

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Agnieszka Kałużna
dyżuruje w środy w godz. 16.00–18.00

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Maria Kowalczyk
tel. 42 633 22 48

Skarbnik ORPiP w Łodzi

dr n. o zdr. Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Elżbieta Mamińska
dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 14.00–16.00
tel. 42 633 23 94
w pozostałe dni kontakt z Krystyną Sawczenko
– spec. ds. merytoryczno-kancelaryjnych ORzOZ
tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

dr n. o zdr. Grażyna Kozak
dyżuruje w I i III czwartek miesiąca
w godz. 15.00–17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

mgr Joanna Gąsiorowska
dyżuruje we wtorki w godz. 16.00–18.00
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 10

Biuro 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, II 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
mgr Danuta Ciechomska
Sylwia Baran
mgr Angelika Plak

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 12

PODZIĘKOWANIA 17

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE 18

PIERWSZA POMOC I–IV

Uprzejmie informujemy,
iż Biuro Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
w dniu 30 października 2015 r.
będzie NIECZYNNE.

Zarządzenie Nr 2/2015 Przewodniczącej ORPiP
w Łodzi ws. dnia wolnego za święto przypadające
w dniu 15 sierpnia 2015 r.

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: mgr Joanna Gąsiorowska
Zdjęcia – okładka, I, II, III, IV, 12, 15: Bank Zdjęć Photogenica
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

**XLII posiedzenie ORPiP
4–6 września 2015 r.**

► Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 27 pielęgniarek i 7 pielęgniarzy.

► Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 11 położnych.

► Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek.

► Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.

► Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 5 praktyk pielęgniarek i 1 praktykę położnej wykonywanych w przedsiębiorstwach.

► Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki i 1 praktyki położnej poprzez dodanie kolejnego miejsca wykonywania praktyki.

► Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, położnej, zgodnie z Program 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,
- wydano zaświadczenie o odbytym przeszkoleniu – 1 pielęgniarkę i 1 położnej.

► Podjęto decyzję o wizytacji 6 praktyk zawodowych wykonywanych przez pielęgniarki i położne wpisanych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonym przez OIPiP w Łodzi.

► Podjęto decyzję o pokryciu kosztów ponownych wezwań członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, którzy nie wykonują corocznego obowiązku przedkładania aktualnej polisy OC wymaganej przy wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej w ramach działalności gospodarczej, pod rygorem wyciągnięcia konsekwencji prawnych.

► Dokonano 1 wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe prowadzonego przez OIPiP.

► Przyznano członkom OIPiP w Łodzi 1 zapomogę, w wysokości 1600 zł i utrzymano w mocy decyzję o przyznaniu zapomogi w wysokości 1200 zł.

► Utrzymano w mocy decyzje o odmowie przyznania dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym

pielęgniarek i położnych: udział w 2 osobom w kursie kwalifikacyjnym i 1 osobie w szkoleniu specjalizacyjnym – zatrudnienie w miejscu odbywania zajęć kursu, odwołanie złożone 6 miesięcy po regulaminowym terminie.

► Zatwierdzono:

- zasady publikowania wykazu uchwał, rezolucji, stanowisk, apeli, deklaracji ORPiP w Łodzi, uchwał Prezydium ORPiP w Łodzi oraz uchwał, rezolucji, stanowisk, apeli, deklaracji Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na stronie internetowej OIPiP.

- zmiany w planie szkoleń i kursów organizowanych przez OIPiP w Łodzi w roku 2015 poprzez dodanie do realizacji 2 edycji kursów specjalistycznych oraz dokonano zmiany nazwy i kosztów 4 kursów specjalistycznych, ze względu na wejście w życie w dniu 24.08.2015 r. nowego rozporządzenia MZ.

- wyrażenie zgody na udział 1 pielęgniarki w kursie kwalifikacyjnym organizowanym i finansowanym z budżetu OIPiP w Łodzi, pod warunkiem wolnych miejsc w danej edycji kursu.

- sfinansowanie 2 członkom Komisji Opieki Paliatywnej OIPiP w Łodzi, udziału w IX Jesiennych Warsztatach Szkoleniowych dla Pielęgniarek Opieki Paliatywnej w Złotym Potoku k. Częstochowy, w dniach 1–3 października 2015 r.

- wykaz liczby delegatów w poszczególnych rejonach wyborczych na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi VII kadencji.

- zwołanie i zatwierdzenie kosztów organizacyjnych XXXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (sprawozdawczo-wyborczego), w terminie 23–24.11.2015 r.

- powołano skład osobowy 1 komisji kwalifikacyjnej i komisji egzaminacyjnej dla kursu specjalistycznego realizowanego w zakładzie oraz 1 zmianę w składzie komisji szkolenia specjalizacyjnego realizowanego w ramach umowy z Ministrem Zdrowia.

- zmiany w Polityce Rachunkowości OIPiP w Łodzi, wynikające ze zmian przepisów prawa.

- pokrycie kosztów wynajęcia autokarów dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na spotkanie pielęgniarek i położnych organizowane w Warszawie w dniu 10 września 2015 r. oraz zakupu czepków „pielęgniarki” i „położnej”.

- wystąpienie do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z wnioskami o przyznanie srebrnego odznaczenia samorządu pielęgniarek i położnych „Zasłużony dla Samorządu Pielęgniarek i Położnych” – 4 pielęgniarkom.

- Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowisko kierownicze – 13 pielęgniarek oddziałowych w 2 podmiotach leczniczych.

**XLV posiedzenie Prezydium ORPiP
23 września 2015 r.**

► Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 11 pielęgniarek.

► Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 6 położnych.

► Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek.

► Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek.

► Wydano nowe zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarkom.

► Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarek i 1 praktyki położnej wykonywanych w przedsiębiorstwach.

► Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki.

► Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki w podmiocie leczniczym.

► Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenie 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 – 3 pielęgniarki oraz 1 położną.

► Dokonano wpisu i zmiany we wpisie w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych prowadzonym przez OIPiP w Łodzi – 1 zmiana wpisu kursu kwalifikacyjnego, 6 wpisów kursów specjalistycznych u 2 organizatorów kształcenia, zgodnie z nowymi

programami zatwierdzonymi przez Ministra Zdrowia z dnia 19.08.2015 r.

► Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: konferencji – 1 osobie.

► Przyznano członkom OIPiP w Łodzi 7 zapomóg, w wysokości: 4 × 2000 zł, 1 × 1200 zł i 2 × 1000 zł. Odmówiono 3 osobom przyznania zapomogi, ze względów regulaminowych – brak regularnego odprowadzania składek członkowskich na konto OIPiP w Łodzi przez okres co najmniej dwóch lat przed złożeniem wniosku, wnioski zostały złożone powyżej 60 dni od dnia wystąpienia zdarzenia losowego oraz opisana sytuacja rodzinna i materialna, nie jest zdarzeniem losowym dotyczącym członka samorządu w rozumieniu wymogu regulaminowego.

► Zatwierdzono:

- honoraria dla 2 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP Nr 7–9/2015.

- kadre dydaktyczną dla 2 szkoleń specjalizacyjnych, 2 kursów kwalifikacyjnych i 3 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP MZ w Łodzi/MZ w zakładach i OIPiP w Łodzi.

- powołano skład osobowy 1 komisji kwalifikacyjnej i komisji egzaminacyjnej kursu specjalistycznego realizowanego w zakładzie.

- koszty zakupu 11 tytułów – 33 egzemplarzy książek celem uzupełnienia zbiorów Biblioteki OIPiP w Łodzi.

- koszty zakupu do OIPiP: 4 niszczarek do papieru, nowelizacji oprogramowania do działu kształcenia, tablic informacyjnych na pierwszym piętrze, przeprowadzania dwa razy w roku deratyzacji – monitoringu zewnętrznego i wewnętrznego gryzoni w budynku OIPiP.

► Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych dla 3 kursów specjalistycznych u 1 organizatora kształcenia.

► Wytypowano przedstawiciela ORPiP do składu osobowego komisji konkursowych na stanowiska kierownicze – 7 pielęgniarek oddziałowych w jednym podmiocie leczniczym.

oprac. mgr Maria Kowalczyk
Sekretarz ORPiP

**XXXII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
(sprawozdawczo-wyborczy)
odbędzie się w dniach
23–24 listopada 2015 r. (poniedziałek–wtorek)
w Urzędzie Miasta Łodzi
(ul. Piotrkowska 104) – budynek B, Duża Sala Obrad (II piętro)**



Ogólnopolska Manifestacja Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

W dniu 10 września 2015 roku w Warszawie odbyła się ogólnopolska manifestacja pielęgniarek i położnych. Według statystyk Komendy Stołecznej Policji, z całego kraju przyjechało około 11–12 tysięcy osób reprezentujących te grupy zawodowe. Z Łodzi i województwa łódzkiego wyjechało 17 zorganizowanych autokarów tj. około 700 osób. Każda grupa zawodowa ma prawo do godnych i sprawiedliwych wynagrodzeń. Od wielu miesięcy toczyły się rozmowy przedstawicieli OZZPiP i NRPiP z Ministerstwem Zdrowia w sprawie poprawy złych warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych. Rozmowy te nie przyniosły zadowalających rezultatów. W związku z powyższym OZZPiP zapowiedział manifestację w Warszawie. Pielęgniarki i położne otrzymały poparcie akcji protestacyjnych oraz swoich postulatów dotyczących warunków pracy i płacy, sformułowanych przez OZZPiP m.in. od: Prezydium Krajowego OZZL – Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Ogólnopolskiej Konfederacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, lekarzy zrzeszonych w Federacji Porozumienia Zielonogórskiego, Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, Forum Związków Zawodowych Ogólnokrajowego Zrzeszenia Związków Zawodowych Pracowników Ruchu Ciągłego oraz marszałków, konwentów i posłów. Pielęgniarki i położne zebrały się przed Kancelarią Prezesa Rady Ministrów przy al. Jerozolimskich, gdzie została wręczona przez przedstawicieli OZZPiP petycja do Pani Premier Ewy Kopacz. Następnie udano się pod gmach Sejmu RP przy ul. Wiejskiej celem złożenia stanowiska na ręce Marszałka Sejmu. Uczestnicy manifestacji nieśli transparenty z napisami: „Dość ignorowania nas i naszego zawodu – mówimy stop!”, „Ciężka praca – głodowa praca!”, „Za 5 lat w Polsce zabraknie pielęgniarek!”, „Premier wiele obiecuje, lecz próśb nie realizuje!”, „Pielęgniarek brakuje – rząd nie reaguje!”, „Wszystkie pielęgniarki jak to się utarło, pracować powinny... najlepiej za darmo!” itp. Wiceprzewodniczący OZZPiP – Zdzisław Bujas

– jako osoba upoważniona do przeprowadzenia manifestacji, przekazał wszystkim obecnym ustalony scenariusz akcji protestacyjnej. Tuż po rozpoczęciu manifestacji przewodnicząca związku OZZPiP – Lucyna Dargiewicz – powitała wszystkie regiony z Polski, dziękując za pełną mobilizację i przyjazd do Warszawy, jednocześnie wyraziła zaskoczenie tak dużą liczbą protestujących. Ilość osób uczestniczących w manifestacji, oczekujących rozwiązań systemowych, przeszła najsmielsze oczekiwania. Rzecznik prasowy OZZPiP, Halina Peplińska przedstawiła zatrważające statystyki oraz poparcia protestu i żądań. W Polsce pielęgniarka średnio zarabia 2 tysiące złotych, w Niemczech – 9 tysięcy złotych, w Skandynawii – 14 tysięcy złotych, w Szwajcarii – 21 tysięcy. Obecnie średnia wieku polskich pielęgniarek to 48 lat i w najbliższym czasie duża ich część odejdzie na emeryturę. Ze statystyk wynika, że w Polsce przypada średnio 5,2 pielęgniarki na 1000 mieszkańców, podczas gdy np. w Szwajcarii – 16, w Dani – 15, a w Czechach i Słowenii – 8.

Problemem jest również niechęć młodych osób po ukończonych studiach do podejmowania pracy w tym zawodzie ze względu na nieatrakcyjne wynagrodzenie. Dlatego też jednym z żądań jest wzrost wynagrodzenia pielęgniarek i położnych jako niezbędnego czynnika powstrzymującego emigrację, odejście od wykonywanego zawodu i zachętę dla młodych osób do podjęcia studiów pielęgniarskich i położniczych. Efektem odchodzenia od zawodu może być realne zagrożenie, że za kilka lat polskie szpitale będą miały problem z zabezpieczeniem społeczeństwa w usługi pielęgniarskie. Rozmowy między MZ a pielęgniarkami dotyczyły również wpisania pielęgniarek w system świadczeń zdrowotnych zamawianych przez NFZ oraz określenia wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Był to jeden z postulatów, oprócz płacowego, kierowany do MZ jako zabezpieczenie odpowiedniej, niezbędnej liczby pielęgniarek i położnych na



poszczególnych oddziałach przy kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych z NFZ celem zapewnienia bezpieczeństwa pielęgniarkom i położnym oraz pacjentom. Zwracano uwagę na fakt, iż personel jest zbyt obciążony pracą administracyjną i inną, która nie jest przypisana do tego zawodu ze wskazaniem na zmniejszenie obciążenia na rzecz bezpośredniej pracy przy pacjencie. Wreszcie sygnalizowano problem zabezpieczenia czasu pracy pielęgniarki i położnej w jednostkach ochrony zdrowia poprzez umowy o pracę będące gwarancją ciągłości opieki nad pacjentem. Podczas manifestacji pod gmach Sejmu wyszli m.in. Leszek Miller ze Zjednoczonej Lewicy, Jarosław Gowin – lider Polski Razem oraz wiceminister zdrowia Cezary Cieślukowski.

Minister Zdrowia prof. Marian Zembala przemawiając do manifestujących zaproponował kompromis – przedstawił nową propozycję resortu zdrowia, dotyczącą podwyższenia wynagrodzenia, czyli średnio 400 zł miesięcznie, przez kolejne 4 lata dla każdej pielęgniarki i położnej (4 × 400 = 1600). Taką propozycję przedstawił również podczas konferencji prasowej, deklarując jednocześnie gotowość do dalszych negocjacji z przedstawicielami pielęgniarek i położnych. Podwyżki miałyby być przekazane w formie rozporządzenia ministra zdrowia jako dodatkowe środki finansowe do umów z NFZ. Taki projekt spowodowałby, że ewentualnymi podwyżkami wynagrodzeń zostałyby objęte tylko pielęgniarki i położne wykonujące zawód u świadczeniodawców posiadających bezpośredni kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie lecznictwa szpitalnego. Pozostałe pielęgniarki i położne, wykonujące zawód w innych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, a także wykonujące zawód w podmiotach, które nie mają aktualnego kontraktu z NFZ, w ogóle nie partycypowałyby w negocjowanych podwyżkach wynagrodzeń planowanych od 1 września 2015 r.

„OZZPiP nie może być stroną porozumienia, które z założenia dzieli grupę zawodową – na te pielęgniarki i położne, które będą mogły partycypować we wzroście wynagrodzeń, i te, które zostaną tego prawa pozbawione” – powiedziała Lucyna Dargiewicz.

W trakcie manifestacji środowisko pielęgniarek i położnych jednomyślnie nie wyraziło zgody na takie rozwiązania. Zarząd OZZPiP wyraził chęć uczestniczenia w dalszych negocjacjach, jednocześnie podjął uchwałę o rozpoczęciu ogólnopolskiego pogotowia strajkowego. W uchwale Zarządu OZZPiP wskazano, że bezpośrednią przyczyną tej decyzji jest „brak możliwości wypracowania na szczeblu rządowym rozwiązań systemowych, umożliwiających poprawę warunków płacy i pracy pielęgniarek i położnych”.

Przypomnijmy! Pielęgniarki i położne domagają się 1500 zł podwyżki do podstawy wynagrodzenia jeszcze w tym roku, jednak w trakcie negocjacji zaproponowały rozłożenie tej kwoty na 3 części (po 500 zł przez 3 lata).

Przewodnicząca OZZPiP – Lucyna Dargiewicz – wyraziła dumę ze wspaniałej postawy pielęgniarek i położnych podczas manifestacji w Warszawie słowami: „Wasze zdyscyplinowanie i determinacja pokazały jedność i siłę naszego środowiska zawodowego oraz potwierdziły, że pielęgniarki i położne to godny partner w rozmowach o warunkach naszej pracy i płacy. Wierzę, że Wasz udział podczas akcji przyniesie rezultaty w postaci spełnienia obietnicy zwiększenia wynagrodzenia naszej grupy zawodowej, złożonej publicznie przez Ministra Zdrowia oraz będzie początkiem pozytywnych zmian w polskim pielęgniarstwie i położnictwie.”

Polecany film z manifestacji pielęgniarek i położnych w Warszawie w dniu 10 września 2015 roku – <https://www.youtube.com/watch?v=Z3G555XIXDU>

Elżbieta Janiszewska

POROZUMIENIE

zawarte w dniu 23 września 2015 r. w Warszawie pomiędzy:

Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, 00-252 Warszawa, ul. Podwale 11, reprezentowanym przez Lucynę Dargiewicz – Przewodniczącą Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych,

i
Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, 02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, reprezentowaną przez Grażynę Rogalę-Pawelczyk – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

a
Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia – Tadeuszem Jędrzejczykiem, 02-390 Warszawa, ul. Grójecka 186,

i
Ministrem Zdrowia – Marianem Zembalą, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, zwanymi dalej „Stronami”.

Mając na uwadze:

- przepisy ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 167 oraz z 2015 r. poz. 791),
- art. 22 ust. 1 pkt 6 i 12 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, z 2013 r. poz. 779, 1247 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 1004),
- art. 102 ust. 5 pkt 22 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.),
- art. 38 ust. 1 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 812),

w trosce o zapewnienie właściwego miejsca pielęgniarkom i położnym w systemie świadczeń opieki zdrowotnej oraz dbając o bezpieczeństwo i jakość opieki nad pacjentami, starając się zabezpieczyć ilość wykwalifikowanych kadr na należytym poziomie oraz stwarzając warunki powodujące wzrost atrakcyjności zawodów pielęgniarki i położnej dla nowych, napływających do zawodu kadr, Strony postanowiły zawrzeć niniejsze Porozumienie o następującej treści:

§ 1

1. Minister Zdrowia, na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą”, dokona nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400), w celu wprowadzenia zmian mających na celu dostosowanie jego przepisów do warunków określonych w niniejszym Porozumieniu. Minister Zdrowia w terminie do

dnia 25 września 2015 r. przedłoży Stronom niniejszego Porozumienia projekt nowelizacji ww. rozporządzenia uwzględniającej treść warunków zawartego Porozumienia oraz niezwłocznie rozpocznie procedurę związaną z wprowadzeniem nowelizacji w życie.

2. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia dokona nowelizacji zarządzenia nr 61/2015/DSOZ z dnia 16 września 2015 r. w celu realizacji niniejszego Porozumienia i znowelizowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie do dnia 28 września 2015 r. przedłoży Stronom niniejszego Porozumienia projekt nowelizacji ww. zarządzenia uwzględniającego treść warunków zawartego Porozumienia.

3. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie znowelizowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przeznaczy w planach finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia środki finansowe na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne umożliwiające wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych w sposób określony w ust. 4–6.

4. U świadczeniodawców posiadających umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz ze wszystkimi innymi składnikami i pochodnymi (dodatek stażowy, dodatek za pracę w porze nocnej, dodatek świąteczny, składki na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy), w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki i położnej wyniesie:

- 1) **400,00 zł od dnia 1 września 2015 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r., z uwzględnieniem kwoty 300,00 zł w okresie od dnia 1 września 2015 r. do dnia 30 czerwca 2016 r.**, o której mowa w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) **800,00 zł od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 1;**
- 3) **1200,00 zł od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 2;**
- 4) **1600,00 zł od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 3.**

5. U świadczeniodawców, bez względu na formę organizacyjno-prawną, posiadających umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna świadczenia będą objęte zwiększonym finansowaniem poprzez wzrost stawki kapitałowej dla pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w sposób zapewniający średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia, w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu tych pielęgniarek i położnych w wysokości:

- 1) **400,00 zł od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r.;**
- 2) **800,00 zł od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., w tym kwota, o której mowa w pkt 1;**
- 3) **1200,00 zł od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r., w tym kwota, o której mowa w pkt 2;**
- 4) **1600,00 zł od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r., w tym kwota, o której mowa w pkt 3.**

6. Przepisy znowelizowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będą gwarantowały od dnia 1 września 2019 r. utrzymanie średniego miesięcznego wzrostu wynagrodzeń w kwocie nie mniejszej niż określona w ust. 4 pkt 4 oraz ust. 5 pkt 4.

7. Podział środków finansowych stanowiących wzrost wartości umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej u danego świadczeniodawcy nastąpi na poziomie tego świadczeniodawcy. W przypadku:

- 1) nieosiągnięcia porozumienia z przedstawicielami związków zawodowych pielęgniarek i położnych zrzeszających wyłącznie pielęgniarki i położne, działających u świadczeniodawcy dotyczącego sposobu podziału kwot, o których mowa w ust. 4 pkt 2–4 i ust. 5, albo,
 - 2) braku pozytywnie zaopiniowanego przez upoważnionego przez okręgową radę pielęgniarek i położnych przedstawiciela samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych sposobu podziału kwot, o których mowa w ust. 4 pkt 2–4 i ust. 5 – gdy u danego świadczeniodawcy nie działają związki zawodowe określone w pkt 1
- podział tych kwot nastąpi w równej miesięcznej wysokości w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu.

8. Zasady wynikające z ust. 7 stosuje się również do podziału kwoty wynikającej z ust. 4 pkt 1 określonej na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

9. Kolejne wzrosty wynagrodzeń, o których mowa w ust. 4 pkt 2–4 oraz ust. 5, będą poprzedzone każdorazowo ustaleniem liczby etatów oraz równoważników etatów pielęgniarek i położnych wykonujących zawód pielęgniarki i położnej u świadczeniodawcy i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, z tym że w przypadku wzrostu wynagrodzeń, o których mowa w ust. 4 pkt 2–4 – według stanu na dzień odpowiednio 1 sierpnia 2016 r., 1 sierpnia 2017 r., 1 sierpnia 2018 r. oraz 1 sierpnia 2019 r. i z uwzględnieniem zasady, że dla zawarcia porozumienia lub wydania pozytywnej opinii zostanie uwzględniony okres do 21 dni.

10. Minister Zdrowia przedstawi do dnia 10 października 2015 r. propozycje średniego wzrostu wynagrodzeń wraz ze wszystkimi innymi składnikami i pochodnymi, w przelicze-

niu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarek i położnych, w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia finansowanych z budżetu państwa.

11. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych:

- 1) zawiesi od dnia 30 września 2015 r. ogólnopolską akcję protestacyjną, pod warunkiem, że projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będzie zawierał postanowienia wynikające z niniejszego Porozumienia;
- 2) zakończy ogólnopolską akcję protestacyjną najpóźniej w terminie 7 dni od dnia podpisania rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pod warunkiem, że rozporządzenie to będzie zawierało postanowienia wynikające z niniejszego Porozumienia;
- 3) niezwłocznie po zakończeniu ogólnopolskiej akcji protestacyjnej podejmie działania zmierzające do zakończenia sporów zbiorowych prowadzonych przez zakładowe organizacje związkowe Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w części dotyczącej warunków wynagradzania.

12. Strony zgodnie oświadczają, że akceptują powyższe ustalenia i będą zgodnie współdziałać w ich realizacji w ramach kompetencji własnych i wyłącznych danej Strony wynikających z przepisów ustawowych oraz przepisów prawa wewnętrznego.

§ 2

Stanowisko Ministra Zdrowia w sprawie § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowi załącznik do niniejszego Porozumienia i Strony ustalają, że Stanowisko to w zakresie pkt 1 i II będzie obowiązujące także przy kolejnych wzrostach wynagrodzeń określonych w § 1 ust. 4 pkt 2–4 oraz ust. 5.

§ 3

Porozumienie sporządzono w czterech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

§ 4

Porozumienie wchodzi w życie z dniem 23 września 2015 r. w imieniu:

Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych: L. Dargiewicz
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: G. Rogala-Pawelczyk
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia: T. Jędrzejczyk
Minister Zdrowia: M. Zembala

źródło: <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/porozumienie-z-ozzpip-i-nrPIP>

SYTUACJA ZAWODOWA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W POLSCE

W Polsce w ostatnich latach doszło do pogorszenia warunków wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej. Sukcesywnie dochodzi również do zwiększania nakładanych na pielęgniarki i położne obowiązków w tym także nie związanych z kwalifikacjami i kompetencjami zawodowymi (np. sekretarka, rejestratorka). Nastąpił realny spadek wynagrodzeń. Nie ma również żadnych przesłanek pozwalających wnioskować, aby Rząd RP oraz Parlament zamierzał zrealizować obiecywane zmiany w ustawodawstwie.

W dniu 22 stycznia 2015 r. wysłano do Premier Rządu RP list otwarty, artykułując w nim ostrzeżenie, iż dalsze bagatelizowanie problemu i braku:

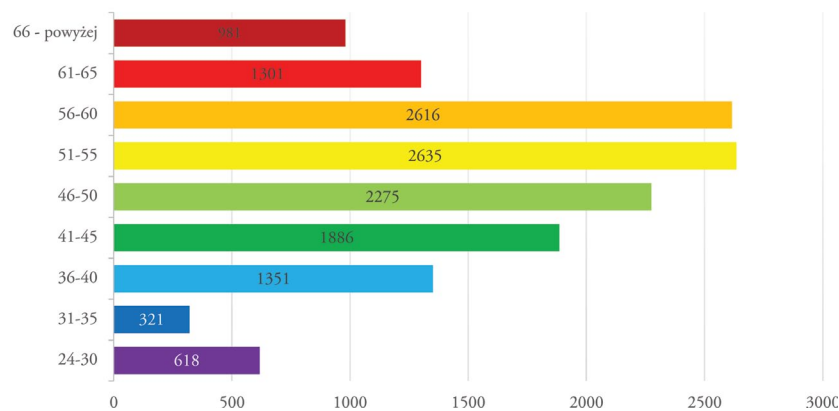
- reakcji Rządu na stale zmniejszającą się liczbę pielęgniarek i położnych,
- dialogu Rządu RP na temat sposobów uniknięcia skutków nadciągającej katastrofy, która będzie wynikiem drastycznego ograniczenia świadczeń zdrowotnych udzielane przez pielęgniarki i położne,
- strategii Rządu RP dotyczącej zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze – grozi załamaniem systemu opieki zdrowotnej.

Dane statystyczne dla województwa łódzkiego:

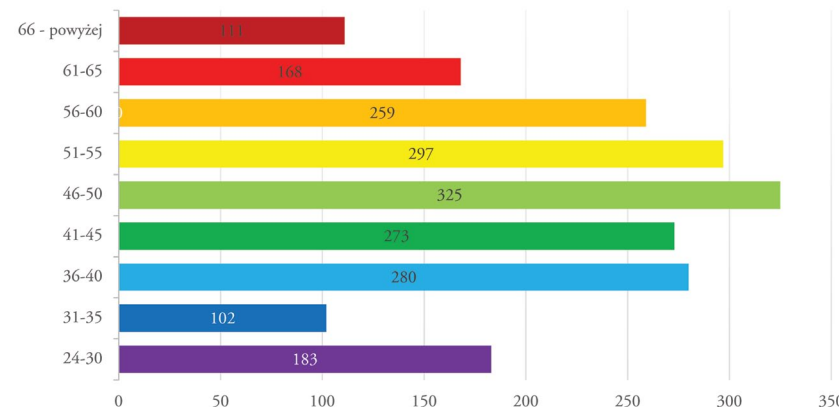
- liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych na dzień 26 lutego 2015 r.: 17 629 (w tym 15 477 pielęgniarek i 2152 położnych)
- liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych w latach 2003–2007: 24 000
- liczba pielęgniarek i położnych czynnych zawodowo: 11 854 (w tym 10 497 pielęgniarek i 1357 położnych)
- liczba pielęgniarek i położnych, które w 2015 r. osiągną wiek emerytalny – 321 (w tym 289 pielęgniarek i 32 położne)
- średnia wieku: pielęgniarki – 51,3 lata, położne – 44,2 lata
- średnie wynagrodzenie: 2000–2200 zł (zasadnicze)

Z danych wynika, iż pielęgniarek i położnych zatrudnionych jest 137 552. Do roku 2022 uprawnienia emerytalne uzyska 44 087, co stanowi 32,05 proc. liczby obecnie zatrudnionych. Do 2022 r. najwięcej pielęgniarek i położnych odejdzie na emeryturę w woj.: łódzkim – 39,05 proc., podlaskim – 38,86 proc., zachodniopomorskim – 35,72 proc., warmińsko-mazurskim – 34,43 proc., dolnośląskim – 34,37 proc., podkarpackim – 34,36 proc.

Ryc. 1. Rozkład wieku pielęgniarek zarejestrowanych w województwie łódzkim na 2015 r.



Ryc. 2. Rozkład wieku położnych zarejestrowanych w województwie łódzkim na 2015 r.



ZABEZPIECZENIE SPOŁECZEŃSTWA POLSKIEGO W ŚWIADCZENIA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych jest to zbiór danych osobowych określonych ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej. Centralny Rejestr prowadzi Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.

W rejestrze są gromadzone i aktualizowane dane pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu. Dane są gromadzone i aktualizowane na podstawie danych wpisanych do rejestrów prowadzonych przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych. Centralny rejestr otrzymuje dane z 45 okręgowych rejestrów okręgowych izb pielęgniarek i położnych. CRPiP zawiera: dane osobowe, dane adresowe, dane zawodowe, dane o wykształceniu, dane o zatrudnieniu, dane o ukończonych specjalizacjach i kursach, dane dotyczące wykreślenia z rejestru zaprzestania wykonywania zawodu, zawieszenia, pozbawienia i wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu.

Naczelna Rada każdego roku przekazuje Ministrowi Zdrowia informacje o liczbie i strukturze zatrudnienia pielęgniarek i położnych wykonujących zawód na terenie działania poszczególnych okręgowych rad pielęgniarek i położnych.

Liczba pielęgniarek i położnych zarejestrowanych w CRPiP

Tabela 1. Liczba pielęgniarek zarejestrowanych w CRPiP w latach 2008–2014 (źródło: CRPiP)

Stan na 31 grudnia	Liczba pielęgniarek		Razem	Średnia wieku
	K	M		
2008	263 259	4756	268 015	44,19
2009	266 655	4569	271 224	44,48
2010	269 503	4678	274 181	45,28
2011	270 781	4494	275 275	46,05
2012	273 666	4830	278 496	46,94
2013	275 075	4964	280 039	48,69
2014	277 334	5188	282 522	48,43

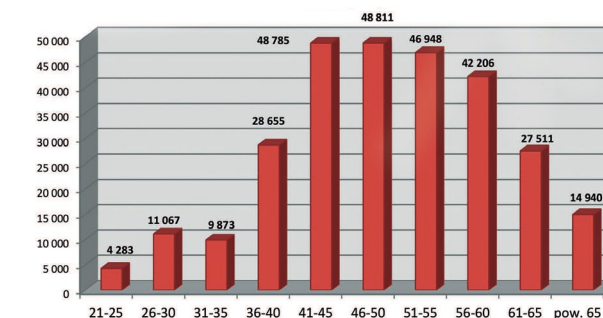
Z przedstawionych danych wynika, że sukcesywnie od 2009 roku wzrasta średni wiek pielęgniarek. W roku 2014

wynosił on 48,43 lata co oznacza, że pielęgniarki są „starą demograficznie grupą zawodową”.

Tabela 2. Struktura wiekowa pielęgniarek zarejestrowanych w CRPiP (źródło: CRPiP)

Wiek w latach	Liczba pielęgniarek	%
21–25	4 283	1,51
26–30	11 067	3,91
31–35	9 873	3,49
36–40	28 655	10,12
41–45	48 785	17,23
46–50	48 811	17,24
51–55	46 948	16,58
56–60	42 206	14,91
61–65	27 511	9,72
pow. 65	14 940	5,28
Razem	283 080	100,00

Rycina 1. Struktura wiekowa pielęgniarek zarejestrowanych w CRPiP (źródło: CRPiP)



Z powyższych danych wynika, że prawie pięciokrotnie odsetek stanowią pielęgniarki w wieku powyżej 65 roku życia w porównaniu do najmłodszej grupy wiekowej 21–25 lat. Świadczy to o braku prostej zastępowalności pokoleniowej.

Tabela 3. Liczba położnych zarejestrowanych w CRPiP w latach 2008–2014 (źródło: CRPiP)

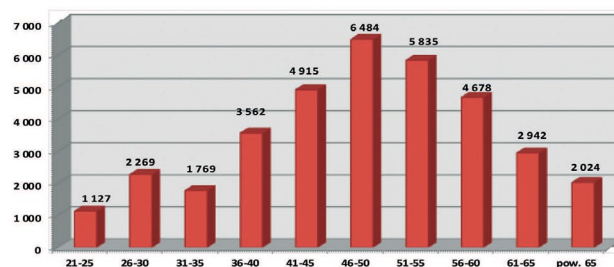
Stan na 31 grudnia	Liczba położnych		Razem	Średnia wieku
	K	M		
2008	32 429	45	32 474	43,23
2009	32 990	36	33 026	43,96
2010	33 477	50	33 527	44,66
2011	33 733	57	33 790	45,32
2012	34 327	60	34 387	46,09
2013	34 750	64	34 814	47,69
2014	35 389	65	35 454	47,21

Z przedstawionych danych wynika, że systematycznie wzrasta średnia wieku zarejestrowanych położnych. W roku 2014 r. osiągnęła 47,21 lat, co świadczy o starzeniu się tej grupy zawodowej.

Tabela 4. Struktura wiekowa położnych zarejestrowanych w CRPiP (źródło: CRPiP)

Wiek w latach	Liczba położnych	%
21–25	1127	3,17
26–30	2268	6,37
31–35	1768	4,97
36–40	3561	10,01
41–45	4913	13,80
46–50	6481	18,21
51–55	5832	16,39
56–60	4676	13,14
61–65	2941	8,26
pow. 65	2023	5,68
Razem	35 590	100,00

Rycina 2. Struktura wiekowa położnych zarejestrowanych w CRPiP (źródło: CRPiP)



Porównując liczbę osób w wieku 21–25 lat do liczby osób powyżej 65 roku życia wyraźnie widać ujemne saldo (-897 osób) co świadczy o braku zastępowalności pokoleń.

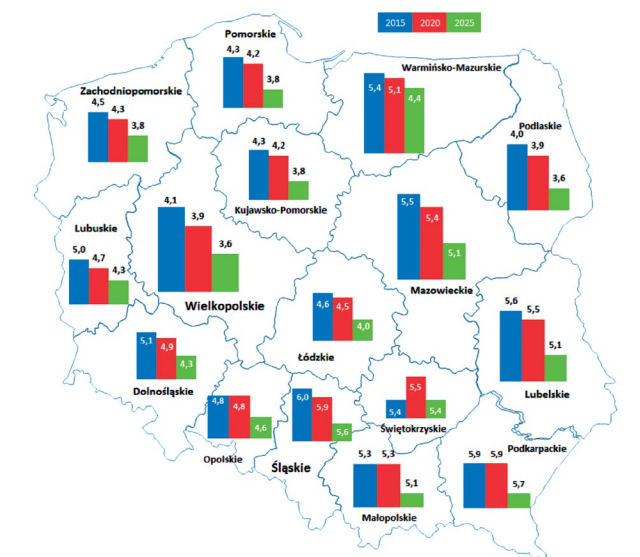
Tabela 5. Prognozowane wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych w latach 2015–2025 (źródło: CRPiP)

Rok	Liczba mieszkańców w tys.			Pielęgniarki wskaźnik na 1 tys.	Położne wskaźnik na 1 tys.
	M	K	Razem		
2015	18 328,5	19 687,5	38 016	4,82	0,59
2020	18 238,5	19 591,3	37 830	4,70	0,60
2025	18 052,4	19 385,6	37 438	4,35	0,58

Tabela 6. Prognozowane wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych w latach 2015–2025 z podziałem na województwa (źródło: CRPiP)

Województwo	2015	2020	2025
dolnośląskie	5,12	4,87	4,32
kujawsko-pomorskie	4,28	4,15	3,77
lubelskie	5,58	5,48	5,14
lubuskie	4,97	4,75	4,34
łódzkie	4,61	4,45	4,04
małopolskie	5,29	5,28	5,07
mazowieckie	5,53	5,44	5,12
opolskie	4,79	4,84	4,65
podkarpackie	5,88	5,94	5,70
podlaskie	3,97	3,89	3,64
pomorskie	4,31	4,19	3,84
śląskie	6,00	5,93	5,57
świętokrzyskie	5,39	5,49	5,39
warmińsko-mazurskie	5,37	5,11	4,38
wielkopolskie	4,09	3,95	3,64
zachodniopomorskie	4,49	4,30	3,82

Rycina 3. Prognozowane wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych w latach 2015–2025 z podziałem na województwa (źródło: CRPiP)



Pierwsza pomoc Grzybobrania czas – zatrucia grzybami

mgr BARBARA KWINTAL

Miesiące wrzesień i październik to okres grzybobrania, dlatego też bohaterami „jesiennego” artykułu będą grzyby. Omówione w nim zostanie niebezpieczeństwo związane z konsumowaniem grzybów, wskazane „najgroźniejsze” w Polsce gatunki grzybów trujących oraz przedstawione wszystkie ważne informacje związane z objawami i pierwszą pomocą po zatruciu nimi.

Historia

Grzyby od wieków są wykorzystywane w celach spożywczych i leczniczych. Pleśń nadają smak serom, a drożdże wykorzystywane są do wytwarzania wina i chleba. Z grzybów pleśniowych otrzymano w pierwszej połowie XX wieku pierwszy antybiotyk – penicylinę. Od bardzo dawna znane są również właściwości trujące i halucynogenne grzybów, szczególnie *Psilocybe cubensis* i *Psilocybe semilanceata*, już Eurypides bowiem opłakiwał śmierć bliskich po ich zjedzeniu.

Na terenie Europy występuje ponad 5000 tysięcy różnych gatunków grzybów, a około 160 może okazać się śmiertelnie trujących dla człowieka. Pomimo niewielkiej wartości odżywczej grzybów dziko rosnących, bardzo popularne w Polsce jest ich zbieranie i konsumpcja. Wynika to z faktu, iż posiadają one cenione walory smakowe a swą masą pobudzają perystaltykę przewodu pokarmowego. Wartość odżywczą tych „skarbów lasu” można zwiększyć, przyrządzając potrawy z gotowanych i zmielonych lub sproszkowanych grzybów.

Epidemiologia

Dane dotyczące epidemiologii zatruc grzybami w naszym kraju są bardzo niedokładne. W latach 1977–2004 odnotowano ponad 10 274 zatruc, z których śmiertelne okazało się 601 przypadków. Największa liczba intoksykacji była spowodowana spożyciem krowiaka podwiniętego-olszówka (*Paxillus involutus*), muchomora sromotnikowego (*Amanita phalloides*), muchomora jadowitego (*A. virosa*), muchomora

wiosennego (*A. verna*) oraz piestrzenicy kasztanowatej (*Gyromitra esculenta*).

Najczęstszymi przyczynami zatruc grzybami są:

- spożycie nieznanych grzybów,
- błędna identyfikacja zebranych grzybów,
- nieprawidłowe przyrządzenie lub osobnicza nadwrażliwość na grzyby jadalne,
- spożycie „zepsutych” grzybów (niewłaściwe przechowywanie np. w foliowych torebkach bez dostępu do powietrza, gdzie dochodzi do zaparzenia grzybów i wytworzenia substancji trującej – neuryny).

Wyróżniono cztery grupy zatruc mając na uwadze patomechanizm działania toksyn zawartych w grzybach:



- zatrucia cytotropowe – powodujące głównie uszkodzenia narządów mięszzowych,
- zatrucia neurotropowe – prowadzące do zaburzeń psychoneurologicznych,
- zatrucia gastryczne – skutkujące ostrym nieżytem żołądkowo-jelitowym.

Osobną grupę stanowią zatrucia nieswoiste występujące po spożyciu grzybów jadalnych.

Zatrucie cytotropowe może być spowodowane spożyciem: muchomora sromotnikowego, wiosennego i jadowitego oraz piestrzenicy kasztanowatej. Są to grzyby silnie trujące. W przypadku muchomora sromotnikowego toksyny, które grzyb zawiera, są odporne na gotowanie i inne czynniki niszczące. Należy nadmienić, iż toksyny te zachowują swoje trujące właściwości przez wiele lat.

Zatrucia cytotropowe charakteryzują się późnym wystąpieniem pierwszych objawów (od momentu spożycia grzybów), ciężkim przebiegiem i wysoką śmiertelnością. Objawy (pojawiają się po około 6–48 godzin):

- nudności, bóle brzucha (kolkowe),
- wymioty, wodnista biegunka.

Cofanie wyżej wymienionych objawów następuje po 18–24 godzinach.

Po 3–4 dniach, w przypadku niezastosowania właściwego leczenia, dochodzi do zaniku wątroby, towarzyszy temu żółtaczka i skaza krwotoczna, drgawki, śpiączka, porażenie oddechu, niewydolność nerek. Jeśli poszkodowanemu nie zostanie udzielona pomoc, zgon następuje po 5–7 dniach.

Zatrucie neurotropowe wywołują toksyny zawarte w: krowiaku podwiniętym, strzępie ceglasmym, muchomorze czerwonym i plamistym, lejkówce odbielonej. Po spożyciu wyżej wymienionych grzybów występuje okres utajenia



(1–2 godziny) do wystąpienia objawów zatrucia. Objawy (zbliżone do zatrucia atropiną):

- zawroty głowy, rozszerzenie źrenic,
- oszołomienie, omamy wzrokowe i słuchowe,
- drżenie mięśniowe,
- śpiączka.

Zatrucie gastryczne może być wywoływane przez ponad 80 gatunków grzybów występujących w Polsce. Grzyby wywołujące ostry nieżyt żołądkowo-jelitowy to najczęściej: czubajka grzebieniowata i kolista, gaska różgowata, gaska siarkowa, gołąbek wymiotny i kruchy, muchomor cytrynowy, pieczarka żółtawa, borowik szatański. Objawy (występują po 3–5 godzin od spożycia grzybów):

- nudności i wymioty,
- silne bóle brzucha i towarzyszące temu bolesne parcie na stolec,
- wzmożone pragnienie,
- biegunka,
- mogą również wystąpić objawy muskarynowe – ślinotok, łzawienie i pocenie się.

U osób starszych i dzieci zatrucie gastryczne może prowadzić do: zaburzeń wodno-elektrolitowych, obniżenia ciśnienia tętniczego krwi, kurczu łydek, przyspieszenia akcji serca, niewydolności nerek, a w skrajnych przypadkach do zgonu.

Zatrucie nieswoiste – dochodzi do niego po spożyciu w postaci surowej grzybów zawierających substancje drażniące błonę śluzową przewodu pokarmowego. Należą do nich: opieńka miodowa, borowik ponury, lejkówka mglista i gaska.

Do tego typu zatruc może dojść także po: spożyciu nieprawidłowo przechowywanych grzybów oraz grzybów poddanych działaniu środków ochrony roślin. Przebieg zatruc grzybami jadalnymi zazwyczaj jest lekki, najczęściej dotyczy dzieci i osób starszych. Objawy:

- nudności, wymioty,
- bóle brzucha,
- nie dochodzi do uszkodzenia narządów mięszzowych.

Uwaga! Osoby podejrzewające zatrucie grzybami powinny niezwłocznie udać się do najbliższej izby przyjęć szpitala, szpitalnego oddziału ratunkowego lub wyspecjalizowanego ośrodka zatruc. Na terenie Łodzi całodobowy dyżur pełni:

Oddział Toksykologii Instytut Medycyny Pracy
im. prof. Jerzego Nofera
ul. Św. Teresy od Dzieciątka Jezus 8,
91-348 Łódź, telefon: 42 631-47-53 (573, 796).

Nie bagatelizuj objawów klinicznych, które pojawiły się po spożyciu grzybów, nawet jeśli konsumowane były kilka dni wcześniej! Pamiętaj, że po zatruciu muchomorem sromotnikowym występuje faza „pozornej poprawy”! Nie czekaj zatem na samowyleczenie!

Podaj lekarzowi jak najdokładniejsze informacje na temat spożytych grzybów:



- gatunek spożytych grzybów,
- sposób przygotowanej potrawy,
- ilość spożytej potrawy grzybowej,
- liczbę osób spożywających potrawę (przy zatruciu cytotropowym np. muchomorem sromotnikowym poddawani leczeniu są wszystkie osoby, które spożywały daną potrawę grzybową mimo braku objawów),
- czas do chwili wystąpienia objawów.

Pierwsza pomoc

Pamiętaj! Pierwszą czynnością przy podejrzeniu zatrucia grzybami powinno być wywołanie wymiotów. Ma na celu nie tylko usunięcie resztek z żołądka, ale także pozyskanie materiału do badania. Pozwoli to na identyfikację substancji toksycznej.

Zanim rozpoczniesz wywołanie wymiotów:

- sprawdź przytomność chorego,
- zabezpiecz resztki potrawy zawierającej grzyby lub wymiocin (lub gdy podejrzewasz zatrucie innymi substancjami zabezpiecz opakowania po lekach lub innych substancjach).

Jeśli poszkodowany jest przytomny:

- wywołaj wymioty przez podawanie letnich płynów do picia,
- do wody możesz dodać węgla aktywnego, który ma właściwości absorpcyjne i wchłania toksyny znajdujące się w żołądku i jelitach.

Jeśli poszkodowany jest nieprzytomny:

- nie wolno prowokować wymiotów (ryzyko zachłyśnięcia),
- skontroluj parametry życiowe (w razie potrzeby przeprowadź resuscytację krążeniowo-oddechową),
- ułóż poszkodowanego w pozycji bezpiecznej,

- wezwij karetkę pogotowia,
- zapewnij poszkodowanemu komfort psychiczny i termiczny.

Mimo że rytuał jesiennych wycieczek do lasu w celu poszukiwania grzybów sprawia tyle przyjemności i w szczególności sposób integruje ludzi, to nie ufaj „ślepo” swej wiedzy na temat wyglądu grzybów, które możesz spożyć bezpiecznie! Weryfikuj zebrany „plon” z kimś bardziej doświadczonym aniżeli Ty sam, Drogi Czytelniku!

Literatura:

„Pierwsza Pomoc” podręcznik dla studentów, Ppłk dr n. . Mariusz Goniewicz ,Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2012, str. 208-210.

„Ostre zatrucia” Król M.K., Panasiuk L., Szponar E, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.

„Medycyna ratunkowa i katastrof” dr hab. n. med., prof. Andrzej Zawadzki, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2011.

Oficjalna strona Pomorskiego Centrum Toksykologii, projekt i wykonanie: Daniel Cejrowski.

„Medycyna Praktyczna” 2008/09, dr med. Jan Ciećkiewicz, Instytut Ratownictwa Medycznego w Krakowie.

mgr Barbara Kwintal
Instytut CZMP

Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego
Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych
i Intensywnej Opieki



PROFILAKTYKA ZATRUĆ GRZYBAMI



- ✓ Zbieraj tylko te grzyby, które dobrze znasz – jeśli masz wątpliwości co do zebranego grzyba, wyrzuć go!
- ✓ Nie pozwól zbierać i spożywać grzybów dzieciom
- ✓ Nie zbieraj grzybów młodych (trudniej odróżnić gatunki jadalne od trujących)
- ✓ Staraj się nie zbierać grzybów blaszkowatych (wśród nich najwięcej znajduje się gatunków trujących)
- ✓ Nie kupuj grzybów przetworzonych i mieszanych z niewiadomego źródła
- ✓ Jeśli dokonujesz zakupu grzybów na bazarach czy od przydrożnych grzybiarzy:
 - kupuj od zaufanych sprzedawców posiadających certyfikat sanepidu,
 - kupuj grzyby w całości – masz możliwość oceny gatunku,
 - w celu weryfikacji gatunku grzyba zawsze możesz udać się do stacji sanepidu.
- ✓ Nie przechowuj grzybów w foliach i nie przeznaczonych do tego pojemnikach
- ✓ Nie przechowuj długo potraw z grzybami
- ✓ Nie ufaj metodom powszechnie podawanym, tj.: kilkakrotne gotowanie spowoduje, że grzyb trujący nadaje się do jedzenia, tylko trujący grzyb nie siwieje po przelamaniu, gorzki smak mają tylko trujące grzyby, trujące grzyby nie są nagryzane przez zwierzęta leśne, czerniejąca cebula wrzucona do gotujących się grzybów wskazuje, że są trujące, czernienie srebrnej łyżeczki po włożeniu jej do potrawy grzybowej świadczy, że jest trująca, i inne.

Średni wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek i położnych na 1 tysiąc mieszkańców w Polsce w roku 2015 wynosi 4,82. Poniżej tego wskaźnika klasyfikują się województwa: podlaskie – 3,97 proc.; wielkopolskie – 4,09 proc.; kujawsko-pomorskie – 4,28proc. Powyżej zaś województwa: śląskie – 6,0 proc.; podkarpackie – 5,88 proc. i lubelskie 5,58proc.

PODSUMOWANIE

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych analizując informacje zebrane w powyższym dokumencie wskazuje kierunki działania, jakie należy podjąć w celu poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia.

Rekomendacja ogólna:

Opracowanie i wdrożenie rządowego programu zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne.

Rekomendacje szczegółowe:

Opracowanie i wdrożenie:

- 1) docelowego wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek na 1 tysiąc mieszkańców,
- 2) zabezpieczenia kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych,
- 3) polityki zatrudnienia pielęgniarek i położnych:
 - zgodnie z przygotowaniem zawodowym;
 - zgodnie z uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym.
- 4) mechanizmów zapewniających wynagrodzenie pielęgniarek i położnych:

- zgodnie z przygotowaniem zawodowym;
- zgodnie z uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym.

Zabezpieczenie możliwości realizacji obowiązku kształcenia ustawicznego pielęgniarek i położnych.

Uregulowanie kwestii minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wymaganych przy udzielaniu świadczeń w poszczególnych zakresach będących przedmiotem kontraktowania przez NFZ (w szczególności świadczeń udzielanych w trybie całodobowym) oraz ich ujednolicenia dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

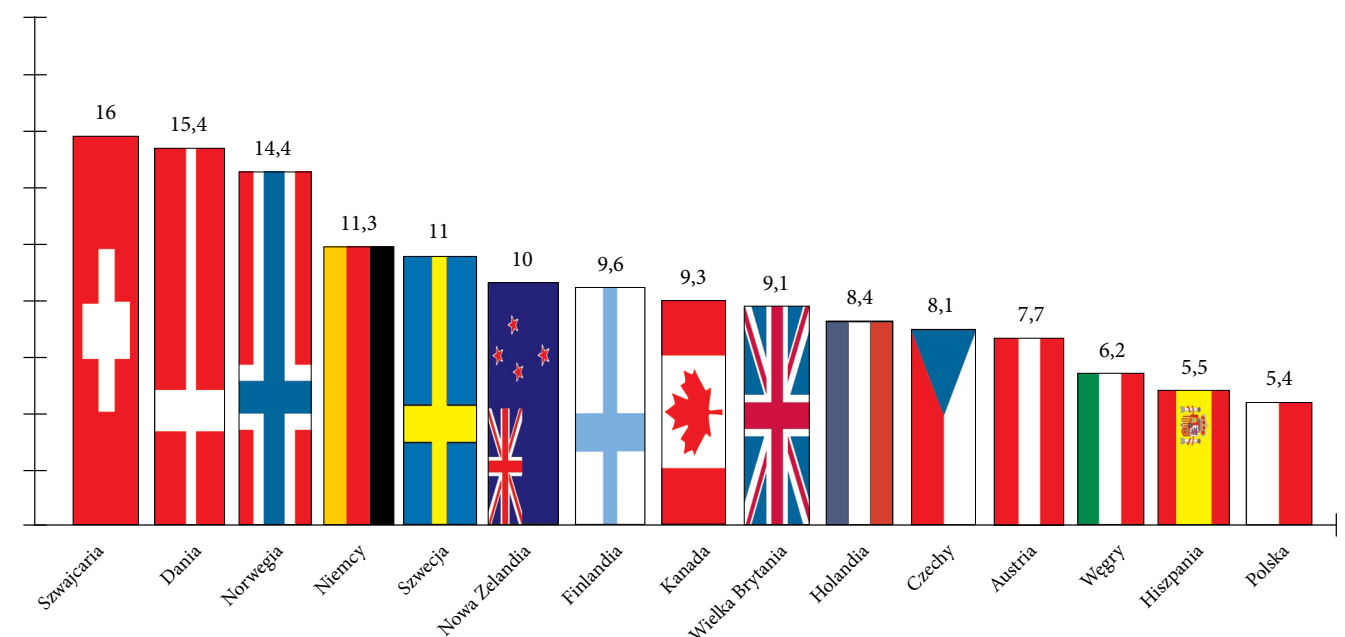
Analiza zapotrzebowania na pielęgniarki i położne o określonych specjalnościach, wynikających z wymagań kwalifikacyjnych i dostępności określonych przepisami rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, będących podstawą do wypracowywania „Katalogu priorytetowych dziedzin szkolenia specjalizacyjnego”.

Prowadzenie kampanii informującej o działaniach rządowych na rzecz niwelowania konsekwencji braku pielęgniarek i położnych dla zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia zdrowotne.

Ustalenie minimalnej liczby specjalistów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa/położnictwa dla każdego województwa.

źródło: http://www.nipip.pl/attachments/article/3368/Raport_2015_NIPiP.pdf

Rycina 4. Wskaźnik pielęgniarek zatrudnionych na 1 tys. mieszkańców w wybranych krajach (źródło: OECD Health Data 2012)



Wskaźnik zatrudnionych pielęgniarek na 1000 mieszkańców w bezpośredniej opiece nad pacjentem dla Polski wynosi 5,4. Wśród 16 wybranych krajów, wskaźnik ten sytuuje Polskę na ostatnim miejscu i wskazuje na ograniczony w znacznym stopniu dostęp do świadczeń pielęgniarstkich. Dla porównania np. Szwajcaria posiada wskaźnik 16, Dania – 15,4, Norwegia – 14,4, Niemcy – 11,3, Szwecja – 11, Wielka Brytania – 9,1, Czechy – 8, Hiszpania – 5,5.

Pacjent z zaburzeniami integracji sensorycznej (IS)

mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

Życie dostarcza multisensorycznych doznań, dlatego wymaga od nas nieustannego przetwarzania informacji pochodzących z wielu źródeł równocześnie. Dla osób zrelaksowanych, dobrze odżywionych i odczuwających względne poczucie bezpieczeństwa jest to czynność wykonywana automatycznie. Co robisz, kiedy trafiasz na nagły korek na drodze i właśnie prowadzisz auto? Naturalnie, że ściszasz radio, aby zorientować się, co się dzieje, prawda? A kiedy już dowiesz się, że nie stało się nic poważnego, na powrót wsłuchujesz się w audycję, licząc na to, że korek szybko się rozluźni. Jednak jest pewna grupa ludzi, dla których sytuacja wymagająca przetwarzania różnych danych dostarczanych przez narządy zmysłowe (dźwięk, obraz, czasem dotyk, zapach) wiąże się z ogromnym wysiłkiem i wydatkowaniem dużej porcji energii. Znajdując się w takiej przeciążonej pod względem bodźców sytuacji, niektórzy stają się nerwowi, czasami wręcz agresywni; inni „wyłączają się” i sprawiają wrażenie zawieszonych. Czy takie zachowania mogą być traktowane jako „normalne”? Czy może potrzebna jest interwencja psychologiczna? Na te pytania postaram się odpowiedzieć w niniejszym artykule poświęconym zaburzeniom integracji sensorycznej.

Optymalne poznanie świata jest możliwe dzięki prawidłowo funkcjonującym narządom zmysłowym. Jeśli osoba dokonuje właściwej integracji informacji odbieranych przez te narządy (dotyk, wzrok, słuch, smak i węch oraz mniej znane: narząd przedsionkowy i proprioceptywny) dysponuje precyzyjnym obrazem świata i miejsca, jakie w nim zajmuje. Dzięki temu wie, jak należy się zachować i jak należy reagować na różne sytuacje. Uczenie się świata odbywa się właśnie poprzez zmysły – przecież już w łonie matki mamy zdolność do odbierania dźwięków ze świata zewnętrznego. Informacja sensoryczna tworzy podstawę dla wszystkich czynności życiowych. Zdarza się jednak spotykać dzieci i dorosłych, którzy sprawiają wrażenie „niedopasowanych” do okoliczności, w jakich się znajdują – niektórzy z nich nie znoszą niezaplanowanych i niespodziewanych zmian (tracą wtedy nad sobą kontrolę), inni – mają problemy z przestrzeganiem

zasad obowiązujących w szkole i zachowują się agresywnie, a jeszcze inni – mają problemy z koncentracją uwagi. Można by oczywiście uznać takie zachowania za objawy: autyzmu, ADHD i innych „popularnych” w XXI wieku zaburzeń, takich jak: udar, stwardnienie rozsiane, schizofrenia czy autyzm. Ale zawsze – pacjenci ci potrzebują pomocy w zwiększaniu zdolności układu nerwowego do bardziej typowego przetwarzania informacji zmysłowych.

Objawy zaburzeń IS

Najpierw należy zastanowić się, czym jest IS. Można ją zdefiniować jako sposób, w jaki nadajemy sens ciąglemu przepływowi informacji zmysłowej docierającej do ciała w połączeniu z bodźcami dochodzącymi z wnętrza. Komunikaty muszą zostać rozpoznane przez receptory zmysłowe, następnie powędrować bez zakłóceń do mózgu, aby tam zintegrować się z informacjami sensorycznymi dochodzącymi z innych układów. Dzięki integracji dziecko może usłyszeć i zobaczyć osobę, a następnie uruchomić układ przedsionkowy (ruchu) i obrócić głowę, aby zorientować się, co dzieje się w jego otoczeniu. Do tego dołączają się informacje odbierane przez narządy węchu i dzięki temu dziecko dokonuje fascynującego odkrycia: „to tata!” Takich zadziwiających swoją precyzją odkryć dokonujemy automatycznie wielokrotnie każdego dnia. Niestety wśród nas są osoby, które doświadczają ogrom-

nych trudności w takim precyzyjnym analizowaniu bodźców. Objawy zaburzeń IS są różne i mogą obejmować dziwaczne upodobania, przejmujący ból, a także zaburzenia lękowe i nastroju. Wielu pacjentów wyrasta z problemów z IS, jeśli udzieli im się właściwej pomocy. Nielezione poważniejsze trudności sensoryczne będą na pewno coraz bardziej przeszkadzać w zabawie, uczeniu się, uspołecznianiu i rozwijaniu poczucia *Ja*. Czy widziałaś kiedyś dziecko, starające się unikać ludzi i sytuacji, które postrzegało jako nieznosne lub niebezpieczne? Prawdopodobnie było to dziecko cierpiące na nadwrażliwość dotykową – stąd jego nadmierna czujność i klasyczne reakcje na stres. Łatwo sobie wyobrazić przyszłość tego młodego człowieka...

Zaburzenia IS obejmują: zaburzenia modulacji sensorycznej (pod postacią hiper- i hipowrażliwości), zaburzenia motoryczne o podłożu sensorycznym i zaburzenia dyskryminacji sensorycznej. U jednej osoby mogą występować objawy tylko jednego bądź wszystkich typów zaburzeń. Przyjrzyjmy się im zatem po kolei.

Zaburzenia modulacji sensorycznej

Modulacja sensoryczna to proces, w którym układ nerwowy dostosowuje otrzymane komunikaty neuronalne dotyczące nasilenia, częstotliwości, czasu trwania, złożoności i stopnia znajomości bodźców sensorycznych. Efektem owego dosto-

sowania jest podjęcie przez osobę decyzji co do zastosowania danego zachowania przystosowawczego proporcjonalnie do odebranego doświadczenia sensorycznego. U pacjentów cierpiących na zaburzenia modulacji sensorycznej reakcje są nieproporcjonalne do bodźca, niepożądane lub w ogóle ich brak. Osoby reagujące nadmiernie w stosunku do odebranych bodźców cierpią na hiperwrażliwość, która oznacza, że układ nerwowy danego pacjenta reaguje na bardzo drobne natężenia bodźców. Jeśli dotyczy ona wszystkich narządów zmysłowych, mówimy o „obronności zmysłowej”. Poznamy ją po przejawianych w różnych sytuacjach zachowaniach typu: „walcz/uciekaj”, które w skrajnych przypadkach zmuszają osobę do całkowitego wycofania się z aktywności społecznej. Ich przeciwieństwem są osoby przejawiające hipowrażliwość, czyli reagujące w sposób niedostateczny. Próg, przy którym ich układ nerwowy reaguje na informację sensoryczną, jest bardzo niski, dlatego potrzebują oni silnych i powtarzających się często bodźców, aby mogli zareagować. Pacjenci z objawami hipowrażliwości sprawiają wrażenie ślamazarnych, ciągle niewyspanych, których trudno jest czymś zainteresować. Zazwyczaj u pacjentów z zaburzeniami IS występuje wrażliwość mieszana, co oznacza, że objawy hipowrażliwości przeplatają się z objawami hiperwrażliwości. To tak, jakby człowiek miał nieustannie „złe” dni.

Zaburzenia motoryczne o podłożu sensorycznym (dyspraksja)

Są to trudności z używaniem sensorycznego sprzężenia zwrotnego do kierowania ruchem i postawą, aby wykonać właściwie określone zadanie motoryczne. Często wiąże się z: osłabionym działaniem zmysłu równowagi, zmniejszonym napięciem mięśniowym, małą siłą i wytrzymałością. Ponadto dyspraksji mogą towarzyszyć niezdarność i podatność na urazy. Dodatkowym objawem zaburzeń motorycznych o podłożu sensorycznym są trudności z planowaniem motorycznym. Czy

Uczenie się świata odbywa się poprzez zmysły – przecież już w łonie matki mamy zdolność do odbierania dźwięków ze świata zewnętrznego. Informacja sensoryczna tworzy podstawę dla wszystkich czynności życiowych. Zdarza się jednak spotykać dzieci i dorosłych, którzy sprawiają wrażenie „niedopasowanych” do okoliczności, w jakich się znajdują.

korzystamy z tego na co dzień? Ależ oczywiście – planowanie motoryczne to nic innego, jak proces decyzyjny dotyczący tego, jaką czynność wykonać, w jaki sposób to zrobić i w jakiej kolejności podjąć zaplanowane kroki. U dzieci łatwo rozpoznać tego typu zaburzenia po obserwowanych trudnościach w nauce czynności typu: chodzenie, bieganie, czy jazda na rowerze.

Zaburzenia dyskryminacji sensorycznej

Można je rozpoznać po trudnościach w rozróżnianiu dwóch źródeł informacji sensorycznej i/lub po problemach z postrzeganiem istotnych cech doznania sensorycznego. Oznacza to, że trzymając w rękach długopis znajdujący się na dnie torby możesz nie odróżnić go od ołówka, możesz też mieć problemy z określeniem miejsca i natężenia dotyku na swoim ciele. Tego typu zaburzenie zazwyczaj oznacza, że osoba potrzebuje dużo czasu na oswojenie się z nowymi rzeczami. Ty zakładasz rano zegarek i już po chwili zapominasz o tym, że masz go na ręku, zaś pacjent z zaburzeniami dyskryminacji sensorycznej będzie go odczuwał jako nowy bodziec nawet kilka godzin dłużej. W ostateczności oznacza to również wielogodzinne i nieustanne pobudzenie każdego dnia. Na inne reakcje może zabraknąć miejsca.

Inne problemy sensoryczne towarzyszące zaburzeniom IS

Zaburzeniom IS mogą towarzyszyć inne problemy. Do najbardziej popularnych należą trudności z samoregulacją. Samoregulacja jest odpowiedzialna za utrzymanie i dopasowywanie poziomu pobudzenia do wymagań sytuacji, w jakiej aktualnie znajduje się osoba. Dotyczy nie tylko zachowania, ale również procesów fizjologicznych, sensorycznych i motorycznych, aż do czynności związanych z uważnością. Innym rodzajem współwystępującego zaburzenia są: synestezja, która polega na tym, że jedno wrażenie zmysłowe przywołuje inne (np. cyfry przybierają kolory) i jest efektem krzyżowania się ścieżek sensorycznych w mózgu oraz przetwarzanie jednokanałowe,

które stanowi przeciwieństwo synestezji i objawia się tym, że pacjent nie jest w stanie przetworzyć informacji pochodzących tylko z jednego czy dwóch kanałów. Jednak najbardziej popularnym współwystępującym zaburzeniem jest autostymulacja. Stanowi ona continuum. Od czasu do czasu przejawiamy je wszyscy jako mechanizm samokojenia (prawda, że zdarza Ci się owijać włosy na palcu, żuć gumę lub pić kawę, kiedy chcesz się uspokoić, albo przeciwnie – podnieść poziom pobudzenia). Problem u osób przejawiających zaburzenia IS polega na tym, że pacjenci tracą kontrolę nad tego rodzaju zachowaniami i odwołują się do nich w zbyt wielu sytuacjach, kiedy tylko chcą poprawić swoje samopoczucie, ukoić układ nerwowy, albo – przeciwnie – chcą go zaktywizować, jeśli pracuje zbyt ociężale.

Pomoc osobom z zaburzeniami IS

Jak pomóc osobom z zaburzeniami IS? Istnieje wiele zasad dotyczących pomocy osobom cierpiącym na jakiegokolwiek zaburzenia IS. Oto kilka najważniejszych: kiedy tylko zauważysz, że osoba reaguje nadmiernie na sytuację, które dla innych nie stanowią problemu lub łatwo traci nad sobą kontrolę, kiedy wiele się wokół niej dzieje, warto zwrócić się do specjalisty z zakresu terapii IS, który zdiagnozuje ewentualny typ zaburzenia i zaproponuje ćwiczenia minimalizujące dyskomfort pacjenta. I jeszcze jedno – kiedy dziecko, nastolatek, czasami osoba dorosła są przytłoczone sensorycznie i tracą kontrolę – unikaj przemawiania do takiej osoby z intelektualną wyższością. Przyniesie to odwrotny do zamierzonego skutek. Zamiast intelektualizować, spróbuj załagodzić sytuację; postaraj się znaleźć spokojniejsze miejsce (mniej bodźców, a przede wszystkim przyciemnione światło!). Taki azyl sensoryczny to nie kara za nieodpowiednie zachowanie! To szansa, aby osoba rozładowała swoje złe uczucia.

mgr Monika Kowalska-Wojtysiak
psycholog,

Zakład Pedagogiki w Pielęgniarstwie UMED w Łodzi

Oferta pracy

SP ZOZ MSW w Łodzi zatrudni pielęgniarki-specjalistki operacyjne, kardiologiczne, chirurgiczne i zachowawcze w ramach umowy o pracę, w pełnym wymiarze godzin. Do wyboru Oddział Kardiologii, Chirurgii Naczyniowej i Ogólnej, Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii – w zależności od posiadanych kwalifikacji.

Zainteresowanych prosimy o bezpośredni kontakt osobisty lub telefoniczny (42) 63 41 326 lub (42) 63 41 171 lub przesłanie cv na adres e-mail: pielegniarka.nacz@zoz-mswia-lodz.pl

Kierownik Zespołów Pielęgniarskich SP ZOZ MSW w Łodzi – mgr Ewa Lachowicz

Przymus bezpośredni stosowany na oddziałach psychiatrycznych

mgr MARTA WOŹNIAK

„(...) zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa” – tak brzmi pierwsze zdanie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. Jak więc odnieść do tego zapisu zagadnienie, jakim jest przymus bezpośredni stosowany niekiedy wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w placówkach medycznych zarówno psychiatrycznych jak i o innych profilach. W jakich przypadkach jest on wskazany i konieczny, a kiedy staje się naruszeniem praw pacjenta i zwykłym nadużyciem ze strony personelu medycznego?

Przymus bezpośredni to działanie mające na celu zapewnienie przy pomocy określonych metod i środków fizycznych oraz farmakologicznych bezpieczeństwa osobie manifestującej objawy zaburzeń psychicznych i zagrażającej zdrowiu i życiu swojemu i/lub otoczeniu.

Pierwszym i podstawowym aktem prawnym mówiącym o zasadach stosowania przymusu bezpośredniego oraz postępowaniu wobec osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych, w tym pacjentów przyjętych do szpitala i leczonych bez ich zgody jest uchwalona dnia 19 sierpnia 1994 r. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (weszła w życie 21 stycznia 1995 r.). Innym ważnym dokumentem opartym na podstawie art. 18 wyżej wymienionej ustawy i szczegółowo regulującym zagadnienie przymusu bezpośredniego jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego z dnia 23 sierpnia 1995 r. (Dz.U. z dnia 8 września 1995 r.).

Dokumenty te w sposób precyzyjny definiują środki, przy użyciu których można zastosować przymus bezpośredni. Są nimi:

- przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej;
- przymusowe podanie leków – doraźne lub zaplanowane w planie leczenia wprowadzenie leków do organizmu osoby bez jej zgody;
- unieruchomienie – dłużej trwające obezwładnienie osoby przy użyciu pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa;
- izolacja – umieszczenie osoby pojedynczo, w zamkniętym pomieszczeniu.



Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego szczegółowo określa także zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego jedynie wobec osób, które:

- dopuszczają się zamachu przeciwko zdrowiu lub życiu własnemu,
- dopuszczają się zamachu przeciwko zdrowiu lub życiu innych osób,
- dopuszczają się zamachu przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu,
- w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu,
- poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Istotnym kryterium, jakie powinno być spełnione w czasie stosowania przymusu bezpośredniego (głównie w przypadku środka, jakim jest przytrzymanie) jest odpowiednia ilość wykwalifikowanego i przeszkolonego w zakresie tej procedury personelu medycznego. W praktyce do zastosowania tego środka w sposób prawidłowy i bezpieczny potrzebnych jest kilka osób (cztery, które przytrzymują kończyny oraz jedna, która nadzoruje wykonanie procedury). Ze względu na liczbę osób potrzebną do przeprowadzenia tych działań mogą w nich brać udział osoby inne, aniżeli personel medyczny (policjant, strażak, sanitariusz, a nawet członkowie rodziny), jednak odpowiedzialność i nadzór nad jej wykonaniem należy do lekarza zlecającego użycia tego rodzaju przymusu.

Decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego i doborze jego rodzaju podejmuje lekarz, który także osobiście nadzoruje jego wykonanie. W wyjątkowych sytuacjach, jeśli z różnych przyczyn nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza co do zastosowania przymusu bezpośredniego, dopuszcza się podjęcie takiej decyzji przez pielęgniarkę, która zobligowana jest do osobistego nadzorowania jego przebiegu oraz niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie lekarza.

Każdorazowo zastosowanie w oddziale psychiatrycznym przymusu bezpośredniego przez lekarza czy pielęgniarkę powinno być niezwłocznie odnotowane w odpowiedniej lekarskiej (historia choroby) i pielęgniarskiej (książka raportów pielęgniarskich) dokumentacji medycznej oraz w „Karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji”, w której dokładnie opisuje się przyczyny i okoliczności jego zastosowania, rodzaj użytych środków, czy czas trwania procedury. Następnie kartę tę należy dołączyć do ogólnej dokumentacji medycznej pacjenta. Z kolei notatka zamieszczona w książce raportów pielęgniarskich poza danymi wymienionymi powyżej dodatkowo powinna zawierać informacje na temat osoby zlecającej zastosowanie przymusu, osobach biorących udział w czynnościach związanych z zastosowaniem przymusu, przebiegu i skutkach zdrowotnych dla osoby, wobec której został podjęty przymus bezpośredni. Te same treści i zasady odnotowywania zastosowanego przymusu bezpośredniego obowiązują również wobec osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym. W Polsce jest nim Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Gostyninie-Zalesiu. Prawidłowo prowadzona dokumentacja w tym przypadku powinna zawierać dodatkowo notatkę służbową pracownika służby ochrony sporządzoną na podstawie art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.

Zgodnie z obowiązującym prawem osoba, wobec której planujemy zastosować przymus bezpośredni powinna być uprzedzona o tym fakcie. Istotny jest również wybór środka przymusu, który będzie jak najmniej uciążliwy dla pacjenta. Przed zastosowaniem unieruchomienia lub izolacji należy odebrać choremu wszystkie przedmioty mogące wpływać na bezpieczeństwo jego lub innych osób przebywających w otoczeniu pacjenta np. protezy zębowe, noże, zapalki, kable, sznurówki, paski od spodni itd. Stan fizyczny pacjenta, wobec którego zastosowano przymus bezpośredni, powinien być obserwowany i odnotowywany w karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji przez pielęgniarkę dyżurną nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby.

Zastosowanie unieruchomienia wymaga szczególnej ostrożności i odpowiedzialności ze strony personelu nadzorującego jego wykonanie, gdyż zakłada ono pozbawienie pacjenta możliwości zmiany pozycji ciała w sytuacji np. wymiotów, utrudnienia oddychania lub urazu. Dlatego też pielęgniarka powinna kontrolować prawidłowość przebiegu unieruchomienia chorego (czy pasy, uchwyty, prześcieradła, kaftan bezpieczeństwa nie

są założone zbyt ciasno lub zbyt luźno), a nie rzadziej niż co cztery godziny uwalniać na krótki okres pacjenta celem zmiany pozycji, zaspokojenia jego potrzeb fizjologicznych i wykonania czynności higienicznych. W sytuacji zaobserwowania wystąpienia zagrożenia dla zdrowia lub życia osoby poddanej przymusowi bezpośredniemu pielęgniarka natychmiastowo zawiadamia o swoich spostrzeżeniach lekarza.

Czas trwania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji nie powinien być dłuższy niż 4 godziny. Po tym okresie lekarz ma obowiązek zbadania pacjenta. W przypadku podjęcia decyzji o konieczności kontynuowania przymusu bezpośredniego może przedłużyć jego trwanie o kolejne okresy, jednak nie dłuższe niż sześciogodzinne. Przedłużanie unieruchomienia lub izolacji dłużej niż dobę jest możliwe jedynie po powiadomieniu ordynatora oddziału, w którym został zastosowany przymus bezpośredni. W jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej czas stosowania unieruchomienia lub izolacji wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi nie może być dłuższy niż osiem godzin. Kontynuowanie przymusu może mieć miejsce jedynie w warunkach szpitalnych.

Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego powinna podlegać kontroli kierownika placówki, dlatego też lekarz zakładu opieki zdrowotnej zlecający zastosowanie lub przedłużenie przymusu bezpośredniego zobowiązany jest w formie pisemnej na specjalnym druku „Zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego”, w ciągu trzech dni, do powiadomienia o zaistniałej sytuacji kierownika szpitala. Aktualne wzory „Zawiadomień o zastosowaniu przymusu bezpośredniego” oraz „Karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji” znajdują się w Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (weszło w życie 29 czerwca 2012 r.). Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego dokonywana jest na podstawie otrzymanych dokumentów. Informację o pozytywnej albo negatywnej ocenie upoważniony lekarz odnotowuje w zawiadomieniu, a jego kopię przekazuje powiadamiającemu o zastosowaniu przymusu. Kopię zawiadomienia dołącza się do historii choroby pacjenta.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. określa szczegółowo również warunki lokalowe i wymagane wyposażenie oddziału, niezbędne do prawidłowego przebiegu przymusu bezpośredniego (w przypadku unieruchomienia – zapewnienie poszanowania godności i intymności osoby z zaburzeniami psychicznymi poprzez umieszczenie go w pomieszczeniu jednoosobowym; zaś podczas zastosowania izolacji w pomieszczeniu spełniającym wszelakie normy sanitarne i wyposażonym w system monitorujący, umożliwiający ciągły nadzór nad pacjentem w nim przebywającym).

Badania i statystyki ukazują, że wdrożenie w życie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i wyżej omawianych rozporządzeń Ministra Zdrowia poprzez ściśle określenie zasad zastosowania przymusu, a co za tym idzie, zwiększenie świa-

domości personelu medycznego pracującego na oddziałach psychiatrycznych, ma korzystny wpływ na postępowanie w przypadkach zastosowania przymusu bezpośredniego. Obecnie obserwuje się wyraźne zmniejszenie liczby unieruchomianych w placówkach psychiatrycznych pacjentów, a także skrócenie czasu trwania zastosowanego unieruchomienia o 38 proc. w porównaniu do lat wcześniejszych.

Podsumowując, zastosowanie przymusu bezpośredniego jest uzasadnione jedynie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i w wyjątkowych okolicznościach precyzyjnie określonych w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, a także powinno przebiegać według procedur dotyczących jego zastosowania. Błędne rozumienie i pochopne stosowanie przez niektórych przymusu bezpośredniego, jako kary, czy działania mającego ułatwić pracę personelu medycznego jest więc czymś niedopuszczalnym i w sposób karygodny uderzającym w prawa człowieka.

Literatura:

1. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. (Dz. U. z 20.10.1994 r.).
2. Jarema M., Rabe-Jabłońska J.: Psychiatria. Podręcznik dla studentów. PZWL. Warszawa 2011.
3. Rozporządzenie MZiOs w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego z dnia 23 sierpnia 1995 r. (Dz. U. z 8.09.1995 r.).
4. Rozporządzenie MZ w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania z dnia 28 czerwca 2012 r. (Dz. U. z 2012, poz. 740).
5. Standard postępowania: Pielęgniowanie pacjenta unieruchomionego wg Komisji ds. Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, w: Biuletyn OIPiP w Łodzi Nr 7–9/2009 pod red. M. Kowalskiej.
6. Rozporządzenie MZ w sprawie sposobu dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego z dnia 16 stycznia 2014 r. (Dz. U. z 2014, poz. 87).
7. Dąbrowski S.: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Ważniejsze przepisy i wdrażanie, w: Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny, pod. red. Blinkiewicz A. PZWL. Warszawa 2001.

Podziękowania dla Pani **Henryki Koperskiej**
Pielęgniarki Oddziału Wewnętrznego
Szpitala Powiatowego w Pajęcznie

Zamiast pożegnań niech płyną słowa
Niech piękne stanie się dziękowanie.
Za trud, za pracę, za cenne rady,
Za dobroć, grzeczność i oddanie
Za ziarna wiedzy i pielęgnowanie,
Za pracy wszelkie miłowanie,
za przykład co godnym dla innych,
W naszej pamięci pozostanie.

W związku z przejściem na emeryturę składamy serdeczne
podziękowania za pełną zaangażowania pracę
zawodową, sumiennność i rzetelność w wykonywaniu
obowiązków zawodowych. Za wiele lat wspólnej pracy.
Życzymy w następnym etapie życia dużo zdrowia,
pogody ducha i spełnienia marzeń

Przełożona Pielęgniarek oraz cały Personel
Oddziału Wewnętrznego Szpitala Powiatowego w Pajęcznie

Składam serdeczne podziękowania
Paniom Pielęgniarkom oraz Paniom Położnym
z Kliniki Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków
i Niemowląt oraz Kliniki Neonatologii ICZMP
za profesjonalną opiekę, cierpliwość i ofiarność.
Dziękuję Wam za wiedzę, troskę, umiejętności,
a przede wszystkim za serce wkładane w pomoc małym
pacjentom. Niech nigdy nie opuszcza Was szczęście
i wiara w misję wykonywanego zawodu.

Wdzięczna Mama Milanka
Emilia Rudzka

Podziękowanie dla zespołu lekarskiego, pielęgniarskiego
i pań salowych WSZS w Zgierzu oddziału neurologii,
neurochirurgii i psychiatrii oraz oddziału medycyny paliatywnej
Szpitala Wojskowego w Łodzi za wspaniałą,
fachową opiekę nad chorą Janiną Banczerowską

składa wdzięczna Rodzina Augustyniak i Piestrzeniewicz

Uwaga! Zmiany dotyczące nowych programów kursów organizowanych przez OIPiP w Łodzi

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE

Szkolenie specjalizacyjne, zwane specjalizacją, jest to rodzaj kształcenia, który zgodnie z art. 67 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435 z późn. zm.) ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną specjalistycznej wiedzy i umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie.

Wykaz dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. z 2013 r., poz. 1562).

Szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek w dziedzinie:

1. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki – RKO, EKG, Wywiad i badanie fizykalne.
2. Pielęgniarstwo chirurgiczne – RKO, EKG, Wywiad i badanie fizykalne.
3. Pielęgniarstwo geriatryczne – RKO, EKG, Wywiad i badanie fizykalne.
4. Pielęgniarstwo internistyczne – RKO, EKG, Wywiad i badanie fizykalne.
5. Pielęgniarstwo onkologiczne – Wywiad i badanie fizykalne.
6. Pielęgniarstwo operacyjne – Wywiad i badanie fizykalne.
7. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej – Leczenie ran, Wywiad i badanie fizykalne.
8. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej – RKO, Wywiad i badanie fizykalne.
9. Pielęgniarstwo pediatryczne – RKO, EKG, Wywiad i badanie fizykalne.
10. Pielęgniarstwo psychiatryczne – RKO, Wywiad i badanie fizykalne.
11. Pielęgniarstwo ratunkowe – RKO, EKG, RKO – noworodka, Wywiad i badanie fizykalne.
12. Pielęgniarstwo rodzinne – RKO, EKG, Wywiad i badanie fizykalne.
13. Ochrona zdrowia pracujących – RKO, Wywiad i badanie fizykalne.

Szkolenia specjalizacyjne dla położnych w dziedzinie:

1. Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze – RKO – noworodka, Leczenie ran, Wywiad i badanie fizykalne.
2. Pielęgniarstwo rodzinne – RKO – noworodka, Wywiad i badanie fizykalne.

Szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych w dziedzinie:

1. Pielęgniarstwo epidemiologiczne – Wywiad i badanie fizykalne.
2. Pielęgniarstwo neonatologiczne – Wywiad i badanie fizykalne.

Warunkiem zakwalifikowania na specjalizację jest spełnienie przez pielęgniarkę/położną wymogów zawartych w art. 67 ust. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435, z późn. zm.), a ponadto legitymowanie się zaświadczeniem o ukończeniu kursów specjalistycznych z zakresu wymienionego przy danej dziedzinie specjalizacji.

Każdy uczestnik specjalizacji musi posiadać kwalifikacje w zakresie badania fizykalnego, udokumentowane uwierzytelnioną kopią: dyplomu uzyskania tytułu specjalisty po 2001 r. lub zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego Wywiad i badanie fizykalne lub zaświadczenia o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego Advanced Physical Assessment.

KURSY KWALIFIKACYJNE

Kurs kwalifikacyjny jest to rodzaj kształcenia, który zgodnie z art. 71 ust.1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435 z późn. zm.) ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Wykaz dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których mogą być prowadzone kursy kwalifikacyjne zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. z 2013 r., poz. 1562).

Kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek w dziedzinie:

1. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki – RKO, EKG.
2. Pielęgniarstwo chirurgiczne – RKO, EKG.
3. Pielęgniarstwo diabetologiczne
4. Pielęgniarstwo geriatryczne – Leczenie ran
5. Pielęgniarstwo internistyczne – RKO, EKG.
6. Pielęgniarstwo kardiologiczne – RKO, EKG.
7. Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią – RKO.
8. Pielęgniarstwo neonatologiczne.
9. Pielęgniarstwo neurologiczne – RKO.
10. Pielęgniarstwo onkologiczne.
11. Pielęgniarstwo operacyjne.
12. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej.
13. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej.
14. Pielęgniarstwo pediatryczne – RKO, EKG.
15. Pielęgniarstwo psychiatryczne.
16. Pielęgniarstwo ratunkowe – RKO – noworodka.
17. Pielęgniarstwo rodzinne.
18. Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania.
19. Pielęgniarstwo transplantacyjne – RKO, EKG, Przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych.
20. Ochrona zdrowia pracujących.

Kursy kwalifikacyjne dla położnych w dziedzinie:

1. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii – RKO, EKG.
2. Pielęgniarstwo operacyjne.
3. Pielęgniarstwo rodzinne – RKO, RKO – noworodka.

Kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek i położnych w dziedzinie:

1. Pielęgniarstwo epidemiologiczne.

Warunkiem zakwalifikowania na kurs kwalifikacyjny jest spełnienie przez pielęgniarkę/położną wymogów zawartych w art. 71 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435, z późn. zm.), a ponadto legitymowanie się zaświadczeniem o ukończeniu kursów specjalistycznych z zakresu wymienionego przy danej dziedzinie specjalizacji.

KURSY SPECJALISTYCZNE

Kurs specjalistyczny jest to rodzaj kształcenia, który zgodnie z art.72 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych.

Kursy specjalistyczne dla pielęgniarek:

1. Dializoterapia
2. Kompresjoterapia
3. Leczenie ran.

4. Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową.
5. Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą.
6. Opieka nad dziećmi ze schorzeniami otorynolaryngologicznymi.
7. Opieka nad pacjentem poddawanym procedurom diagnostycznym i terapeutycznym z użyciem otwartych źródeł promieniowania.
8. Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową.
9. Pielęgniowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie.
10. Podstawy terapii objawowej w opiece paliatywnej.
11. Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi.
12. Szczepienia ochronne.
13. Wykonanie badania spirometrycznego.
14. Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego.
15. Wykonywanie i ocena testów skórnych.
16. Żywienie dojelitowe i pozajelitowe.

Kursy specjalistyczne dla położnych:

1. Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji.
2. Leczenie ran.
3. Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu.
4. Opieka nad kobietą z cukrzycą w okresie okołoporodowym.
5. Szczepienia ochronne.

Kursy specjalistyczne dla pielęgniarek i położnych:

1. Edukator w cukrzycy.
2. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie.
3. Opieka nad osobami z cukrzycą stosującymi terapię ciągłego podskórnego wlewu insuliny CPWI.
4. Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów.
5. Podstawy języka migowego.
6. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa.
7. Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka.
8. Terapia bólu ostrego u dorosłych.
9. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych.
10. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego.
11. Wywiad i badanie fizykalne.

Osoby zainteresowane udziałem w powyższych kursach i szkoleniach proszone są o składanie kart zgłoszeń (oryginał), do biura OIPiP w Łodzi, ul. Emilii Plater 34. Druki dostępne w biurze i na stronie internetowej OIPiP (www.oipp.lodz.pl/w_zakladce_ksztalcenie_podyplomowe). Wnioski nieczytelne, niekompletnie wypełnione, bez potwierdzonych składek systematycznie opłacanych minimum przez 2 lata przed terminem złożenia wniosku nie będą rozpatrywane!



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zaprasza na warsztaty psychologiczne

- 27 listopada 2015 r. o godz. 14.00 „**Rozwijanie kompetencji komunikacyjnych i umiejętności udzielania wsparcia kobietom w okresie okołoporodowym przez położne**”
- 11 grudnia 2015 r. o godz. 14.00 „**Rozwijanie kompetencji komunikacyjnych i umiejętności udzielania wsparcia kobietom w okresie okołoporodowym przez położne**”

1. Informacji udziela Dział Kształcenia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, ul. Emilii Plater 34, w godzinach pracy biura, pod nr tel. 42 639 92 62. Osoby zainteresowane udziałem w powyższych kursach i szkoleniach proszone są o składanie kart zgłoszeń (oryginał) do biura OIPIP w Łodzi, ul. Emilii Plater 34. Druki dostępne w biurze i na stronie internetowej Okręgowej Izby (www.oipp.lodz.pl).

2. Wnioski nieczytelne, niekompletnie wypełnione, bez potwierdzonych składek systematycznie opłacanych minimum przez 2 lata przed terminem złożenia wniosku – nie będą rozpatrywane.



Klinika Chorób Zakaźnych Dzieci
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi



ZAPRASZAJĄ NA
KONFERENCJĘ I SZKOLENIE

SZCZEPIENIA OCHRONNE
*Bezpieczeństwo
blisko i daleko.*

ŁÓDŹ, 22-24.10.2015



Miejsce: Centrum Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego w Łodzi 92-213 Łódź, ul. Pomorska 251

Tematyka konferencji:

- Wczoraj, dziś i jutro chorób, którym można zapobiegać za pomocą szczepień
- Szczepienie chorych na choroby alergiczne
- Szczepienia w niedoborach odporności
- Szczepienia w medycynie podróży
- Debata o szczepieniach w przestrzeni publicznej
- Szczepienie przeciwko grypie – czy na pewno wiemy już wszystko?

Warsztaty (do wyboru):

- Dla każdego według potrzeb, czyli jak opracować indywidualny program szczepień
- Błędy w kwalifikacji do szczepień – dialog lekarza z prawnikiem

Zgłoszenie uczestnictwa: Wypełniony formularz zgłoszenia on-line (www.ptw2015.syskonf.pl) zostanie przesłany automatycznie do Biura Organizacyjnego Symposium Cracoviense. Wysłanie formularza zgłoszeniowego jest zobowiązaniem finansowym, które działa zgodnie z warunkami anulacji.

Więcej informacji: www.ptw2015.syskonf.pl