

ISSN 1640-7679

# Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

1/2017



Ostatni tydzień stycznia

Tydzień Walki z Rakiem Szyjki Macicy

Program dobrowolnych ubezpieczeń członków OIPIP na rok 2017

4

Opinia w sprawie szczepień ochronnych wykonywanych przez położne

8

Małopłytkowość wywołana przez heparynę jako powikłanie dializoterapii

10

IV Małopolska Konferencja dla Położnych „Położna 2016”

13

# Plan posiedzeń i spotkań w 2017 roku

miejsce: OIPiP w Łodzi, ul. Emilii Plater 34

Nazwa organu, komisji...	Godz.	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październik	Listopad	Grudzień
ORPiP (wtorki)	9:30		7		11		13			12		14	12
Prezydium ORPiP (środy)	13:00	10	22	29	26	31	28	19	23	27	25	22	6
Pełnomocnicy (wtorki lub czwartki)	11:30	–	14	–	20	–	20	–		21	–	21	12
Kadra Kierownicza (czwartki)	13:30	–	16	–	27	–	22	–	–	28	–	23	12
Komisja socjalna	14:30	17	14	21	18	23	20	–	–	19	17	14	12
Komisja Prawa i Legislacji (wg potrzeb)	15:00	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	12
Komisja Położnych (ostatnie wtorki m-ca)	15:00	31	28	28	25	30	27	–	–	26	31	28	12
Komisja Pielęgniarek Rodzinnych (3 wtorki m-ca)	14:00	17	21	21	18	16	20	–	–	19	17	21	12
Komisja Pielęgniarek Epidemiologicznych (ostatnie czwartki m-ca)	12:00	26	23	30	27	25	29	–	–	28	26	30	12
Komisja Pielęgniarek Operacyjnych (ostatnie wtorki m-ca)	16:00	31	28	28	25	30	27	–	–	26	31	28	12
Komisja Medycyny Szkolnej (3 wtorki m-ca)	13:30	17	21	21	18	16	20	–	–	19	17	21	12
Komisja Opieki Paliatywno-Hospicyjnej (1 czwartki m-ca 1 raz na kwartał)	14:30	–	–	2	–	–	1	–	–	7	–	–	12
Komisja Opieki Długoterminowej (drugie czwartki m-ca)	13:00	17	21	21	18	16	20	–	–	19	17	21	12
Komisja Kształcenia, Promocji i Rozwoju Zawodu (1 środa m-ca co 2-gi m-c)	15:30	–	1	–	5	–	7	–	–	6	–	8	12
Komisja Warunków Pracy i Zatrudnienia (3 poniedziałki m-ca)	13:00	16						–	–				12
Komisja Pielęgniarek Nefrologicznych (powołana 22.11.2016)	15:00	3						–	–				12
Koło Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych (1 poniedziałki m-ca)	11:00	2	6	6	3	8	5	–	–	4	2	6	12

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

**Przewodnicząca ORPiP w Łodzi**  
Agnieszka Kałużna

**Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi**  
Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

**Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi**  
Bożena Pawłowska (położna)

**Sekretarz ORPiP w Łodzi**  
Maria Kowalczyk

**Skarbnik ORPiP w Łodzi**  
Maria Cianciara

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej**  
Małgorzata Pniak  
dyżuruje w 11 i 14 środę miesiąca  
tel. 42 633 23 94

**Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych**  
Edyta Ziemkiewicz  
dyżuruje w 1 i 111 czwartek miesiąca  
w godz. 15.00–17.00

**Redaktor Naczelny „Biuletynu”**

Joanna Gąsiorowska  
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 10

**Biurowisko Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

ul. Emilii Plater nr 34, 91-762 Łódź  
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74  
czynne: wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;  
**poniedziałek – dzień bez interesantów**  
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl

**Konto bieżące OIPiP**

Bank Zachodni WBK SA, ul. Sienkiewicza 24, 11 Oddział w Łodzi  
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

**Prawo wykonywania zawodu**

poniedziałek: dzień bez interesantów; wtorek: 10.00–17.45  
środa, czwartek 8.00–15.45; piątek: dzień bez interesantów  
tel. 42 633 32 13

**Kształcenie podyplomowe**

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00  
tel. 42 639 92 62

**Biblioteka OIPiP**

**– przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym**

wtorek: 11.00–17.30; środa: 10.00–15.00; czwartek: 8.30–15.00  
piątek: 10.00–15.30  
e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl, tel. 42 633 92 98

**Pośrednictwo pracy i dział socjalny**

wtorek: 11.00–18.00; czwartek: 9.00–16.00  
tel. 42 633 23 94

**Mecenas**

wtorek: 14.00–18.00, czwartek: 12.00–14.00  
tel. 42 633 71 06

**Kasa**

poniedziałek: nieczynna  
wtorek: 12.00–17.00; środa: 8.30–12.00, czwartek: 12.00–15.00;  
piątek: nieczynna  
tel. 42 639 92 76

## W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 2

PRAKTYKA ZAWODOWA 10

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE 13

PODZIĘKOWANIA 21

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 22

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34

tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;

e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelny: Joanna Gąsiorowska

Bank Zdjęć Photogenica:

© belchonock – 1 okładka; © AntartStock – 14 okładka

© benschonewille – s. 10; © SimpleFoto – s. 13; © dmow1914 – s. 22

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych

materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów

niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

ISSN: 1640-7679

Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

## Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

### XV posiedzenie Prezydium ORPiP – 5 grudnia 2016 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 3 położne.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono położne do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 3 położne.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarcę.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 6 praktyk pielęgniarek i 1 praktykę pielęgniarską, wykonywane w podmiotach.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyka pielęgniarska w zakresie miejsca wykonywania praktyk.
- ▶ Dokonano wpisu w rejestrze organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi – wpisano 1 szkolenie specjalistyczne.
- ▶ Podjęto decyzję dotyczącą przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, położnej, zgodnie z Programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat: skierowano na przeszkolenie – 1 pielęgniarkę i 1 położną.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych: w szkoleniach specjalistycznych – 15 osobom.
- ▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi zapomogę losową w wysokości 2000 zł. Odmówiono ze względów regulaminowych 1 osobie zapomogi – zapomoga może być ponownie przyznana po upływie 24 miesięcy od dnia przyznania poprzedniej zapomogi.
- ▶ Zatwierdzono:
  - honorarium dla 7 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynach OIPiP Nr 11/2016 i Nr 12/2016;
  - kadre dydaktyczną dla 1 szkolenia specjalistycznego i 1 kursu specjalistycznego finansowanych i organizowanych przez/w OIPiP w Łodzi i w zakładach;
  - skład osobowy komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej dla: 1 szkolenia specjalistycznego, 3 kursów kwalifikacyjnych i 2 kursów specjalistycznych.

- zmiany do planu szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w 2017 roku – dopisano realizację 1 kursu specjalistycznego w zakładzie;
- sfinansowanie kosztów dojazdu 2 członkom Komisji Położnych OIPiP w Łodzi na debatę „Skoordynowany system opieki zdrowotnej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i porożu. Szanse i zagrożenia” w Warszawie;
- sfinansowanie udziału 4 pracowników OIPiP w Łodzi w szkoleniu „Zorganizowany System Informacji Oświatowej – wprowadzanie danych w nowym Systemie Informacji Oświatowej” organizowanym przez Centrum Szkoleniowe Prospoct w Łodzi;
- zakup nagród książkowych – pamiątek dla wyróżniających się absolwentów studiów licencjackich i magisterskich Kierunku Pielęgniarstwo i Położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w 2016 roku – 12 książek;
- rozłożenie spłaty zaległych składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarcę;
- pokrycie kosztów modernizacji oświetlenia – instalacji oświetlenia awaryjnego w siedzibie OIPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnych dla 5 kursów specjalistycznych u 2 organizatorów kształcenia.

### VIII posiedzenie ORPiP – 14 grudnia 2016 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarki.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę/pielęgniarską do rejestru pielęgniarek/pielęgniarskich OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę i 1 pielęgniarską.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarcę.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 14 praktyk pielęgniarek i 2 praktyki pielęgniarskie.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: szkoleniach specjalistycznych – 15 osobom, kursie kwalifikacyjnym – 2 osobom. Odmówiono przyznania 5 osobom dofinansowania udziału w szkoleniu specjalistycznym ze względów regulaminowych – wnioski złożone po terminie.

- ▶ Zatwierdzono:
  - kontynuację ubezpieczenia członków OIPiP w Łodzi od odpowiedzialności cywilnej w związku z wykonywaniem zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiej i położnej/położnego na rok 2017 w firmie ubezpieczeniowej: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie oraz wynegocjowano korzystne warunki na zawarcie ubezpieczenia przez pielęgniarki/pielęgniarskie i położne prowadzących działalność gospodarczą.
- Szczegółowe warunki ubezpieczeń na 2017 r. (grupowego i indywidualnego) zamieszczone na stronie internetowej OIPiP w Łodzi, dostępne w biurze OIPiP oraz publikujemy w niniejszym numerze Biuletynu na s. 4;**
- zmiany w planie szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w 2017 r. – zgodnie z wnioskiem zakładu realizację 4 kursów specjalistycznych. **Aktualny plan szkoleń i kursów na 2017 r. dostępny na stronie internetowej OIPiP oraz zostanie opublikowany w kolejnym Biuletynie;**
- realizację od grudnia 2016 roku dodatkowej edycji szkolenia specjalistycznego w dziedzinie Pielęgniarstwa onkologicznego dla pielęgniarek – realizowanego w ramach umowy z Ministrem Zdrowia w związku z pozytywnym wynikiem postępowania przetargowego;
- zwiększenie liczby uczestników o 1 osobę (pozytywny wynik egzaminu wstępnego) w szkoleniu specjalistycznym w dziedzinie Pielęgniarstwa chirurgicznego dla pielęgni-

- rek, organizowanym w 2016 r. i finansowanym z budżetu OIPiP w Łodzi;
- kadre dydaktyczną dla: 1 szkolenia specjalistycznego, 2 kursów kwalifikacyjnych i 2 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi, realizowanych w zakładach lub w OIPiP;
- skład osobowy komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej dla 2 kursów specjalistycznych realizowanych w zakładach;
- zmiany dotyczące wysokości uposażenia dla kadry dydaktycznej prowadzącej kształcenie podyplomowe w OIPiP w Łodzi, ze względu na wymogi zawarte w nowych programach szkoleń i kursów np. różne formy prowadzonych zajęć dydaktycznych, określona liczba osób w grupach dla poszczególnych form realizowanych zajęć teoretycznych i praktycznych;
- uruchomienie aplikacji „składki oipp” na indywidualne konta wpłaty składek członkowskich;
- zakup i zainstalowanie systemu bezpieczeństwa – urządzenia zabezpieczającego sieć OIPiP w Łodzi przed nieupoważnionym dostępem i próbami ataków, niezbędnego do uruchomienia tworzonej aplikacji „składki oipp”;
- zawarcia umowy o korzystanie z usługi Paybynet i przyjmowania zapłaty przy użyciu instrumentów płatniczych,
- założenie konta bankowego dla obsługi wpłat składek członkowskich.

oprac. mgr Maria Kowalczyk  
Sekretarz ORPiP

**XXXIV Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
odbędzie się**

**w dniu 7 marca 2017 r.**

**w Urzędzie Miasta Łodzi  
ul. Piotrkowska 104, budynek B, Duża Sala Obrad, II piętro**

**Początek obrad od godz. 9.00**



## Program dobrowolnych ubezpieczeń członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na rok 2017

### I. Ubezpieczenie w formie grupowej, za które składka opłacana jest przez OIPIP ze składek członkowskich

Suma ubezpieczenia: 7.500,00 euro

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna w związku z wykonywaniem zawodu, bez względu na czas i miejsce oraz istnienie stosunku pracy.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej: odpowiedzialność cywilna:

- deliktowa, kontraktowa,
- pracownicza regresowa,
- za szkody związane z posiadaniem mieniem (wyposażenie gabinetu),
- za szkody w mieniu powierzonym przez zlecającego pracę dla celów wykonywania czynności zawodowych,
- za szkody będące następstwem pobrania, przechowywania krwi i preparatów krwiopochodnych, komórek lub tkanek ludzkich,
- odpowiedzialność o charakterze administracyjnym w związku z wykonywanym zawodem,
- wynikię z przeniesienia wirusa HIV, Hbs i innych chorób zakaźnych,
- oraz szkody wyrządzone osobom bliskim związane z udzieleniem tym osobom nagłej oraz standardowej pomocy.

**Zakresem ubezpieczenia** objęte są szkody spowodowane nieumyślnie, w tym wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego.

**Zakresem ubezpieczenia** objęte są szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z niezawodowym udzielaniem świadczeń zdrowotnych (w tym szkody wynikłe ze świadczeń wykonywanych bezpłatnie sąsiadom, w ramach wolontariatu, akcje organizowane przez OIPIP i nie tylko, itp.).

**Za szkodę osobową** uważa się straty powstałe wskutek śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a także utracone przez poszkodowanego korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

**Za szkodę rzeczową** uważa się straty powstałe wskutek zniszczenia lub uszkodzenia rzeczy ruchomej lubo nieruchomości a także utracone przez poszkodowanego korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby nie zostało zniszczone lub uszkodzone jego mienie.

**Zakres terytorialny:** Polska

**Udział własny zniesiony.**

**TRIGGER:** Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje roszczenia dotyczące szkód powstałych ze zdarzeń zaistniałych w okresie trwania ubezpieczenia, choćby poszkodowani (uprawnieni) zgłosili je po tym okresie, jednakże przed upływem terminu przedawnienia.

### II. Rozszerzenie programu dla członków OIPIP

Składka opłacana indywidualnie  
Wszystkie ubezpieczenia dodatkowe ubezpiecza się na okres 12 miesięcy. Składka płatna jednorazowo.

#### 1. Dobrowolne ubezpieczenie OC osób wykonujących zawód medyczny z rozszerzeniem o HIV, HBS i inne choroby zakaźne odpowiedzialność związana z wykonywaniem zawodu oraz udzielaniem pierwszej pomocy.

Składka roczna uzależniona jest od wysokości wybranej sumy gwarancyjnej:

Suma ubezpieczenia	Składka roczna
100 000 zł	40 zł
250 000 zł	55 zł
500 000 zł	65 zł
750 000 zł	70 zł
1 000 000 zł	85 zł

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna w związku z wykonywaniem zawodu, bez względu na czas i miejsce oraz istnienie stosunku pracy.

**Zakres ochrony ubezpieczeniowej:**

odpowiedzialność cywilna:

- deliktowa, kontraktowa,
- za szkody związane z posiadaniem mieniem (wyposażenie gabinetu),
- za szkody w ruchomościach najmowanych lub dzierżawionych od osób trzecich, służących wyłącznie dla celów wykonywania czynności zawodowych – odpowiedzialność do limitu 100 000 zł
- za szkody w mieniu powierzonym przez zlecającego pracę dla celów wykonywania czynności zawodowych,
- za szkody będące następstwem pobrania, przechowywania krwi i preparatów krwiopochodnych, komórek lub tkanek ludzkich,
- odpowiedzialność o charakterze administracyjnym w związku z wykonywanym zawodem,
- wynikię z przeniesienia wirusa HIV, Hbs i innych chorób zakaźnych.

**Zakresem ubezpieczenia** objęte są szkody spowodowane nieumyślnie, w tym wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego/ Ubezpieczonego.

**Zakresem ubezpieczenia** objęte są szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z niezawodowym udzielaniem świadczeń zdrowotnych (w tym szkody wynikłe ze świadczeń wykonywanych bezpłatnie sąsiadom, w ramach wolontariatu, akcje organizowane przez OIPIP i nie tylko, itp.).

**Za szkodę osobową** uważa się straty powstałe wskutek śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a także utracone przez poszkodowanego korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

**Za szkodę rzeczową** uważa się straty powstałe wskutek zniszczenia lub uszkodzenia rzeczy ruchomej lubo nieruchomości a także utracone przez poszkodowanego korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby nie zostało zniszczone lub uszkodzone jego mienie.

**Zakres terytorialny:** Polska

**Udział własny zniesiony.**

**TRIGGER:** Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje roszczenia dotyczące szkód powstałych ze zdarzeń zaistniałych w okresie trwania ubezpieczenia, choćby poszkodowani (uprawnieni) zgłosili je po tym okresie, jednakże przed upływem terminu przedawnienia.

### 2. Ubezpieczenie ochrony prawnej

Ubezpieczenie zapewnia pielęgniarce ochronę prawną:

- przy dochodzeniu odszkodowań przez osobę wykonującą zawód medyczny z tytułu czynów niedozwolonych, których następstwem jest szkoda osobowa albo majątkowa
- przed dochodzeniem odszkodowań skierowanych przeciwko osobie wykonującej zawód medyczny z tytułu czynów niedozwolonych, których następstwem jest szkoda osobowa lub majątkowa, wynikająca z działania lub zaniechania w związku z wykonywaniem zawodu medycznego

Suma ubezpieczenia	Składka
30 000 zł	85 zł
50 000 zł	100 zł
100 000 zł	120 zł

### 3. Ubezpieczenie nww z ubezpieczeniem na wypadek zarażenia się wirusem HIV/WZW

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zwrot kosztów poniesionych na:

- badanie na obecność wirusów HIV i WZW, do kwoty 1000 zł na wszystkie badania
- zakup leków antyretrowirusowych HIV, do kwoty 5000 zł
- jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia wirusem WZW typu C – 20 000 zł
- jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia wirusem WZW typu B – 10 000 zł
- jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia wirusem HIV – 50.000 zł
- suma ubezpieczenia NNW:
  - 10 000 zł – składka 80 zł
  - 20 000 zł – składka 87 zł
  - 50 000 zł – składka 95 zł

### Zawarcie ubezpieczenia

W celu zawarcia ubezpieczenia prosimy o wypełnienie wniosku dostępnego na stronie internetowej

[www.secesja-ubezpieczenia.pl](http://www.secesja-ubezpieczenia.pl)

oraz przesłanie go do biura MAU Secesja Sp. z o.o.:

fax: 42 637 78 00; e-mail: kontakt@secesja-ubezpieczenia.pl; pocztą tradycyjną

Zapraszamy również do odwiedzenia naszego biura, gdzie możecie Państwo zawrzeć ubezpieczenie osobiście: **Miejska Agencja Ubezpieczeniowa „Secesja” Sp. z o.o., ul. Piotrkowska 233, 90-456 Łódź.**

W przypadku pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt pod nr telefonu 42 637 78 00 lub 42 637 33 11. Nasi doradcy chętnie pomogą Państwu.



## Program obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na 2017

### Dedykowany pielęgniarcom lub położnym wykonującym działalność leczniczą w formie:

- **jednoosobowej działalności gospodarczej jako:** indywidualna praktyka pielęgniarki lub położnej, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
- **spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych.**

### I. OBOWIĄZKOWE ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r., (Dz.U. Nr 293, poz. 1729).

Zgodnie § 2. 1. ww. rozporządzenia ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody, o których mowa w § 1, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczenie OC nie obejmuje szkód:

- 1) wyrządzonych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą po pozbawieniu lub w okresie zawieszenia prawa do prowadzenia działalności leczniczej;
- 2) polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy;
- 3) polegających na zapłacie kar umownych;
- 4) powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

Ubezpieczenie OC obejmuje szkody będące następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych,

jeśli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia.

<b>Suma gwarancyjna:</b>
<b>30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC</b>
<b>Składka roczna: 55 zł</b>

Składka (zawierająca zniżkę) możliwa do zastosowania pod warunkiem bezszkodowego przebiegu ubezpieczeń u poszczególnych ubezpieczonych.

**Okres ubezpieczenia:** roczny.

### II. Ubezpieczenie dobrowolne podwyższające wysokość sumy gwarancyjnej. Ubezpieczenie nadwyżkowe

Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego działalności leczniczej lub wykonywaniem zawodu pielęgniarki.

#### Zakres ubezpieczenia

Ergo Hestia udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez ubezpieczonego, który podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w zakresie:

- nie objętym tym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej,
- objętym tym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, jednak wyłącznie w zakresie szkód, które nie mogą być zaspokojone z tytułu tego obowiązkowego

ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z powodu wyczerpania sumy gwarancyjnej (ubezpieczenie nadwyżkowe).

Ergo Hestia udziela ochrony ubezpieczeniowej w granicach odpowiedzialności ustawowej ubezpieczonego z tytułu czynu niedozwolonego (odpowiedzialność deliktowa) lub z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (odpowiedzialność kontraktowa).

**Ochroną ubezpieczeniową** objęte są także szkody wyrządzone w wyniku rażącego niedbalstwa.

**TRIGGER** – act committed. – Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje roszczenia dotyczące szkód powstałych ze zdarzeń zaistniałych w okresie trwania ubezpieczenia, choćby poszkodowani (uprawnieni) zgłosili je po tym okresie, jednakże przed upływem terminu przedawnienia.

**Ubezpieczeniem objęta** jest odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego za szkody będące następstwem wypadku ubezpieczeniowego, który zaszedł na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Suma gwarancyjna	Składka roczna
100 000 zł	40 zł
250 000 zł	55 zł
500 000 zł	65 zł
750 000 zł	70 zł
1 000 000 zł	85 zł

### Zawarcie ubezpieczenia

W celu zawarcia ubezpieczenia prosimy o wypełnienie wniosku dostępnego na stronie internetowej

**www.secesja-ubezpieczenia.pl**

oraz przesłanie go do biura MAU Secesja Sp. z o.o.:

- fax: 42 637 78 00
- e-mail: kontakt@secesja-ubezpieczenia.pl
- pocztą tradycyjną

Zapraszamy również do odwiedzenia naszego biura, gdzie możecie Państwo zawrzeć ubezpieczenie osobiście:

**Miejska Agencja Ubezpieczeniowa „Secesja”  
Sp. z o.o.  
ul. Piotrkowska 233  
90-456 Łódź**

W przypadku pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt pod nr telefonu 42 637 78 00 lub 42 637 33 11. Nasi doradcy chętnie pomogą Państwu oraz udzielą szczegółowych informacji na temat programu.

**Zbliża się Twoja wizyta u lekarza specjalisty?**

**Łódzki Oddział NFZ  
przypomni Ci o wizycie wysyłając SMS!**



**Jeden telefon wystarczy,  
aby lekarz mógł poświęcić swój czas innemu pacjentowi.**

Od 18 listopada łódzki NFZ będzie przypominał pacjentowi o zbliżającym się terminie wizyty u lekarza specjalisty, wysyłając do niego SMS. W wiadomości znajdzie się m.in. numer telefonu poradni specjalistycznej, by, w razie potrzeby, odwołać wizytę. Mamy wiele sygnałów z poradni specjalistycznych, że nieodwołane wizyty to poważny problem. Dezorganizują pracę, marnowany jest czas, który lekarze mogliby poświęcić innym chorym. Jeśli nasze SMS-y choć trochę zmniejszą liczbę nieodbytych wizyt, to warto je wysłać – mówi Artur Olsiński, dyrektor Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ uruchomi 18 listopada, w ramach pilotażu, aplikację, za pomocą której będzie przypominał pacjentom o wizytach u specjalisty i o tym, by w razie konieczności je odwołać. Testowane rozwiązanie bazuje na danych przekazywanych do Funduszu przez placówki medyczne i nie wymaga z ich strony dodatkowego nakładu pracy, a jedynie starannego prowadzenia kolejki oczekujących. Pacjent powinien pamiętać o podaniu numeru telefonu komórkowego podczas rejestracji.

Pilotaż obejmie poradnie: endokrynologiczne, kardiologiczne, onkologiczne i ortopedyczne. Potrwa do czerwca 2017 r.

Czy warto przypominać o konieczności odwołania wizyty? W trzecim kwartale 2016 r. pacjenci w Łódzkiem nie odwołali 4412 wizyt u lekarzy specjalistów w wybranych do pilotażu poradniach. Najczęściej przepadały wizyty w poradniach kardiologicznych. Na pierwszą wizytę nie przyszło 1500 pacjentów, czyli nie odbyło się 17 proc. umówionych wizyt. Nie odbyło się aż 2071 wizyt – na ponad 11 tysięcy umówionych – w poradniach ortopedycznych. 653 pacjentów nie odwołało wizyty u endokrynologa. Najsumiennie odwołują wizyty, z których nie mogą skorzystać, pacjenci zapisani do poradni onkologicznych, tu procent nieodwołanych wizyt jest najniższy – nie odbyło się 9 proc. wizyt.

Dlaczego jest tyle nieodwołanych wizyt? Pacjent umawia wizytę u lekarza specjalisty często dużo wcześniej i nie może przewidzieć, czy danego dnia będzie mógł przyjść do lekarza. Jednak jeśli wie, że nie skorzysta z wizyty, powinien ją odwołać. Odwołanie wizyty skraca czas oczekiwania innych pacjentów i jest także wyrazem szacunku okazanego lekarzowi. Zwolniony termin poradnia może zaproponować kolejnemu pacjentowi, skracając jego czas oczekiwania na poradę lekarza.

Łódź, 18 listopada 2016 r.

KONSULTANT KRAJOWY  
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO

mgr Leokadia Jędrzejewska

## Opinia w sprawie szczepień ochronnych wykonywanych przez położne

**K**westię uprawnień położnych do wykonywania szczepień ochronnych, należy rozpatrywać z uwzględnieniem aktualnie obowiązujących uregulowań prawnych, w tym:

1. Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.),
2. Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 243, poz. 1570 ze zm.),
3. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz. 1086 ze zm.),
4. Rozporządzenia 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. Nr 210, poz. 1540).

Ad. 1. Zasady wykonywania zawodu położnej i zakres uprawnień uregulowane zostały w przepisach ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej zm.) i są zgodne z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady Europy 2005/36/WE z dnia 7 września 2005 r., w sprawie uznawania kwalifikacji i zawodowych. Zgodnie z art. 5 ust. 1 ww. ustawy, wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w tym: 1) rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej; 2) kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka; 3) prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej; 4) przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego; 5) podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy; 6) sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego; 7) badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji; 8) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabi-

litacji; 9) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych; 10) profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych; 11) rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza; 12) sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą; 13) prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie: a) przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa, b) przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia. Wskazane wyżej świadczenia odnoszą się do określonej grupy świadczeniobiorców usług położnej, w tym: do kobiety w okresie przedkoncepcyjnym, ciężarnej, rodzącej, położnicy, noworodka, kobiety w każdym okresie życia (w zakresie prokreacji, ginekologii, onkoginekologii). Pośród nich nie ma wymienionych świadczeń kierowanych do niemowląt, dzieci w wieku przedszkolnym, szkolnym.

Ad. 2. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wskazuje w art. 17. ust. 6 osoby, które upoważnione są do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych; są nimi lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, posiadający kwalifikacje określone na podstawie ust. 10 pkt 3 i zobowiązuje Ministra Zdrowia do ustalenia kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne. Osoby, o których mowa w art. 17 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, przeprowadzają obowiązkowe szczepienia ochronne, jeżeli odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej. Niezależnie od powyższego, osoby wymienione w rozporządzeniu – lekarz lub felczer, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne nie posiadający kwalifikacji, ale posiadający 2,5-letnią praktykę w zakresie szczepień ochronnych, zgodnie z art. 67 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r., mogą je wykonywać do 31 grudnia 2015 r., ale zdaniem Konsultanta

Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego w ramach kompetencji zawodowych.

Ad. 3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz. 1086 ze zm.), uwzględnia położną jako jedną z osób mogących przeprowadzać szczepienia ochronne, jeżeli ukończyła kurs lub szkolenie w zakresie szczepień, lub uzyskała specjalizację w dziedzinie, w której uzyskała specjalizację w dziedzinie, której program obejmował szczepienia, jednak nie uściśla zakresu szczepień wykonywanych przez położną.

Ad. 4. 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 wskazuje w § 6 ust. 1 pkt 1 lit. j uprawnienia położnej do samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, obejmujących m.in. wykony-

wanie szczepień ochronnych w ramach programu szczepień ochronnych u noworodków, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego.

Pomimo niesprecyzowania w ww. przepisach (pkt 2 i 3 niniejszej opinii), rodzaju szczepień realizowanych przez położne, to jednak z ustawy o zawodach wynika, że położna nie ma kompetencji do realizacji tych świadczeń wobec niemowląt, dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym oraz osób dorosłych. Mając na uwadze powyższe, należy zwrócić dodatkowo uwagę na to, iż nawet ukończenie kursu specjalistycznego Szczepienia ochronne, program dla pielęgniarek (położna nie miała prawa być zakwalifikowana do tego kursu i jego ukończenia!), nie daje położnej upoważnień do wykonywania tych świadczeń w świetle zapisów ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Konsultant Krajowy w dziedzinie  
pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego  
Leokadia Jędrzejewska

### OGŁOSZENIE O PRACĘ

**Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi**, ul. Kniaziewiczza 1/5, zatrudni pielęgniarki posiadające kwalifikacje pielęgniarki anestezjologicznej do pracy na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – Ośrodek Pozaustrojowych Techniek Wspomagania Czynności Nerek i Wątroby.

Osoby zainteresowane proszone są o kontakt osobisty lub telefoniczny z Pielęgniarką Naczelną – mgr Jolantą Surowiec, budynek dyrekcji, I piętro, tel. 42 251 61 10

### APEL O POMOC

Szanowni Państwo, nazywam się Mirosława Chojnacka, jestem pielęgniarką, członkiem naszej OIPIP w Łodzi. Zwracam się z prośbą o przekazanie 1% podatku w swoim zeznaniu podatkowym. Mam syna chorego na mukowiscydozę – chorobę genetyczną nieuleczalną. Ma 36 lat. Choroba, mimo ciągłego przyjmowania leków, ciągle postępuje. Systematycznie wyniszcza cały organizm, powoduje włóknienie narządów (np. płuc, trzustki). Leczenie i rehabilitacja jest wielokierunkowa i bardzo droga.

**Bardzo proszę, przekażcie swój 1%  
Fundacja Dzieciom „Zdążyć z pomocą”  
KRS 0000037904 (z dopiskiem Mariusz Chojnacki Nr – 4004)**

Innym sposobem udzielania pomocy jest przekazanie darowizny w ciągu całego roku. Wpłaty prosimy kierować na konto: Fundacja Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”

**Bank BPH sa 15 1060 0076 0000 3310 0018 2615  
Bank BPH sa (darowizny w ramach zbiórki publicznej)  
61 1060 0076 0000 3310 0018 2660  
z dopiskiem Mariusz Chojnacki Nr – 4004  
Dziękujemy bardzo!**



# Małopłytkowość wywołana przez heparynę jako powikłanie dializoterapii (HIT – heparin induced thrombocytopenia)

mgr KATARZYNA BABSKA

W e współczesnej medycynie najczęściej stosowanym parenteralnie antykoagulantem jest heparyna. Terapia heparyną zazwyczaj jest bezpieczna i skuteczna, jednakże najgroźniejszym powikłaniem, które może wystąpić podczas jej stosowania jest indukowana heparyną małopłytkowość (trombocytopenia), tzw. Zespół HIT (HIT – *heparin induced thrombocytopenia*).

Patogeneza zespołu HIT dzieli się na dwa typy. Typ I (HIT I), o charakterze nieimmunologicznym, przemijający pomimo dalszego stosowania heparyny, gdy liczba płytek krwi nie spada poniżej 100 tys./ $\mu$ l. Typ II (HIT II) ma przebieg przewlekły, często charakteryzuje się zakrzepicą, a liczba płytek krwi spada poniżej granicy 100 tys./ $\mu$ l.

Trombocytopenia w HIT II jest powikłaniem wywołanym przez przeciwciała klasy IgG, które pod wpływem heparyny łączą się z czynnikiem płytkowym 4 (PF4). Czynniki te powstają podczas agregacji płytek (zlepianie się i osadzanie na ścianach naczyń krwionośnych) i blokują działanie heparyny. Na powierzchni trombocytu powstaje wielocząsteczkowy kompleks składający się z przeciwciała, heparyny i czynnika PF4. Niepożądana aktywacja płytek prowadzi do krzepnięcia krwi. Oprócz aktywacji płytek krwi, przeciwciała powodują nadkrzepliwość w mechanizmie stymulacji wytwarzania trombin (II czynnik krzepnięcia krwi). Z tego powodu pacjenci są narażeni na ryzyko zakrzepicy, pomimo obniżonej ilości trombocytów. Zespół HIT typu II zwiększa ryzyko zakrzepicy żyłnej lub tętniczej o 20–40 razy. Powikłania zakrzepowe dotyczą 30–75 proc. chorych. Im większa trombocytopenia, świadcząca w tym wypadku o nasilonym zużyciu płytek, tym ryzyko zakrzepicy większe. Bez wdrożenia odpowiedniego postępowania ryzyko zgonu, głównie w przebiegu zakrzepicy żył głębokich kończyn dolnych, zatoru płuc, zawału serca i udaru mózgu wynosi około 20 proc. Zastosowane leczenie zmniejsza je do 6–10 proc. Właściwe postępowanie polega na szybkim postawieniu rozpoznania, natychmiastowym przerwaniu leczenia heparynami i włączeniu alternatywnych metod antykoagulacji.

Największe ryzyko zespołu HIT występuje u chorych leczonych heparyną podawaną drogą dożylną, po dużych ope-



racjach kardiochirurgicznych lub ortopedycznych (1–5 proc.). W najmniejszym stopniu narażeni są pacjenci leczeni zachowawczo, otrzymujący heparynę podskórną (< 0,1%). U pacjentów, którzy mają podawaną heparynę do przepłukiwania wkłuc centralnych lub wypełniania kanałów cewnika dializacyjnego, ryzyko HIT jest na poziomie 0,1–1 proc.

Niebezpieczeństwo wystąpienia choroby należy rozważyć jeśli pojawi się:

- spadek liczby płytek krwi o 50 proc. lub więcej w stosunku do wartości wyjściowej po 5–10 dniach stosowania heparyny (nawet jeśli wartości bezwzględne pozostają w normie, tj. > 150 tys./ $\mu$ l);
- epizod zakrzepowo-zatorowy;
- ostra reakcja ogólnoustrojowa po dożylnym podaniu heparyny;
- nietypowe zmiany skórne w miejscu wstrzyknięcia heparyny (stwardnienie, bolesne zaczerwienienie z szybką progresją do martwicy skóry).

Pacjenci leczeni nerkozastępczo znajdują się w grupie ryzyka zespołu HIT, gdyż są narażeni na ekspozycję ciągłym wlewem heparyny. Jest ona podstawowym antykoagulantem obiegu pozaustrojowego dializatora. Często zakrzepica jest pierwszym objawem klinicznym HIT. Pojawia się na 1–3 dni przed wystąpieniem trombocytopenii. Najczęstsze objawy występujące u pacjentów dializowanych to:

- wyrzepianie krwi w krążeniu pozaustrojowym;
- zakrzepica dostępu naczyniowego (cewnika dializacyjnego lub przetoki tętniczo-żylną) albo żył centralnych u chorych dializowanych przy użyciu cewników do dializy.

Część pacjentów rozwija reakcję natychmiast po podaniu heparyny dożylnie. Pojawia się ona po 5–30 minutach i ma charakter ostrej reakcji zapalnej organizmu lub przypominającej reakcję anafilaktyczną.

W pierwszym wypadku objawami są: gorączka, dreszcze, wzrost ciśnienia tętniczego, zaczerwienienie twarzy. Reakcja przypominająca anafilaktyczną objawia się nagłą dusznością, hipotonią, tachykardią, niepokojem, bólem w klatce piersiowej, niewydolnością oddechową, a nawet zatrzymaniem akcji serca.

U pacjentów dializowanych rozpoznanie utrudnia wystąpienie podobnych objawów w wypadku reakcji alergicznej organizmu na błonę dializacyjną, przebiegającej pod postacią „zespołu pierwszego użycia dializatora”.

Ryzyko ostrej reakcji jest ograniczone do 100 dni (najczęściej 3 tyg.) po wcześniejszym podaniu heparyny. Jest to czas utrzymywania się przeciwciał przeciwplatek w krwi.

Z uwagi na ryzyko wystąpienia innego podłoża manifestującego się podobnymi objawami, kliniczne podejrzenie HIT wymaga potwierdzenia przez wykrycie przeciwciał przeciwko kompleksowi heparyna-PF4 (przeciwciała typu HIT) i potwierdzenia ich właściwości aktywujących płytki (testy czynnościowe oceniające aktywację płytek krwi w obecności heparyny i surowicy pacjenta, testy serologiczne).

HIT jest rzadkim powikłaniem u pacjentów na oddziałach intensywnej terapii poddawanych heparynizacji podczas stosowania ciągłych technik nerkozastępczych (CRRT – *continuous renal replacement therapy*). Rozpoznanie opiera się na obrazie klinicznym, ponieważ potwierdzenie laboratoryjne obecności przeciwciał nie jest dostępne natychmiast. Postępowaniem z wyboru jest zaprzestanie terapii heparyną. Środkiem o działaniu przeciwzakrzepowym, mających zastosowanie w ciągłej terapii nerkozastępczej, jest cytrynian sodu. Jego użycie powoduje, że działanie przeciwkrzepliwie obejmuje wyłącznie obieg pozaustrojowy. Aby antykoagulacja cytrynianowa była skuteczna, należy usunąć z krwi pacjenta w krążeniu pozaustrojowym wapń zjonizowany; wówczas nie jest możliwe krzepnięcie krwi. Wapń jest związany przez podawany cytrynian i wydalany przez filtr.

Ocena prawdopodobieństwa klinicznego wystąpienia Zespołu HIT, opiera się na wartościach punktowych skali 4T, interpretujące następujące cechy:

- Thrombocytopenia (małopłytkowość);
- Timing (czas do wystąpienia małopłytkowości);
- Thrombosis (zakrzepica);

Tabela 1: Skala 4T – Kliniczne zasady rozpoznawania HIT

Cecha kliniczna	2 punkty	1 punkt	0 punktów
Małopłytkowość	Spadek PLT > 50% wartości wyjściowej lub PLT powyżej 20 tys./ $\mu$ l	Spadek PLT 30–50% wartości wyjściowej lub PLT 10–20 tys./ $\mu$ l	Spadek PLT do 30% wartości wyjściowej lub PLT < 10 tys./ $\mu$ l
Czas	Wystąpienie trombocytopenii po 5–10 dniach od zastosowania heparyny lub 1 dniu po jej użyciu jeśli była stosowana w ciągu ostatnich 30 dni	Wystąpienie trombocytopenii po >10 dniach od zastosowania heparyny lub w 1 dniu po jej użyciu, jeśli była stosowana 31–100 dni wcześniej	Wystąpienie trombocytopenii po < 1 dnia od zastosowania heparyny (o ile wcześniej nie była stosowana)
Zakrzepica	Potwierdzony ostry incydent zakrzepowo-zatorowy lub martwica skóry albo ostra reakcja ogólnoustrojowa po podaniu heparyny	Postępująca lub nawracająca zakrzepica lub podejrzenie zakrzepicy bez dowodów diagnostycznych	Bez powikłań zakrzepowo-zatorowych
Inne przyczyny trombocytopenii	Brak dowodów na inne przyczyny trombocytopenii	Możliwe inne przyczyny trombocytopenii	Potwierdzone inne przyczyny trombocytopenii

Warkentin T.E., Greinacher A., Koster A. i wsp., Treatment and prevention of heparin-induced thrombocytopenia

• other causes of thrombocytopenia not evident (inne przyczyny małopłytkowości).

Według skali uzyskana wartość punktowa oznacza:

- 6–8 punktów: wysokie prawdopodobieństwo HIT;
- 4–5 punktów: pośrednie ryzyko HIT;
- 0–3 punkty: niskie ryzyko HIT.

Zastosowanie leczenia w rozpoznanym Zespole HIT opiera się na natychmiastowym przerwaniu podawania heparyny. Należy unikać przetaczania koncentratów płytkowych nawet przy znacznej małopłytkowości. Z uwagi na duże ryzyko zakrzepicy żyłnej i tętniczej do leczenia należy włączyć inhibitory trombiny (nie wiążą się z płytkami krwi, nie są neutralizowane przez czynnik PF4) lub inhibitory czynnika xa (czynnik krzepnięcia krwi). Mechanizm działania tej grupy leków jest podobny do heparyn drobnocząsteczkowych – wiążąc się z antytrombiną hamują czynnik xa. Nie wiążą się z płytkami krwi ani z czynnikiem PF4.

W Polsce, z uwagi na prostotę dawkowania, skuteczną antykoagulację i relatywnie niski koszt, lekiem najczęściej stosowanym u pacjentów dializowanych z rozpoznaniem

Zespołem HIT, jest inhibitor czynnika xa – fondaparinux (Arixtra).

Podsumowanie:

Heparyna jest podstawowym antykoagulantem stosowanym zarówno do prowadzenia zabiegów hemodializy w stacjach dializ, jak i leczenia nerkozastępczego technikami ciągłymi, na oddziałach intensywnej opieki medycznej. Wraz z jej stosowaniem pojawia się ryzyko groźnego w skutkach zespołu HIT, zwłaszcza w grupie pacjentów rozpoczynających leczenie nerkozastępcze z powodu ostrej lub schyłkowej niewydolności nerek. Wnikliwa obserwacja stanu ogólnego pacjenta, dokładna ocena dostępu naczyniowego i umiejętność powiązania niepokojących objawów, może stać się w opiece pielęgniarskiej pierwszym i bardzo ważnym krokiem do postawienia szybkiej diagnozy, a tym samym – wyeliminowania ryzyka poważnych w skutkach powikłań.

mgr Katarzyna Babska  
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego



## IV Małopolska Konferencja dla Położnych „Położna 2016”

W dniach 18–19 listopada 2016 r. na Zamku Królewskim w Niepołomicach odbyła się IV Małopolska Konferencja dla Położnych „Położna 2016”. Organizatorami byli: Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych w Krakowie. Otwarcia konferencji dokonał przewodniczący Okręgowej Rady MIPiP pan Tadeusz Wadas. Uczestników powitała również Wiceprzewodnicząca ORMIPiP pani Barbara Słupska – Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego. Program konferencji był bardzo obszerny, wypełniony ważnymi dla położnych treściami.

Jako pierwszy wystąpił prof. UJ dr hab. n. med. Hubert Huras – Konsultant Wojewódzki dla Województwa Małopolskiego w Dziedzinie Położnictwa i Ginekologii, który wygłosił wykład: „Cholestaza ciężarnych”.

Cholestaza ciężarnych (ang. ICP – *intrahepatic cholestasis of pregnancy*) jest najczęstszą odwracalną chorobą wątroby w czasie ciąży. Występuje na skutek nadwrażliwości na hormony normalnie wytwarzane w czasie ciąży (estrogeny, progesteron). Z uwagi na to, że największe stężenie hormonów występuje około 30. tygodnia ciąży (głównie estrogenów), objawy choroby pojawiają się najczęściej właśnie w tym okresie. Częstość występowania w polskiej populacji kobiet ciężarnych szacuje się na 1–4 proc. Wpływ na wystąpienie schorzenia mają: czynniki genetyczne, hormonalne i środowiskowe (m.in. niedobór selenu). Rozpoznanie opiera się na obecności:

- świądu bez wysypki skórnej, który zwykle rozpoczyna się w drugim lub trzecim trymestrze ciąży (po 30 tygodniu), nasila się zazwyczaj w nocy, ma charakter rozlany i często obejmuje wewnętrzne powierzchnie dłoni oraz podeszwy powierzchni stóp; ze względu na czas występowania (godziny nocne) może prowadzić do bezsenności i drażliwości;
- podwyższonej wartości kwasów żółciowych (BA) w surowicy krwi (>10 μmol/l) oraz aminotransferaz;

- spontanicznego ustąpienia objawów w ciągu 2–3 tygodni po porodzie;
- braku innych chorób powodujących świąd i żółtaczkę;
- histologicznie stwierdza się martwicę lub apoptozę hepatocytów;
- biopsja wątroby ani badanie histopatologiczne nie jest elementem diagnostycznym koniecznym dla postawienia rozpoznania.

Cholestaza stanowi problem medyczny przede wszystkim ze względu na zagrożenia dla płodu. Etiologia powikłań u płodu związanych z ICP jest słabo poznana, ale uważa się, że wynika ze zwiększonego przepływu kwasów żółciowych do krążenia płodowego, jak wskazuje na to podwyższony ich poziom w płynie owodniowym, w surowicy krwi pępowinowej i smółce. Ryzyko działań niepożądanych na płód rośnie wraz ze wzrostem stężenia BA w surowicy krwi matki. ICP zwiększa ryzyko porodu przedwczesnego, bradykardii płodu i zagrażającej zamartwicy wewnątrzmacicznej oraz śmierci wewnątrzmacicznej, zwłaszcza gdy stężenie kwasów żółciowych w surowicy krwi matki na czczo wynosi >40 μmol/l. Należy jednak pamiętać, że natężenie objawów przedmiotowych i podmiotowych u matki nie koreluje z rokowaniem dla płodu. ICP zwiększa pasaż smółki w jelitach płodu i stymuluje produkcję prostaglandyn przyczyniając się do obkurczania żyły pępowinowej, co prowadzi do drastycznej redukcji przepływu pępowinowego. Aspiracja kwasów żółciowych lub ich gromadzenie w krwiobiegu płodu jest odpowiedzialne za zwiększoną częstość występowania RDS w ICP. Największą nieprawidłowością laboratoryjną w ICP jest wzrost stężenia w surowicy kwasów żółciowych (BA), który może być pierwszą i jedyną nieprawidłowością laboratoryjną. Zwykle za punkt odcięcia dla wartości nieprawidłowych przyjmuje się stężenie przekraczające 10 μmol/l; większość badaczy sądzi, że wartości graniczne mieszczą się w zakresie 6–20 μmol/l. Całkowite stężenie BA może przekroczyć normę o 10–100 razy. Uznaje się, że stęże-

### opis przypadku

Pacjentka J.G., lat 58.

W wywiadzie: przetrwał migotanie przedsionków, stan po udarze niedokrwiennym (2003 r.), przewlekła niewydolność serca, nadciśnienie tętnicze, przewlekła choroba nerek o niemożliwym do ustalenia początku i nieustalonej etiologii. W ciągu ostatnich 10 lat nie była pod kontrolą lekarską.

Przyjęta do szpitala z powodu osłabienia, nudności, braku apetytu i duszności. Parametry biochemiczne przy przyjęciu: kreatynina – 22,4 mg/dl; eGFR – 2 ml/min, mocznik 369 mg/dl, zaburzenia elektrolitowe typowe dla przewlekłej choroby nerek. W trybie pilnym, po założeniu cewnika do hemodializ, rozpoczęto dializoterapię. Jako leczenie p. lub przeciwwkrzepliwie zastosowano Fragmin, do wypełnienia cewnika – heparynę.

Do dnia zakończenia hospitalizacji wykonano 10 zabiegów hemodializy bez powikłań.

Podczas ambulatoryjnych hemodializ:

Okresowo spadek ciśnienia tętniczego krwi, po około 15–20 minut od rozpoczęcia hemodializy, okresowa duszność, tachykardia i uczucie lęku. Objawy nie występowały podczas każdej dializy, najczęściej ustępowały samoistnie lub po podaniu płynów i tlenoterapii. Obserwowano częściowe wykrzepianie dializatora. Podawano płyny, zredukowano leczenie hipotensyjne, podwyższono ustaloną

dla pacjentki masę ciała, zastosowano dializator o najmniejszej powierzchni, układ linii wypłukiwano większą objętością 0,9% NaCl. W badaniach laboratoryjnych – spadek liczby płytek krwi do 58 tys./μl.

Postępowanie:

Przerwano podawanie Fragminy w domu, zastosowano dializę bez użycia heparyny, do wypełnienia cewnika zastosowano preparat cytrynianu – Citra-Lock. Pacjentka z powodu wykrzepiania krwi w układzie miała krótsze dializy. W trakcie niektórych zabiegów, ze względu na tworzenie się skrzepu w układzie linii, konieczna była wymiana części żyłnej. Nie obserwowano spadków ciśnienia tętniczego krwi ani duszności. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono wzrost płytek krwi do 150 tys./μl. Ponownie włączono do leczenia Fragminę. Z powodu nawrotu spadków ciśnienia tętniczego krwi, duszności i wykrzepiania w układzie tętniczo-żylnym pacjentkę skierowano do szpitala i kolejne dializy wykonywano bez podawania heparyny. Przeprowadzono badania w kierunku diagnostyki Zespołu HIT. Uzyskane wyniki wykazały obecność przeciwciał IgG przeciwko kompleksowi PF4. W badaniu angio-TK tętnic płucnych stwierdzono: „obecność materiału zatorowego w prawej tętnicy płucnej, z ograniczeniem przepływu w zakresie 80–85 proc”. Na podstawie zebranych wyników rozpoznano Zespół HIT. Rozpoczęto leczenie fondaparinuxem (Arixtra). Zastosowano 2,5 mg leku, podawano go do tętniczej części układu. W dniu rozpoczęcia leczenia liczba płytek krwi wynosiła 57 tys./μl, w 7 dniu od rozpoczęcia terapii włączono do leczenia Acenokumarol. Po 3 tygodniach, badanie płytek krwi wskazało wartość 196 tys./μl. Kontrolne Angio-TK nie wykazało cech zatorowości płucnej.



nie BA wyższe niż 40µmol/l pozwala rozpoznać ciężką postać ICP związaną z ryzykiem porodu przedwczesnego, obecnością zielonego płynu owodniowego, porodu operacyjnego i niskiej oceny noworodka w skali Apgar. Zgodnie z Rekomendacjami Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczącego postępowania w wewnątrzmacicznej cholestazie ciężarnych, postępowanie położnicze obejmuje:

- zmniejszenie objawów i zaburzeń biochemicznych u matki oraz zminimalizowanie ryzyka zagrożenia płodu, porodu przedwczesnego i nagłej śmierci płodu;
- ściśle monitorowanie stanu płodu jest zalecane we wszystkich przypadkach (KTG, USG oraz liczenie ruchów płodu przez ciężarną);
- ciężarna z rozpoznaną ICP powinna być niezwłocznie hospitalizowana oraz poddana ścisłej diagnostyce i intensywnemu leczeniu.

Postępowanie takie powinno obejmować:

- reżim łóżkowy – pozycja leżąca powoduje najlepszy przepływ krwi przez wątrobę; nawet niewielki wysiłek fizyczny powoduje wzrost oporu w naczyniach pępowinowych;
- działania wspierające obejmujące dietę lekkostrawną, niskotłuszczową, unikanie stresu;
- oznaczenie LFT raz w tygodniu (po porodzie wyniki mogą być niemiarodajne ze względu na wzrost aktywności transaminaz związany z czynnością skurczową macicy);
- badanie ultrasonograficzne nadbrzusza;
- oznaczenie układu krzepnięcia raz w tygodniu;
- monitorowanie dobrostanu płodu dostępnymi metodami biofizycznymi;
- farmakoterapię w postaci podawania kwasu ursodeoksycholowego;
- przeprowadzenie diagnostyki różnicowej (wirusowe zapalenie wątroby, preeklampsja, zespół HELLP, przewlekłe zapalenie wątroby, również autoimmunologiczne, kamica pęcherzyka żółciowego, żółtaczki mechaniczne, schorzenia dermatologiczne);
- terapeutyczne zakończenie ciąży w wypadku ciężkiej choroby matki i/lub zagrożenia płodu;
- indukcja porodu przy niepowikłanej łagodnej ICP zalecana jest po zakończeniu dojrzałości płuc w 36–38 tygodniu ciąży, w wypadku towarzyszącej żółtaczki ukończenie ciąży zaleca się od 34 tygodnia ciąży, należy rozważyć ryzyko niedojrzałości przy porodzie przedwczesnym w stosunku do ryzyka wewnątrzmacicznego obumarcia płodu.

Kolejnym prelegentem był prof. UJ dr hab. n. med. Robert Jach – Konsultant Wojewódzki dla Województwa Małopolskiego w Dziedzinie Endokrynologii Ginekologicznej i Rozrodczości, który wygłosił wykład na temat: „Oncofertility – zachowanie płodności u osób z chorobami nowotworowymi”.

Dzięki wprowadzaniu nowych środków w chemioterapii i nowych metod w radioterapii zwiększa się liczba przypadków długoletnich przeżyć pacjentów onkologicznych. Jednakże zastosowane leczenie jest gonadotoksyczne i może poważnie ograniczyć możliwości reprodukcyjne pacjenta lub uczynić go

całkowicie bezpłodnym. Uszkodzone gonady, przedwczesne wygasanie ich czynności i w związku z tym brak możliwości posiadania własnego potomstwa są istotnymi problemami pacjentów w wieku reprodukcyjnym. Ponieważ dotyczą coraz większej grupy pacjentów, powstał nowy dział medycyny łączący onkologię z medycyną rozrodczą – *oncofertility*. Jest to pojęcie wprowadzone przez Teresę K. Woodruff i Polly Labiscowitz w 2006 roku. Na świecie stosuje się różne metody zabezpieczania płodności, takie jak: terapia farmakologiczna przed włączeniem chemioterapii, transpozycja jajników, krioprezewacja zarodków i tkanki jajnikowej oraz witrifikacja oocytów. Bez wątpliwości zabezpieczenie tkanki jajnikowej jest jedyną szansą dla najmłodszych pacjentów onkologicznych (dziewczynek), by miały własne potomstwo w przyszłości. Krioprezewacja zarodków oraz w dużej mierze oocytów polega na stosowaniu takich samych procedur jak u pacjentek przygotowujących się do zapłodnienia pozaustrojowego, czyli na kontrolowanej hiperstymulacji jajników, pobraniu oocytów pod kontrolą ultrasonograficzną, zapłodnieniu pozaustrojowym oraz na mrożeniu zarodków. Po zakończeniu leczenia choroby podstawowej zarodki te mogą zostać wykorzystane. Najprostszą metodą zachowania płodności u kobiet, aczkolwiek nadal uważaną za eksperymentalną, jest pobranie i przechowywanie oocytów. Kriokonserwacja tkanki jajnika jest szczególnie polecana w wypadku dziewczynek przed okresem pokwitania, kobiet z hormonozależnym nowotworem oraz pacjentek, u których nie można odwieleć rozpoczęcia leczenia choroby podstawowej. Metoda ta polega na pobraniu, najczęściej podczas laparoskopii, fragmentów tkanki jajnika, które są następnie odpowiednio przygotowywane, mrożone i przechowywane. W Polsce aktualnie funkcjonuje 10 ośrodków zajmujących się oncofertility.

Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Położnych – dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus – przedstawiła wykład: „Kierunki rozwoju zawodowego położnych w Polsce”. Omówiła stan obecny i możliwości rozwoju zawodowego polskich położnych. Z zawodem położnej, a w szczególności jej samodzielności zawodowej w codziennej pracy, łączył się kolejny wykład poprowadzony przez mgr Ewę Janiuk.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego – mgr Leokadia Jędrzejewska – omówiła stan obecny i perspektywę zawodu położnej.

Wystąpienie mgr Doroty Cholewickiej dotyczyło kompetencji komunikacyjnych w pracy położnej. Komunikatywność polega na jasnym wyrażaniu swoich poglądów. Osoba komunikatywna potrafi dopasować sposób mówienia do poziomu odbiorcy. W trakcie rozmowy aktywnie i uważnie słucha rozmówcy. Znaczenie komunikacji w pracy jest niedoceniane. Głównym jej celem jest przekaz informacji merytorycznych językiem dostosowanym do percepcji pacjenta. Znaczenie dobrej komunikacji w pracy położnej doceniali starożytni, np. Soranus z Efezu, wg którego współczucie należy rozumieć jako dzisiejszą empatię „pełne szacunku rozumienie cudzych doświadczeń”. Empatia w znaczący sposób wspiera cały proces komunikacji, a w efekcie postępowanie terapeutyczne. Proces pielęgnowania oparty jest na dialogu pomiędzy osobą pielęgniującą a osobą

pielęgowaną. Zaufanie budujemy już od pierwszego kontaktu z pacjentem. Ważnym elementem komunikacji są komunikaty niewerbalne, takie jak np. wygląd zewnętrzny. Dzięki niemu możemy pokazać swój status. Wygląd jest istotnym elementem identyfikacji.

Specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii – dr med. Paweł Krawczyk, członek Polskiej Rady Resuscytacji, przedstawił najnowsze wytyczne dotyczące znieczulenia porodu, a w szczególności Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz.U. poz. 1997), które weszło w życie 31 sierpnia 2016 r. Rozporządzenie wskazuje, aby przekazywać rodzącej przyjmowanej do podmiotu leczniczego w sposób dla niej zrozumiały informację o przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w podmiocie leczniczym. Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą

**W ostatnich latach w Polsce następuje wzrost liczby kobiet, które odkładają macierzyństwo na 35–40 rok życia. Dane statystyczne podają, że w Polsce co 10. dziecko rodzi kobieta powyżej 35. roku życia. Ma na to wpływ m.in. dostęp kobiet do wszystkich szczebli edukacji, możliwość zajmowania wysokich stanowisk, a także działalność polityczna i społeczna.**

powinny uzgadniać z rodzącą sposób postępowania mający na celu łagodzenie bólu porodowego, z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w podmiocie leczniczym, a także zapewnić rodzącej wsparcie w ich zastosowaniu. W rozporządzeniu wskazane są metody łagodzenia bólu porodowego:

1. Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu:

1) utrzymanie aktywności fizycznej rodzącej i przyjmowanie pozycji zmniejszających odczucia bólowe, w szczególności: spacer, kołysanie się, przyjmowanie pozycji kucznej lub pozycji wertykalnych z wykorzystaniem sprzętów pomocniczych, w szczególności takich jak: gumowa piłka, worek sako, drabinki, sznury porodowe, krzesła porodowe;

2) techniki oddechowe i ćwiczenia relaksacyjne;

3) masaż relaksacyjny;

4) ciepłe lub zimne okłady w okolicach odczuwania bólu;

5) metody fizjoterapeutyczne;

6) przeskórna stymulacja nerwów (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* – TENS);

7) immersja wodna;

8) akupunktura;

9) akupresura.

2. Farmakologiczne metody łagodzenia bólu, mające udokumentowaną skuteczność kliniczną w łagodzeniu bólu porodowego:

1) analgezja wziewna;

2) dożylna lub domięśniowa stosowanie opioidów;

3) analgezja regionalna.

Opieka nad położnicą i noworodkiem po analgezji regionalnej obejmuje:

1) pozostawianie położnicy i noworodka pod nadzorem położnej i opieką lekarza położnika, lekarza neonatologa albo lekarza pediatry, lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu do chwili ustąpienia ryzyka niewydolności oddechowej oraz wykluczenia innych niebezpiecznych powikłań związanych z analgezją regionalną porodu;

2) monitorowanie u położnicy wysycenia krwi tlenem i częstości oddechu, nie krócej niż przez 6 godzin od podania ostatniej dawki leku do znieczulenia miejscowego;

3) dokonanie u noworodka wstępnej oceny jego stanu według skali Apgar, a następnie podjęcie czynności wymienionych w przepisach określających standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem.

Wojewódzki Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego dla Województwa Śląskiego – dr n. med. Barbara Gardyjas – odniosła się do zapisów sztan-darowego aktu prawnego dla położnych, tj. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. 2012, poz. 1100 z późn. zm.). Podjęła próbę odpowiedzi na pytanie: Opieka okołoporodowa wg standardu czy standard bezprawia wobec pacjentki?

Wojewódzki Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego dla Województwa Małopolskiego – dr n. med. Barbara Prazmowska – przeprowadziła analizę częstotliwości występowania cięć cesarskich u kobiet po 35 roku życia.

Cięcie cesarskie jest najczęściej wykonywaną operacją położniczą. W latach 80. ubiegłego stulecia nastąpił znaczny wzrost liczby wykonywanych cięć cesarskich. Przyczynił się do tego przede wszystkim rozwój medycyny, technik operacyjnych, zwiększenie liczby wskazań. W ostatnich latach w Polsce następuje wzrost liczby kobiet, które odkładają macierzyństwo na 35–40 rok życia. Dane statystyczne podają, że w Polsce co 10. dziecko rodzi kobieta powyżej 35. roku życia. Ma na to wpływ m.in. dostęp kobiet do wszystkich szczebli edukacji, możliwość zajmowania wysokich stanowisk, a także działalność polityczna i społeczna. Po osiągnięciu stabilizacji zawodowej i życiowej przychodzi czas na późne macierzyństwo. Najczęściej występujące wówczas problemy, to: cukrzyca, nadciśnienie

tętnicze, zagrażający poród przedwczesny, łożysko przodujące i przedwcześnie oddzielające się, przedwcześnie pęknięte błony płodowe. Częściej też występują wady genetyczne i poronienia. Wymienione problemy mają duży wpływ na liczbę wykonywanych cięć cesarskich u kobiet rodzących powyżej 35 roku życia.

Istotną wiedzę w dostępny sposób przekazała dr n. o zdr. Dorota Matuszyk w prelekcji: „Wpływ żywienia na przebieg ciąży, porodu i okresu poporodowego”. Sposób żywienia kobiety przed ciążą, a zwłaszcza w ciąży może mieć wpływ na zdrowie dziecka zarówno tuż po jego urodzeniu, jak i w późniejszym życiu. Brak wiedzy na temat żywienia w okresie ciąży może prowadzić do błędów żywieniowych, wynikiem czego mogą być niedobory lub nadmiary energii, poszczególnych składników odżywczych oraz nieprawidłowy przebieg ciąży.

Obecnie piramida żywienia, opracowana przez Instytut Żywienia, zmieniła się. U podstawy piramidy pojawiła się aktywność fizyczna, a najważniejsza zmiana dotyczy warzyw i owoców, które stanowią teraz podstawę diety; produkty zbożowe, które dotychczas stanowiły podstawę, zostały przesunięte na kolejne miejsce.

### **Rak piersi jest nowotworem gruczołu sutkowego i jako taki jest jednym z najczęstszych nowotworów u kobiet. Obecnie uważa się, że najlepszą metodą wykrywania zmian w obrębie sutka jest samobadanie piersi i my położeń powinnyśmy uczyć nasze pacjentki tej umiejętności.**

W I trymestrze kobiety ciężarne powinny spożywać cztery porcje warzyw i trzy porcje owoców, a w II i III trymestrze sześć porcji warzyw i cztery porcje owoców. Za jedną porcję uważa się 100 g warzyw i 1 owoc lub garstkę drobnych (jagód, malin itp.). Istotna zmiana to zapotrzebowanie na płyny. Uważa się, że ciężarna powinna spożywać trzy litry płynów dziennie, a kobieta karmiąca cztery litry, przy czym płyny to nie tylko woda, ale herbata, kawa, zupa, mleko.

Spożywanie mleka i jego przetworów: I trymestr – trzy porcje mleka lub jego przetworów, w II i III trymestrze – cztery porcje. Jedna porcja nabiału to szklanka mleka lub 100 g jego przetworów (ser biały, żółty). Mięso: I trymestr – jedna porcja/150 g dziennie, II–III trymestr 200–250 g mięsa dziennie.

Aktywność fizyczna, która pojawiła się jako nowość i to u podstawy piramidy, jest ważnym czynnikiem zdrowego stylu życia i dotyczy również kobiety ciężarnej. Zaleca się w II trymestrze ciąży 45 minut aktywności fizycznej, podzielonej na równe części, czyli 15 minut rozgrzewki, 15 minut ćwiczeń i 15 minut relaksu. Aktywność fizyczna w okresie ciąży musi być dostosowana do możliwości kobiety ciężarnej.

Kolejny wykład poprowadziła mgr Patrycja Osrogórska. Temat wykładu to: „Diagnostyka i leczenie sepsy u noworodka”. Posocznica u noworodków to ciężkie uogólnione zakażenie organizmu będące odpowiedzią na patogeny i ich toksyny

krążące we krwi. Posocznica najczęściej dotyczy noworodków, które urodziły się przedwcześnie lub mają małą masę urodzeniową. Sepsa u noworodków jest szczególnie niebezpieczna ze względu na słabo rozwinięty układ odpornościowy dziecka. Obarczona jest dużą śmiertelnością. Niedojrzałość narządów, w tym przede wszystkim mózgu wcześniaka, może być przyczyną uszkodzeń powstających w trakcie procesu zapalnego.

Pierwszy dzień konferencji zakończył pokaz akrobatyki artystycznej i kolacja w pięknym niepołomiczkim zamku królewskim.

### **Dzień drugi**

Drugi dzień konferencji rozpoczął się od bardzo interesującej prelekcji dr n. med. Ewy Tabor: „Zapomniane kompetencje położnej. Badania gruczołu sutkowego”. Najważniejszym punktem wykładu było podsumowanie, że wykonując swój zawód zapomnieliśmy o swoich kompetencjach i odeszliśmy od nauki samobadania piersi. Rak piersi jest nowotworem gruczołu sutkowego i jako taki jest jednym z najczęstszych nowotworów u kobiet. Obecnie uważa się, że najlepszą

metodą wykrywania zmian w obrębie sutka jest samobadanie piersi i my położeń powinnyśmy uczyć nasze pacjentki tej umiejętności. W trakcie wykładu położeńa rodzinna – mgr Barbara Gardyjas – opowiedziała o swoich doświadczeniach związanych z nauką samobadania kobiet. Od 20 lat prowadzi raz w roku spotkania i uczy samobadania piersi w szkołach w Rybniku. Dzięki temu udało się uratować życie kilku młodym kobietom. To my, położne, powinnyśmy być inicjatorkami różnego rodzaju spotkań z kobietami i przekazywać im wiedzę na temat profilaktyki chorób nowotworowych.

Ciekawie i jednocześnie z dużą dawką humoru poprowadziła wykład dr n. med. Jolanta Olszewska: „Ginekologia wg Soranusa – współczesne spojrzenie na starożytne nowinki”. Z treści wykładu dowiedziałyśmy się, że Soranus – grecki lekarz i filozof – to „ojciec ginekologii”, prekursor ginekologii, położnictwa i pediatrii. Wykonywał badania i opisał budowę narządu rodowego, poronienie zagrażające i będące w toku. Opisał pochwę i pęcherz, proces menstruacji, a także zespół napięcia przedmiesiączkowego (gnuśność, ziewanie). Uważał, że okres najlepszej płodności to wiek 15–40 lat. U kobiet około 40–50 roku życia opisał objawy świadczące o menopauzie. Zgodnie z ówczesnymi poglądami wiązał historię z zaburzeniami funkcji macicy. Kształcił akuszerki i określił, jakie powinna mieć cechy dobra akuszerka. Musi pisać, mieć rozum,

dobrą pamięć, pilność, uczciwość, długie palce u rąk... Dla ułatwienia porodu Soranus zalecał specjalne krzesło porodowe, wygodny fotelik z oparciem z tyłu i z boków. Przy badaniach pochwy korzystał z wieloczęściowego wziernika. Zajmował się pielęgnowaniem i odżywianiem niemowląt.

Kolejne trzy wykłady dotyczyły okresu przekwitania kobiety i związanych z tym okresem problemów:

- dr n. med. Barbara Mazurkiewicz przedstawiła wykład nt.: „Menopauza a reklamowane specyfiki – polecać czy nie”;
- dr n. o zdr. Renata Madejko omówiła temat: „Jakość życia kobiety z nietrzymaniem moczu a odżywianie”;
- mgr Małgorzata Dziedzic omówiła badania przeprowadzone na populacji kobiet dotyczące tematu: „Styl życia kobiet w okresie menopauzy”.

Menopauza to trudny okres w życiu kobiety. Gdy ustaje płodność kobiety regulowana hormonami, organizm zostaje pozbawiony ich stałej dawki i zaczynają zachodzić zmiany klimakteryjne, dotkliwie odczuwalne przez kobiety. Przy odpowiednim wsparciu, kobiety mogą jednak przejść przez ten etap bez dużych zmian w dotychczasowym trybie życia. Świadomość zmian zachodzących w naszym organizmie to najważniejszy krok do mądrego i jak najmniej bolesnego przeżycia tego okresu. Drugim etapem jest wiedza na temat środków, które mogą złagodzić objawy. Może to być hormonalna terapia zastępcza (HTZ), ale trzeba brać pod uwagę objawy uboczne czy przeciwwskazania. Kobiety, które nie mogą lub z różnych przyczyn nie chcą stosować HTZ, nowoczesna medycyna proponuje stosowanie terapii fitoestrogenami.

Fitoestrogeny to związki naturalne, występujące w roślinach, zbliżone do estrogenów. Nie ingerują gwałtownie w żeńską gospodarkę hormonalną, tylko w łagodny sposób naśladują działanie hormonów. Związki te znajdują się w soi, nasionach lnu, sezamie, orzechach, czerwonym winie. Kobiety chcąc złagodzić objawy zespołu menopauzalnego możemy polecać całe nasiona lnu, len mielony odtłuszczony lub suplementy diety na bazie ekstraktów z siemienia lnianego. Reklamowane często różnego rodzaju środki zawierające fitoestrogeny mogą złagodzić uciążliwe objawy i chronić kobiety przed estrogenozależnymi procesami chorobowymi. Położne powinny znać działanie fitoestrogenów i polecać je paniom, którym uciążliwe objawy utrudniają codzienne funkcjonowanie. To my możemy zmobilizować kobiety do zmiany diety na bogatą w produkty zawierające związki fitoestrogenów.

W okresie przekwitania pojawiają się pierwsze sygnały nietrzymania moczu. Obecnie wzrasta liczba kobiet z taką dolegliwością. U kobiet powyżej 65 roku życia objawy nietrzymania moczu są obserwowane u 45 proc. pań, w populacji 40–60 r.ż. u około 20 proc. Dane te wzrastają, dlatego, że coraz więcej kobiet o tym mówi. Przyczyny nietrzymania moczu mogą być różne, ale najczęściej dolegliwości pojawiają się w okresie okołomenopauzalnym w wyniku obniżenia się poziomu hormonów płciowych, co ma ogromny wpływ na słabszy stan napięcia mięśniówki dna macicy i przepony moczowo-płciowej. Rozwojowi choroby sprzyja brak aktywności fizycznej po porodach, niektóre choroby (niewydolność krążenia, udar mózgu,

cukrzyca, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona), otyłość, zaparcia, alkoholizm, palenie tytoniu. Również na te dolegliwości ma wpływ niezdrowy styl życia, jaki prowadzimy.

Z badań, które przeprowadziła w 2014 r. mgr Małgorzata Dziedzic na populacji 453 kobiet dotyczących stylu życia kobiety w okresie menopauzy wynika, że tylko 9,5 proc. badanej grupy prowadzi prawidłowy styl życia. Aktywność fizyczną wykazało 30,2 proc. pań, a prawidłowo odżywiało się 35,5 proc. My położne jesteśmy wyposażone w wiedzę i kompetencje umożliwiające, aby przekonywać kobiety w różnych okresach ich życia do prozdrowotnych zachowań, do zdrowego aktywnego stylu życia. To my same musimy wychodzić z inicjatywą spotkań, rozmów, pogadarek zarówno na oddziałach szpitalnych, jak i w przychodniach i środowisku domowym.

Kolejny temat był również ściśle powiązany z poprzednimi, bo mgr Maria Kaczmarczyk omówiła: „Coaching – czy potrzebny położnej”

Coaching (z ang. *coaching* – korepetycje, trenowanie) to sztuka ułatwiania drugiej osobie działania, uczenia i rozwoju. Bezpośrednio związany jest z natychmiastową poprawą funkcjonowania i doskonalenia umiejętności. To interaktywny proces szkolenia poprzez metody związane z psychologią. Nie polega na tym, aby uczyć kogoś, ale pomóc mu się uczyć. Jest zbudowany na bazie pytań, prowadzi do świadomego dokonywania zmian, skupia się na osiągnięciu celów. Cel nadrzędny, to bardziej wydajne funkcjonowanie organizmu i większe spełnianie się zawodowo. Coaching jest rozpowszechniony przede wszystkim w państwach zachodnich. Wypalenie zawodowe, problemy zawodowe, rodzinne mogą wpływać na naszą codzienną działalność i być może przyjdzie taki moment, że skorzystanie z możliwości tego typu pomocy stanie się procesem naturalnym i powszechnym.

Ostatnim punktem drugiego dnia sesji był temat: „Aktualne trendy w diagnostyce raka szyjki macicy – rola położnej”. Krótki wykład poprowadził Piotr Żywko, który przedstawił zalety cytologii na podłożu płynnym. Jest znacznie dokładniejsza, dzięki czemu odznacza się nawet dwukrotnie większą wykrywalnością wszelkich nieprawidłowości, m.in. raka szyjki macicy – nawet we wczesnym stadium rozwoju. Niestety, w chwili obecnej nierefundowana przez NFZ. Jakość wymazu przeznaczonego do badania jest znacząco lepsza niż w wypadku konwencjonalnej cytologii, ponieważ jest on pozbawiony niepożądanych elementów, np. komórek zapalnych, krwinek czerwonych, bakterii czy śluzu. Bardzo dobra jakość preparatu powoduje, że rzadziej zachodzi potrzeba ponownego wykonania badania.

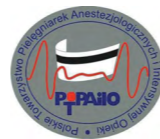
Konferencja w Niepołomicach zakończyła się rozdaniem uczestnikom certyfikatów i podziękowaniem za liczny i aktywny udział.

Jesteśmy pełne podziwu dla koleżanek położnych za tak sprawną organizację konferencji, ciekawe treści wykładów i być może wybierzemy się za rok na V Małopolską Konferencję dla Położnych.

uczestniczki:  
Barbara Dresler i Bożena Pawłowska



## IV Seminarium Specjalistyczne Dobrej Praktyki „Żywienie pacjentów na oddziale intensywnej terapii”



W dniu 18 listopada 2016 roku w Novotel Łódź Centrum Hotel odbyło się IV Seminarium Specjalistyczne Dobrej Praktyki na temat „Żywienie pacjentów na oddziale intensywnej terapii” zorganizowane przez Grupę Roboczą PTPAiIO i Oddział Łódzki Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki. W spotkaniu uczestniczyło ponad 50 osób z różnych regionów Polski. Przewodnicząca Oddziału Łódzkiego PTPAiIO – mgr Elżbieta Janiszewska – powitała zaproszonych gości: Wiceprezesa PTPAiIO – mgr Annę Zdun, koordynatora Grupy Roboczej do Spraw Praktyki w Pielęgniarstwie Anestezjologicznym i Intensywnej Opiece – mgr Małgorzatę Jadczyk oraz uczestników i prelegentów.

Leczenie żywieniowe od dawna jest jedną z najbardziej dyskusyjnych interwencji terapeutycznych współczesnej medycyny. Istnieją bardzo wiarygodne dowody na to, że pacjenci leczeni w OIT ze względu na stan kliniczny, są obciążeni wysokim ryzykiem niedożywienia. Niedożywienie szpitalne stanowi niezależny czynnik ryzyka zwiększonej chorobowości, śmiertelności i obniżenia jakości życia. Wpływa na przedłużenie hospitalizacji a przez to zwiększa koszty leczenia. Wytyczne publikowane przez European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) oparte na aktualnych i wiarygodnych danych naukowych dotyczących żywienia przez przewód pokarmowy (żywienia enteralnego), analizują w określony i powtarzalny sposób korzyści i ryzyko z nim związane. Wytyczne te stanowią jak dotychczas najpełniejszą ocenę żywienia w różnych stanach klinicznych.

Pierwszym prelegentem była mgr Barbara Kwintal z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Instytutu CZMP w Łodzi. Podczas swojego wystąpienia przybliżyła pojęcia podstawowe, drogi podaży, skład mieszanek żywienia dojelitowego i dożylnego na przestrzeni wieków oraz przedstawiła historię żywienia enteralnego i parenteralnego pacjentów w OIT w Polsce. Żywienie enteralne i parenteralne jest standardem w krajach Unii Europejskiej (od 1999 roku żywienie pozajelitowe zostało wpisane w Polsce do procedur wysokospecjalistycznych). W USA jak i w większości krajów europejskich prawo do żywienia jest uznane za jedno z podstawowych praw człowieka.

Tematem drugiego wystąpienia były sposoby odżywiania pacjentów w OIT. Wskazania, przeciwwskazania, niebezpieczeństwa związane z żywieniem dożylnym i przez przewód pokarmowy omówiła mgr Marika Ogrodnik z Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK im. Norberta Barlickiego w Łodzi. Prelegentka zwróciła uwagę na żywienie pozajelitowe, metody jego przygotowywania i podaży. Zwróciła także uwagę na ryzyko powikłań związanych z tą metodą leczenia żywieniowego, konieczność rygorystycznego przestrzegania zasad opieki nad dostępem naczyniowym, a także sposoby monitorowania skuteczności żywienia.

Duże zainteresowanie wzbudziła prezentacja dr n. med. Agnieszki Podczaskiej-Słowińskiej z Centrum Leczenia Żywieniowego wss im. M. Pirogowa w Łodzi. W swoim wystąpieniu przedstawiła problemy leczenia żywieniowego

wśród krytycznie chorych w OIT. Omówiła trudności w stosowaniu żywienia dojelitowego zgodnie z zaleceniami u chorych krytycznie. Zwróciła też uwagę na to, jak wiele wymaga to wiedzy i doświadczenia personelu medycznego oraz przestrzegania przyjętych standardów. Według opinii ekspertów pacjenci, u których możliwe jest żywienie dojelitowe, powinni być żywieni tą drogą. Konieczne jest jednak dostosowanie ilościowe podaży do zapotrzebowania energetycznego oraz unikanie żywienia dojelitowego u chorych z niewydolnością przewodu pokarmowego. Badania kliniczne nie wykazały jednoznacznej przewagi skuteczności żywienia dojelitowego nad pozajelitowym, poza redukcją kosztów. Trzeba jednak pamiętać, że żywienie drogą przewodu pokarmowego jest najbardziej naturalną drogą odżywiania. Skutki zniszczenia bariery jelitowej przez długotrwałe głodzenie i związane z tym zaburzenia wchłaniania mają wpływ na funkcjonowanie całego organizmu. Prelegentka dokładnie omówiła również rodzaje diet przemysłowych (standardowe, specjalistyczne i immunomodulacyjne). Zwróciła też uwagę na preparaty żywieniowe zawierające glutaminę, argininę oraz nukleotydy, mające działanie immunomodulujące, które powoduje istotne zmniejszenie liczby powikłań infekcyjnych, skraca czas pobytu chorych na OIT oraz w szpitalu.

Czwartą prezentację, która poświęcona była problemom pielęgnacyjnym pacjentów żywionych przez gastrostomię (PEG) przedstawiła Aneta Bronka z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii wss im. M. Pirogowa w Łodzi. Z uwagi na najmniejszą inwazyjność, łatwość w pielęgnacji i odwracalność zabiegu, przeszkróna gastrostomia endoskopowa (percutaneous endoscopic gastrostomy – PEG) jest uznawana za dostęp z wyboru. Prelegentka bardzo dokładnie omówiła kontrolę i pielęgnację miejsca wyprowadzenia gastrostomii, jejunostomii, postępowanie w przypadku m.in. powikłań śródoperacyjnych (krwawienie, uszkodzenie jelita, śledziony), powikłań pooperacyjnych (zakażenie rany operacyjnej, ewentracja – wytrzewienie), postępowanie w przypadku utraty drożności zgłębniaka/przetoki odżywczej (sposoby udrażnienia), w przypadku wycieku wokół cewnika stomijnego czy też jego przypadkowego wysunięcia oraz zasady żywienia pacjentów. Zwróciła szczególną uwagę na najczęściej popełniane błędy w żywieniu oraz na sposób postępowania podczas podawania leków przez gastrostomię.

Zalecenia Grupy Roboczej PTPAiIO w zakresie opieki nad centralnym dostępem naczyniowym zaprezentowała mgr Bogumiła Snopek – Abramowicz, członek Grupy Roboczej PTPAiIO z Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK im. Norberta Barlickiego w Łodzi. Prezentacja wyjaśniła kryteria wyboru dostępu żylnego oraz wskazania do kaniulacji żył centralnych i zasady bezpiecznej terapii dożylnej. W trakcie swojej prezentacji prelegentka duży nacisk położyła na zasady postępowania pielęgnacyjnego zapobiegającego skażeniom infuzji dożylnych ze szczególnym uwzględnieniem aseptycznej techniki bezdotykowej. Systemowe działania zgodne z zasadami dobrej praktyki podnoszą w znaczącym stopniu świadomość i wiedzę personelu

opiekującego się pacjentami. Stanowią niezbędny element strategii pielęgnowania, dlatego też zalecane są systematyczne szkolenia personelu pielęgniarstwa w zakresie postępowania z linią naczyniową, wdrażanie zasad dobrej praktyki i tworzenie procedur postępowania z cewnikiem naczyniowym oraz prawidłowe dokumentowanie podjętych działań.

Ostatnim prelegentem Seminarium był dr n.med. Andrzej Wiczcerek z Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK im. Norberta Barlickiego w Łodzi, który w niezwykle ciekawy sposób przedstawił znaczenie oceny stanu odżywienia pacjentów w OIT. Wskazał na korelację pomiędzy niedożywieniem a ryzykiem wystąpienia powikłań u pacjentów krytycznie chorych. Współczesna wiedza na temat konsekwencji niedożywienia powinna skłaniać do jego zapobiegania, tymczasem dopiero od niedawna skale oceny odżywienia są częścią dokumentacji medycznej wymaganej podczas przyjęcia pacjenta do szpitala. Dr Wiczcerek szczegółowo omówił zasady podaży energii i białka zgodne z wytycznymi ESPEN oraz przedstawił rolę emulsji tłuszczowych w żywieniu.

Konferencja z uwagi na interesujące zagadnienia i kameralny charakter stanowiła znakomite forum dyskusji i wymiany poglądów. Zaplanowany na seminarium czas niestety nie pozwolił na wyczerpanie wszystkich zgłaszanych przez uczestników pytań i problemów z jakimi stykają się na co dzień w swojej pracy. Cykl wykładów został wzbogacony o część warsztatową, która umożliwiła zainteresowanym osobom poszerzenie swojej wiedzy i umiejętności praktycznych w zakresie poruszanych na konferencji zagadnień. Spotkaniu towarzyszyły wystawy firm medycznych prezentujące sprzęt medyczny. Seminarium zakończyła mgr Małgorzata Jadczyk – koordynator Grupy Roboczej, dziękując uczestnikom za przybycie, podkreśliła rolę seminariów dobrej praktyki, które umożliwiają uczestnikom konfrontację swojej wiedzy ze specjalistami z innych ośrodków oraz wymianę doświadczeń.

Podsumowując IV Seminarium Specjalistyczne Dobrej Praktyki PTPAiIO było ciekawym wydarzeniem w Łodzi, spełniającym oczekiwania uczestników i odbywającym się w miłej atmosferze. Na tej płaszczyźnie profesjonalistów i praktyków mieli okazję wymienić się doświadczeniami związanymi ze stosowaniem składników pokarmowych w terapii żywieniowej. Nadal przedmiotem debat jest skład i ilość potrzebnych składników pokarmowych, droga podawania, a także właściwa metodyka badań klinicznych oceniających interwencje żywieniowe.

Składamy podziękowania Zarządowi Głównemu PTPAiIO, organizatorom Seminarium, wszystkim prelegentom i uczestnikom spotkania oraz przedstawicielom firm medycznych.

Elżbieta Janiszewska  
Bogumiła Snopek-Abramowicz  
Aneta Bronka

## Międzynarodowa Konferencja Ochrony Zdrowia 2016

### „Strategie zmian oraz kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce”

W dniach 24–25 listopada 2016 roku w Sterdyni w Pałacu Ossolińskich odbyła się Międzynarodowa Konferencja Ochrony Zdrowia 2016 pod tytułem: „Strategie zmian oraz kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce”. Celem konferencji było przekazanie aktualnych informacji na temat stanu i perspektyw rozwoju rynku usług medycznych w Polsce oraz zaprezentowanie skutecznych metod kształtowania i doskonalenia jakości usług medycznych. Ważnym elementem spotkania była wymiana doświadczeń z gośćmi zagranicznymi w zakresie tworzenia systemu opieki senioralnej. Niestety, na spotkanie nie przybył Gość Honorowy – pan Marek Tombariewicz – Wiceminister Zdrowia.

Spotkanie rozpoczęło się uroczystym otwarciem i powitaniem uczestników oraz gości. Następnie Igor Piwowarczyk – Dyrektor Zarządzający Centrum Operacyjnego Samorządowa Polska – omówił trendy demograficzne oraz nowe kierunki zmian w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Prelegent przedstawił Program Senioralny 2030 opracowany i wdrażany przez Narodowy Komitet Seniora. Rolą NKS ma być integracja podmiotów komercyjnych, organizacji pozarządowych w zakresie usług dla osób starszych oraz przedstawicieli samorządów i rządu z obszaru polityki senioralnej. Narodowy Komitet Seniora włączył się aktywnie w realizację głównej misji Programu „Senior 2030”, którą jest zachęcenie i przekonanie mieszkańców Europy i pozostałych kontynentów do okresowego bądź stałego zamieszkania w naszym kraju. W czasie pobytu w Polsce w ramach Programu „Senior 2030” dla przyszłych i obecnych seniorów zamieszkujących nasz kontynent zostanie stworzona możliwość skorzystania z wysokiej jakości usług medycznych, w tym rozwiązań e-zdrowia i telemedycyny, turystyki medycznej oraz usług opiekuńczych, bytowych. Za pożądane uznano zbudowanie mechanizmu zapewniania seniorom świadczeń opiekuńczo-medycznych w ramach opieki rodzinnej w miejscu pobytu seniora, w dziennych ośrodkach pobytu dla osób starszych i niepełnosprawnych, w prywatnych domach opieki stacjonarnej oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Od roku 2016 mają powstać regionalne klauzury seniora pobudzające do aktywności osoby fizyczne, przedsiębiorców, instytucje finansowe, kościelne, badawcze, jednostki samorządu.

Kolejna prezentacja – Geoga Jankowskiego – poświęcona była pozyskiwaniu większej liczby klientów krajowych i zagranicznych poprzez doskonalenie jakości w placówkach ochrony

zdrowia w oparciu o program IQS MED. Jest to nowy system certyfikacji polecany i doceniany w całej Europie. Placówki medyczne, które uzyskały certyfikat IQS MED są zamieszczane jako ośrodki o najwyższej jakości usług medycznych na europejskich stronach internetowych, przyciągając tym samym klientów w całej Europie.

Po krótkiej przerwie głos zabrała Prezes Renata Jażdż-Zaleska kierująca Specjalistycznym Centrum Medycznym w Polanicy Zdroju. Podczas wystąpienia przedstawiła imponujący dorobek w nowoczesnym zarządzaniu swoją placówką. Pani Prezes wdrożyła normę IQS MED, dzięki której zyskuje dużą liczbę nowych klientów, szczególnie z Niemiec.

„Nowe wymagania prawne, standardy i kryteria oceny jednostek w ochronie zdrowia w UE” zaprezentował prof. Jovan Didier z Akademii Nauk Medycznych i Badań Integryjnych Steinhagen. Prelegent jest przekonany, że Polska

to bardzo konkurencyjny kraj na arenie międzynarodowej. Omówił oczekiwania niemieckich seniorów zwracających uwagę na najwyższe normy jakości w oparciu o normę IQS MED. Wskazał na współpracę strony polsko-niemieckiej przy wdrażaniu wysokich standardów medycznych.

Następnie Wicewojewoda Opolski – Violetta Porowska – zaprezentowała

przykłady funkcjonowania i wdrożenia certyfikatu IQS MED w jednostkach ochrony zdrowia w województwie opolskim na przykładzie funkcjonowania Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego w Opolu.

Była to ostatnia prezentacja tego dnia.

Kolejny dzień konferencji rozpoczął Dyrektor IQS CERT – Jacek Wasiłowski – prezentując międzynarodowe standardy w polskich placówkach medycznych – korzyści i wyzwania. Omówił ich mocne i słabe strony, wymagania nowej normy ISO 9001:2015 w obszarze usług medycznych.

Około godziny 11.30 nastąpiło uroczyste zamknięcie konferencji, pożegnanie uczestników i zaproszonych gości. Był to owocnie spędzony czas ukazujący nowe kierunki działań oraz możliwości dla seniorów i osób niepełnosprawnych. Polska posiada duży potencjał, jest spostrzegana w Europie jako państwo bezpieczne, dzięki czemu może w przyszłości stać się rajem dla seniorów z całej Europy.

Elżbieta Rak  
Ewa Kempieńska

W dniu 22 września 2016 roku w Warszawie grupa pielęgniarek biorących udział w specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego, prowadzonej na terenie OIPiP w Łodzi, przystąpiła do egzaminu państwowego. Jest mi bardzo miło powiadomić środowisko pielęgniarek i położnych, że wszystkie pielęgniarki uzyskały tytuły specjalistek w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego. Podsumowując pracę ze Słuchaczkami, pragnę podkreślić, że cała grupa zaprezentowała wysoki poziom przygotowania, a jej aktywność i zaangażowanie, niejednokrotnie inspirowały do wzajemnej motywacji do zdobywania wiedzy. Środowisko pracy pielęgniarki nefrologicznej to obszar nefrologii, dializoterapii i transplantologii. Charakterystyczna jest różnorodność placówek, w tym wiele prywatnych stacji dializ; sprawowanie opieki nad pacjentami pediatrycznymi i dorosłymi; leczenie zachowawcze i zabiegowe; stacjonarne i ambulatoryjne. Specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego są doświadczoną kadrą, dobrze przygotowaną do sprawowania profesjonalnej opieki nad pacjentami. Dziewczyny, moje szczerze gratulacje!!!

Kierownik Specjalizacji Nefrologicznej dla Pielęgniarek – Katarzyna Babska



#### Podziękowania dla

**Centrum Kliniczno-Dydaktycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
Zespołu Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej  
pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. Lecha Pomorskiego i mgr Longiny Cybulskiej**

**Zespołu Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii pod kierunkiem  
dr hab. n. med. prof. UM Waldemara Machały i mgr Agnieszki Dorozik**

„Bez względu na to jaką czcionką pisane jest słowo Życie,  
jego wartość jest bezcenna, a potęga miłości ukrywa się w pokornym, skrytym słuźeniu drugiej osobie”

Słowa, które tutaj piszemy nie są w stanie przekazać ogromnej wdzięczności, jaką mamy za serce włożone w moje leczenie i opiekę nade mną. Za trud, który koi ból i przywraca radość życia. Za pełne poświęcenia Człowieczeństwo, którego brak jest czasem dla każdego pacjenta, za pełne zaangażowania i oddanie choremu. Wielkie uznanie dla Zespołów za wiedzę, profesjonalizm i życzliwość.

Niezwykłym Koleżankom pielęgniarkom dziękujemy za troskę, całonocny trud opieki i ogromną serdeczność. Jestem wdzięczna Wszystkim, którzy opiekowali się mną w tych dla mnie trudnych chwilach i najprościej jak mogę, po prostu dziękuję.

wdzięczna pacjentka Grażyna Kozak z Mężem i Synami

Chciałabym bardzo podziękować „Ciociom – Pielęgniarkom” z Oddziału (dziennego i stacjonarnego) Onkologii i Hematologii Dziecięcej Szpitala im. Marii Konopnickiej w Łodzi za dwuletnią opiekę nad moją niewielką osobą. Wszystkie one były cierpliwe, delikatne, w każdym momencie pomocne i wyrozumiałe w trudnych dla mnie chwilach, podczas walki z białaczką. Na pewno robiły więcej niż musiały, a dzieciakom takim jak ja dawały mnóstwo dobroci i ciepła prosto z serca.

Wiem, że to też dzięki nim wyzdrowiałam i mogę znów chodzić do szkoły. Pokochałam je wszystkie i myślę, że nie zapomnę o nich do końca życia!

Kasia Gula (lat 9 i 1/2)



## Poznajemy uroki Ziemi Sieradzkiej Wycieczka wokół Jeziora

ELŻBIETA KRÓL

### Szadek

Szadek to miasto w województwie sieradzkim, położone nad Wartą. Prawa miejskie otrzymał już w 1295 r., które stracił w 1870 r., a odzyskał w roku 1919. Od XIV w. działały tu urzędy, sądy, sejmiki. Szadek był miastem królewskim. Jest rozwiniętym ośrodkiem młynarskim i piekarniczym, przemyślu spożywczego i włókienniczego. Obecnie można tu kupić dobrej jakości mąkę szadkowską, z której wypieka się pyszny chleb i ciasta. Również produkuje się tutaj dobrej jakości swojskie wyroby wędliniarsko-garmażeryjne. W mieście tym na targowisku odbywały się słynne chłopskie jarmarki.

Perłą architektury jest kościół parafialny pod wezwaniem N. M. P. z piękną dzwonnica, wybudowany w XIV w. w stylu gotyckim i o charakterze obronnym. Wewnątrz świątyni – dobrze zachowana polichromia, piękna chrzcielnica z brązu z XIV w., a na ścianach freski przedstawiające wydarzenia biblijne ze Starego Testamentu. Piękny jest ołtarz Matki Bożej Różańcowej. Zabytkiem są też ręcznie kute drzwi. Wymownie prezentuje się krzyż z Ziemi Katyńskiej, przywieziony przez misjonarza. Obecnie wokół kościoła trwają prace konserwatorskie, w ramach realizacji Programu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego mającego na celu ochronę zabytków. Kościół leży przy szlaku corocznych pielgrzymek zmierzających z całego kraju na Jasną Górę, które znajdują w Szadku warunki do wypoczynku.

Zmierzając autokarem w kierunku Zalewu Jeziora – wzdłuż wschodniego brzegu mijamy Zadzim, gdzie rośnie aleja dereniowa – jedyna w łódzkim województwie, która

prowadzi do obecnie zaniedbanego pałacu. Objeżdżamy Pęczniew, w którym zatrzymujemy się na skarpie podziwiając piękny krajobraz Jeziora. Zjeżdżając do południowego odcinka Zalewu, po lewej stronie widzimy most na Warcie, po prawej – rozlewiska Zalewu. Zatrzymujemy się we wsi Glinno na zachodniej części Zalewu. Przewodnik, pan Jurek, prowadzi nas połą drogą do miejsca, gdzie znajduje się bunkier z czasów II wojny światowej. Murowany niewielki schron z małym okienkiem, zamaskowany drzewami i usypanym wałem ziemi, stare mury porośnięte mchem. Klimat jesieni, zeschłe liście, pochmurna pogoda wprawiają w nastrój zadumy, szczególnie, gdy na murze widać pamiątkową tablicę: „Tu zginęli żołnierze AK w walce z najeźdźcą niemieckim dnia 21 I 1945 r. Jan Pawlik, ps. „Brzoza”, lat 42, Stanisław Pawlik, lat 20 – mieszkańcy wsi Glinno”. Krótki pobyt w tym miejscu wzbudził w nas refleksję, że dwóch młodych mężczyzn – ojciec i syn – przed samym wyzwoleniem spod okupacji zginęli z rąk oprawców. Ze szkoły pamiętamy: „Czerwone maki na Monte Cassino, zamiast rosy piły polską krew. Po tych makach szedł żołnierz i zginął”. Można te słowa patriotycznej pieśni przenieść na polską ziemię...

### Warta

Kolejnym etapem tej objazdowej wycieczki jest miasto Warta położone w pobliżu Zalewu. Prawa miejskie Warta otrzymała w 1255 r. Była miejscem państwowych zjazdów, m.in. w 1423 r. wydano Statut Warcki. W czasie II wojny światowej

hitlerowcy wymordowali około 2 tysiące mieszkańców (w kwietniu 1940 r. dokonali mordu na około 500 chorych z tutejszego szpitala psychiatrycznego). Chlubą miasta jest zespół klasztorny i kościół bernardynów (w Europie zwanych franciszkanami). Pierwszy klasztor w Polsce powstał w Krakowie na Wawelu. Klasztor w Warcie ma swój początek w 1464 r.; kościół zakonnicy zaczęli budować w 1500 r.; był on drewniany i w krótkim czasie spalił się. Obecny pochodzi z XV w., został przebudowany w stylu barokowym. Jest wyposażony w cenne dzieła gotyckiego malarstwa, m.in. obraz Franciszka z Sieradza: „Wniebowzięcie Marii”. Kościół p.w. Wniebowzięcia N.M.P wraz z klasztorem zaliczany jest pod względem wyposażenia wnętrz do najbogatszych zabytków w Polsce. Wnętrze pokrywa rokokowa polichromia. Wystrój uświetniają renesansowe nagrobki z XVII w. oraz obrazy namalowane przez Tomasza Dolabellę. Przepiękny jest sarkofag św. Rafała, ubogiego zakonnika, prowincjała, którego cechowała wielka mądrość i który tutaj zmarł. Po jego śmierci zaczęły dziać się cuda, m.in. uratował młodego człowieka, który się powiesił. Na sarkofagu mieści się napis: „Błogosławiony Rafale, módl się za nami”. W kaplicy św. Anny z XVI–XVII w., patronki dobrej śmierci, na ołtarzu cztery głowy kobiet – przedstawiające cztery kontynenty: Europę, Azję, Afrykę i Amerykę.

Dalej obchodzimy z zakonikiem prezbiterium, klasztorny korytarz. Na ścianach średniowieczne freski, dalej dziedziniec o surowym klimacie, służący kiedyś jako miejsce spacerów dla chorych z sąsiadującego z klasztorem szpitala psychiatrycznego. Zachwyciła nas wizyta w murach pełnych historii, tajemniczości, niezwykłości, gdzie wśród zakonnej ciszy mówią nawet ściany.

### Sieradz

Z Warty jedziemy do Sieradza, niegdyś miasta wojewódzkiego, jednego z najstarszych miast Polski. Pierwsze wzmianki o Sieradzu pochodzą z roku 1136. Prawa miejskie otrzymał

w XIII w. i był miejscem zjazdów synodów. Na przełomie XIII/XIV w. Sieradz był stolicą księstwa, a od roku 1996 jest siedzibą powołanej tu Kapituły Najstarszych Miast i Miejscowości w Polsce.

Zwiedzamy Muzeum Okręgowe, mieszczące się w kamienicy pojagiellońskiej z XVII w. przy ul. Dominikańskiej 2. Idea utworzenia Muzeum w Sieradzu została zrealizowana z inicjatywy przybyłego tu księdza Walerego Pogorzelskiego, który wraz z gronem świątłych obywateli tworzących zarząd, powołał do życia ten obiekt 23 listopada 1937 r. Pierwszym kustoszem był Rudolf Weinert. Powodowany miłością do zgromadzonej kolekcji zdołał ją uchronić przed wywózką i zniszczeniem przez Niemców, a także później, podczas bombardowania przez samoloty Armii Czerwonej w styczniu 1945 r., ukrywając zbiory w bezpiecznym miejscu. Po wojnie kustoszem była Zofia Neyman.

Zbiory Muzeum w Sieradzu stanowią darowiznę prywatnych osób i z dworskich muzeów, mieszkańców okolicznych dworów, grona sieradzkich kolekcjonerów z okresu międzywojennego. Twórcom tego Muzeum poświęcone są dwie sale wystawiennicze. Dyrektor Muzeum pełni rolę przewodnika i prowadzi nas do sali wystawienniczej kosmonautyki. Przed salą jest umieszczona oryginalna kapsuła statku kosmicznego, w której podróż kosmiczną odbył nasz rodak – Mirosław Hermaszewski w 1978 r. Tytuł wystawy brzmi: „Centrum Badań Kosmicznych PAN w Warszawie i Muzeum Okręgowe w Sieradzu zapraszają: „Z Sieradza do gwiazd, od idei Sztrenfeldowskich do osiągnięć współczesnej kosmonautyki”.

**W gablotach sali są umieszczone dokumenty z życia wielkiego Polaka, Ary S(z)ternfelda, urodzonego w Sieradzu w 1905 r. Był on cenionym pionierem i naukowcem, który stworzył podstawy światowej kosmonautyki, posiadał liczne tytuły honoris causa wielu europejskich uczelni.**

Pan dyrektor-przewodnik ze wzruszeniem i entuzjazmem opowiadał ciekawe, ale i tragiczne losy życia uczonego, który przez wiele lat mieszkał i pracował w Moskwie, w Instytucie Naukowo-Badawczym, i znając zbyt wiele tajemnic radzieckiej kosmonautyki był objęty zakazem wyjazdów zagranicznych. Całemu światu mówił, że jest Polakiem urodzonym w Sieradzu, czym jego miasto się szczyci.

W budynku głównym Muzeum na pierwszym piętrze znajduje się sala kultury japońskiej – są tu ubiory, kimona, ceramika, figurki związane z obrzędami święta dziewczyn – lalczki, dziewczęce stroje oraz świata chłopców: eksponaty nawiązujące do tradycji samurajskich – broje, miecze. W korytarzu oglądamy makietę województwa sieradzkiego – dawne i obecne ośrodki (2 kowali, garnarczy, nieliczne tkalnie). Kolejna sala przedstawia kulturę regionu sieradzkiego: wyroby ludowych twórców i wyposażenie izb wsi sieradzkiej oraz wiejskiej zagrody – rękodzieła, wyroby z wikliny, garncarskie, użytku gospodarczego, malowidła na skrzyniach, płaskorzeźby

w drewnie, przedstawiające życie na wsi, świątki o charakterze sakralnym i świeckim, haftowane ubiory, wstążki dla młodych pańien, modne obecnie karty świąteczne, wykonane ręcznie techniką wycinankową, girlandy kwiatów z kolorowej bibuły, wieszane u powały izb, wyszywane ludowe stroje. Przeplata się tutaj wśród eksponatów cała gama kolorów i form. Sala zawiera ogromne bogactwo ludowych twórców regionu sieradzkiego, będącym wkładem w kulturę naszej ojczyzny. Bądźmy z tego dumni. Na parterze Muzeum mieszczą się m.in. sala ekspozycji wnętrz dworskich z obrazami z epoki, sala numizmatyki i wyrobów medalierskich. W gablotach eksponowane są wykopaliska. Perłą Muzeum są piękne drzwi drewniane z 1621 r. ze zbiorów Józefa Kobierzyckiego, zapalonego archeologa-amatora. Pełni wrażeń opuszczamy Muzeum Sieradzkie, dziękując jego dyrektorowi za wspaniałą lekcję historii.

### Zalew Jeziersko

Autokarem kierujemy się w stronę północnego brzegu Zalewu Jeziersko, zamykając w ten sposób koło wokół jeziora – wjeżdżamy ogólnodostępną drogą dojazdową na zaporę czołową długości 2739 m, szerokość na 12 m. Z korony zapory rozciąga się rozległy i malowniczy widok na cały zbiornik. Jeziersko zwane jest też „Morzem Sieradzkim”. Należy do trzech największych w Polsce zbiorników retencyjnych o długości 17 km, szerokości od 1,7 do 3,5 km. Powstał na rzece Warcie (trzeciej co do wielkości w Polsce), w Kotlinie Sieradzkiej, przez przegrodzenie rzeki między wsiami Siedlątków a Skęczniew ziemną zaporą czołową oraz trzema zaporami bocznymi, m.in. w Siedlątkowie. Poniżej zapory czołowej, w bezpośrednim sąsiedztwie położona jest elektrownia wodna o mocy 4,89 MW, uruchomiona w roku 1995. Budowę zbiornika rozpoczęto w 1975 r., a pełen proces piętrzenia i gospodarki wodnej podjęto w 1992 r. W południowej rozlewiskowej części jeziora założono rezerwat ornitologiczny. Na błotnistym wysypkowym terenie gnieździ się około 130 gatunków ptaków, a w trakcie przelotów jest ich czasem 250; zdarzają się gatunki rzadko spotykane na terenie Polski oraz będące pod ochroną. Liczebność ptaków lęgowych, skład gatunkowy oraz niezwykle bogata awifauna/ornitofauna (ogół gatunków ptaków) pozwalają zaliczyć rezerwat Jeziersko do ostoi ptaków o znaczeniu europejskim.

**W letnim okresie zbiornik Jeziersko przyciąga miłośników żeglarstwa, kajakarstwa i windsurfingu. Wraz z odpowiednią infrastrukturą turystyczną obszar stanowi główną bazę wypoczynku i rekreacji w naszym rejonie.**

Warta urzeka pięknym krajobrazem, ciszą i spokojem. Jednym słowem – zapraszamy nad Jeziersko!

### Siedlątków

Końcowym, ale najpiękniejszym obiektem naszej wycieczki jest Siedlątków – tuż obok zapory. Na obszarze depresji (teren poniżej morza) usytuowane jest sanktuarium (miejsce uznane za święte, o znaczeniu kultowym, gdzie w szczególny sposób Bóg udziela swojej łaski). Nad drzwiami kościoła widnieje wpisany w krzyż napis: 1654 Sanktuarium Maryjne. W dokumentach historycznych istnieje wzmianka o erygowaniu parafii w 1642 r. Kościół parafialny p.w. św. Marka Ewangelisty, pierwotne drewniany, ufundowany został przez rodzinę Ubyszów, właścicieli Siedlątkowa. W 1683 r., na miejscu zniszczonego, wzniesiono obecny murowany otynkowany kościół z kamienia polnego i cegły. Na dziedzińcu znajduje się pomnik w kształcie otwartej księgi z napisem: „Janowi Pawłowi II, Wielkiemu Polakowi, z wdzięcznością za wyniesienie na ołtarze – siedlątkowanie, 05.2011 r. Kościół jest jednonawowy, z ołtarzem głównym z obrazem MB Siedlątkowskiej z 1640 r., słynący łaskami, który spalił się w 1957 r. Obecny, to kopia obrazu z 1958 r. Ołtarz boczny późnorennesansowy (pochodzący z około połowy XVII w.) z malowanymi scenami z życia św. Izydora. Drugi boczny – św. Rozalii z XIX w. Piękne witraże Chrystusa Króla i św. Piotra z pełną siecią.

**Niezwykłą pamiątką w Sanktuarium jest relikwia z Domu Matki Bożej z Nazaretu (znajdującego się w Sanktuarium w Loretto, przekazana do Siedlątkowa 29 maja 1778 r).**

Proboszczem tego niezwykłego kościoła jest od 18 lat ksiądz Grzegorz, wspaniały gospodarz tego miejsca. Jest to najmniejsza parafia w Polsce, licząca 32 domy, w tym 125 parafian. Na pierwszy ślub proboszcz czekał 3 lata. Dzięki swojej przedsiębiorczości i posłudze, kapelan rozstawił kościół. Obecnie, w roku 2015 były 32 śluby, w 2016 – do teraz – już 36, w roku 2014 były 64 chrzty, w 2015 – 81. Jest to kapelan bardzo otwarty, serdeczny w kontakcie z wiernymi, zakochany w swojej parafii, jest też kapłanem myśliwych Ziemi Sieradzkiej i domu pomocy, organizuje także trasy rowerowe. Szukał ratunku z powodu pęknięć budynku – znalazł w Uści nad Łabą i wkrótce rozpoczną się tu prace remontowe.

Wycieczkę kończymy w Księżych Młynach, w Domu Wczasowym Vantur przy ognisku. Pełni wrażeń i zadowoleni wracamy do Łodzi. Te wspaniałe przeżycia bardzo nas, seniorki, ubogacają

Elżbieta Król  
Koło Emerytowanych  
Pielęgniarek i Położnych  
przy OIPIP w Łodzi

15 października 2016 roku

# ZAPROSZENIE

## KONFERENCJA POSTĘPOWANIE Z RANĄ PRZEWLEKŁĄ

23 MARCA 2017 r.

URZĄD MIASTA ŁODZI  
UL. PIOTRKOWSKA 104, ŁÓDŹ

Mamy zaszczyt zaprosić Państwa na jednodniową konferencję naukowo-szkoleniową „Postępowanie z raną przewlekłą”, która odbędzie się **23 marca 2017 roku** w Urzędzie Miasta Łodzi, ul. Piotrkowska 104. Konferencja rozpocznie się o godzinie 9:00.

Podczas konferencji wysłuchacie Państwo wykładów dotyczących m.in.:

- ▶ Pojęcia i klasyfikacji rany przewlekłej,
- ▶ Postępowania leczniczego w oparciu o obowiązujące wytyczne,
- ▶ Systemu TIME i wilgotnej terapii leczenia ran,
- ▶ Profilaktyki i postępowania z zespołem stopy cukrzycowej,
- ▶ Patofizjologii i postępowania leczniczego w owrzodzeniach goleni,
- ▶ Leczeniu odleżyn w warunkach ambulatoryjnych,
- ▶ Leczeniu miejscowym rany – opatrunki, antyseptyka i lawaseptyka,
- ▶ Kompresjoterapii jako ważnego elementu leczenia owrzodzeń goleni,
- ▶ Wskazań do stosowania terapii podciśnieniowej w leczeniu ran.

Termin przyjmowania zgłoszeń upływa 10 marca 2017 roku

### KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W KONFERENCJI SZKOLENIOWEJ „POSTĘPOWANIE Z RANĄ PRZEWLEKŁĄ”

Kartę należy wypełnić drukowanymi literami. Karta z nieczytelnymi lub niepełnymi danymi nie podlega kwalifikacji

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych  
w Łodzi ul. E. Plater 34

Dane uczestnika:

Imię i nazwisko		
Zawód	Stanowisko	
Miejsce pracy/nazwa zakładu		
Adres		
e-mail	Tel. kontaktowy	
Adres zamieszkania		

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w celu realizacji zgłoszenia.

..... data i podpis uczestnika  
Data wpływu zgłoszenia do biura OIPIP .....  
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie .....

### ORGANIZATORZY

evereth

KATEDRA I ZAKŁAD ANATOMII  
OPISOWEJ I TOPOGRAFICZNEJ  
ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU  
MEDYCZNEGO



Naczelna Rada  
Pielęgniarek i Położnych  
Patronat Honorowy Prezesa NRPiP

### PATRONAT

ForumLeczeniaRan

# 2017

## Styczeń 21 dni • 159,15 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

## Luty 20 dni • 151,40 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28					

## Marzec 23 dni • 174,25 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

## Kwiecień 19 dni • 144,05 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

## Maj 21 dni • 159,15 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

## Czerwiec 21 dni • 159,15 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

## Lipiec 21 dni • 159,15 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

## Sierpień 22 dni • 166,50 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

## Wrzesień 21 dni • 159,15 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

## Październik 22 dni • 166,50 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

## Listopad 21 dni • 159,15 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

## Grudzień 19 dni • 144,05 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31