zaparcia u osób starszych dominujące znaczenie okazują się mieć zmiany dotyczące funkcji odbytnicy i odbytu, a nie czas pasaży treści pokarmowej. Udowodnione są zmiany w dystalnym odcinku jelita grubego w postaci obniżenia ciśnienia spoczynkowego w odbytnicy i siły skurczu zwieraczy

odbytu, co prawdopodobnie ma największy wpływ na powstawanie objawów obstrukcji.

Powszechnie cytowanymi przyczynami zaparcć są: dieta uboga w błonnik, mała aktywność fizyczna, złe nawyki związane z defekacją w postaci ignorowania wczesnych bodźców fizjologicznych. Pomimo, że wiek jest najważniejszym pojedynczym czynnikiem ryzyka rozwoju zaparcia, sam proces starzenia wydaje się mieć niewielki bezpośredni wpływ na funkcjonowanie układu pokarmowego. Wynika to głównie z dużej rezerwy funkcjonalnej układu pokarmowego. Wydaje się, że najważniejszymi czynnikami wpływającymi na pasaż treści pokarmowej w obwodowych odcinkach jelita grubego mają choroby oraz leki powszechnie przepisywane osobom w wieku podeszłym. Zwraca również uwagę częste współwystępowanie neurologicznych, endokrynologicznych i innych stanów chorobowych, które mogą stanowić niezależne przyczyny obniżenia motoryki układu pokarmowego u osób starszych.

Według wielu autorów największy wpływ na motorykę układu pokarmowego w tej grupie pacjentów mają: choroby neurologiczne, unieruchomienie w łóżku z przyczyn medycznych bądź psychicznych, obniżona zdolność do wysiłku, nieprawidłowa dieta, depresja.

Leczenie zaparcć ma na celu doprowadzenie do częstszych i ułatwionych wypróżnień poprzez modyfikację diety, zwiększenia aktywności fizycznej oraz modyfikację nawyków związanych z oddawaniem stolca. Przy braku poprawy należy rozważyć leczenie zaczynając od łagodnych środków przeczyszczających. Rozpoczynając leczenie zawsze należy brać pod uwagę obecny stan chorego, nasilenie objawów i stopień ich odczuwania przez samego pacjenta.

Innym problemem, często dotyczącym pacjentów w wieku podeszłym, jest nieprzestrzeganie zaleceń lekarza, co również wpływa na gorsze wyniki leczenia zachowawczego.

Powikłania zaparcć u osób w wieku podeszłym występują częściej niż w innych grupach wiekowych. Niedrożność kałowa jest częstym powikłaniem długotrwałego zaparcia u osób w wieku podeszłym. Najczęściej jest wynikiem obniżonego czucia w obrębie odbytnicy, zmniejszonej mobilności, osłabienia i otępienia. Rozszerzenie jelita skutkujące objawami okrzężnicy olbrzymiej, a nawet przedziurawienia wskutek odleżyny w ścianie jelita pod wpływem twardego mas kałowych.

Zwykle badanie fizykalne przez powłoki brzuszne i per rectum jest wystarczające dla rozpoznania. Wykonuje się także zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej. Wstępnym postępowaniem jest wykonanie lewatywy lub manualne usunięcie mas kałowych z odbytnicy.



PRZECIWDZIAŁANIE PRZEMOCY W RODZINIE

ZADANIA, PRAWA I OBOWIĄZKI PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA (PIELĘGNIARKI, POŁOŻNE, LEKARZE)



Zgodnie z treścią ustawy z dn. 29 lipca 2005 r., o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (DZ.U. z 2005 r., Nr. 180, poz. 1493) oraz jej nowelizacją z dnia 10.czerwca 2010 r. (Dz.U. z 2010 r., Nr. 125, poz. 842) pracownicy ochrony zdrowia (pielęgniarki, położne, lekarze) **mają obowiązek** reagowania na wszelkie przejawy przemocy w rodzinie, z jaką się stykają podczas wypełniania swoich obowiązków zawodowych.

W celu przybliżenia pielęgniarkom i położnym tematyki związanej z różnymi aspektami występowania tego zjawiska oraz wskazania sposobów i możliwości reagowania na takie przypadki PARPA (Państwowa Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych), pod patronatem NIPiP (Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych) zorganizowała szkolenie dla pielęgniarek i położnych. Szkolenie odbyło się w dniach 6-7 października w Warszawie. Uczestniczyli w nim m.in. przedstawiciele wszystkich OIPIP (Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych) z całego kraju. Treści zaprezentowane w trakcie szkolenia wyjaśniały wszystkie najważniejsze aspekty dotyczące zjawiska przemocy w rodzinie. Jako uczestnik tego szkolenia, oddelegowany przez OIPIP w Koszalinie jestem zobowiązana do przekazania środowisku pielęgniarek i położnych najważniejszych informacji i wskazówek dotyczących sposobów reagowania w sytuacji zetknięcia się z przypadkiem wystąpienia (lub podejrzenia występowania) przemocy w rodzinie.

CHARAKTERYSTYKA ZJAWISKA PRZEMOCY W RODZINIE

*Przez „przemoc w rodzinie”- należy rozumieć **jednorazowe lub powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie**, naruszające prawa lub dobra osobiste osób najbliższych lub innych osób wspólnie zamieszkujących lub gospodarujących, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienie i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą (art.2,ust.1).

*Przemoc charakteryzuje się tym, że:

- *jest intencjonalna* – jest zamierzona i ma na celu podporządkowanie i kontrolowanie ofiary
- *sily są nierówne* – jedna ze stron ma przewagę nad drugą. Ofiara jest słabsza a sprawca silniejszy
- *narusza prawa i dobra osobiste* – sprawca wykorzystuje swoją przewagę i narusza podstawowe prawa ofiary
- *powoduje cierpienie i ból* – sprawca naraża zdrowie ofiary na poważne szkody, często zagraża jej życiu.

Doświadczenie bólu i cierpienia sprawia, że ofiara ma mniejszą zdolność do samoobrony.

*Rodzaje przemocy są bardzo różne: fizyczna, psychiczna, emocjonalna, ekonomiczna, seksualna. W tym miejscu zwrócić należy uwagę na pojęcie **zaniechania**. Zaniechanie też może być formą przemocy np. w sytuacji, gdy jest zagrożenie dla życia, zdrowia lub właściwej egzystencji dziecka, a matka nie podejmuje żadnych działań w celu wyeliminowania realnych zagrożeń. Wtedy jej postępowanie jest formą przemocy stosowanej wobec

dziecka i tak to należy kwalifikować.

W związku z tym objawy występowania przemocy są bardzo zróżnicowane i do ich rozpoznania, interpretowania i obserwowania trzeba posiadać podstawową wiedzę i doświadczenie. Ogromne znaczenie ma tutaj znajomość zasad prowadzenia obserwacji, wywiadu oraz interpretacji objawów, do czego pracownicy ochrony zdrowia (m.in.) są predysponowani z racji wykonywania swojego zawodu.

CHARAKTERYSTYKA MECHANIZMÓW WYSTĘPUJĄCYCH POMIĘDZY SPRAWCĄ A OFIARĄ

W relacjach pomiędzy osobą doświadczającą przemocy (ofiara) a osobą stosującą przemoc (sprawca) wg badań przeprowadzonych przez LEONOR WALKER można wyróżnić trzy fazy **powtarzającego się cyklu**:

* **1 faza - narastania napięcia** - gdzie sprawca jest poirytowany, napięty, czepia się o wszystko. Ofiara stara się go uspokoić poprzez spełnianie jego życzeń i zachcianek wierząc, że zapobiegnie tym narastaniu konfliktu. A prawda jest taka, że takie działania ofiary nie przynoszą żadnych rezultatów, nie prowadzą do uniknięcia drugiej fazy i na dodatek ofiara zaczyna się czuć odpowiedzialna za zachowania sprawcy (myśli, że go prowokuje do takich zachowań) Na tym etapie ofiara najczęściej sama stara się walczyć z problemem, rzadko szuka pomocy instytucjonalnej, często ukrywa problem i chroni sprawcę.

* **2 faza – ostrej przemocy** – gdzie sprawca staje się coraz bardziej gwałtowny, wpada w furję, używa pod byle pretekstem różnych, coraz bardziej drastycznych form przemocy, w wyniku czego dochodzi do zagrożenia życia i zdrowia ofiary . W tej fazie najczęściej ofiara decyduje się na szukanie pomocy i zazwyczaj odbywa się to poprzez kontakt z różnymi służbami (pogotowie, lekarz pierwszego kontaktu, pielęgniarka/położna rodzina , pielęgniarka szkolna itp.)

* **3 faza – miodowego miesiąca** - w tej fazie sprawca okazuje skruchę (po fazie ostrej przemocy), zwłaszcza w sytuacji, gdy ofiara ujawni prawdę na zewnątrz, często poprzez skorzystanie z pomocy instytucjonalnej. Sprawca, w obawie przed konsekwencjami (często karnymi) zaczyna zachowywać się tak jak chce ofiara, przeprosza, obiecuje, tłumaczy się niepamięcią itp. Ofiara zaczyna wierzyć, że to było po raz ostatni, albo że ta przemoc miała charakter incydentalny. Najczęściej wycofuje się wtedy ze wszystkich działań podjętych w celu zlikwidowania przemocy. Faza ta zatrzymuje ofiarę w cyklu przemocy, bo najczęściej „zapomina ona wówczas o koszmarze poprzednich dwóch faz. Niestety - kiedy sprawca czuje się już bezpieczny, bo ofiara wycofała się ze wszystkich grożących mu konsekwencji - cykl zaczyna się ponownie (od 1 fazy).

Według MARTINA SELIGMANA oprócz cykli przemocy wyraźnie można jeszcze wyróżnić następujące zjawiska związane z przemocą:

- **Teoria wyuczonej bezradności** – polega na poddaniu się,

zaprzestaniu działań naprawczych przez ofiarę, które wynika z przekonania, że żadne z podjętych działań naprawczych nie przyniosą rezultatu i żadna pomoc w jej przypadku nie jest możliwa, bo wszystkie podejmowane próby wydobycia się z sytuacji urazowej będą nieskuteczne

● **Zjawisko „prania mózgu”** - sprawcy stosują najczęściej tą technikę wobec ofiary poprzez izolację, monopolizację uwagi, doprowadzanie do wyczerpania, wywoływanie lęku i depresji, naprzemiennosc kar i nagród, demonstrowanie wszechmocy i władzy, wymuszanie drobnych usług. Prowadzi to do wielu regresywnych zmian w osobowości ofiar, czego skutkiem często bywa ich bezradność, zanik krytycznego myślenia, powrót do myślenia życzeniowego, czasami nawet zanik uczuć wyższych.

● **Syndrom sztokholmski** - jest to stan psychiczny, który pojawia się u ofiar porwania lub zakładników, wyrażający się objawami „sympatii” wobec sprawców przemocy – w nadziei, że tym sposobem potrafią się obronić przed agresją sprawców.

OBOWIĄZUJĄCE ZAPISY I PROCEDURY

O obowiązku podejmowania przez pracowników ochrony zdrowia (pielęgniarki, położne, lekarze) określonych działań wg przyjętych procedur mówią następujące akty prawne:

1. *Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* - „osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie **niezwłocznie zawiadamiają** o tym Policję lub prokuratora” (art.12)
- „osobie dotkniętej przemocą w rodzinie udziela się **bezpłatnej pomocy**”- w przypadku zawodów medycznych: bezpłatne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia bezpłatnie (nie mylić z obdukcją), na specjalnym druku (załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. poz. 1334) – (art.3.1)
2. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie* (art.3 ust.2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r o przemocy w rodzinie (Dz.U.Nr.180, poz. 1493) z póź. zmianami.
3. *Procedura „Niebieskiej Karty”* w 2011 roku w Ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie znowelizowano zapisy ustawy i wprowadzono do wykazu służb i instytucji upoważnionych do wszczynania procedury „Niebieskiej Karty” - pracowników ochrony zdrowia (art. 9d.2)

W związku z powyższym pracownicy ochrony zdrowia (pielęgniarki, położne, lekarze) **mają obowiązek rozpoczęcia procedury „Niebieskiej Karty”** w każdym budzącym jakiegokolwiek wątpliwości przypadku konkretnego pacjenta, nawet przy braku pewności, czy jest to związane z doświadczaniem przez niego przemocy.

Procedura „Niebieskiej Karty” ma służyć wyjaśnieniu sytuacji w życiu konkretnej osoby i jej rodziny oraz zweryfikowaniu podejrzenia, do czego **ustawowo** jest powołany pracownik ochrony zdrowia (pielęgniarka, położna, lekarz), mając na uwadze zdrowie i życie pacjenta.

Na podstawie powyższych zapisów każdy pracownik ochrony zdrowia (pielęgniarka, położna, lekarz) są zobowiązani do znajomości procedury oraz wypełniania formularza „Niebieskiej Karty”, którego wzór określa Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie procedury „Niebieskiej Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz.U. nr. 209, poz.1245).

Zadaniem pracownika ochrony zdrowia **jako osoby uprawnionej i zobowiązanej do wszczęcia procedury „Niebieskiej Karty”** nie jest rozwiązywanie problemów przedstawionych w założonej przez niego „Niebieskiej Karcie”. Rozwiązywanie tych problemów należy do Zespołów Interdyscyplinarnych oraz innych instytucji specjalistycznych. Rolą pracownika ochrony zdrowia jest

wyczulenie na możliwość występowania zachowań przemocowych w rodzinach podczas realizacji swoich czynności zawodowych i podjęcie właściwych działań w celu ich weryfikacji (wypełnienie karty i przekazanie jej do zespołu interdyscyplinarnego lub udzielenie osobie potrzebującej informacji o możliwości uzyskania pomocy specjalistycznej).

SKRÓTOWY PRZEBIEG PROCEDURY „NIEBIESKIEJ KARTY”

Karta składa się z czterech formularzy.

KARTAA

- ten formularz wypełnia się przy interwencji lub zaobserwowanych nieprawidłowości. Jest podzielony na części wspólne dla wszystkich uprawnionych do jego wypełniania (Policja, Pogotowie, pracownik socjalny i inni) oraz części adresowane do specyficznych, zawodowych kompetencji poszczególnych służb. W przypadku służby zdrowia jest to część XVIII. Wypełnia się tylko to, co uda się nam wywnioskować z wywiadu, obserwacji itp., czego nie jesteśmy w stanie ustalić - nie wypełniamy. Wypełniona Karta musi dotrzeć do **Przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego** właściwego dla miejsca zamieszkania (adres - w urzędach lokalnych samorządowych), w terminie do 7 dni od daty wypełnienia formularza.

KARTAB

- przekazuje się ją osobie pokrzywdzonej. Powinna ją otrzymać osoba dorosła, wobec której zaistniało podejrzenie dotknięcia przemocą w rodzinie. Ponadto powinno się przekazać takiej osobie informację, do jakiego miejsca w pobliżu może się udać po pomoc specjalistyczną. To wymaga od pracownika ochrony zdrowia wiedzy nt. funkcjonujących na jego terenie właściwych instytucji pomocowych. Można się również posiłkować bazą teledoresową specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie <http://www.mpips.gov.pl/przemoc-w-rodzinie/baza-teleadresowa/> lub wyszukiwarką na stronie Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Karta” Instytutu Psychologii Zdrowia PTP <http://www.niebieskalinia.pl/pomoc>.

KARTAC

- wypełnianie jej należy do zadań członków Zespołu Interdyscyplinarnego

KARTAD

- wypełniane przez Zespół Interdyscyplinarny.

●PODSUMOWANIE:

- Każdy pracownik ochrony zdrowia (pielęgniarka, położna, lekarz) w trakcie wypełniania swoich czynności zawodowych, **ma ustawowe prawo i obowiązek** do podjęcia właściwych działań w sytuacji wystąpienia jakichkolwiek okoliczności mogących wskazywać na zaistnienie podejrzenia o możliwości wystąpienia którejś z form przemocy w rodzinie.
- W każdym takim przypadku **zobowiązany on jest** do wypełnienia właściwych formularzy „Niebieskiej Karty”, przekazania jej w określonym terminie (7 dni) do Zespołu Interdyscyplinarnego właściwego dla miejsca zamieszkania (informacja o siedzibie w organach samorządów lokalnych).
- Ofiarę przemocy należy poinformować, do jakiego miejsca może się udać w celu otrzymania właściwej dla zaistniałego problemu przemocowego pomocy specjalistycznej (dane adresowe instytucji pomocowych na stronach teledoresowych).

Jolanta Zagawałko
Oddelegowana przez OIPIP w Koszalinie na uczestnika szkolenia nt. „Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie”

KALENDARIUM

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie



PAŹDZIERNIK 2016 ROK

5 października 2016 r.

11 października 2016 r.

13 października 2016 r.

18-19 października 2016 r.

20 października 2016 r.

21 października 2016 r.

24 października 2016 r.

25 października 2016 r.

26 października 2016 r.

28 października 2016 r.

w siedzibie OIPiP w Koszalinie odbył się egzamin kursu specjalistycznego Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz.II dla pielęgniarek i położnych
szkolenie Organu Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
spotkanie Komisji Podstawowej Opieki Zdrowotnej
udział Bożeny Wojcikiewicz Przewodniczącej ORPiP w Koszalinie w Konwencji Przewodniczących ORPiP w Warszawie
posiedzenie Komisji Socjalnej
posiedzenie organu Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
Bożena Wojcikiewicz Przewodnicząca ORPiP w Koszalinie uczestniczyła w Konwencji Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Koszalinie
Prezydium ORPiP
w siedzibie OIPiP w Koszalinie odbył się egzamin kurs specjalistycznego Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz.I dla pielęgniarek i położnych
udział Przewodniczącej Bożeny Wojcikiewicz i Wiceprzewodniczącej Justyny Laska w uroczystościach jubileuszu samorządu w Szczecińskiej Izbie Pielęgniarek i Położnych

LISTOPAD 2016 ROK

08 listopada 2016 r.

09 listopada 2016 r.

09 listopada 2016 r.

09 listopada 2016 r.

14 listopada 2016 r.

14 listopada 2016 r.

16 listopada 2016 r.

18 listopada 2016 r.

18 listopada 2016 r.

29 listopada 2016 r.

udział Przewodniczącej ORPiP Bożeny Wojcikiewicz w Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chirurgii Urazowej i Ortopedycznej w Szpitalu Wojewódzkim w Koszalinie.
udział Przewodniczącej ORPiP Bożeny Wojcikiewicz w Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego z pododdziałem Chorób Wewnętrznych w Szpitalu Wojewódzkim w Koszalinie.
udział Przewodniczącej ORPiP Bożeny Wojcikiewicz w Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neonatologicznego w Szpitalu Wojewódzkim w Koszalinie.
posiedzenie Komisji egzaminacyjnej ds. przeszkoleń po przerwie w wykonywaniu zawodu
posiedzenie organu Okręgowy Komisji Rewizyjnej
posiedzenie Komisji ds. refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego
spotkanie Przewodniczącej Bożeny Wojcikiewicz z Kadłą Kierowniczą
udział Bożeny Wojcikiewicz Przewodniczącej ORPiP w Koszalinie w IV. Koszalińskim Forum Psychiatrii Środowiskowej pt. Razem czy osobno. Dialog o reformie psychiatrii.
w siedzibie OIPiP w Koszalinie odbył się egzamin kurs specjalistycznego Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz.II dla pielęgniarek i położnych
spotkanie Przewodniczącej Bożeny Wojcikiewicz z Pełnomocnymi przedstawicielami ORPiP

GRUDZIEŃ 2016 ROK

6 grudnia 2016 r.

6-8 grudnia 2016 r.

8 grudnia 2016 r.

13 grudnia 2016 r.

13 grudnia 2016 r.

14 grudnia 2016 r.

20 grudnia 2016 r.

29 grudnia 2016 r.

Konwent Przewodniczących ORPiP w Warszawie
NRPiP Warszawa
w siedzibie OIPiP w Koszalinie odbył się egzamin kursu specjalistycznego Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz.I dla pielęgniarek i położnych
Prezydium ORPiP
udział Przewodniczącej Bożeny Wojcikiewicz w konferencja Zespołu Pielęgniarek Epidemiologicznych
udział Bożeny Wojcikiewicz w Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Urologii w Szpitalu Wojewódzkim w Koszalinie
posiedzenie Okręgowy Rady Pielęgniarek i Położnych
posiedzenie Okręgowy Komisji Rewizyjnej

Obchody XXV-lecia Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Warszawie



13 września w Warszawie odbyły się obchody XXV-lecia funkcjonowania samorządu pielęgniarek i położnych.

Nie zabrakło wspomnień, serdecznych życzeń i pamiątkowych odznaczeń, ale także ważnych słów dotyczących przyszłości zawodu. Uroczystość uświetniło swoją obecnością wielu znamienitych gości. Prezes NRPiP Zofia Małas w swoim przemówieniu wspomniała o początkach samorządu, który nie powstałby, gdyby nie silne zaangażowanie wielu osób z różnych środowisk, niezrażonych piętrzącymi się przed nimi problemami i przeszkodami. Pani Prezes przypomniała również dokonania samorządu, m.in. ustalenie zasad etyki zawodowej czy wspieranie pielęgniarek w walce o poprawę warunków pracy. Jednocześnie wskazała, że po 25 latach funkcjonowania przed samorządem stoją nowe wyzwania i problemy, przede wszystkim deficyt pielęgniarek i położnych, a także rosnąca średnia wieku. Zofia Małas podkreśliła, że przywrócenie liceów pielęgniarskich nie rozwiąże tego problemu. W związku z wejściem Polski do UE prawie 40 tys. pielęgniarek ukończyło studia pielęgniarskie. Samorząd nie zgodzi się na powrót do dawnego systemu kształcenia. Będziemy ostro bronić naszego wspólnego stanowiska, aby kształcenie pielęgniarek i położnych było takie, jakie jest w większości krajów Unii Europejskiej i rozwiniętych krajach świata – mówiła.

W trakcie uroczystości został odczytany list od premier Beaty Szydło, która w ciepłych słowach zapewniła o swoim uznaniu dla pracy pielęgniarek i położnych. Swoje listy wystali także Prezydent RP Andrzej Duda, marszałkowie Sejmu i Senatu. Obchody swoją obecnością zaszczylił m.in. wiceminister rodziny, pracy i polityki społecznej Stanisław Szwed, który zapewnił, że jego resort jest otwarty na dalszą współpracę z samorządem pielęgniarskim.

XXV-lecie było doskonałą okazją do uhonorowania najbardziej zasłużonych pielęgniarek i położnych. Wręczone zostały rocznicowe medale a także statuetki „Cierpiącym przywrócić nadzieję”, czyli najwyższe wyróżnienie przyznawane za wybitne osiągnięcia na rzecz pielęgniarek i położnych przyznawane instytucjom i osobom. Odznaczenia samorządowe złote i srebrne „Zasłużony dla samorządu pielęgniarek i położnych” przyznano członkom samorządu za zasługi w działalności na rzecz samorządu oraz upowszechniania etyki zawodowej, wzorowe wykonywanie obowiązków na rzecz



organów samorządu, współdziałanie na rzecz integrowania środowiska zawodowego oraz podejmowania działań na rzecz poprawy zdrowia społeczeństwa. Nasza Izba w Koszalinie otrzymała MEDAL który dedykuje wszystkim członkom OIPiP w Koszalinie. Medalem została uhonorowana, także przewodnicząca V i VI kadencji Pani Justyna Laska której serdecznie gratuluję. Uroczystości zakończyły się koncertem Ryszarda Rynkowskiego.

Bożena Wojcikiewicz
Przewodnicząca ORPiP



Obchody XXV-lecia Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Szczecinie



28 Października w Szczecinie odbyły się obchody XXV-lecia funkcjonowania Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Uroczystość odbyła się w Operze na Zamku, w Szczecinie. Z ramienia naszej Izby udział wzięły Przewodnicząca Bożena Wojcikiewicz oraz Przewodnicząca V i VI kadencji - Justyna Laska.

Było dużo wspomnień, serdecznych życzeń oraz wręczenie jubileuszowych medali. OIPiP w Koszalinie otrzymała medal za wkład na rzecz utworzenia, umacniania i rozwoju samorządu pielęgniarek i położnych który dedykuję wszystkim członkom naszej Izby. Dziękujemy bardzo za uznanie i wyróżnienie. Uroczystość uświetniło swoją obecnością wielu znamienitych gości m.in. Pani Prezes Zofia Małas. Jubileusz dopełnił wspaniały wykład inauguracyjny profesor Uniwersytetu szczecińskiego dr hab. Psycholog Sławomiry Anny Gruszewskiej oraz spektakl „Zemsta Nietoperza”.

**Bożena Wojcikiewicz
Przewodnicząca ORPiP**



Minister Zdrowia

Warszawa
NS-2M.073.42.2016.

Pani
Anna Zalewska
Minister Edukacji Narodowej

W związku z planowanymi zmianami w systemie oświaty, zwracam się z prośbą o uwzględnienia w nich specyfiki medycznego kształcenia zawodowego realizowanego w szkołach policealnych oraz rozważenie włączenia do systemu oświaty kształcenia w zawodzie pielęgniarstwa.

Pragnę podkreślić, iż kształcenie prowadzona w szkołach policealnych, w zawodach dla których zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. z 2012 r. poz. 7, z późn. zm.), ministrem właściwym jest Minister Zdrowia, stanowi aktualnie optymalną formę profesjonalnego przygotowania zawodowego średniego personelu medycznego. Należy bowiem zaznaczyć, iż edukacja prowadzona w ww. szkołach policealnych w oparciu o podstawy programowe kształcenia w poszczególnych zawodach, pozwala na nabycie przede wszystkim umiejętności praktycznych, która są kluczowym elementem wykonywania poszczególnych zawodów medycznych w pracy z człowiekiem chorym, niepełnosprawnym i w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia.

Kształcenie w ww. zawodach medycznych realizowane na poziomie szkół policealnych, ma na celu wyposażenie ucznia/słuchacza w takie kompetencje, które będą łączyć wiedzę stricte medyczną z wiedzą stanowiącą obszar nauk społecznych, przy równoczesnym zapewnianiu właściwego przygotowania praktycznego, poprzez udział w zajęciach odbywających się w miejscach określonych w podstawach programowych, takich jak szpitale, przychodnie, oddziały i inne komórki organizacyjne podmiotów leczniczych oraz jednostki organizacyjne pomocy społecznej. Należy mieć również na względzie osiągnięty dotychczas dorobek szkolnictwa policealnego, zarówno w zakresie kompetentnej kadry pedagogicznej, jak i profesjonalnej bazy dydaktycznej.

W tym kontekście także zasadnym jest utrzymanie dotychczasowego modelu kształcenia w 13 zawodach medycznych uwzględnionych w Klasyfikacji Zawodów Szkolnictwa Zawodowego, tj. asystentka stomatologiczna, higienistka stomatologiczna, opiekun medyczny, ortoptystka, protetyk słuchu, technik dentystyczny, technik elektroniki i informatyki medycznej, technik elektroradiolog, technik farmaceutyczny, technik masażysta, technik ortopeda, technik sterylizacji medycznej i terapeuta zajęciowy. Należy zauważyć, że na przestrzeni lat organy prowadzące tego typu placówki włożyły wiele wysiłku i poniosły wiele wydatków, w następstwie czego obecnie wśród 886 szkół realizujących kształcenie w zawodach medycznych (dane wg. Systemu Informacji Oświatowej, stan na 30 września 2015 r.) funkcjonują szkoły posiadające bardzo dobrze wyposażone pracownie do prowadzenia zajęć dydaktycznych oraz zasoby wysokokwalifikowanej kadry dydaktycznej.

Ponadto należy mieć na względzie, iż kształcenia w zawodach medycznych w systemie szkolnictwa wyższego trwa co najmniej 6 semestrów, zatem w mojej ocenie zdobywanie kwalifikacji do wykonywania zawodów medycznych wyłącznie w tym systemie wydłużyłoby czas przygotowania osób uprawnionych do realizacji określonych świadczeń zdrowotnych, a tym samym mogłoby negatywnie wpłynąć na dostępność do tych świadczeń i generować wyższe koszty. Jednocześnie należy zauważyć, iż istnieją zawody medyczne, takie jak asystentka stomatologiczna czy opiekun medyczny, w których przeniesienie kształcenia na poziom studiów wyższych nie znajduje uzasadnienia.

W odniesieniu do kwasili dotyczącej kształcenia pielęgniarstwa oraz mając na względzie planowane zmiany w systemie oświaty, polegające m.in. na zastąpieniu

dotychczasowych zasadniczych szkół zawodowych dwustopniowymi szkołami branżowymi (cykl kształcenia 3+2), zwracam się z prośbą o rozważenie możliwości uruchomienia drugiej ścieżki kształcenia w zawodzie pielęgniarstwa, prowadzonego w dwustopniowej szkole branżowej (na podbudowie 3-letniej szkoły asystentek pielęgniarstwa), kończącego się egzaminem maturalnym i egzaminem dyplomowym, uprawniającym do otrzymania prawa wykonywania zawodu pielęgniarstwa. Proponuję, aby przedmiotowe kształcenie odbywało się w cyklu 3+3 (lex specialis) tj. po 3 latach kształcenia absolwent szkoły uzyskiwałby tytuł zawodowy asystentki pielęgniarstwa a po kolejnych 3 latach - tytuł zawodowy pielęgniarstwa dyplomowanego.

Proponowany model kształcenia pielęgniarstwa zawiera następujące warunki ogólne: możliwość rozpoczęcia kształcenia po 6-letniej szkole podstawowej, około 2700 godzin kształcenia ogólnego, 1600 godzin kształcenia zawodowego w zawodzie asystentka pielęgniarstwa, łącznie 4600 godzin kształcenia zawodowego (zgodnie z wymaganiami UE) w zawodzie pielęgniarstwa (w całym cyklu kształcenia 3+3, tj. na podbudowie szkoły asystentek pielęgniarstwa), możliwość przystąpienia do matury branżowej.

Schemat modelu kształcenia w cyklu 3+3 przedstawia się następująco:

	Godziny kształcenia ogólnego	Godziny kształcenia zawodowego	Razem	Tytuł zawodowy
I st. 3-letni cykl kształcenia	1410	1500	2910	Asystentka pielęgniarstwa
II st. 3-letni cykl kształcenia	1290	3100	4390	Pielęgniarka dyplomowana
Razem	2700	4600	7300	
MATURA BRANŻOWA				

Zaletą przedstawionego modelu kształcenia pielęgniarstwa, które wymagałoby uprzednio ukończenia szkoły asystentek pielęgniarstwa, jest wsparcie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia asystentkami pielęgniarstwa już po 3 latach, w pozytywnie wpłynie na dostępność do świadczeń opiekuńczo - pielęgnacyjnych. Ponadto, kształcenie zawodowe pielęgniarstwa na poziomie szkoły branżowej stworzy możliwość szybszego zaspakajania potrzeb rynku pracy w zakresie kadry pielęgniarstwa i ma głównie na celu zapewnienie opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych.

Jednocześnie informuję, że Ministerstwo Zdrowia prowadzi konsultacje robocze z Krajowym Koordynatorem do spraw uznawania kwalifikacji zawodowych celem zapewnienia zgodności proponowanego systemu kształcenia z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/65/EU z dnia 20 listopada 2013 r, zmieniającą dyrektywę 2005/236/WE w sprawie uznawania Kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (DE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym (rozporządzenie w sprawie IMI). Mając na uwadze powyższe oraz fakt, iż w świetle przepisów ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2015 r. późn. 812), Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, obejmującym m.in. sprawy dotycząca zawodów medycznych, zwracam się z prośbą o pozostawienie w dotychczasowych typach szkół kształcenia w ww. 13 zawodach medycznych właściwych dla Ministra Zdrowia.

Ponadto proszę o rozważenie propozycji wprowadzenia nowej ścieżki kształcenia pielęgniarstwa w dwustopniowej szkole branżowej na podbudowie 3-letniej szkoły asystentek pielęgniarstwa.

Konstanty Radziwiłł

Stanowisko

Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogółu Opolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 18 października 2016 r. w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek.

Wyrażamy stanowczy sprzeciw w związku z planowanym przez Ministra Zdrowia projektem zmian w kształceniu przeddyplomowym pielęgniarek polegającym na powrocie do koncepcji kształcenia z okresu powojennego, czyli przywróceniu modelu zawodu pielęgniarki jako pomocniczego, a nie samodzielnej profesji medycznej, funkcjonującej zgodnie ze standardami międzynarodowymi. Nie wyrażamy zgody na stosowanie przemocy politycznej w odniesieniu do jednej z kluczowych grup zawodowych w ochronie zdrowia, tj. ponad trzystu tysięcy środowiska pielęgniarek i położnych oraz zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów, jakie planowane zmiany mogą spowodować.

Uzasadnienie:

1. Organizacje pielęgniarskie, reprezentując całe środowisko pielęgniarek i położnych w Polsce oraz działając na rzecz ochrony interesów społeczeństwa, wyraziły swoje zaniepokojenie i sprzeciw wobec zamierzeń rządu, które dotyczą zmiany systemu kształcenia przeddyplomowego w zawodzie pielęgniarki. Stronie rządowej przedstawiono wspólne Stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 lipca 2016 r., które zasiało poparte podczas XIII Kongresu Pielęgniarek Polskich w dniu 15 września 2016 r. w Warszawie przez pielęgniarskie towarzystwa specjalistyczne. Niestety, aktualne działania Ministra Zdrowia są sprzeczne z wskazanym Stanowiskiem.

2. Przedstawiony przez Ministra Zdrowia w piśmie z dnia 3 października 2016 r. sygn. PRL-022.12S1.2016.AK projekt zmian w systemie kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek, przekazany do Ministra Edukacji wraz z projektem zmian ustawowych, nie był przygotowywany w porozumieniu z głównymi adresatami tych zmian, czyli pielęgniarkami. Powstał przy pełnej wiedzy Ministra Zdrowia w zakresie braku zgody pielęgniarek na zmiany polegające na deprecjacji naszego zawodu. Działania Ministra Zdrowia są w naszej ocenie formą przemocy politycznej, a nie działaniem dla dobra pacjentów i pielęgniarek.

3. Nasze głębokie zaniepokojenie budzi również wykazany w przedłożonym przez Ministra Zdrowia projekcie brak rozumienia prawa europejskiego, odnoszącego się do kształcenia pielęgniarek i uruchamianie działań, które stanowią jawne pogwałcenie obowiązujących Dyrektyw 2005/36/EC oraz 2013/55/EU, które dotyczą wzajemnego uznawania kwalifikacji.

4. Współczesne pielęgniarstwo to samodzielna profesja medyczna o wysokim poziomie kompetencji i szczegółowo regulowanym systemie kształcenia, a jednocześnie zawód zaufania publicznego, mający kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków. Tytuł zawodowy pielęgniarki jest prawnie chroniony i nie może być utożsamiany z grupą zawodową personelu przygotowanego do zadań pomocniczych w systemie ochrony zdrowia, czy opieki społecznej. Byłby to powrót do definicji zawodu z lat 50. i 70. ubiegłego wieku.

5. Wyniki badań naukowych jednoznacznie pokazują, że istnieje ścisły związek między poziomem wykształcenia pielęgniarek, a bezpieczeństwem pacjentów. Edukacja pielęgniarek na poziomie licencjackim, zgodna z aktualnie obowiązującymi regulacjami prawa unijnego, koreluje z uzyskiwanymi efektami świadczeń medycznych – powoduje wzrost jakości opieki oraz spadek liczby zdarzeń niepożądanych, takich jak: zakażenia, odleżyny, rehospitalizacje, wydłużony pobyt pacjenta w szpitalu, upadki oraz zgony pacjentów. Każdy 10% wzrost zatrudnienia pielęgniarek z tytułem licencjata w oddziale szpitalnym powoduje

obniżenie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń niepożądanych o 7% (Aiken et al., 2014, Wójcik-Wieczorek H., 2016), Wyższy poziom kształcenia oraz coraz szersze kompetencje pielęgniarek gwarantują bezpieczeństwo pacjenta, co powinno być kluczowym kryterium w planowanych zmianach, które dotyczą kadr medycznych.

6. Odnosząc się do potrzeby pilnego rozwiązania niedoboru personelu opiekuńczego i pielęgniarskiego w placówkach ochrony zdrowia, oczekujemy od Ministra Zdrowia zarówno strategii działań w zakresie wzmocnienia i promocji zawodu pielęgniarki w Polsce, jak i długofalowej strategii rozwoju zasobów ludzkich w ochronie zdrowia, a nie doraźnych działań prowadzących do eskalacji konfliktu w sektorze zdrowia i dalszego pogarszania bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

7. W imieniu środowiska pielęgniarskiego żądamy niezwłocznej realizacji rekomendacji zawartych w dokumencie „Zabezpieczenie społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze. Rekomendacje i ich realizacja”, zaakceptowanym przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia w dniu 2 września 2015 roku. Niezbędne są konstruktywne, długofalowe działania rządu w zakresie poprawy zabezpieczenia dostępności do opieki pielęgniarskiej w naszym kraju.

**Prezes ZG PTP Grażyna Wójcik
Przewodnicząca OZZPiP Lucyna Dargiewicz
Prezes NRPIP Zofia Małas**

Stanowisko Nr 2

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie z dnia 25 października 2016 roku w sprawie: propozycji Ministerstwa Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek.

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie wyraża zdecydowany sprzeciw w związku z planowanym przez Ministra Zdrowia projektem kształcenia pielęgniarek w dwustopniowych szkołach branżowych.

Prezydium ORPiP uważa, że obecnie funkcjonujący system kształcenia pielęgniarek jest ujednolicony i dostosowany do wymagań Unii Europejskiej. Standardy kształcenia pielęgniarek w systemie studiów pierwszego i drugiego stopnia zapewniają wysoki poziom przygotowania zawodowego do pracy w zawodzie pielęgniarki, gwarantując wysoką jakość świadczeń i bezpieczeństwo dla pacjentów.

Obecny system kształcenia pielęgniarek prowadzony jest na ponad 70 uczelniach akredytowanych w tym na 11 uniwersytetach, kształcenie w tym systemie trwa wiele lat, uczelnie posiadają wykwalifikowaną kadrę, sprzęt i bazę dydaktyczną. W myśl zasady - co dobre nie zmieniać apelujemy o utrzymanie dotychczasowego systemu kształcenia pielęgniarek.

Proponowany system kształcenia pielęgniarek w szkołach branżowych spowoduje przede wszystkim:

1. Obniżenie jakości opieki i zagrożenie bezpieczeństwa pacjentowi zdarzenia niepożądane - wzrost kosztów leczenia.
2. Zwiększenie lat nauki do uzyskania uprawnień do wykonywania zawodu pielęgniarki oraz zbyt długi okres oczekiwania na pierwszy absolwentów (2025 r.).
3. Utrudnienia z uzyskiwaniem możliwości kształcenia na poziomie studiów magisterskich (matura branżowa).
4. Dodatkowy wzrost kosztów związanych z przygotowaniem kadry i bazy dydaktycznej.
5. Dodatkowe koszty na zwiększenie liczby członków KRASzPIP (o 50%)

Proponowane zmiany nie rozwiążą problemów braku pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia. Muszą nastąpić zmiany systemowe w zakresie warunków pracy i płacy dla pielęgniarek, które pracują w systemie oraz absolwentów studiów

pielęgniarskich, aby zechcieli w polskim systemie ochrony zdrowia pracować (Staże podyplomowe).

Prezydium ORPiP w Koszalinie apeluje o uwolnienie limitów miejsc na uczelniach, wprowadzenie rozwiązań gwarantujących zatrudnienie dla absolwentów pielęgniarstwa oraz utrzymanie kształcenia pielęgniarek w systemie studiów licencjackich i magisterskich, który jest gwarantem przede wszystkim bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i profesjonalizmu w pielęgniarstwie.

mgr Krystyna Morawska
Sekretarz ORPiP
mgr Bożena Wojcikiewicz
Przewodnicząca ORPiP

Szanowni Państwo,

W związku z zamieszczeniem na stronie Rządowego Centrum Legislacji uwag Ministra Zdrowia w ramach uzgodnień do projektu - prawo oświatowe w których Pan Minister przedstawia propozycję zmian do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej przesyłamy Państwu Stanowisko nr 2 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie w ww. sprawie.

Należy podkreślić, że zgodnie z art.4 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. 174, poz 1038 ze zm.) jedną z kompetencji samorządu zawodowego jest opiniowanie i wnioskowanie w sprawach kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych.

Procedowanie zmian systemowych w obszarze kształcenia pielęgniarek bez uwzględnienia opinii samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych jest naruszeniem ustawowo zagwarantowanych uprawnień samorządu.

Propozycja Ministerstwa Zdrowia nie była konsultowana ze środowiskiem pielęgniarek i położnych. Prosimy o poparcie naszego stanowiska.

W załączeniu przesyłamy także propozycje przedstawione w piśmie Podsekretarza Stanu, Marka Tymbarkiewicza oraz pismo Ministra Zdrowia do Pani Minister Edukacji Narodowej.

Z wyrazami szacunku
Bożena Wojcikiewicz - Przewodnicząca ORPiP
w Koszalinie

Notatka z dnia 10 listopada 2016 r. ze spotkania w Ministerstwie Edukacji Narodowej w sprawie proponowanych przez Ministra Zdrowia zmian w obszarze kształcenia przeddyplomowego.

Na wniosek NRPiP w dniu 10 listopada 2016 roku w siedzibie Ministerstwa Edukacji Narodowej odbyło się spotkanie przedstawicieli NRPiP z Podsekretarzem Stanu Teresą Wargocką oraz przedstawicielami Departamentu Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego.

W trakcie spotkania członkowie Prezydium NRPiP przedstawili argumenty uzasadniające sprzeciw samorządu zawodowego wobec proponowanych przez Ministra Zdrowia zmian w obszarze kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek.

Pani Wiceminister Teresa Wargocką poinformowała, że na obecnym etapie prac legislacyjnych w Ministerstwie propozycja Ministra Zdrowia została oddalona. Przedstawione przez MZ propozycje zmian dotyczące uruchomienia drugiej ścieżki kształcenia w zawodzie pielęgniarki wymagają bowiem przeprowadzenia szczegółowej analizy. Zaproponowała Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych współdziałanie w jej sporządzeniu. Zapewniła też, że oba resorty - MEN i MZ - będą ze sobą ściśle współpracowały w tym zakresie.

Pani Wiceminister zapewniła, że MEN również podziela obawy NRPiP dotyczące zbyt młodego wieku uczniów podejmujących naukę w proponowanym przez MZ systemie

szkół branżowych dla pielęgniarek. Podziękowała obecnym na spotkaniu członkom Prezydium NRPiP za przedstawienie rzeczowej argumentacji, podkreślając że zastrzeżenia samorządu zawodowego będą brane pod uwagę podczas dalszych rozmów z Ministerstwem Zdrowia.

Ponadto w trakcie spotkania poruszono problemy pielęgniarek realizujących świadczenia zdrowotne w środowisku nauczania i wychowania. Dotyczyły one między innymi:

- wyposażenia gabinetów przez szkołę,
- obecności pielęgniarki w każdej szkole,
- odpłatności za gabinety,
- zasad współpracy dyrektora szkoły z pielęgniarką, lekarzem, lekarzem dentystą.

Na zakończenie spotkania Wiceminister Wargocką zaproponowała ściślejszą współpracę Ministerstwa Edukacji Narodowej z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Pierwszym wspólnym działaniem będzie opracowanie analizy dotyczącej kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych.

Warszawa, dnia 21 listopada 2016 r.

Notatka ze spotkania przedstawicieli NRPiP z Prezesem NFZ

W dniu 21 listopada 2016 r. na wniosek NRPiP odbyło się spotkanie przedstawicieli NRPiP oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych z Prezesem NFZ.

W trakcie spotkania przedstawiono:

- 1) Stanowisko Prezydium NRPiP w sprawie finansowania świadczeń zdrowotnych w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej oraz opiece paliatywno-hospicyjnej,
- 2) informacje o zmniejszającej się liczbie uczniów w szkołach i wynikających konsekwencji finansowych w tym zakresie dla pielęgniarek kontraktujących świadczenia zdrowotne w środowisku nauczania i wychowania,
- 3) informacje związane ze sprawozdawczością z zakresu pielęgniarstwiej opiece długoterminowej domowej,
- 4) nieprawidłowości związanej z brakiem przestrzegania przez niektórych świadczeniodawców wypisywania zleceń lekarskich zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ dla pacjentów do realizacji przez pielęgniarki PÓZ,
- 5) informacje nt braku przekazywania pielęgniarkom przez niektóre podmioty lecznicze podwyższenia wynagrodzeń zgodnie z OWU,
- 6) wnioskowano o jak najszybsze rozpoczęcie prac przez AOTMiT w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w opiece stacjonarnej.

Prezes NFZ wyjaśnił:

Ad. 1 W sprawie finansowania świadczeń zdrowotnych w pielęgniarstwiej opiece długoterminowej domowej oraz opiece paliatywno-hospicyjnej wg wyceny AOTMiT zawarte w obwieszczeniu Prezesa Agencji z dnia 29 czerwca 2016 roku w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w którym koszt świadczenia bazowego oszacowano na kwotę 30,08 zł oraz w obwieszczeniu Prezesa Agencji z dnia 29 czerwca 2016 roku w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, w którym koszt świadczenia bazowego oszacowano na kwotę 56,19 zł obecny stan prawny nie daje takiej możliwości interpretacyjnej aby ujednoclić stawkę na poziomie wyliczonej ceny we wszystkich oddziałach. Prezes NFZ wyjaśnił że w obwieszczeniu może zostać zamieszczona, jedynie ustalona taryfa, która jest elementem brany pod uwagę przez NFZ. Ponadto podkreślił, że taryfa świadczeń to Jest zestawienie świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi im wartościami względnymi z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych, których zasady finansowania określa ustawa o refundacji. Ponadto Prezes Jacyna zobowiązał się do sprawdzenia tych oddziałów wojewódzkich NFZ gdzie rażąco została obniżona stawka. NFZ poinformował iż decyzje

o wycenie świadczeń o których mowa powyżej są również uzależnione od planów finansowych poszczególnych oddziałów. Zalecono aby wojewódzkie oddziały NFZ na podstawie wyceny przez AOTMiT do 2018 roku osiągnęły poziom kontraktowania świadczeń równy z wyceną. Ponadto NFZ poinformował, iż zalecono aby stawka za osobodzień została skorygowana wobec tych świadczeniodawców którzy w poprzednim postępowaniu konkursowym rażąco zaniżyli stawki. Takie postępowanie w ocenie NFZ pozwoli na równe potraktowanie świadczeniodawców.

Ad. 2 NFZ na podstawie zebranych informacji od świadczeniodawców oszacował iż średnio w skali kraju o 5% zmniejszyła się liczba uczniów co ma znaczny wpływ na sytuację finansową niektórych podmiotów. NFZ podejmie działania zmierzające do podwyższenia stawki na ucznia od 2017 roku z wyrównaniem od września 2016 roku.

Ad. 3 Wg NFZ kwestie sprawozdawania i rejestru świadczeń w zakresie pielęgniarstwa długoterminowej domowej są wystarczające, natomiast jeżeli w ocenie świadczeniodawców sprawozdawczość wymaga poszerzenia to należy przygotować poprawki do aktów prawnych regulujących te kwestie,

Ad. 4 NFZ proponuje aby Naczelna Rada Lekarska i Naczelna Rada Pielęgniarek i Położonych podjęła wspólne działania w sprawie prawidłowości wypełniania załącznika nr 5 (skierowanie na realizację zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarki PÓZ, Położnej POZ Pielęgniarki Szkolnej) do Zarządzenia Nr 50/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 czerwca 2016 roku w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie opieki zdrowotnej w zakresie POZ,

Ad. 5 NFZ nie posiada uprawnień do kontroli czy dana pielęgniarka/położna otrzymała podwyżkę w ramach OWU natomiast wskazał iż właściwym organem do sprawdzenia niezgodności w tym zakresie jest Państwowa Inspekcja Pracy a nie NFZ.

Zofia Malas
Prezes NRPiP

Stanowisko Nr 3 Prezydium NRPiP w sprawie finansowania świadczeń zdrowotnych w pielęgniarstwie długoterminowej domowej

Opublikowany 17 listopada 2016

W związku z napływającymi informacjami od świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa długoterminowej domowej i opieki paliatywno-hospicyjnej dotyczące znacznego zróżnicowania od 1 stycznia 2017 r. stawek za osobodzień w tych świadczeniach pomimo dokonania ich wyceny przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Prezydium NRPiP stoi na stanowisku, iż finansowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa długoterminowej domowej i opieki paliatywno-hospicyjnej powinno być zgodne z aktualnie obowiązującą wyceną osobodnia określoną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Wskazujemy, iż zgodnie z art. 146 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793) „do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przeprowadzonego w danym roku, a w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na okres dłuższy niż rok, do ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowych w danym roku stosuje się szczegółowe warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 2, opublikowanej w Biuletynie Informacji Publicznej Prezesa Funduszu oraz taryfy świadczeń opublikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji, do dnia 30 czerwca roku poprzedniego”.

Wobec powyższego Prezydium NRPiP oczekuje, iż Narodowy Fundusz Zdrowia zastosuje stawki osobodnia wg wyceny AOTMiT zawarte w obwieszczeniu Prezesa Agencji

z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej, w którym koszt świadczenia bazowego oszacowano na kwotę 30,08 zł oraz w obwieszczeniu Prezesa Agencji z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, w którym koszt świadczenia bazowego oszacowano na kwotę 56,19 zł.

Wycena świadczeń miała służyć zastosowaniu wyceny w praktyce kontraktowania świadczeń. Niezrozumiałym są więc propozycje finansowania tych świadczeń przez oddziały wojewódzkie NFZ niższe niż dokonana wycena za osobodzień w/w świadczeniach.

Powyższe stanowisko jest podyktowane koniecznością przestrzegania przepisów prawa obowiązujących w tym zakresie oraz równego traktowania podmiotów realizujących te same świadczenia na terenie całego kraju.

Joanna Walewander
Sekretarz NRPiP

Zofia Malas
Prezes NRPiP

Warszawa, 29.11.2016 r.

Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

W ostatnim okresie obserwuje się niezadowolenie środowiska medycznego realizującego świadczenia zdrowotne w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz opieki długoterminowej, które wynika z błędnej interpretacji określenia „taryfa świadczeń”. W opinii wymienionych środowisk pojęcie „taryfa świadczeń” jest równoznaczne z pojęciem „cena jednostkowa świadczenia” (cena osobodnia).

Natomiast zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 j.t), zwanej dalej „ustawą”, taryfa świadczeń jest zestawieniem świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi im wartościami względnymi. Wartości względne (relatywne) wyrażają wartość jednego produktu względem drugiego. Według komentarza Krzysztofa Urbana z dnia 01.02.2015 r., do art. 31n ustawy - taryfa świadczeń to zestawienie wartości produktów kontraktowych, wyrażonych najczęściej za pomocą punktów. Wynik realizacji zadania AOTMiT polegającego na ustaleniu taryfy świadczeń oraz przedstawienie propozycji dotyczących standardu rachunku kosztów świadczeń zdrowotnych, jest zasadniczym parametrem w prowadzeniu zarówno procesu kontraktowania, jak i rozliczania świadczeń.

Obwieszczenia AOTMiT w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych nie zawierają ceny jednostki rozliczeniowej, lecz określają zestawienie świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi taryfami, co zostaje uwzględnione przez Prezesa NFZ, w przepisach zarządzeń w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń.

Starając się zrównoważyć z jednej strony potrzeby wynikające z popytu na świadczenia aż drugiej możliwości płatnika w świetle ograniczonych środków, AOTMiT w uzasadnieniu propozycji projektów taryf świadczeń w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, rekomendowała sukcesywne podnoszenie wysokości cen jednostek rozliczeniowych w ciągu dwóch kolejnych lat tak, aby od 1 stycznia 2018 r. osiągnąć poziom docelowy.

Takie rozwiązanie, jako mniej obciążające budżet płatnika, umożliwi Funduszowi utrzymanie realizacji świadczeń na dotychczasowym poziomie, pozwoli na większą kontrolę nad

budżetem a także na dokonanie przez OW NFZ analizy odnośnie możliwości pozyskania środków z innych obszarów finansowania świadczeń zdrowotnych.

Jednorazowe zwiększenie ceny za osobodzień, mimo zwiększenia nakładów finansowych, spowodowałoby zmniejszenie liczby zakontraktowanych świadczeń, a tym samym zmniejszenie dostępności do przedmiotowych świadczeń.

Tak więc docelowe zwiększenie finansowania przedmiotowych świadczeń będzie następowało sukcesywnie zgodnie z możliwościami finansowymi poszczególnych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia.

W tym miejscu należy podkreślić, że zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcami, jak również efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi, zgodnie z przepisami ustawy, należą m.in. do zadań dyrektorów Oddziałów Wojewódzkich NFZ. Prezes NFZ nie ma uprawnień do decydowania o wysokości ceny oczekiwanej określonej w postępowaniach konkursowych lub rokowaniach, ogłaszanych przez dyrektorów OW NFZ.

W związku z powyższym przedstawionym problemem informuję, że w Centrali Funduszu odbyły się dwa spotkania:

1. z przedstawicielami środowiska opieki paliatywnej i hospicyjnej w dniu 16 listopada 2016 r.
2. z przedstawicielami NIPiP oraz Konsultantem Krajowym w dziedzinie Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych w dniu 21 listopada 2016 r.

Na spotkaniu w dniu 21 listopada 2016 r. został zgłoszony

problem, iż w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, nie została określona przez AOTMiT taryfa dla świadczeń w zakładzie opiekuńczo - leczniczym/ pielęgnacyjno - opiekuńczym. Średnia cena w kraju za osobodzień pobytu pacjenta w ZOL lub ZPO, wynosi zaledwie 76 zł. Koszt świadczenia bazowego, oszacowany przez AOTMiT przy ustalaniu taryfy dla świadczeń w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej wynosi 30,08 zł. Takie zróżnicowanie ceny produktów kontraktowych w opiece stacjonarnej i domowej wskazuje na niedoszacowanie świadczeń realizowanych w stacjonarnych zakładach opiekuńczych.

Mając powyższe na względzie zwracam się do Pana Ministra z prośbą, aby ustalanie taryfy przez AOTMiT obejmowało wszystkie świadczenia gwarantowane z danego zakresu, a nie dokonywane było wybiórczo dla wybranego produktu kontraktowego. Proponowane ustalanie taryf zapewne przyczyni się do zmniejszenia dysproporcji cenowych między świadczeniami w danym zakresie świadczeń gwarantowanych.

**Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Dowiadomości:

1. Pani Mariola Rybka Konsultant Krajowy w dziedzinie Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych.
2. Pani Zofia Małas Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

KONKURSY

NA STANOWISKA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH ODDZIAŁOWYCH, KTÓRE ZOSTANĄ OGŁOSZONE W 2017 R.

Szpital Powiatowy w Sławnie

Oddział Ginekologiczno-Położniczy
Oddział Intensywnej Opieki Medycznej i Anestezjologii
Oddział Chirurgiczno-Ortopedyczny

Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie

Oddział Anestezjologii, Intensywnej Terapii Dorosłych
Oddział Dermatologii z Izbą Przyjęć
Oddział Wewnętrzny C z Pododdziałem Diabetologii, Pracownią Holterowską
Oddział Kardiologii z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego oraz Pracowniami: Elektrofizjologii, USK, Holterowską, Prób Wysiłkowych, Hemodynamik, Kontroli Stymulatorów i Zaburzeń Rytmu, Rehabilitacji Kardiologicznej, Rentgenodiagnostyki Zabiegowej, Urządzeń Wszczepialnych Serca, Kontroli Rozruszników i Kardiowerterów
Oddział Okulistyki z Blokiem Operacyjnym i Pracowniami: Angiografii i Ortoptyki
Oddział Chirurgii Naczyniowej z Blokiem Operacyjnym
Oddział Chirurgii Ogólnej z Poradnią Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej i Blokiem Operacyjnym
Oddział Chirurgii Urazowej i Ortopedycznej z Blokiem Operacyjnym



PRZEMYSŁAW OŚKA
Dział Prawny NIPiP



mgr P. OŚKA

Informacje o zmianach w ustawie o działalności leczniczej

15 lipca 2016 r. weszły w życie zapisy ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960). Nowelizacja wprowadziła m.in. zmiany art. 5 ust. 2 pkt 2a, art. 19, art. 100 oraz 102 ustawy o działalności leczniczej. Przedstawiamy nowe brzmienie przepisów ustawy o działalności leczniczej (podkreśleniem i pogrubieniem zaznaczono najistotniejsze zmiany) oraz konkluzje wynikające z wprowadzenia tych zmian.

1. Art. 5. Wykonywanie zawodu lekarza i pielęgniarki w ramach działalności leczniczej

1. Lekarze i pielęgniarki mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.

2. Działalność lecznicza (...)

2) pielęgniarki może być wykonywana w formie:

a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład.

Konkluzja: Zastąpiono określenie „indywidualna/indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego” określeniem „indywidualna/indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład”.

2. Art. 19. Warunki prowadzenia działalności leczniczej przez pielęgniarkę

1. Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną praktykę jest obowiązana spełniać następujące warunki:

- 1) posiadać prawo wykonywania zawodu;
- 2) (uchylony)
- 3) nie może być:

a) zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych,

b) pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;

4) nie może mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;

- 5) **dysponować pomieszczeniem odpowiadającym wymaganiom**

określonym w art. 22, wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny;

6) uzyskać wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;

7) zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1.

2. Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną specjalistyczną praktykę jest obowiązana:

1) spełniać warunki, o których mowa w ust. 1;

2) posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

3. Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę wyłącznie w miejscu wezwania jest obowiązana:

1) spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 3, 4, 6 i 7, oraz, w przypadku indywidualnej specjalistycznej praktyki, warunek, o którym mowa w ust. 2 pkt 2;

2) posiadać sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta;

3) wskazać adres praktyki oraz adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej.

4. Pielęgniarka wykonująca **indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład** jest obowiązana spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1–4, 6 i 7.

5. W ramach grupowej praktyki pielęgniarki mogą być udzielane świadczenia zdrowotne wyłącznie przez pielęgniarki będące współnikami albo partnerami spółki, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 2 lit. b, spełniające warunki określone w ust. 1 albo ust. 2.

6. Pielęgniarka wykonująca indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład jest obowiązana spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1–4, 6 i 7 oraz w ust. 2 pkt 2.

Konkluzja: Zastąpiono określenie „indywidualna/indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego” określeniem „indywidualna/indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład”.

Pielęgniarka/położna prowadząca praktykę zawodową (w gabinecie) nie musi już składać opinii właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych (w tym gabinecie).

3. Art. 100. Wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

1. Podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy składa organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1, wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zwanego dalej „rejestrem”, zawierający następujące dane:

- 1) imię i nazwisko, nazwę albo firmę;
- 2) adres siedziby albo miejsca zamieszkania;
- 3) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 4) formę organizacyjno-prawną;
- 5) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 6) nazwę zakładu leczniczego oraz wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- 7) (uchylony)
- 8) numer REGON;
- 9) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
- 10) dane podmiotu tworzącego – w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

1a. Nazwa zakładu leczniczego, o której mowa w ust. 1 pkt 6, nie może być taka sama jak oznaczenie podmiotu leczniczego zgodnie z ust. 1 pkt 1.

2. Wraz z wnioskiem wnioskodawca składa oświadczenie następującej treści:

„Oświadczam, że:

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 618)“.

3. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2, zawiera ponadto:

- 1) imię i nazwisko, nazwę albo firmę wnioskodawcy, adres jego miejsca zamieszkania albo siedziby;
- 2) oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia;
- 3) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

4. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się dokumenty potwierdzające spełnienie warunków wykonywania działalności leczniczej, z zastrzeżeniem art. 25 ust. 3. (uchylony)

5. Dokumentem potwierdzającym spełnienie warunków, o których mowa w art. 22, jest, wydawana w drodze decyzji administracyjnej, opinia właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej. (uchylony)

4. Art. 102. Wniosek o wpis do rejestru pielęgniarki zamierzającej wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej

1. Pielęgniarka, która zamierza wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej składa organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1, wniosek o wpis do rejestru zawierający następujące dane:

- 1) imię i nazwisko pielęgniarki;
- 2) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki;
- 3) formę działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 4) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej, w przypadku wykonywania praktyki wyłącznie w miejscu wezwania;
- 5) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
- 6) adres do korespondencji;
- 7) posiadane specjalizacje;
- 8) (uchylony)

2. Pielęgniarki zamierzające wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej jako grupową praktykę w celu uzyskania wpisu do rejestru składają wniosek zawierający następujące dane:

1) listę pielęgniarek stron umowy spółki cywilnej, współników albo partnerów spółki, ze wskazaniem imion i nazwisk, ich miejsc zamieszkania oraz imienia i nazwiska osoby uprawnionej do reprezentowania tej spółki;

2) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 2–7;

3) (uchylony)

4) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania spółki, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

3. Przepisy art. 100 ust. 2 i 3

Konkluzja: W związku ze zmianą art. 100 ustawy o działalności leczniczej – wykreśleniem ust. 4 i ust. 5 w tym artykule, które to przepisy przewidywały obowiązek dołączania do wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą dokumentów potwierdzających spełnienie warunków wykonywania działalności leczniczej, w tym także opinii właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej – zmieniono także zawarte w art. 102 ustawy odesłanie odnoszące się do wniosku o wpis do rejestru praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych.

Obecnie art. 102 ustawy o działalności leczniczej odsyła do art. 100 ust. 2 i 3 ww. ustawy. Tym samym pielęgniarka, położna, która składa do okręgowej rady pielęgniarek i położnych wnioski o wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą (rejestr praktyk) wraz z wnioskiem składa jedynie oświadczenie o treści określonej w art. 100 ust. 2 i 3. **Nie musi już ona aktualnie dołączać do ww. wniosku dokumentów potwierdzających spełnienie przez nią warunków wykonywania działalności leczniczej, w tym opinii właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej, umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, czy też zaświadczenia o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.** □

LEKTURA OBOWIĄZKOWA. POLECAMY!

for. Prezydium



PRAWO MEDYCZNE DLA PIELĘGNIAREK

Dorota Karkowska
Włodzimierz Cezary Włodarczyk
(wprowadzenie)

Wydawnictwo: Wolters Kluwer SA

Książka jest kompleksowym opracowaniem charakteryzującym status prawny i zawodowy osób wykonujących zawód pielęgniarki. Przedstawia prawa i obowiązki osób wykonujących zawód pielęgniarki w relacji do praw i obowiązków innych zawodów medycznych, szczególnie lekarza, a także do praw pacjenta.

Autorka omawia zasady i prawne uwarunkowania wykonywania zawodu pielęgniarki oraz scharakteryzowała prawne podstawy zawodowej praktyki pielęgniarskiej oraz zatrudnienia pracowniczego i niepracowniczego w podmiocie leczniczym. Dokonała także analizy ogólnych podstaw i przesłanek prawnych odpowiedzialności: cywilnej, karnej, zawodowej oraz pracowniczego.

Opracowanie jest przeznaczone dla osób wykonujących zawód pielęgniarki i inne zawody medyczne, a także dla podmiotów zarządzających podmiotami leczniczymi.

Jeśli ktoś z Państwa uzna, że opracowanie „Prawo medyczne dla pielęgniarek” przyda się w jego pracy zawodowej, prosimy o kontakt z redakcją. Dla 5 pierwszych osób, które napiszą do redakcji, wskazując tematy prawne (i nie tylko), które powinny pojawić się w MPIP mamy egzemplarze ufundowane przez Wolters Kluwer SA.

ZALETY KARMienia PIERSIĄ

Dorota Ćwiek
Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny, IBCLC
Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych PUM



Karmienie piersią to rekomendowana i wzorcowa metoda żywienia niemowląt oraz małych dzieci, zalecana przez WHO, Amerykańską Akademię Pediatrii i ESPGHAN.[1] W Polsce nie prowadzi się badań epidemiologicznych w zakresie karmienia naturalnego dzieci, w tym wyłącznego. Szacuje się, że rozpoczyna karmienie w Polsce 97,0-99,0% matek, a w czwartym miesiącu kontynuuje karmienie 59,0% kobiet, wyłącznie tylko 30,0%, ale już w 6 miesiącu, pokarm matczynej dostaje tylko 3,7-14,0% dzieci.[2] Wskaźniki te nie są złe na tle świata i Europy: rozpoczyna karmienie piersią w USA 75,0% kobiet [3]; w trzecim miesiącu wyłącznie piersią karmi 50% matek na Węgrzech, Słowacji, w Szwecji, Norwegii, Danii, Islandii. [2] Znając jednak zalety karmienia piersią obowiązkiem pracowników ochrony zdrowia jest zachęcanie matek do podejmowania karmienia naturalnego i jego kontynuowania powyżej 1. roku życia lub dłużej.[3]

Corzyści karmienia piersią dla dziecka

- Mleko matki to tkanka żywa, która dostosowuje się do specyficznych potrzeb niemowlęcia i zmienia się wraz z nim. Inny skład ma mleko dla dziecka donoszonego, a inny dla wcześniaka.
- Karmienie piersią zapobiega wadom zgryzu. U dzieci karmionych naturalnie, pierś dopasowuje się do anatomii jamy ustnej. Natomiast podczas ssania smoczka butelki szczęka jest ustawiona nieprawidłowo, a język cofnięty do tyłu. Sprzyja to przodozgryzowi i wadom szklwiwa. Częściej też u dzieci karmionych mieszanką występuje próchnica zębów. Stomatolodzy biją na alarm z powodu tzw. próchnicy butelkowej.
- U dzieci karmionych w sposób naturalny lepszy jest rozwój mowy i artykulacji. Podczas karmienia butelką pracuje tylko kilka mięśni, u dzieci ssących pierś mamy – kilkadziesiąt, stąd lepiej wyćwiczone mięśnie używane podczas mowy i mimiki twarzy.
- Szybszy jest rozwój społeczny i psychomotoryczny. Niemowlę karmione piersią ma zmienianą pozycję, widzi twarz matki z różnych stron, pod różnymi kątami. Stymuluje to mięśnie gałek ocznych i rozwój ruchowy. Dziecko takie jest bardziej ciekawe świata, bardziej spostrzegawcze, łatwiej nawiązuje kontakty z otoczeniem.
- Podczas karmienia piersią dłuższe i częstsze jest przebywanie matki z dzieckiem, co wpływa na interakcję między nimi. Matka szybciej poznaje „język” dziecka, nawiązuje z nim szczególną więź, co sprzyja rozwojowi instynktu macierzyńskiego. Karmienie naturalne to relaks dla matki, a szczęśliwa mama, to spokojne i szczęśliwe dziecko. Bliskość matki wzmaga także poczucie bezpieczeństwa u maluszka.

Corzyści natychmiastowe karmienia piersią dla dziecka

- Zmniejszone jest ryzyko zapadalności na zwężenie odźwiernika. Rzadziej też występuje refluks żołądkowo-przełykowy ze względu na szybsze trawienie i krótsze zaleganie pokarmu w żołądku dziecka. Karmienie piersią wiąże się ze zmniejszeniem o 31,0% ryzyka wystąpienia zapalenia jelit [3] oraz jest związane z 64,0% zmniejszeniem częstości występowania nieswoistych infekcji przewodu pokarmowego, a działanie to utrzymuje się przez 2 miesiące po zaprzestaniu karmienia piersią.[3,6]

- Trzy razy rzadziej występuje zespół nagłej śmierci łódeczkowej (SIDS). Jednym z czynników ryzyka SIDS jest właśnie karmienie sztuczne dziecka. Obliczono nawet, że gdyby 90% matek w Stanach Zjednoczonych karmiło wyłącznie piersią przez okres 6 miesięcy, można by uniknąć ponad 900 zgonów z powodu SIDS. Występowanie SIDS jest zmniejszone o 45% u dzieci karmionych mlekiem matki i o 73% w przypadku wyłącznego karmienia piersią.[3]
- Karmienie wyłącznie piersią przez okres 4 miesięcy zmniejsza ryzyko hospitalizacji z powodu infekcji dróg oddechowych o 72%, ponadto zmniejsza nasilenie infekcji wirusem RSV.[3,6,7]
- Częstość zapalenia ucha środkowego zmniejsza się 3-krotnie u dzieci karmionych wyłącznie piersią ponad 3 miesiące.[3]
- U dzieci karmionych wyłącznie piersią przez 6 miesięcy lub dłużej czterokrotnie rzadziej występuje ryzyko zapalenia płuc niż u tych, które karmione są tylko 4-6 miesięcy.[3]
- Poważne przeziębienia, infekcje gardła i ucha występują o 63% rzadziej u dzieci karmionych wyłącznie piersią przez 6 miesięcy.[3]
- Czas trwania karmienia naturalnego koreluje ze zmniejszeniem zapadalności na białaczkę. Ostra białaczka limfoblastyczna występuje o 20% rzadziej, a ostra białaczka szpikowa jest obniżona o 15% u niemowląt karmionych piersią przez 6 miesięcy lub dłużej.[3,6]
- Zmniejszenie zachorowalności na: bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, biegunkę, zakażenia układu moczowego, martwicze zapalenie jelit, posocznicę u wcześniaków, bakteriemię.



Porównanie zawartości mleka kobiecego i mieszanki sztucznej [4,5]

Czynniki	Mleko kobiece	Mieszanka
	1,3 mln komórek/ ml mleka	?
Woda	Tyle samo	Tyle samo
Białko	<ul style="list-style-type: none"> 1,4 g / 100 ml przewaga alfa – laktoglobulin 10 x mniej kazeiny – ścina się drobnoklaczkowo proporcja białek serwatkowych do kazeiny – 70 : 30 przyswajalność – 98 – 100% białka serwatkowe są łatwiej trawione duża ilość wchłanianych bezpośrednio wolnych aminokwasów – 5 x więcej cysteina, tauryna – biorą udział w rozwoju mózgu 	<ul style="list-style-type: none"> 3,5 g / 100 ml przewaga beta – laktoglobulin – silny alergen 10 x więcej kazeiny – ścina się gruboklaczkowo proporcja białek serwatkowych do kazeiny – 18 : 82 przyswajalność – 83 - 93%
Tłuszcze	<ul style="list-style-type: none"> 4,3g / 100 ml duża ilość długocięściowych, wielonienasyconych kwasów tłuszczowych – łatwoprzyswajalne – 90%, budulec komórek nerwowych i siatkówki wyższe stężenie cholesterolu › szybszy rozwój mózgu (mielinizacja) podczas trawienia powstaje monolaurglicerol – czynnik przeciwinfekcyjny Tłuszcze MCT (medium chain triglycerides) spowalniają motorykę przewodu pokarmowego › dłuższe przebywanie pokarmu i lepsze wchłanianie 	<ul style="list-style-type: none"> 3,8 g / 100 ml kwasy nasycone – drażnią błonę śluzową – kolka żółtawa, gorzej metabolizowane
Węglowodany	<ul style="list-style-type: none"> 6,8 g / 100 ml laktoza – źródło energii › zwiększa wchłanianie Ca²⁺ › wzrost kości, mielinizacja mózgu laktoza wchłania się wolno › zapobiega wahaniom stężenia glukozy we krwi rozkładają się wolniej › niekorzystne warunki do rozwoju bakterii chorobotwórczych, wspomaga rozwój Lactobacillus bifidus poprzez oligosacharydy Oligosacharydy pełnią też funkcję przeciwinfekcyjną – łączą się z bakteriami. 	<ul style="list-style-type: none"> 4,7 g / 100 ml laktoza krowia
Substancje odpornościowe	<ul style="list-style-type: none"> makrofagi – największe stężenie w sianie limfocyty T – największe stężenie w sianie – niszczą zakażone komórki immunoglobuliny – głównie IgA – uszczelnia przewód pokarmowy, wiąże drobnoustroje i alergeny › nieprzenikanie przeciwciał, ochrona przed infekcjami lizozym niszczy bakterie laktoferytyna – wiąże Fe zmniejszając dostępność bakterii do żelaza czynnik bifidogenny – czynnik wzrostowy dla bakterii w przewodzie pokarmowym kobaltofilina – wiąże kwas foliowy i wit. B12 	<ul style="list-style-type: none"> ma właściwości alergizujące mleko krowie niweczy działanie lizozymu, laktoferytyna, kobaltofilina
Substancje odpornościowe	<ul style="list-style-type: none"> Cytokiny (IL-4, IL-10, IL-12, IL-18) – modulują układ immunologiczny. Czynniki wzrostu – EGF – czynnik wzrostu naskórka, IGF-1 – insulinopodobny czynnik wzrostu typu 1, NGF- czynnik wzrostu nerwu, TGF α i β-transformujące czynniki wzrostu – powodują wzrost komórek, spełniają funkcje naprawcze, stymulują procesy różnicowania i dojrzewania wielu narządów i układów. Hormony (leptyna, grelina, rezystyna) odpowiadają za równowagę gospodarki energetycznej. 	Brak
Enzymy	<ul style="list-style-type: none"> ok. 80 enzymów ułatwiających trawienie i wspomagających własne enzymy dziecka (proteolityczne, lipolityczne, amylaza, oksydazy, antyoksydazy – zapobiegają utlenianiu długocięściowych kwasów tłuszczowych, laktoperoksydaza – enzym bakteriostatyczny gł. dla paciorkowców, lizozym – niszczy otoczki komórek bakteryjnych, laktoferyna – hamuje wzrost patogenów, alfa1 – antytrypsyna – blokuje trawienie białek odpornościowych 	Brak
Sole mineralne	<ul style="list-style-type: none"> Ca²⁺ - wchłania się w całości Fe²⁺ - łatwiej przyswajalne (50 – 70%) Mg²⁺, Cu²⁺, Zn²⁺ - więcej i łatwoprzyswajalne Zawartość jodu i fluoru zależy od jego spożycia przez matkę. 	<ul style="list-style-type: none"> 3 x więcej – nadmiernie obciążają nerki Fe²⁺ przyswajalne tylko w 10%
Witaminy	Naturalne Za mało witaminy D i K.	Sztuczne

Korzyści długofalowe karmienia piersią dla dziecka

Średnia masa ciała w 6. miesiącu życia > 50 centyla standaryzowanych siatek.

- Karmienie piersią wiąże się ze zmniejszeniem o 30% otyłości młodzieży i dorosłych.[3] Rzadziej w życiu dorosłym występuje otyłość (mniej jest komórek tucznych u dzieci karmionych piersią). Mniejsze jest BMI, jeśli wyłącznie karmienie piersią trwało powyżej 4 miesiące. Karmienie piersią odgrywa ważną rolę w zapobieganiu otyłości u dzieci, młodzieży i dorosłych. Związane jest nie tylko z mniejszym BMI, ale też z większym stężeniem HDL w surowicy, przy czym każdy miesiąc karmienia piersią zmniejsza ryzyko otyłości o 4%. [3,6] Mniejsze jest stężenie złego cholesterolu we krwi.
- Wyższy jest iloraz inteligencji. Dzieci otrzymujące pokarm kobiecy dostarczane mają białka i cholesterol, które przyspieszają mielinizację połączeń nerwowych, a tym

samym przyspieszają rozwój układu nerwowego.

- Mniejsze ryzyko nadużywania alkoholu w wieku dorosłym.
- Karmienie wyłącznie piersią przez okres przynajmniej 3 miesięcy zmniejsza ryzyko cukrzycy typu 1 o 1/3. [3] Jest to związane z brakiem ekspozycji na β-laktoglobulinę zawartą w mleku krowim.
- Zmniejszenie częstości występowania cukrzycy typu 2 o ponad 1/3 jest najprawdopodobniej związane ze zmniejszeniem otyłości i rozwojem samoregulacji objętości przyjmowanego pokarmu w grupie karmionej piersią. [3,6]
- Obniżenie poziomu cholesterolu całkowitego u dorosłych, którzy w okresie dzieciństwa karmieni byli piersią.[7]
- Zmniejszenie o 8,0% ryzyka zachorowania na chorobę wieńcową związane z karmieniem piersią.[7]
- Wyłącznie karmienie piersią 3 do 4 miesięcy wiąże się ze zmniejszeniem zachorowania na astmę, atopowe zapalenie skóry i wyprysk o 27% z niskim ryzykiem rodzinnym, a o 42% u niemowląt z dodatnim ryzykiem rodzinnym.[3]

Rzadziej w życiu dorosłym występuje: choroby naczyń wieńcowych, nadciśnienie tętnicze, stwardnienie rozsiane, wrzodziejące zapalenie jelit, chłoniak nieziarniczy, choroba Crohna (immunomodulacyjna rola cytokin, alfatokoferolu, β -kazomorfiny i prolaktyny), ziarnica złośliwa, rak piersi w okresie okołomenopauzalnym.[6,7]

Korzyści karmienia piersią dla matki

- Mniejsze jest ryzyko krwotoków poporodowych oraz anemii.
- Ssanie piersi przez noworodka powoduje wydzielanie oksytocyny, co powoduje lepsze i szybsze obkurczanie się macicy i mniejszą utratę krwi w okresie połogu.
- Szybsza jest utrata zbędnych kilogramów.
- Mniejszy poziom depresyjności u matek karmiących.
- Rzadziej występuje nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, hiperlipidemia, choroby układu krążenia w okresie pomenopauzalnym.
- U kobiet, które nie chorowały na cukrzycę ciężarnych, każdy rok karmienia piersią obniża ryzyko zachorowania na cukrzycę typu drugiego o 4-12%. [3,6]
- Jeśli czas karmienia piersią przekracza 12 miesięcy szanse na zachorowanie na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) są małe (0,8), a jeszcze niższe, gdy przekracza 24 miesiące (0,5).[6]
- Mniejsze jest ryzyko wystąpienia osteoporozy i złamań biodra w okresie starości. Ryzyko złamania szyjki kości udowej u kobiet po 65 r. życia zmniejsza się do połowy, jeśli karmiły piersią. Jeśli czas trwania karmienia był dłuższy niż 9 miesięcy na każde dziecko, ryzyko zmniejsza się do ¼. Kobiety, które karmiły piersią, badane w okresie przekwitania miały o 41 mg/cm² wyższą gęstość kości w odcinku lędźwiowym kręgosłupa w porównaniu z tymi, które nigdy nie karmiły.[5]
- Poprzez wyłączenie funkcji jajnika na okres kilku miesięcy zmniejsza się ryzyko zachorowanie na nowotwory estrogenozależne: do 25% mniej zachorowań na raka jajnika i do 50% na raka piersi. Każdy rok karmienia obniża ryzyko wystąpienia raka sutka o 4,3%. [6]
- Ochrona przed następną ciążą - niepłodność laktacyjna. Ryzyko zajścia w ciążę kobiet nie miesiączkujących, karmiących wyłącznie piersią nie przekracza 2%.
- Hormony powodują rozwój instynktu macierzyńskiego. Wysoki poziom prolaktyny (podczas karmienia wzrasta na początku nawet 10–20 razy) przyspiesza rozwój uczuć macierzyńskich, matka jest łagodniejsza, spokojniejsza i czulsza dla dziecka, używa wobec niego mniej zakazów i nakazów. Wysoki poziom oksytocyny – ma działanie uspokajające, zmniejsza stężenie kortyzolu, obniża ciśnienie, zmniejsza agresję i lęk.

Korzyści karmienia piersią dla społeczeństwa

- Jest tanie dla społeczeństwa - dzieci karmione piersią rzadziej zapadają na choroby, rzadziej są hospitalizowane, stąd też mniejsze koszty leczenia.
- Karmienie piersią zapobiega ponad 1 milionowi zgonów niemowląt rocznie, co odpowiada 13% śmiertelności dzieci.[3]
- Szacuje się, że dzięki prawidłowym praktykom karmienia piersią można by uratować życie około 1,4 mln dzieci w ciągu roku.[8]
- W Australii koszty hospitalizacji spowodowane 5 chorobami związanymi z wczesnym odstawieniem od piersi wynoszą 1-2 mln dolarów rocznie.[8]
- W USA obliczono, że gdyby poprawić wskaźniki karmienia piersią niemowląt w 1-szym miesiącu (do 75%) i 6-tym miesiącu (do 50%), państwo oszczędzałoby 3,6 miliardów dolarów rocznie, a gdyby zwiększyć ilość dzieci karmionych wyłącznie piersią do 90% w 6-stym miesiącu, to oszczędności sięgnęłyby 13 miliardów dolarów i można by uniknąć 911 zgonów dzieci rocznie.[8].
- W Holandii obliczono, że gdyby wszystkie dzieci były karmione piersią przynajmniej przez 6 miesięcy, uniknięto by około 50% zakażeń przewodu pokarmowego, 20%

zapaleń ucha środkowego, układu oddechowego, wyprysku atopowego, 47% przypadków choroby Crohna, 10% białaczki i otyłości.[8]

- Na 1000 dzieci nigdy nie karmionych piersią przypada o 2033 więcej wizyt u lekarza, o 212 więcej dni leczenia szpitalnego, o 609 więcej recept w porównaniu z dziećmi karmionymi wyłącznie przez 3 miesiące piersią.[8]
- Karmienie piersią jest przyjazne dla środowiska. Na wyprodukowanie mleka w proszku trzeba uruchomić cały łańcuch przemysłowy: począwszy od hodowli, poprzez skup mleka, mleczarnię, zakład produkujący opakowania, dystrybutorów, hurtownie, sklepy, firmy reklamowe. Do tego dodać należałoby akcesoria niezbędne do karmienia sztucznego: butelki, smoczki, podgrzewacze, szczotki do mycia, wyparzacze itp. To wszystko pozostawia po każdym etapie produkcji tony śmieci, które należy potem zutylizować. Materiał, z których wyprodukowano butelki i smoczki rozkłada się setki lat na wysypiskach śmieci, może przenikać do wód podziemnych, stanowiących ujęcia wody pitnej. Składowiska śmieci mogą ulegać pożarom, więc środki te przedostają się do powietrza, powodując jego skażenie. Stanowi to poważny problem dla zdrowia publicznego.
- Dzieci karmione piersią zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się rzadziej chorują, rzadziej są pacjentami lekarzy, są znacznie rzadziej hospitalizowane, rzadziej umierają.

Każda położna powinna znać zalety karmienia naturalnego, aby prowadzić działania edukacyjne. Gdyby kobiety знаły te zalety, odsetek karmiących mógłby być większy, co przełożyłoby się na zdrowie dzieci, matek i zdrowie społeczeństwa.

Piśmiennictwo:

- ♦ WHO. Global Strategy for infant and young child feeding. Annex 2. [W:] Infant and young child nutrition. Geneva: 55 WHA, Report by the Secretariat; 2002.
- ♦ Nehring-Gugulska M., Szytber B.: Raport o stanie karmienia piersią w Polsce, 2013.
- ♦ AAP: Breastfeeding and the use of Human Milk. Pediatrics, 2012; 129 [3]: p. 827-841.
- ♦ Szlagatys-Sidorkiewicz A., Brodzicki J.: Mleko kobiece. Aktualny stan wiedzy. Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 2008.
- ♦ Nehring-Gugulska M. (red.): Karmienie piersią w teorii i praktyce. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2012.
- ♦ Nehring-Gugulska M.: Stanowisko Amerykańskiej Akademii Pediatrii w sprawie karmienia piersią 2012 - Omówienie najważniejszych fragmentów. <http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/Stnowisko%20AAP.pdf> dostęp: 1.12.2016
- ♦ Breastfeeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2009; 49:112-125. Wersja polska, <http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/espghan.pdf> dostęp: 1.12.2016.
- ♦ Nehring-Gugulska M.: Karmienie piersią - ważny czynnik zdrowia rodziny. Konferencja Wokół porodu XXI wieku, WUM, 14 październik 2012.



IV Koszalińskie Forum Psychiatrii Środowiskowej



W związku z rosnącym odsetkiem osób zmagających się z zaburzeniami psychicznymi i niepokojącymi prognozami na najbliższe lata, ochrona zdrowia psychicznego powinna stać się priorytetem, szczególnie z uwagi na społeczny aspekt zdrowia psychicznego, który wymaga kompleksowych rozwiązań i szerszego podejścia. Przed psychiatrią środowiskową wciąż stoi bowiem wiele wyzwań. To właśnie o tych wyzwaniach dyskutowano podczas IV. Koszalińskiego Forum Psychiatrii Środowiskowej, które odbyło się 18 listopada 2016 roku w auli Politechniki Koszalińskiej przy ul. Kwiatkowskiego 6E w Koszalinie.

Uczestników i gości IV Forum przywitani: dyrektor Środkowopomorskiego Centrum Zdrowia Psychicznego dr Izabela Ciuńczyk, dyrektor MOPS Bogumiła Szczepanik, kanclerz Politechniki Koszalińskiej Artur Wezgraj i przewodnicząca Komisji Spraw Społecznych Rady Miejskiej w Koszalinie Izabela Wilke. Całość prowadził redaktor Kuba Grabski.

Konferencję podzielono na dwa bloki tematyczne. Blok pierwszy **Tu i teraz**, w którym wystąpiły osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego oraz psycholog Aleksandra Zykus-Stukan, przedsiębiorca - właściciel POZ, radny miejski lek. Sergiusz Karzanowski, Przewodnicząca

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych mgr Bożena Wojcikiewicz i przedstawicielki MOPS, Katarzyna Wilczak-Socha, Renata Pawłowska i Grażyna Strojek.

Blok drugi, czyli **Perspektywy** podczas, którego głos zabrali: dyrektor Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Choroszczy, a także Prezes Zarządu Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień Tomasz Goździkiewicz, lek. psychiatra oraz Prezes Zarządu Fundacji na Rzecz Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Nowe Życie” w Koszalinie Stanisław Dorosz, lekarz psychiatra, a także Dyrektor Środkowopomorskiego Centrum Zdrowia Psychicznego „MEDiSON” w Koszalinie, Izabela Ciuńczyk oraz konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii dla województwa mazowieckiego i członek komisji ds. Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Ministerstwie Zdrowia prof. dr hab. med. Jacek Wciórka z Instytutu Psychiatrii i Neurologii I Kliniki Psychiatrycznej w Warszawie. Forum zakończyły warsztaty na temat światowych standardów leczenia lekami pacjentów z rozpoznaniem F-20 na podstawie studium dwóch przypadków, prowadzone przez dr Izabelę Gębke.



CZARNA HERBATA sięgnij po nią jesienią

Czarna herbata do niedawna była najpopularniejszym napojem. Dzisiaj do picia zielonej i białej herbaty nie trzeba nikogo zachęcać, o ich zdrowotnych właściwościach specjaliści rozpisują się już od dawna. A co z tradycyjną, czarną herbatą?

Zapominamy, że wszystkie herbaty pochodzą z liści tej samej odmiany rośliny herbacianej. Herbaty różnią się między sobą czasem zbioru, sposobem suszenia i przetwarzania. W istocie czarna herbata, niezależnie od jej rodzaju, jest bogatym źródłem składników odżywczych.

1. Herbata zielona jest zdrowsza od czarnej

Dostępne obecnie wyniki badań naukowych nad herbatą dowodzą, że herbata czarna jest równie zdrowa, jak herbata zielona, choć obie oddziałują na organizm nieco inaczej. Wynika to z faktu, że pochodzą one z tej samej rośliny (*Camelia sinensis*) i produkowane są ze świeżych pędów, najbardziej wartościowych pod względem smakowym i zdrowotnym. Jedynie prawdziwą, czyli pochodzącą tylko z pączków liściowych herbatę białą można uznać za zdrowszą od pozostałych, ponieważ to właśnie w pączkach liściowych jest największe natężenie korzystnych dla zdrowia składników. Warto podkreślić, że składniki te znajdują się w zrywanych liściach, a nie powstają na którymkolwiek z etapów przetwarzania.

2. Liście herbaty zielonej można parzyć wielokrotnie

Oczywiście. Te same liście prawidłowo zaparzonej herbaty zielonej można parzyć nawet trzykrotnie. Należy jednak pamiętać, żeby przelać do filiżanki cały napar, pozostawiając w czajniczku tylko wilgotne listki, odkryw przykrywkę, aby listki odparowały i wydłużyć czas parzenia każdego kolejnego naparu o pół minuty. Warto pamiętać, że herbatę zieloną, by nie była nazbyt cierpka, należy parzyć nie wrzątkiem, lecz przestudzoną przez kilka minut wodą.

3. Herbatę powinno się serwować w białej porcelanie

Naczynia z białej porcelany znakomicie pasują do serwowania herbaty – równomiernie się nagrzewają, doskonale podkreślają barwę naparu, są bardzo eleganckie... Jednak w wielu dawnych, zasłużonych „kulturach herbacianych” – np. w Maroku – od wieków podaje się jednak herbatę w szklankach, co trudno przecież uznać za przejaw złego gustu. To, w czym pijemy herbatę, nie jest tak ważne jak to, jaką herbatę pijemy – dobra, dobrze zaparzona herbata będzie smaczna zarówno w porcelanowej filiżance, w szklance, w porcelitowym kubku...

4. Herbatę należy zaparzać w czajniczku i pod przykryciem

Wszystko zależy od tego, jaką herbatę zaparzamy – w formie sypkiej, czy w torebce ekspresowej. Herbatę sypką należy parzyć w czajniczku i po upływie wyznaczonego instrukcją parzenia czasu przelać do filiżanki. Herbatę w torebce najczęściej przygotowuje się bezpośrednio w filiżance – torebki ekspresowe zostały stworzone m.in. po to, by uprościć procedurę i ograniczyć ilość akcesoriów. Prawdą jest, że herbata lepiej zaparza się pod przykryciem – jeśli to możliwe, warto przykryć filiżankę spodkiem lub małym talerzykiem.

5. Herbatę powinno się podawać bez cukru, cytryny i mleka

To delikatna kwestia dotycząca indywidualnych gustów

konsumentów. Z jednej strony każdy dodatek (szczególnie w nadmiarze) zmienia oryginalny smak herbaty, pozbawiając ją w jakimś stopniu naturalnego charakteru. Z drugiej strony nawet najbardziej wyjątkowa, podana bez cukru herbata nie będzie smakowała komuś, kto od lat sładzi napar. Tak więc nie powinno się sugerować dodatków np. poprzez umieszczenie na spodku plasterka cytryny, lub ustawienie na stole cukiernicy, gdyż prawdopodobnie nasi goście potraktują to jako rekomendację do ich użycia. Z drugiej strony nie warto odmawiać ich w żadnym wypadku, ewentualnie zasugerować alternatywne rozwiązania, np. polecić herbatę o aromacie cytryny zamiast klasycznej herbaty czarnej z cytryną, bądź użycie miodu zamiast cukru.

6. Herbata jest napojem chłodzącym

To prawda. Mieszkańcy wielu krajów, w których panują tropikalne temperatury, np. Sri Lanki piją gorącą herbatę cały rok, ponieważ jest ona bardzo smaczna i zdrowa, ale także dlatego, że skutecznie gasi pragnienie. W upalne letnie dni można również przygotować herbatę mrożoną – naturalną, mocniej zaparzoną herbatę wystarczy przelać do szklanki wypełnionej lodem, aby natychmiast otrzymać orzeźwiający napój niekaloryczny, bez cukru i konserwantów, zdrowy i smaczny.

7. Herbata ma działanie odwadniające

Nie prawda. Praca opublikowana na łamach *European Journal of Clinical Nutrition* obala mit, że herbata odwadnia. Okazuje się, że nie tylko nawadnia tak samo dobrze jak H₂O, ale także zabezpiecza przed chorobami serca i niektórymi nowotworami. Za najważniejsze składniki herbaty eksperci uznają flawonoidy (przeciwutleniacze). Badania nad kofeiną wykazały, że bardzo wysokie jej dawki odwadniają i każdy zakłada, iż napoje zawierające ten alkaloid są odwadniające. Jeśli nawet zaparzymy sobie naprawdę bardzo mocną herbatę, a jest to dość trudne, nadal przybędzie nam płynów.

8. Herbata zmniejsza ryzyko zawału

PRAWDA. Dr Carrie Ruxton i zespół z londyńskiego College'u Królewskiego przeanalizowali badania nad wpływem picia herbaty na zdrowie. Dowody jasno wskazywały, że wychylenie 3-4 filiżanek naparu dziennie znacznie zmniejsza ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego nawet o 50%. W oparciu o badania specjaliści zalecają minimum pół filiżanki zielonej herbaty lub typu oolong dziennie, przez co najmniej rok, aby czerpać korzyści z picia tego napoju. Konieczne są jednak dalsze badania, aby lepiej poznać mechanizm obniżania ciśnienia przez zawarte w herbacie związki.

9. Herbata działa niekorzystnie na zęby

Ponieważ napar zawiera związki fluoru, Zapobiega też tworzeniu się kamienia nązębnego, próchnicy, a ponadto wzmacnia kości. Herbata jednak powoduje żółknięcie zębów. To jest prawda.

10. Herbata może być niezdrowa

Nie znaleziono dowodów na to, że konsumpcja herbaty może powodować jakies szkody. Napar upośledza jednak zdolność absorbowania żelaza z pokarmów, dlatego osoby zagrożone anemią powinny unikać picia „czaju” w porach posiłków.



Kącik Dobrej Książki

„Książki są bramą, przez którą wychodzisz na ulicę.

Dzięki nim uczysz się, mądrzejesz, podróżujesz, marzysz, wyobrażasz sobie, przeżywasz losy innych, swoje życie mnożysz razy tysiąc.

Ciekawe, czy ktoś da ci więcej za tak niewiele.

Pomagają też odpędzić różne złe rzeczy - samotność, upiory, lęki i obawy.

Czasem się zastanawiam, jak możecie znieść to wszystko wy, którzy nie czytacie.... „

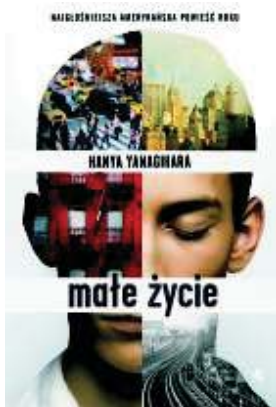
W związku z nadchodzącymi świętami Bożego Narodzenia chciałam życzyć Wam wszystkim nadziei, własnego skrawka nieba, zadumy nad płomieniem świecy, filiżanki dobrej, pachnącej herbaty, ciekawej książki, pięknej poezji, muzyki, pogodnych świąt zimowych, odpoczynku, zwolnienia oddechu, nabrania dystansu do tego, co wokół.

Życzę chwil roziskrzonych kolędą, śmiechem i wspomnieniami.

Zaś w nadchodzącym Nowym Roku chcę, aby w Waszych sercach zagościła wiara i nadzieja, abyśmy czuli się silniejsi i wiecznie młodzi i abyśmy wszelkie napotkane przeszkody mijali jednym niewielkim krokiem.

Życzę, aby najskrytsze marzenia znalazły urzeczywistnienie, a każdy dzień przynosił tylko radość i uśmiech. Życzę wielu sukcesów, odważnych marzeń, mądrych decyzji, satysfakcji, spokoju i pomyślności na cały nadchodzący 2017 roku.

Małe życie - to najgłośniejsza powieść tego roku. Zdobyła szturmem wszelkie promocje, nęciła piękną okładką i obiecującymi recenzjami. Intrygowała zapowiedzią ciężkich doświadczeń, mocnych wrażeń i niebanalnej, a wyjątkowej historii czwórki przyjaciół. Oczywiście sama nie mogłam się jej oprzeć i kupiłam ją. Nie było nam ze sobą po drodze przez długi czas, męczyłam się, zachodziłam ją ukradkiem, aż w końcu zawzięłam się w sobie i postanowiłam, że skupię się najmocniej jak tylko potrafię i stawię jej czoła. Udało się. Teraz, po kilku dniach, jestem gotowa aby skonfrontować się z emocjami, a tym samym, napisać dla Was kilka słów.



Okazała się powieścią taką, jakie lubię najbardziej: wielką, ambitną, psychologiczną, wielowymiarową, wręcz epicką, i - przede wszystkim - wyczerpującą emocjonalnie. Bo, "Małe życie" to jedna z tych książek, w których czasami narracja jest tak bolesna, że jedynym wyjściem pozostaje zatrzymać się na dłuższą chwilę i spróbować złapać oddech. Skończyłam ją już jakiś czas temu i wciąż nie mogę przestać o niej myśleć - tak, to

zdecydowanie najlepsza książka, jaką przeczytałam w tym roku i prawdopodobnie jedna z najlepszych, jakie czytałam w ogóle. Przejmująca i przesywająca dreszczem powieść, która bez retuszu portretuje najmroczniejsze fragmenty ludzkiej duszy, a właściwie to, jak wielką krzywdę jesteśmy w stanie wyrządzić sobie nawzajem i jak wielkim cieniem położy się to na naszym późniejszym życiu. Jeżeli więc ktoś, podobnie jak ja, gustuje w głębokich, obezwładniających treściach wpływających na system wartości - polecam.

A jest to książka napisana z wielkim rozmachem, poruszająca wiele różnych spraw, także (a może przede wszystkim) tych trudnych i bolesnych, odciskających piętno nie tylko na bohaterach, ale i na czytelniku. Zachwyca i jednocześnie niepokoi, poraża wnikliwymi opisami przeżyć głównych bohaterów, których losy śledzimy na przestrzeni kilku dekad życia.

Spośród nich szczególnie wyróżnia się tajemnicza postać Jude'a, okrutnie doświadczanego przez los i bezustannie balansującego na granicy życia i śmierci. To on skupia na sobie szczególną uwagę choćby ze względu na to, iż mimo licznych zalet, nieprzeciętnej inteligencji i wielu sukcesów zawodowych, nie potrafi dostrzec własnej wartości. Ciągłe postrzega siebie poprzez pryzmat pierwszych piętnastu lat swego życia, które odcisnęły tak głębokie rysy w jego psychice, że nie sposób się od nich uwolnić...

Opowieść o losach Jude'a i jego przyjaciół poznajemy dzięki dwóm narratorom. Pierwszy z nich, trzecioosobowy i wszechwiedzący, odznacza się nie tylko ogromną wiedzą, ale też niesamowitą wrażliwością i empatią, która udziela się czytelnikowi. Drugi, wypowiadający się w pierwszej osobie, pojawia się w całej opowieści zaledwie trzy razy - jest nim jeden z bohaterów powieści, Harold. Jego osobiste wspomnienia stanowią specyficzny przerywnik w toku narracji trzecioosobowej, jednocześnie uzupełniając ją o cenne dla całej historii informacje i spostrzeżenia.

Skończyłam... a z każdą przewracaną stroną chciałam coraz bardziej, żeby ta historia nigdy nie miała końca, ale miała, a ja teraz nie wiem co ze sobą zrobić. Co czytać? Przecież każda kolejna książka będzie niczym przy "Małym życiu". Jestem rozbita, nie mogę się pozbierać, zapomnieć, przejść obojętnie.

Prerażające studium ludzkiego dramatu, upokorzenia, bólu, cierpienia i samotności. Tę książkę trzeba przeczytać! „Małe życie” to poruszająca i na swój sposób piękna lektura pełna przeplatających się i współgrających ze sobą sprzeczności. Przeraża okrucieństwem, jakiego potrafi dopuścić się człowiek względem drugiego... Fascynuje siłą i wielkim oddaniem prawdziwej, lojalnej przyjaźni, jakiej każdy z nas chciałby doświadczyć, bo: „Czy nie jest cudem sama przyjaźń - znalezienie drugiej osoby, która samotny świat uczyni mniej samotnym?”

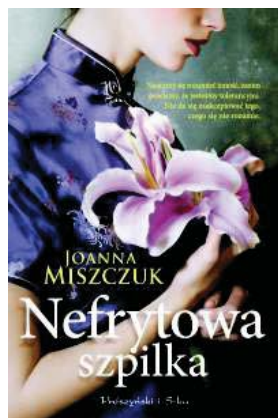
„Małe życie” - z pewnością warto przeczytać! rodzinie, medycynie, literaturze, marzeniach, pasjach, a przede wszystkim o chorobie, śmierci i świadomym odchodzeniu. To piękna i wzruszająca historia, którą zdecydowanie warto poznać.



Joanna Miszczuk (ur. 1964) – wrocławianka duchem, choć rzadko ciałem. Obecnie mieszka i pracuje w Berlinie. Matka nastoletniej córki. Z wykształcenia pedagog, absolwentka Uniwersytetu Wrocławskiego. Zawodów ma wiele. Mieszkała w Niemczech, we Francji i w Polsce. Mówi czterema językami. Ulubione miejsca: Wrocław, Montmartre w Paryżu, Berlin i Sopot. Píše od zawsze.

Ciągle jeszcze mam w pamięci poprzednią powieść autorki zatytułowaną „Wyspa”, która wywarła na mnie kolosalne wrażenie. Jednak według mnie ta książka bije ją na głowę. Jest fenomenalna pod każdym możliwym względem. Ma w sobie to „coś”- jakąś nieuchwytną, trudną do zdefiniowania magiczną aurę, która przenika wszystkie zakamarki duszy.

Chociaż saga rodzinna kilku pokoleń kobiet i zaczynająca trylogię powieść pt. „Matki, żony, czarownice” podobała mi się bardzo.



Długą drogę musiała przejść Melania, dziewczyna z biednej rodziny, by z córki skromnej szwaczki stać się znanym ekspertem od chińskiej sztuki meblarskiej i właścicielką świetnie prosperującej firmy, sprzedającej antyki. Przeżyła śmierć matki i odrzucenie przez ojca, który nie chciał się przyznać do nieślubnego dziecka, skończyła wymarzone studia, dostała się na staż w prestiżowym domu aukcyjnym w Londynie. Przeboleła także utraconą miłość i nadzieję na szczęście u boku ukochanego mężczyzny.

Mijają lata. Melania jest cenioną zamożną kobietą interesu. I samotną, chociaż ma wielu przyjaciół, a o jej ekspertyzy ubiegają się najwięksi kolekcjonerzy na świecie. Pewnej nocy w jej wrocławskim mieszkaniu dzwoni telefon...

Poznajmy Melanię – młodą Polkę, która po latach biedy, poczucia upokorzenia i niezawinionej krzywdy, wspina się na sam szczyt, zyskując poważanie jako znany historyk sztuki, specjalizujący się w chińskiej sztuce meblarskiej. Spektakularny sukces okupuje niestety samotnością. Na skutek nieporozumienia traci miłość swojego życia. Pani Joanna stworzyła fascynującą historię silnej kobiety, która z uporem i determinacją konsekwentnie dąży do realizacji określonego celu. Tym samym pokazuje, że nigdy nie jest za późno, aby naprawić swoje błędy, odbić się od dna i zaważczyć o lepsze jutro.

Bohaterka powieści pomimo różnych trudności nie poddawała się pokornie losowi, tylko dzielnie walczyła o swoje szczęście. To bez wątpienia inspirująca osobowość, z której warto brać przykład. Równie ciekawe są postacie drugoplanowe; Sylwia- przyrodnia siostra Melanii, Gong Tan Ling z Pekinu, jego babcia Tian Lai oraz Nije Ke Xin – umiłowana konkubina cesarza Guangxu. Każde z nich ma swój własny, niepowtarzalny charakter, swój punkt widzenia na świat i swój życiorys. Razem wiele wnoszą do powieści nadając jej osobliwego kolorytu.

Poruszająca i zachwycająca lektura. Nie sposób się od niej oderwać, tak jak nie sposób jej zapomnieć. Autorka z właściwą sobie erudycją, finezją i pięknym językiem kreśli mozaikę wielopokoleniowych losów, w którym smutek miesza się ze szczęściem a ból z chwilami radości. Odważnie podejmuje trudne tematy dotyczące tolerancji, akceptacji, różnorodności, a także szacunku do samego siebie i innych – ze szczególnym podkreśleniem poszanowania swoich rodziców.

„Nefrytowa szpilka” to jedna z lepszych powieści w swoim gatunku, z jaką miałam do czynienia w ostatnim czasie. Barwna, dojrzała i emocjonalna. Po prostu NIEZWYKŁA.

Jak zwykle namawiam wszystkich do czytania, a każdą proponowaną pozycję chętnym z przyjemnością pożyczę

Dorota Fenkanin
Oddział Onkologii i Chemioterapii
- Szpital Wojewódzki w Koszalinie
e-mail: dofen69@gmail.com



**Wykaz obowiązujących, podstawowych aktów
prawnych związanych z wykonywaniem zawodu
pielęgniarki i położnej
- stan prawny na dzień 30 listopada 2016 r.**

USTAWA z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz.U.2016.1251).

akty wykonawcze:

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U.2007.210.1540),

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 października 2015 r. w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne (Dz.U.2015.1971),

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 30 września 2016 r w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U.2016.1761 z późn. zm.),

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 października 2015 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych (Dz.U.2015.1739),

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz.U.2013.1562),

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 26 września 2012 r. 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.2012.1106),

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 sierpnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych (Dz.U.2012.970),

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.2012.770),

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2003 r. Nr 197, poz. 1923.),

USTAWA z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U.2011.174.1038 z późn. zm.)

akty wykonawcze:

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 2 maja 2012 r. w sprawie sposobu i trybu prowadzenia rejestru ukaranych pielęgniarek i położnych oraz sposobu i trybu wykonania prawomocnych orzeczeń sądów pielęgniarek i położnych (Dz.U.2012.545)

USTAWA z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t.Dz.U.2016.1638)

akty wykonawcze:

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U.2012.1545).

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA FINANSÓW z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2011.293.1729)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 29 września 2011 r.w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących *działalność leczniczą* oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (j.t.Dz.U.2014.325),

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 lutego 2012 r.w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U.2012.182),

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami(Dz.U.2011.151.896)

USTAWA z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz.U.2016.1793 z późn. zm.)

akty wykonawcze:

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 listopada 2013 r.w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (j.t. Dz.U.2016.1743 z późn. zm.),

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2016.1567)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2016.1567)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 października 2015 r. w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne (Dz.U.2015.1971 z późn. zm.)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych(Dz.U.2016.1761),

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 sierpnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych (Dz.U.2012.970)

USTAWA z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz.U.2016.186 z późn. zm.)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz.U.2013.750),

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069),

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 30 lipca 2009 r.w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej (Dz.U.2009.129.1068)

HARMONOGRAM REALIZACJI KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGOW I PÓŁROCZU 2017 ROKU

KURSY KWALIFIKACYJNE dla pielęgniarek			
L.p.	Dziedzina kursu	Przewidywany termin rozpoczęcia kursu	Obowiązujące kwalifikacje
1	Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywne dla pielęgniarek (445 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	a) kurs specjalistyczny RKO b) kurs specjalistyczny EKG (zaświadczenia o ukończeniu ww. kursów należy przedłożyć <u>najpóźniej przed</u> egzaminem przeprowadzonym po kursie kwalifikacyjnym) Warunki, o których mowa w pkt a) i b) nie dotyczą pielęgniarek, które: - są pielęgniarkami systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2013r. poz. 757 z późn. zm.) <u>lub</u> - posiadają dyplom ratownika medycznego <u>lub</u> - zaświadczenie o ukończeniu kursu Advanced Life Support (ALS)
2	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek (360 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	-
3	Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek (325 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń	-

KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE dla pielęgniarek i położnych		
L.p.	Zakres kursu	Przewidywany termin rozpoczęcia kursu
1	Pielęgniarstwo diabetologiczne dla pielęgniarek i położnych (14 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
2	Profilaktyka zakażeń szpitalnych dla pielęgniarek i położnych (15 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
3	Opieka pielęgniarska w trakcie radioterapii dla pielęgniarek i położnych (14 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
4	Dezynfekcja i sterylizacja dla pielęgniarek i położnych (15 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń

KURSY PODSTAWOWE I UZUPEŁNIAJĄCE dla pielęgniarek i położnych		
L.p.	Zakres szkolenia	Przewidywany termin rozpoczęcia kursu
1	Przetaczanie krwi i jej składników dla pielęgniarek i położnych (13 godz. - kurs podstawowy)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
2	Przetaczanie krwi i jej składników dla pielęgniarek i położnych (9 godz. – kurs uzupełniający)* Szkolenie w zakresie uzupełniającym przeprowadza się nie rzadziej niż raz na 4 lata od czasu odbycia szkolenia podstawowego /uzupełniającego!	styczeń luty marzec kwiecień maj czerwiec

KURSY SPECJALISTYCZNE dla pielęgniarek		
L.p.	Zakres kursu	Przewidywany termin rozpoczęcia kursu
1	Szczepienia ochronne dla pielęgniarek (80 godzin)	luty
KURSY SPECJALISTYCZNE dla położnych		
1	Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu dla położnych (90 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
2	Szczepienia ochronne dla położnych (52 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
KURSY SPECJALISTYCZNE dla pielęgniarek i położnych		
1	Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych (część I - 65 godzin) Część I dotycząca ordynowania leków i wypisywania recept przeznaczona jest zgodnie z art.15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.) dla pielęgniarek i położnych posiadających dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, lub pielęgniarek i położnych posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.	luty marzec (2 edycje kursu - bezpłatne)
2	Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych (część II – 44 godziny) Część II dotycząca wypisywania recept w ramach kontynuacji leczenia przeznaczona jest zgodnie z art.15a ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz.1435, z późn. zm.) dla pielęgniarek i położnych posiadających dyplom ukończenia studiów, co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, lub pielęgniarek i położnych posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.	styczeń marzec (2 edycje kursu - bezpłatne)
3	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych (90 godzin)	marzec maj
4	Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka dla pielęgniarek i położnych (57 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
5	Terapia bólu ostrego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych (98 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
6	Terapia bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych (84 godzin)	rozpoczęcie kursu uzależnione jest od liczby zgłoszeń
7	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego dla pielęgniarek i położnych (108 godzin)	kwiecień wrzesień (2 edycje kursu - bezpłatne)
8	Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych (100 godzin)	styczeń kwiecień 2 edycje kursu – bezpłatne
9	Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów dla pielęgniarek i położnych (70 godzin)	1 edycja kursu – bezpłatny

Osoby zainteresowane szkoleniem prosimy o nadsyłanie **kart zgłoszeń** wraz z wymaganymi załącznikami na adres: **Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie ul. Zwycięstwa 190** bądź przesyłanie drogą elektroniczną na adres e-mail: **szkolenia@oipip-koszalin.org** zgłoszenia przyjmujemy również osobiście w siedzibie OIPiP w Koszalinie w pokoju nr 317
Szczegółowych informacji udzielamy pod numerem telefonu: **(94) 3411102**

Programy kursów dla pielęgniarek i położnych dostępne są na stronie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie: www.ckppip.edu.pl

BEZPŁATNY DOSTĘP DO WIRTUALNEJ CZYTELNI IBUK Libra



Szanowni Państwo,

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie zakupiła dla wszystkich zarejestrowanych pielęgniarek i położnych bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelni IBUK Libra. Księgozbiór online zawiera specjalistyczne, naukowe i popularnonaukowe publikacje z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin, wydane przez renomowane polskie oficyny. Dzięki zaawansowanej technologii i dostępowi online będzie można bezpłatnie korzystać z serwisu przez całą dobę z dowolnego miejsca. Platforma umożliwia nie tylko czytanie książek, ale również zaawansowaną pracę z tekstem.

Z powyższej oferty będą mogli Państwo skorzystać składając wniosek o nadanie dostępu do Serwisu IBUK do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie. Procedura nadania kodu PIN:

1. członek samorządu składa wniosek do OIPIP w Koszalinie (wniosek do pobrania na stronie internetowej OIPIP w Koszalinie www.oipip-koszalin.org)
2. kod PIN zostanie przesłany na adres poczty elektronicznej

Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych należy go uaktywnić na koncie serwisu www.libra.ibuk.pl

IBUK Libra – czytelnia czynna całą dobę!

OIPIP wykupiła dostęp online do wybranych publikacji akademickich i naukowych w języku polskim na platformie IBUK Libra.

Korzystaj z platformy IBUK Libra:

- przez całą dobę, siedem dni w tygodniu
- na komputerze, smartfonie, laptopie czy tablecie
- gdzie tylko zechcesz: praca, dom, podróż – wszędzie, gdzie masz Internet

Stwórz własną półkę z książkami myIBUK i pracuj z tekstem:

- dodawaj zakładki
- rób notatki bezpośrednio w tekście
- wyszukuj słowa i frazy
- taguj ważne fragmenty
- sprawdzaj znaczenie wyrazów w słownikach i encyklopediach PWN

Gratulacje



Serdecznie gratulujemy
Pani Karinie Niżnik

wygrania konkursu na stanowisko
Pielęgniarki Oddziałowej
Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego
z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych
Szpitala Wojewódzkiego im. M. Kopernika w Koszalinie

Życzymy sukcesów w pracy zawodowej

Bożena Wojcikiewicz
Przewodnicząca ORPiP w Koszalinie

Nauka systemem on-line j. angielskiego i j. niemieckiego

Pani/ Pan Przewodniczący ORPiP
Szanowni Państwo,

Zgodnie z ustaleniami poczynionymi na konwencji Przewodniczących w dniu 19 października 2016 r. w zakresie przedstawienia Państwu, oferty nauki systemem on-line j. angielskiego i niemieckiego rekomendowanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych przekazujemy Członkom samorządu oraz ich Rodzinom bardzo atrakcyjną i innowacyjną ofertę nauki języka angielskiego oraz niemieckiego. Został wynegocjowany dla Państwa Członków, bardzo korzystny rabat w wysokości 50% za roczny, kompleksowy kurs na platformie do samodzielnej nauki języków [www. <http://www.etutor.pl/>](http://www.etutor.pl/) eTutor.pl.

Najważniejszą korzyścią nauki online jest fakt, że z kursów możemy korzystać w momencie gdy mamy czas i ochotę na naukę - możemy uczyć się w domu lub w drodze do pracy. Skutecznie i szybko możemy doskonalić: rozumienie ze słuchu, wymowę, pisanie, czytanie, słownictwo oraz gramatykę. Nie tracimy czasu na dojazdy na tradycyjne kursy i eliminujemy wysokie koszty z tym związane.

Nauka jest bezstresowa, dopasowana do aktualnego poziomu znajomości języka (dostępne są wszystkie poziomy) - a różnorodność materiałów sprawia, że chętnie wracamy do kolejnych lekcji. Platforma sama prowadzi użytkownika przez kolejne etapy nauki i jednocześnie jest bardzo prosta i intuicyjna w obsłudze.

(Z kursów korzysta już ponad 480 tys. użytkowników. Jednocześnie platforma eTutor jest merytorycznie dostosowana do potrzeb Naszego środowiska. Powiązanie ze słownikiem diki.pl, daje możliwość szybkiej nauki specjalistycznego słownictwa medycznego używanego przez lekarzy, pielęgniarki i położne (ponad 28 tys. haseł i wyrażań).

Zwracamy się do Państwa z prośbą o przesłanie powyższej oferty w dniu 25 października 2016 r do członków Państwa Izby celem rozpropagowania powyższej informacji.

Wyjątkowa oferta specjalna tylko dla Członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz ich Rodzin (ceny brutto):

eTutor ANGIELSKI 12 miesięcy: 119 zł zamiast 239 zł (50% rabatu)

eTutor NIEMIECKI 12 miesięcy: 84 zł zamiast 169 zł (50% rabatu)

Wystarczy kliknąć w link [<https://www.etutor.pl/offers/icip>](https://www.etutor.pl/offers/icip) <https://www.etutor.pl/offers/icip>, aby dokonać zakupu.

Oferta obowiązuje do końca 2016 r.

Więcej informacji o kursach uzyskają Państwo po kliknięciu w link:

[<https://www.etutor.pl/kursy-angielskiego>](https://www.etutor.pl/kursy-angielskiego) eTutor angielski,

[<https://www.etutor.pl/kurs-niemieckiego>](https://www.etutor.pl/kurs-niemieckiego) eTutor niemiecki.

W przypadku szczegółowych pytań prosimy o bezpośredni kontakt z firmą LangMedia: Andrzej Felczyński, tel.797 573 980, email: [<mailto:andrzej.felczynski@langmedia.pl>](mailto:andrzej.felczynski@langmedia.pl) andrzej.felczynski@langmedia.pl

Mariola Łodzińska
Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Gratulacje



Serdecznie gratulujemy
Pani Barbarze Ponurko

wygrania konkursu na stanowisko

Pielęgniarki Oddziałowej

Oddziału Neoantologii

Szpitala Wojewódzkiego im. M. Kopernika w Koszalinie

Życzymy sukcesów w pracy zawodowej

Bożena Wojcikiwicz

Przewodnicząca ORPiP w Koszalinie

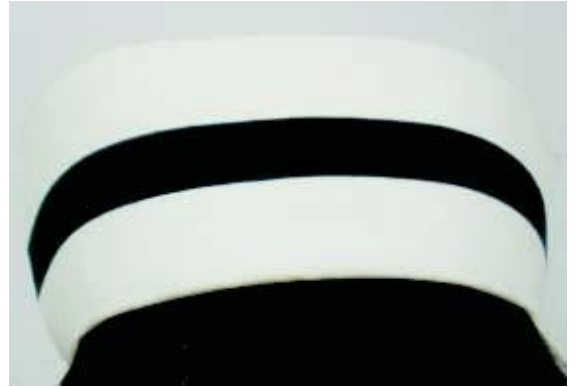
ZAGADKA z nagrodami

Nazwę przedmiotu, która będzie rozwiązaniem zagadki można przesyłać za pośrednictwem Poczty Polskiej lub na adres e-mail OIPiP.

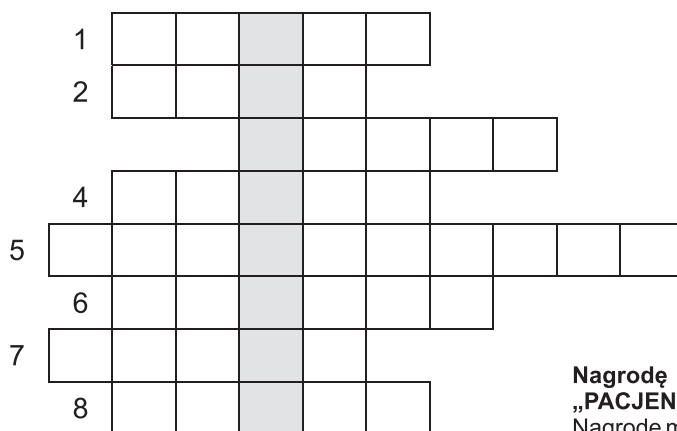
Termin nadsyłania rozwiązań: 15.02.2017 r.

Za prawidłowe rozwiązanie rebusu przewidziano trzy nagrody rzeczowe. Imiona i nazwiska zwycięzców, wyłonionych w drodze losowania opublikujemy w kolejnym numerze biuletynu.

Nagrodę za rozwiązanie zagadki, której hasło brzmiało: „KIELISZKI DO LEKÓW” otrzymują: Pani Ewa Kłodowska ze Świeszyna, Pani Marlena Wojciechowska z Koszalina oraz Pani Janina Oleszczyk ze Szczecinka.



KRZYŻÓWKA nr 20



1. Przyczyna dreszczy
2. Służył do narkozy
3. Porcja syropu
4. Ścisły u matematyka
5. Stężona substancja
6. Wykrzywienie twarzy
7. Odrobina energii
8. Może być białkowa

Nagrodę za rozwiązanie krzyżówki nr 19, której hasło brzmiało: „PACJENT” wygrał Pani Anna Konopko z Koszalina.

Nagrodę można odebrać osobiście w siedzibie OIPiP.

Hasło, które będzie rozwiązaniem krzyżówki można przesyłać za pośrednictwem Poczty Polskiej lub na adres e-mail OIPiP. Termin nadsyłania rozwiązań: **15.02.2017 r.**

Bardzo prosimy o każdorazowe podanie imienia, nazwiska i adresu zamieszkania.

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



Majki

Moja pasja, moja codzienność...

W tym wydaniu *Morza Spraw* oddajemy w Wasze ręce nową rubrykę: *Moja pasja*. Chcemy, abyście to Wy tworzyli tą część naszego Biuletynu. Zachęcamy Was do pisania o swoich pasjach, zainteresowaniach i o tym co lubicie robić w wolnym czasie. Wiemy, że macie różne pasje i liczymy na to, że podzielicie się nimi z czytelnikami. Na doby początek tego nowego wyzwania, postanowiłam napisać o swojej pasji.

Aneta Artkowska-Leszcz
Sekretarz Biuletynu



Odkąd pamiętam, zawsze coś przerabiałam, malowałam, doklejałam i zmieniałam. Głowę miałam i nadal mam pełną pomysłów, własnych projektów i koncepcji na kolejne przedsięwzięcia. Już jako dziecko podglądałam jak mama szyla na maszynie rzeczy dla mnie i mojego rodzeństwa. I to właśnie MAMA nauczyła mnie szyć. Jako nastolatka malowałam wszystko co wpadło mi w ręce: meble, lampy, obrazy, ściany. Jednakże wybór szkoły średniej i studiów w ogóle nie szedł w parze z moim hobby. Dopiero praca jako grafik komputerowy połączyła moje umiej-

tności manualne, przestrzenną wyobraźnię i możliwość zaprojektowania tego, co wymyślę. Ale tak naprawdę, moja pasja stała się codziennością około 3 lat temu. Szyłam, szyłam a w głowie rodziły się nowe pomysły. Spod igły wychodziły serduszka, motyle, turkawki, kokoszki a później też i gąski. W okresie Świąt Bożego Narodzenia: choinki, anioły duże i małe, renifery i wiele innych dekoracji. W międzyczasie powstawały woreczki, organizery, firanki, zasłony, poszewki i wszystko co tylko wpadło mi do głowy.





Najczęściej to jest tak, że oglądam tkaninę i już wiem, co z niej uszyję. Każda uszyta rzecz daje wiele satysfakcji a jeszcze więcej radości, gdy możemy ją dzielić z innymi. Cieszy mnie to, że moje dekoracje goszczą już w wielu domach.

Jednakże to nie szycie jest mi najbliższe.

Stare meble, styl shabby chic i vintage, farby kredowe. Co je łączy?

Krótko mówiąc, daję drugie życie starym meblom, które już niejednokrotnie pokrył kurz na strychu lub o których już wszyscy zapomnieli. Shabby chic to mój ukochany styl w urządzeniu wnętrz i „odnawianiu” mebli. Maluje się je kilkoma warstwami farb a następnie celowa postarza. W stylu tym dominuje kolor biały oraz kolory pastelowe: róż, szarość i błękit. Tylko od naszej wyobraźni i ręki zależy efekt końcowy. Na początku mojej przygody z meblami, najwięcej czasu zajęło mi znalezienie takiego rodzaju farb, który spełni moje oczekiwania w zakresie ich nakładania i przecierania. Szukałam, ekspery-

mentowałam i w końcu się udało. Pierwsze farby przywiozła mi siostra z Wielkiej Brytanii... i to był początek wspaniałej przygody mojego życia, która trwa do dzisiaj. Ale jak to mówią, nic nie przychodzi za darmo. Godziny (chyba setki godzin) spędzone na blogach, poszukiwaniach informacji w Internecie, próby malowania, postarzania, woskowania i dążenie do doskonałości.

Dziś, chyba mogę powiedzieć, że się udało!

Każdy mebel, to nowe wyzwanie. Każdy jest unikatowy i jedyny, nie ma dwóch takich samych.

Jakiś czas temu, oglądając film usłyszałam takie zdanie: „Jeżeli aż tyle potrafisz zrobić, to zrób sobie z tego zawód” i wówczas pomyślałam: „dlaczego nie?”. I to był ten moment, w którym podjęłam decyzję, że moja pasja może być także sposobem na życie.

Zachęcam wszystkich do odkrywania i rozwijania swoich pasji, gdyż wówczas życie jest na pewno ciekawsze, piękniejsze i bogatsze.

Aneta Artkowska-Leszcz
SZYK Malowanie i Dzierganie



Odkrywamy ją na nowo Czarnogóra

Czarnogóra nazywana też Montenegro, to niewątpliwie jedno z najpiękniejszych miejsc w Europie. Leży w jej południowej części na wybrzeżu Morza Adriatyckiego, sąsiaduje z Serbią, Kosowem, Chorwacją, Bośnią, Hercegowiną oraz Albanią. Ten mały kraj łączy spokojny rytm życia, malowniczy urok nadmorskich miast i niesamowite piękno dzięki przyrodzie. A w dodatku ciepły klimat, piękne wybrzeże Adriatyku są doskonałym miejscem na spędzenie wakacji. Czarnogóra posiada zakątki niezwykle malownicze, które zapewniają nie tylko upragniony wypoczynek, ale i potrafią swoim urokiem oczarować turystów.

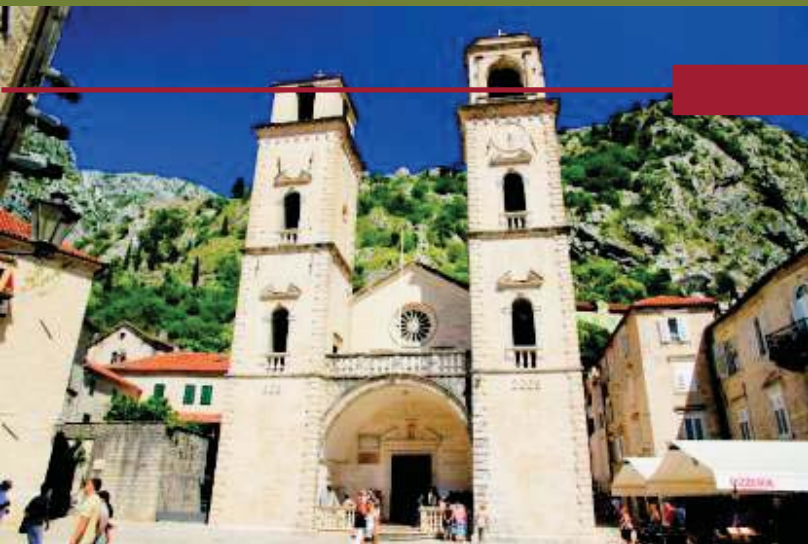
Cetynia (Cetinje) dawna stolica Czarnogóry. To XV-wieczne miasteczko, położone u stóp masywu gór Lovcen, do dziś jest perełką dziedzictwa kulturowego Czarnogóry. Zwiedzanie zaczęliśmy od głównego deptaka, który jest pełen restauracji i kawiarni urządzonych na parterach urokliwych kamieniczek. Jedną z głównych atrakcji Cetyni jest Cerkiew na Ćipurze, w murach cerkwi złożone są prochy króla Czarnogóry Mikołaja I i jego małżonki. Na przeciwko cerkwi stoi budynek Bilardówki, w którym mieści się siedziba władców Czarnogóry. Kolejnym miejscem, które zobaczyliśmy był Monastyr Cetyński, klasztor kryje w swoim wnętrzu interesujące relikwie, można obejrzeć tam m.in. szczątki św. Piotra z Cetynje, prawą rękę Jana Chrzciciela. Dawniej klasztor odgrywał ważną rolę w życiu politycznym oraz duchowym kraju, obecnie mieści się tam siedziba metropolity Czarnogóry. W Monastyrze usytuowane jest również muzeum cerkiewne, w którym obejrzeć można ikony, sprzęt, naczynia i szaty liturgiczne oraz także drukowaną cyrylicą najstarszą księgę Słowian południowych. Monastyr Cetyński jest wysoce cenionym miejscem kultu dla całego kościoła prawosławnego. W Cetyni można również zobaczyć Pałac Królewski, budynki starych ambasad i inne wspaniałe budowle, które są dowodem wielkości dawnej Czarnogóry. Niestety program wycieczki był bardzo napięty, więc nie udało nam się zobaczyć wszystkich zabytkowych miejsc. Tego samego dnia mieliśmy w planie do zobaczenia jeszcze kilka miejsc na czarnogórskim wybrzeżu Adriatyku.

Z Cetyni kierujemy się w kierunku Kotoru, w połowie drogi zatrzymaliśmy się w miejscowości Njeguszi. Njeguszi to cicha i spokojna wieś położona na zboczach góry Lovcen, mieszka w niej 100 rodzin, które od pokoleń zajmują się wyrobem wędzonej na powietrzu surowej szynki (proust) i sera z mleka koziego i krowiego. Tam przywitano nas Rakija, alkoholem własnej produkcji oraz przygotowano dla nas poczęstunek w postaci kromki chleba z serem i szynką. Po degustacji, zakupieniu lokalnych wyrobów oraz drobnych prezentów ruszyliśmy dalej. Droga, którą zjeżdżaliśmy to niezwykle przepiękna widokowo trasa i zarazem niebezpieczna, bo wąska i z serpentynami nazywanymi „agrafkami”. Po drodze w wielu miejscach urządzone zostały punkty widokowe, zatrzymaliśmy się na jednym z nich, widok z góry był oszałamiająco piękny. Poszarpane szczyty gór wcinające się głęboko w turkusowe wody



Adriatyku, stwarzały niepowtarzalny widok na Zatokę Kotorską, nazywaną często Rivierą Kotorską. Jest to jedno z najbardziej malowniczych miejsc na wybrzeżu adriatyckim i stanowi największy i zarazem najgłębszy fiord na południu Europy. W obszarze Zatoki Kotorskiej znajduje się wiele interesujących miejscowości, które zachwycają swym malowniczym położeniem i architekturą m.in. średniowieczne miasto Kotor. Miejscowość ta wraz z całym krajobrazem Zatoki Kotorskiej została wpisana na Listę Światowego Dziedzictwa Kulturalnego i Przyrodniczego UNESCO. Kotor, którego historia sięga IX wieku może się pochwalić pięknie zachowaną średniowieczną zabudową, miasto ma też swój śródziemnomorski charakter. Mury obronne miasta mają 4,5 kilometra długości, 20 metrów wysokości i prowadzą do Twierdzy św. Jana z Kotoru. Poza cerkwiemi, katedrami na uwagę zasługuje zabudowa mieszkalna, gotyckie pałace i bramy miejskie z XVI wieku - Brama Morska, Brama Południowa oraz najstarsza Brama Północna. Przechodząc do miasta przez Bramę Morską, wkroczyliśmy na centralny plac starówki mieszczącej się w starej części miasta. Na starówkę prowadzą też dwie pozostałe bramy, są to ważne punkty rozpoznawcze dla zwiedzających. Naprzeciwko Bramy Morskiej stoi piękna wieża zegarowa, tuż obok niej widoczny jest mały monument w kształcie piramidy – średniowieczny pręgierz. Wzdłuż Targu ciągnie się XV-wieczny Pałac Namiestnika Wenecji, za nim znajduje się pałac rady miejskiej, który został przekształcony w teatr. Inne ważne budynki stojące na placu to archiwum historyczne, pałac Drago, którego gotyckie oprawy okien przypominają zdobienia pałaców weneckich oraz Katedra św. Trypuna, której wnętrza skrywa wiele cennych zabytków. Kotor otoczony jest z trzech stron górami, co dodaje temu miejscu wyjątkowego uroku.





Z Kotoru ruszamy w kierunku Budwy, jest to najstarsze miasto na wybrzeżu Czarnogóry i jednocześnie najbardziej popularny i modny kurort wakacyjny, uważany za turystyczną stolicę Czarnogóry i to nie tylko z powodu wspaniałych, dobrze przygotowanych plaż, ale również promenady pełnej wakacyjnych atrakcji, mnóstwo tam restauracji, barów, dyskotek i kiosków z pamiątkami. To także idealne miejsce dla miłośników imprezowania, latem miasto tętni życiem do późnego wieczora. Do odwiedzania Budwy z pewnością zachęca również bardzo piękna stara część miasta, która liczy sobie ok. 2500 lat, jest to jedna z ładniejszych starówek nad Adriatykiem. Miejsce jest położone na malowniczym, wysuniętym w morze cyplu. Starówkę otaczają mury obronne. Jednym z emblematów miasta jest średniowieczna Cytadela a największym obiektem sakralnym jest katedra św. Jana, z obrazem Matki Boskiej Budwańskiej. W sąsiedztwie katedry znajduje się Cerkiew św. Trójcy. Tuż przy murach obronnych wznosi się z kolei najstarszy zabytek - Kościół Świętej Marii in Punta z cudownym obrazem Madonna de Punta. Po godzinie spędzonej w Budwie ruszyliśmy dalej. W bliskim sąsiedztwie Budwy w jednym z najpiękniejszych odcinków czarnogórskiego wybrzeża, znajduje się najbardziej fotogeniczne miejsce na czarnogórskim wybrzeżu, jest to wyspa Świętego Stefana nazywana klejnotem Adriatyku. Wyspa Świętego Stefana to jedna z najpopularniejszych atrakcji Czarnogóry. Wyspę łączy z lądem wąski, wzmocniony przesmyk. W latach siedemdziesiątych wyspa była tłumnie oblegana przez celebrytów. Gościli tu m.in. Marilyn Monroe, Bobby Fischer, Sophia Loren, Kirk Douglas i Claudia Schiffer. Obecnie jest to ekskluzywny i najdroższy kompleks hotelowy. Są tam również centra handlowe, kasyna, restauracje, baseny oraz inne kuszące atrakcje. Goście mieszkają w średniowiecznych domkach, a każdy jest oddzielnym, niepowtarzalnym i luksusowym apartamentem. Wyspa Św. Stefana to jedno z najbardziej rozpoznawalnych miejsc Czarnogóry. Wyspę można oczywiście zwiedzić za niewielką opłatą, my podziwialiśmy jej urok z miejsca widokowego słuchając ciekawych opowieści przewodnika o historii wyspy. Po chwili wspaniałego relaksu wyruszyliśmy do miasteczka Ulcinj, miejsca naszego wypoczynku. Ulcinj to drugi po Budwie najbardziej popularny kurort w Czarnogórze i najchętniej odwiedzane miasteczko przez turystów. Położony jest zupełnie na południu Czarnogóry, blisko granicy z Albanią, co sprawia, że dla przeciętnego turysty z Polski Ulcinj ze swoimi meczetami jest bardzo egzotycznym zakątkiem. Na ulicach często słychać język albański, bowiem większość mieszkańców to Albańczycy. W Ulcinj na skalistym wybrzeżu znajduje się otoczone murami zabytkowe Stare Miasto. Jest tam pełno krętych, wąskich i malowniczych uliczek. Często spacerowaliśmy

po starej części miasta, znajduje się tam muzeum przerobione z dawnego kościoła, w którym potem urządzony został meczet. Zobaczyć tam można także cytadelę i wieżę wraz murami obronnymi z XVI wieku. Na północ od starego miasta jest kamienna cerkiew, która znajduje się na prawosławnym cmentarzu, otoczonym starym gajem oliwnym. Ze starego miasta prowadzą schody na położoną praktycznie w środku miasta Małą Plażę. W mieście znajduje się też wiele innych plaż, które uważane są za jedne z najpiękniejszych w całej Czarnogórze. W odległości 3 kilometrów od miasteczka znajduje się najdłuższa plaża na Adriatyku no i w całej Europie, która ma 13 kilometrów długości, nazywana jest Wielką Plażą. Przy samej plaży położony jest kompleks hotelowy „Otrant”, tam właśnie spędzałam swój urlop, korzystając z zorganizowanych wycieczek i poznając urokliwe zakątki Czarnogóry, a także cieszyć oczy turkusowym kolorem Adriatyku i lazurowym bezchmurnym niebem.

Matka Natura nie żałowała Czarnogórcom ekscytujących krajobrazów, co do tego nie ma wątpliwości. Turystów przyciąga tu piękne wybrzeże Adriatyku oraz także kuszą zabytkowe miasta, których historia sięga tysięcy lat wstecz. Na pewno tu jeszcze wrócę chociażby po to, żeby poznać uroki Parku Narodowego Tara i Durmitor, zachwycić się kanionem rzeki Tary, który pod względem głębokości jest prawdopodobnie drugim po Kanionie Kolorado oraz przespacerować się po jednym z najbardziej imponujących mostów na rzece Tara.

Grażyna Margas



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

*„Gdy smutek boli, a słowa zbyt małe,
by rozpacz wypowiedzieć
- zostaje tylko milczenie
pełne gorących łez i bliskość osieroconych serc...”*

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 13 listopada 2016 r.
odeszła od nas

**nasza koleżanka
Beata Gregorek**

Pielęgniarka Oddziału Otolaryngologii

Będzie nam Ciebie brakowało.....

*Pielęgniarki
Oddziału Otolaryngologii
Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu*

*„Śmierć nie jest kresem naszego istnienia.
Żyjemy w naszych dzieciach i następnym pokoleniach.
Albowiem to dalej my, a nasze ciała
to tylko zwiędłe liście na drzewie życia”*

A.Einstein

Najszczęśliwsze wyrazy współczucia

Sandrze i Patrykowi

z powodu śmierci

MAMY

śp. Wiesławy Dubickiej

*Składa
Ogólnopolski Związek Zawodowy
Pielęgniarek i Położnych*

Najszczęśliwsze wyrazy współczucia

koleżance

ALICJI KULCZYŃSKIEJ

z powodu śmierci

TATY

*składają
Aleksandra Kawułyycz i Monika Kuch*

*„Śmierć jest spoczynkiem podróżnego,
jest kresem drogi wszelkiego”*

Umberto Eco

Głębokie wyrazy współczucia

dla

Alicji Kulczyńskiej

z powodu śmierci

TATY

*składają
pielęgniarki rodzinne
NZOZ „Salvita” w Koszalinie*

*„Jak trudno żegnać na zawsze kogoś,
kto jeszcze mógł być z nami”*

Z głębokim żalem żegnamy
naszą koleżankę
i długoletniego współpracownika

śp. Wiesławę Dubicką

zmarłą 17.10.2016 roku

**Rodzinie i bliskim składamy wyrazy
najszczęśliwszego współczucia**

*Pielęgniarki i Położne
z Uzdrowiska Połczyn Grupa PGU S.A.*



Makielki

Składniki na makielki:

250 g makaronu typu krajanka
lub makaronu własnej roboty,
500-600 g masy makowej,
kilka łyżek miodu,
orzechy włoskie,
orzechy laskowe,
siekane migdały,
suszone morele,
rodzynki,
suszona żurawina,
ew. suszone daktyle i figi



Makaron ugotować zgodnie z instrukcjami na opakowaniu i po ugotowaniu przelać zimną wodą, a następnie pozostawić na cedzaku od ostygnięcia i odsączenia z nadmiaru wody.

Suszone owoce i orzechy posiekać drobniej, a następnie dorzucić do miski z przestudzonym makaronem, dodać masę makową i całość dosłodzić miodem.

Robimy makielki przynajmniej z kilku godzinnym wyprzedzeniem i trzymamy je w chłodzie. Ilość bakalii jest bardzo indywidualna! Im więcej tym lepiej!

Smacznego!

Rezydencja Seniora Erania



**„Nigdy nie trać z oczu tego,
że starsi potrzebują niewiele,
ale tego niewiele potrzebują bardzo”
M. Willour**

Erania to nowoczesny i przystosowany do osób niepełnosprawnych dom seniora, położony w Ustroniu Morskim, w odległości 12 km od Kołobrzegu. Ośrodek położony jest na 7 ha działce z ogrodem i stadniną koni, z malowniczym widokiem na rozpościerające się wokół łąki. Bliskość morza i sąsiedztwo lasu sprawiają, że tutejsze powietrze umożliwia komfortowy wypoczynek.

Nasza historia rozpoczęła się w 2015 r. wraz z ideą, by stworzyć przyjazne miejsce dla osób wymagających 24-godzinnej opieki. Obiekt składa się z rezydencji głównej (90 pokoi), 17 apartamentów oraz 3-gwiazdkowego hotelu z basenem i małym SPA, jak również wielu pomieszczeń zabiegowych i rehabilitacyjnych.

Oferta medyczna:

- opieka nad osobami z demencją, chorobą Alzheimera, Parkinsonem i nowotworami
- opieka nad pacjentami apalicznymi i upośledzonymi umysłowo
- opieka nad pacjentami karmionymi sondą i z rurką tracheostomijną
- opieka nad chorymi po udarze mózgu, zawale, wylewie



Dla naszych seniorów przygotowaliśmy różnorodne zajęcia w ramach spędzania wolnego czasu. Jest to niezwykle istotne dla ich aktywizacji i dobrego samopoczucia.

Koordynowana przez nas terapia zajęciowa pozwala osobom starszym czuć się akceptowanym i dzielić się swoim doświadczeniem z innymi.

Dom seniora Erania dzieli się na dwie części:

- klasyczny dom opieki wraz z całodobową opieką pielęgniarstwa
- samodzielną część mieszkalną dla osób niewymagających stałej opieki

Warianty zakwaterowania:

- pokój 1-osobowy
- pokój 2-osobowy
- dwupokojowe mieszkanie
- wolnostojący domek z tarasem i ogrodem

Naszym pensjonariuszom zapewniamy:

- 24-godzinną kompleksową opiekę wykwalifikowanego personelu opiekuńczego
- opiekę lekarzy specjalistów
- wszystkie rodzaje rehabilitacji wraz z hipoterapią
- profesjonalnie wyposażone pomieszczenia wspólne i zabiegowe
- szeroką ofertę zajęć aktywizujących i pomoc w planowaniu czasu wolnego
- różne aktywności kulturalne
- program spa i wellness, gimnastyka na basenie
- pobyty długo- i krótkoterminowe
- pobyty wakacyjne i rehabilitacyjne

Rezydencja Seniora Erania
ul. Malechowo 4, 78-111 Ustronie Morskie
tel. 692 863 170, e-mail: info@erania.pl