

W CIENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

PROGRAM STYPENDIALNY DLA STUDENTÓW PIEŁĘGNIARSTWA.

OBSŁUGA PORTU NACZYNIOWEGO

CZEPKOWANIE W WYŻSZEJ SZKOLE MEDYCZNEJ W LEGNICY



W CENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY

Dolnośląskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

www.doipip.wroc.pl

Wydawca:

Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

Redaguje Prezydium DORPiP:

Anna Szafran, Marzenna Golicka, Urszula Olechowska,
Dorota Pietrzak, Jolanta Kolańska, Beata Łabowicz,
Beata Dąbrowska, Teresa Szerszeń, Małgorzata Mazur

Redakcja techniczna, skład, korekta, i przygotowanie
do druku – emiludruk.pl

*Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca,
w tekstach publikowanych zastrzega sobie prawo
skrótów, zmian tytułów oraz poprawek stylistycz-
no-językowych.*

Artykuły, listy, uwagi i inną korespondencję prosimy
nadsyłać na adres redakcji:

Dolnośląska Okręgowa Izba

Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław
fax 71 373 20 56, e-mail: info@doipip.wroc.pl

REDAKCJA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZA TREŚĆ TEKSTÓW, OGŁOSZEŃ I REKLAM

DOIPiP NIE PROWADZI POŚREDNICTWA PRACY
W KRAJU I ZAGRANICĄ

UWAGA:

*Nie przyjmujemy do publikacji tekstów
przekazywanych telefonicznie!*

Nasza okładka:

Numer zamknięto 02.07.2019 r.
Do druku przygotowano 02.07.2019 r.

Nakład 3300 egzemplarzy
Druk ABIS

*Pismo nieodpłatnie rozprowadzane wśród członków
Samorządu Pielęgniarek i Położnych.*

Wszystkie artykuły, i nie tylko, można znaleźć na
stronie internetowej Dolnośląskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
www.doipip.wroc.pl

DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA

PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH we Wrocławiu

ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław
tel. 71 333 57 02, tel./fax 71 373 20 56
e-mail: info@doipip.wroc.pl
www.doipip.wroc.pl

BIURO W LUBINIE

ul. Odrodzenia 18/2, 59-300 Lubin
tel./fax 76 746 42 03

NUMER KONTA BANKOWEGO DOIPiP

na który należy przekazywać SKŁADKI CZŁONKOWSKIE
Bank PEKAO SA O/Wrocław
Nr konta: **63 1240 6670 1111 0000 5641 0435**

GODZINY PRACY

poniedziałek, środa, czwartek: 8-16
wtorek: 8-17, piątek 8-15

DZIAŁ KSZTAŁCENIA

tel./fax 71 333 57 08
e-mail: dziakształcenia@doipip.wroc.pl

GODZINY PRACY

poniedziałek, środa, czwartek: 8-16
wtorek: 8-17, piątek 8-15

KONTO DZIAŁU KSZTAŁCENIA

Bank PEKAO SA O/Wrocław
Nr konta: **13 1240 6670 1111 0000 5648 5055**

GODZINY PRACY KASY

poniedziałek, środa: 10-16; wtorek, czwartek: 8-13
piątek: NIECZYNNA

GODZINY PRACY BIBLIOTEKI

wtorek: 13-17, czwartek: 13-16, piątek: 9-14

OKRĘGOWY RZECZNIK

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

tel. 71 333 57 02
Informacja o dyżurach na www.doipip.wroc.pl
Informacje o samorządzie 2015-2019 – Okręgowy
Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

OKRĘGOWY SĄD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

tel. 71 333 57 02 – Informacja pod numerem telefonu
lub w Sekretariacie Biura DOIPiP

DYŻURY RADCY PRAWNEGO – mgr E. Stasiak

poniedziałek 14-16, środa 14-17

KASA POŻYCZKOWA PRZY DOIPiP

Bank PKO BP IV Oddział Wrocław, ul. Gepperta 4
Nr konta: **56 1020 5242 0000 2702 0019 9224**

Informacje o stanie swojego konta w Kasie Pożyczkowej moż
na uzyskać w czasie dyżuru w środę 15-16.30 telefonicznie
lub osobiście. **KSIĘGOWOŚĆ IZBY NIE PROWADZI KASY
POŻYCZKOWEJ I NIE UDZIELA INFORMACJI.**

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY

W DZIEDZINACH:

► PIELĘGNIARSTWO – dr n. o zdr. Jolanta Kolańska

UM Wydział Nauk o Zdrowiu
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław

T: 71 784 18 45

E: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI – mgr Ewa Pielichowska

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ
ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław

T: 261 660 207, 608 309 310

E: naczelnia.pielęgniarka@4wsk.pl

► PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr Beata Łabowicz

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy
ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica

T: 76 72 11 401, 661 999 104

E: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

► PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNEGO

– mgr Iwona Pilarczyk-Wróblewska

Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii
Zakład Neonatologii

ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław

T: 500 141 941

E: iwona.pilarczykwrablewska@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

– mgr Katarzyna Salik

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu,

Zakład Propedeutyki Pediatrii

i Chorób Rzadkich

ul. Kazimierza Bartla 5, 50-996 Wrocław

T: 606 99 30 95

E: katarzyna.salik@umed.wroc.pl

E: kasiasalik1@wp.pl

► PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE – mgr Urszula Żmijewska

Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza
ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław

T: 71 342 86 31 (w. 344), 604 939 455, 667 977 735

► PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH – mgr Dorota Rudnicka

Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej
Będkowo Sp. z o.o. Sp. k.

Będkowo 1, 55-100 Trzebnica

T: 71 722 29 48, 603 852 669

E: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

► PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

– dr n. med. Elżbieta Garwacka-Zachor

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
pl. Hirsfelda 12, 53-413 Wrocław

T: 71 36 89 260, 603 38 58 98

E: e.garwacka@gmail.com

► PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

– mgr Jerzy Twardak

Zakład Chorób Układu Nerwowego
Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
ul. Bartla 5, 56-618 Wrocław

T: 668 193 147

E: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

– mgr Dorota Milecka

T: 666 872 721

E: milecka@poczta.fm

► PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO

– dr n. o zdr. Wiesław Zielonka

Pogotowie Ratunkowe w Legnicy
ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica

T: 502 676 039

E: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl

WYKAZ TELEFONÓW W SIEDZIBIE BIURA DOIPiP WE WROCŁAWIU

Dyrektor biura	71 333 57 00	Radca prawny	71 333 57 05
Sekretariat	71 333 57 02	Kasa	71 333 57 01
Sekretariat	71 333 57 16	Biblioteka	71 333 57 10
Sekretariat (tel./fax)	71 373 20 56	Okręgowy Rzecznik	
Przewodnicząca	71 333 57 03	Odpowiedzialności Zawodowej	71 333 57 02
Wiceprzewodnicząca	71 333 57 05	Okręgowy Sąd	
Sekretarz	71 333 57 04	Pielęgniarek i Położnych	71 333 57 02
Skarbnik	71 333 57 05	Dział Kształcenia (tel./fax)	71 333 57 08
Ewidencja/rejestr piel. i poł.	71 333 57 09	Kierownik Działu Kształcenia	71 333 57 12
Praktyki zawodowe	71 333 57 07	Księgowość Działu Kształcenia	71 333 57 14
Księgowość	71 333 57 06	Dział Kształcenia Oddział w Lubinie	76 746 42 03

OD REDAKCJI

Lato w tym roku zaczęło się gorąco! Fala upałów, która dotarła do Polski bardzo nam doskwiera. Jesteśmy naocznymi świadkami ocieplenia klimatu w naszej strefie. Warto zatem zastanowić się co możemy zrobić dla naszego środowiska, aby takim zjawiskom zapobiegać i dać szansę przyszłym pokoleniom na bezpieczne życie na naszej planecie.

Wakacje to przede wszystkim czas odpoczynku, rozrywki i miłych wspomnień. Niestety dla wielu pielęgniarek i położnych to okres wytężonej pracy, dyżurów w zmniejszonych obsadach oraz trudnych warunków pracy w nieklimatyzowanych pomieszczeniach..

Jak pisaliśmy wielokrotnie średni wiek pielęgniarek i położnych ciągle rośnie, wystąpiła luka pokoleniowa w związku ze zbyt małą liczbą młodych osób rozpoczynających wykonywanie zawodu.

Samorząd Województwa Dolnośląskiego postanowił pojąć próbę poprawy tej sytuacji poprzez wdrożenie systemu motywacyjnego w postaci pilotażowego programu stypendialnego dla najlepszych studentów trzeciego roku na kierunku pielęgniarstwo. Więcej informacji na ten temat znajdziecie Państwo w tym numerze biuletynu.

Biuletyn lipcowy zawiera w sobie wiele treści merytorycznych, relacji z różnych uroczystości oraz ciekawych ogłoszeń. Znajdziemy w nim m.in.: opinię Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego na temat podawania kontrastu przez port naczyniowy, artykuł o czerniaku, Zaczepkę Etyczną – tym razem o filantropii oraz kolejny artykuł o racjonalnym odżywianiu.

Zapraszamy do lektury!

Redakcja

W NUMERZE:

- | | | |
|---|--|--|
| 4 Pytanie o podwyżki LEX | 10 Procedura obsługi zaimplantowanego portu dożylnego | 17 Czym jest czerniak? |
| 4 Stanowisko nr 26 | 12 Czepkowanie w Wyższej Szkole Medycznej w Legnicy | 19 Zaczepka etyczna |
| 6 Stanowisko Naczelnego Rzecznika | 15 Uroczystość wręczenia odznak honorowych za zasługi dla Ochrony Zdrowia w DCCHP | 20 Woda przyjacielem osób starszych |
| 7 Rząd wprowadza autopoprawkę do art. 155 KK | 15 Rola diety w profilaktyce chorób cywilizacyjnych cz. I | 21 Ogłoszenia |
| 8 Opinia konsultanta krajowego | | 25 Pamięć i serce |

PYTANIE O PODWYŻKI LEX

Autor odpowiedzi: Choromańska Iwona

Odpowiedzi udzielono: 19 czerwca 2019 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Tekst pochodzi z serwisu LEX MEDICA

Pytanie

Czy świetle rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1146 z późn. zm.), zmienionego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 14.10.2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1628 z późn. zm.) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 29.08.2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1682) podmiot leczniczy, w naszym przypadku SP ZOZ, ma obowiązek wzrost wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek od 1 lipca 2019 r. o kwotę nie niższą niż 1200 zł miesięcznie, a wraz z pochodnymi o 1600 zł bezterminowo, czy tylko do 31 sierpnia 2019 r.?

Wątpliwość nasza powstała w związku z zapisem § 4 ust. 5 pkt 3 rozporządzenia MZ z dnia 14.10.2015 r., w którym jest mowa o zapewnieniu wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek wraz z pochodnymi o kwotę 1600 zł od 1 września 2018 r. do 31 sierpnia 2019 r. w świetle zapisu § 4a dodanego rozporządzeniem MZ z dnia 29.10.2018.

Jeżeli jest to podwyżka bezterminowa, to kto i w jaki sposób ma zapewnić na to środki? Czy NFZ?

Odpowiedź

Przyznanie pielęgniarkom i położnym

wzrostu wynagrodzenia zasadniczego o kwotę 1100 zł od 1 września 2018 r. i o dalsze 100 zł od 1 lipca 2019 r. zostało uregulowane rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 29.08.2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1682). W akcie tym dodano § 4a do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 14.10.2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1628 z późn. zm.) w brzmieniu: Pielęgniarkom i położnym, wykonującym zawód w ramach jednej z form, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.), i realizującym świadczenia opieki zdrowotnej, zapewnia się wzrost wynagrodzenia zasadniczego od dnia 1 lipca 2019 r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1200 zł miesięcznie, przy czym od dnia 1 września 2018 r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1100 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełen etat pielęgniarki albo położnej, uwzględniając kwoty, o których mowa w § 4".

Rozporządzenie to obliguje dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ do zapewnienia środków finansowych na ww. podwyżki w okresie od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r.

Powyższe regulacje są konsekwencją zawarcia w dniu 9 lipca 2018 r. porozumienia pomiędzy Ministrem Zdrowia a Ogólno-

polskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych. Część punktów uzgodnionych w niniejszym porozumieniu została już zrealizowana, inne są w trakcie realizacji. W tym miejscu zwrócić należy uwagę na § 1 ust. 1 porozumienia, który w zdaniu drugim stanowi, że wzrost wynagrodzenia zasadniczego będzie pokrywany ze środków NFZ przeznaczonych na średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zgodnie z mechanizmem określonym w ww. rozporządzeniach, również po dniu 31 sierpnia 2019 r.

W uzasadnieniu do projektu ww. rozporządzenia zawarto stwierdzenie, że "Ta część pochodnych od wynagrodzeń (w ramach umów o pracę), która nie zostanie objęta obowiązującym obecnie mechanizmem przekazywania środków na wzrost wynagrodzeń, będzie uwzględniona w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych".

Uwzględniając powyższe, należy założyć, że po dniu 31 sierpnia 2019 r. wzrost wynagrodzenia finansowany będzie w dalszym ciągu ze środków publicznych, w ramach funkcjonujących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych z NFZ. Prawdopodobnie NFZ będzie dokonywał stosownych zmian w zarządzeniach Prezesa NFZ, a następnie w poszczególnych umowach ze świadczeniodawcami.

STANOWISKO NR 26

NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z DNIA 6 CZERWCA 2019 R. W SPRAWIE PROJEKTU ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO

Sekretarz NRPiP - Joanna Walewander
Prezes NRPiP - Zofia Małas



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża zdecydowany sprzeciw odnośnie zaproponowanych kwalifikacji na stanowisku pielęgniarki oddziałowej w szpitalnym oddziale ratunkowym poprzez dodanie osoby wykonującej zawód ratownika medycznego.

Dotychczasowe brzmienie § 12 pkt 1 ppkt 2: *pielęgniarka oddziałowa, będąca pielęgniarką systemu;*
Proponowana zmiana w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego w § 12 pkt 1 ppkt 2 wprowadza nowe brzmienie

dotychczasowego zapisu: *pielęgniarka oddziałowa, będąca pielęgniarką systemu albo ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, posiadający co najmniej 5-letni staż pracy w oddziale, którzy ukończyli studia podyplomowe z zakresu ochrony zdrowia lub*

posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, koordynujący pracę osób, o których mowa w pkt 5 i 6.

Powyższy przepis w takim brzmieniu oznacza, iż ratownik medyczny będzie pełnił funkcję pielęgniarki oddziałowej.

Natomiast, należy podkreślić, iż zgodnie z obowiązującym stanem prawnym pielęgniarka oddziałowa będąca pielęgniarką systemu (PRM) posiada kwalifikacje w trzech zakresach:

1. Kwalifikacje pielęgniarki w zakresie świadczeń zdrowotnych zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych, edukacji i promocji zdrowia i inne;
2. Kwalifikacje pielęgniarki oddziałowej w zakresie planowania, organizowania, nadzorowania i kontrolowania funkcjonowania oddziału, zarówno w zakresie organizacji pracy podległego personelu, jak i w prawidłowości infrastruktury, zabezpieczeniu prawidłowych, bezpiecznych i ergonomicznych warunków pracy;
3. Kwalifikacje pielęgniarki systemu w zakresie obszaru ratownictwa medycznego są tożsame jak kwalifikacje ratownika medycznego.

Kluczową i rozstrzygającą kwestią jest system kształcenia przed i podyplomowego ratowników medycznych i pielęgniarek systemu. Z uwagi na przyjęty w Polsce system kształcenia tych dwóch zawodów medycznych, kwalifikacje i umiejętności pielęgniarek systemu są zdecydowanie szersze, niż ratowników medycznych, ponieważ nie ograniczają się do podejmowania medycznych czynności ratunkowych. W szpitalnych oddziałach ratunkowych podejmuje się procedury diagnostyczne, lecznicze i pielęgnacyjne, przy wykonywaniu których ratownik medyczny bardzo często nie może uczestniczyć z powodu braku odpowiednich kwalifikacji i umiejętności. Należy także podkreślić, iż w kształceniu zawodowym ratownika medycznego nie znajdują się treści i umiejętności dotyczące organizacji i zarządzenia w placówkach ochrony zdrowia. Zatrudnienie osób do wykonywania czynności medycznych, którzy nie posiadają wymaganego kształcenia - jest niezgodne z prawem i stanowi przesłankę odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych. Ponadto, przyjęta w 2006 roku ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym określiła rolę i zadania ratowników medycznych oraz w rozporządzeniu - wymieniła katalog czynności, które mogą wykonywać ratownicy medyczni, odpowiadający uzyskanym kwalifikacjom oraz potrzebom systemu

ratownictwa medycznego. Od tego czasu system kształcenia i uzyskiwane przez ratowników medycznych kwalifikacje nie zmieniły się, stąd też rozszerzanie kompetencji o pełnienie funkcji pielęgniarki oddziałowej jest nieuzasadnione i stoi w sprzeczności z obowiązującymi przepisami prawa. Wprowadzenie powyższego zapisu jest zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych niezgodne z obowiązującym stanem prawnym, tj. ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 ze zm.) oraz aktami wykonawczymi: rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2018, poz. 393) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2011 r., Nr 151 poz. 896). Ponadto, projektowane rozporządzenie stoi w sprzeczności z zasadami udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z kwalifikacjami zawodowymi i aktualną wiedzą medyczną (art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - Dz. U. z 2017 r., poz. 1318), a także podziałem kompetencji pomiędzy pielęgniarką systemu a ratownikiem medycznym w szpitalnym oddziale ratunkowym (art. 4 ust. 1 i art. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - Dz. U. z 2019 r. poz. 576 ze zm.) oraz art. 1, art. 3 pkt 6 i 9 i art. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r., poz. 993).

Zgodnie z przywołanymi powyżej przepisami oraz ustaloną linią orzecniczą sądów administracyjnych w podmiocie leczniczym nie będącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs na stanowisko:

- 1) kierownika, 2) zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem, 3) ordynatora, 4) naczelniej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek, 5) pielęgniarki oddziałowej (art. 49 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej).

Ustawodawca tym samym nie przewiduje, aby stanowiska ww. mogły być obsadzone przez osoby wykonujące zawód ratownika medycznego. Podnosimy, iż szpitalny oddział ratunkowy jest zdefiniowany jako oddział szpitalny i podlega powyższym regulacjom m.in. w zakresie obsadzania stanowisk kierowniczych przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje oraz zgodnie z ustalonymi zasadami konkursu na

te stanowiska. W wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 14 listopada 2013 r. sygn. akt III SA/Kr 844/13 wskazano, iż: „(...) Niedopuszczalne jest (...) wprowadzanie mocą aktów rangi podstawowej takich regulacji, które doprowadziłyby do obejścia przytoczonych powyżej regulacji ustawowych. (...) Doszłoby bowiem do obejścia prawa zarówno w zakresie wymaganych kwalifikacji zawodowych i stażu, jak też powoływania w drodze konkursu. (...) wprowadzenie zamiast stanowisk „pielęgniarki naczelniej” i „pielęgniarki oddziałowej” innych stanowisk o tych samych funkcjach, stanowi obejście prawa. (...) Wszystkie te stanowiska powinny być obsadzone w drodze konkursu. Natomiast przyjęte w zaskarżonej uchwale zmiany doprowadziły w praktyce do usunięcia ze struktury organizacyjnej (...) stanowisk pielęgniarek konkursowych, co stanowi naruszenie powoływanych powyżej przepisów.” Podobnie: Orzeczenie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 16 czerwca 2010 r. wydane w sprawie o sygn. akt II OSK 119/10, zgodnie z którym statutowa zmiana stanowisk i wprowadzenie w miejsce stanowisk wymienionych zarówno w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie odpowiednio ustawie o działalności leczniczej) (...) nowych stanowisk, w ustawach nie wymienionych **może być uznane za obejście prawa prowadzące do naruszenia ustawowych uprawnień samorządu pielęgniarek.”**

Argumentacja przytoczona w uzasadnieniu o braku wykwalifikowanych pielęgniarek jest oczywistą nieprawdą. Z danych statystycznych wynika, iż obecnie w systemie ratownictwa medycznego jest 13 038 pielęgniarek systemu, w tym 2 705 pielęgniarek z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarsstwa ratunkowego. Natomiast, pielęgniarek posiadających kwalifikacje pielęgniarki systemu jest obecnie 64 347, w tym 24 098 to pielęgniarki z tytułem specjalisty. Ratownik medyczny bez względu na uzyskane dodatkowe kwalifikacje nie ma możliwości uzyskania kwalifikacji porównywalnych z kwalifikacjami pielęgniarki, w tym pielęgniarki oddziałowej.

W związku z powyższym wyrażamy sprzeciw wobec wprowadzenia aktem wykonawczym rozwiązań prawnych - polegających na możliwości obsadzania stanowiska pielęgniarki oddziałowej szpitalnego oddziału ratunkowego - przez osoby wykonujące zawód ratownika medycznego oraz zmiany nazwy stanowiska na koordynującego pracę innych osób, dającą możliwość pełnienia tej funkcji przez ratownika medycznego.

STANOWISKO NACZELNEGO RZECZNIKA

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

WOBEĆ RZĄDOWEGO PROJEKTU USTAWY O ZMIANIE USTAWY - KODEKS KARNY ORAZ NIEKTÓRYCH INNYCH USTAW. (DRUK SEJMOWY NR 3451)

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych
Grażyna Rogala - Pawelczyk



Projekt nowelizacji Kodeksu karnego zawarty w Rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy — Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 3451) zakłada wprowadzenie istotnych zmian w zakresie polityki karania poprzez zaostrenie jej represyjności. Dotychczas obowiązujące granice ustawowego zagrożenia przewidzianego dla czynów zabronionych uległy modyfikacji.

W projekcie proponuje się przyjęcie nowych ujednoliconych zagrożeń karą pozbawienia wolności od 2 do 15 lat pozbawienia wolności, od 3 do 20 lat pozbawienia wolności, od 5 do 25 lat pozbawienia wolności, od 8 do 30 lat pozbawienia wolności, od 10 do 30 i od 12 do 30, przy czym te trzy ostatnie — tak jak to było do tej pory — wraz z możliwością orzeczenia dożywotniego pozbawienia wolności. Omawiane zmiany zagrożeń karnych dotyczą m.in. czynów zabronionych, określonych w art. 155 S 2.

Dotychczas obowiązujący przepis art. 155 kodeksu karnego przewidywał odpowiedzialność sprawcy nieumyślnego spowodowania śmierci w granicach od 3 miesięcy do lat 5. Projekt zmienia granice odpowiedzialności karnej sprawcy takiego czynu podwyższając dolną granicę do 1 roku zaś górną do lat 10. Niezależnie od tego projektodawcy wprowadzają do art. 155 kolejną jednostkę redakcyjną tj. S 2 w brzmieniu: „Jeżeli sprawca powoduje śmierć więcej niż jednej osoby podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 15”.

W tym miejscu wyraźnego podkreślenia wymaga to, iż po myśli art. 69 S 1 kodeksu karnego sąd może warunkowo zawiesić wykonanie kary pozbawienia wolności orzeczonej w wymiarze nieprzekraczającym roku. A zatem, każda kara pozbawienia wolności wymierzona przez sąd w wymiarze przekraczającym 1 rok będzie powodowała pozbawienie wolności osoby ukaranej.

Uzasadniając powyższe zmiany projektodawca m.in. stwierdził, iż „(.) w ocenie projektodawcy przy ocenie stopnia szkodliwości społecznej przestępstwa nieumyślnego spowodowania śmierci człowieka nie można przejść do porządku

nad znaczną różnicą w zakresie stopnia społecznej szkodliwości czynu tego przestępstwa w wypadku, gdy jego skutkiem jest śmierć jednej lub większej liczby osób. Te różnice powinny manifestować się również przyjęciem w tym drugim wypadku surowszych granic odpowiedzialności karnej sprawcy. W świadomości społecznej powinno istnieć ugruntowane przekonanie, które należy wyrabiać także odpowiednim ukształtowaniem sankcji groźących za naruszenie konkretnych zakazów karnych, że niezachowanie przez człowieka przeciętnego obowiązku ostrożności w sytuacji, w której na podstawie normalnej zdolności przewidywania i obowiązku dbałości o życie ludzkie można wymagać od niego, aby nie dopuścił do „stąpienia skutku w postaci śmierci człowieka, powinno i będzie skutkować wobec niego sankcją karną tym surowszą, im rozleglejszy charakter będą miały te skutki. Tego ogólnoprewencyjnego efektu nie można w sposób pożądaný osiągnąć jedynie w ramach podstawowego typu czynu, przewidującego zagrożenie karne nieprzekraczające 5 lat pozbawienia wolności. Tak ukształtowana przez ustawodawcę sankcja, nawet przy uwzględnieniu, że chodzi o przestępstwo nieumyślne, nie przystaje do abstrakcyjnego stopnia społecznej szkodliwości tego typu czynu i nie spełnia należycie swych funkcji prewencyjnych.

Życie ludzkie zalicza się do najcenniejszych dóbr chronionych prawem karnym i nawet nieumyślne zaatakowanie tego dobra musi spotykać się z odpowiednio surową sankcją, za którą nie można uznać kary do 5 lat pozbawienia wolności, groźącej np. za zwykłą kradzież czy fałsz dokumentu. Z tego względu sankcja ta powinna być ukształtowana w wyższych granicach, choć nie takich, które można by było uznać za nadmiernie surowe. Przewidziana w projekcie za czyn w typie podstawowym kara od 1 roku do 10 lat pozbawienia wolności grozi bowiem za popełnienie takich przestępstw jak kradzież z włamaniem, która, choć jest przestępstwem umyślnym, to godzi jednak w dobro prawne znajdujące się niżej w hierarchii wartości.

Powyższe względy zdeterminowały zatem propozycję zaostrenia ustawowego zagrożenia odpowiedzialności karnej za nieumyślne spowodowanie śmierci w typie podstawowym i wprowadzenia sankcji od roku do 10 lat pozbawienia wolności oraz wprowadzenia typu kwalifikowanego ze względu na rozległość przestępnego skutku z zagrożeniem karnym od 2 lat do 15 lat pozbawienia wolności.

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych wobec zaprezentowanych wyżej zmian wyraża zdecydowanie negatywne stanowisko. Zaostrenie prawa, które jak to deklarują projektodawcy ma służyć m.in. ochronie najistotniejszych dóbr jakimi są zdrowie i życie człowieka, w sposób paradoksalny w swoich skutkach w przypadku pacjentów przyniesie najprawdopodobniej zgoła odwrotny efekt. Radykalny wzrost proponowanej represji karnej - mający w założeniu powodować zwiększenie stopnia staranności podejmowanych działań zawodowych przez m.in. pielęgniarki i położne, a tym samym prowadzić do minimalizacji ilości popełnianych błędów i występowania tzw. zdarzeń niepożądanych zamierzonego skutku nie wywoła, natomiast najprawdopodobniej spowoduje dalsze zmniejszenie ilości osób zdecydowanych na wykonywanie zawodu pielęgniarki albo położnej poprzez odejście od zawodu. Wskazana „Żej zmiana art. 155 k.k. polegająca na wprowadzeniu odpowiedzialności karnej za nieumyślne spowodowanie śmierci dwóch osób i zagrożenie z tego tytułu karą w wymiarze od 2 do 15 lat niesie szczególne ryzyko związane z wykonywanym zawodem dla położnych sprawujących opiekę nad ciężarną kobietą i jej dzieckiem.

Zorientowanie członków personelu medycznego (pielęgniarek i położnych) na przestrzeganie przepisów dotyczących „konywania zawodu, a tym samym minimalizacji popełnianych błędów przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych nie zostanie osiągnięte poprzez zwiększenie represji karnej - czyli inaczej mówiąc - zwiększenia obawy przed utratą wolności

osobistej. Występowanie błędów popełnianych wobec pacjenta w trakcie realizacji świadczeń zdrowotnych jest wynikiem nie tylko braku zachowania reguł ostrożności wymaganych w danych okolicznościach przez pielęgniarkę lub położną, ale także efektem niewłaściwej organizacji pracy, niedoboru personelu pomocniczego i niedostatecznej obsady stanowisk pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych. Niedobór ten będzie się pogłębiał, gdy za kilka lat uprawnienia emerytalne będą nabywać pielęgniarki, położne z najliczniejszego obecnie przedziału wiekowego 51-60 lat, które stanowią 32% wszystkich zarejestrowanych pielęgniarek i położnych. Oznacza to, że rocznie ok 10,5 tys. pielęgniarek i położnych nabędzie uprawnienia emerytalne. Należy dodać że aktualnie tylko około 5,5 tys. pielęgniarek i położnych stwierdza prawo wykonywania zawodu, co nie oznacza że osoby te podejmą pracę w podmiotach leczniczych. W każdym kolejnym roku rośnie więc luka pokoleniowa.

Liczba pielęgniarek i położnych czynnych zawodowo, realizujących świadczenia zdrowotne w systemie ochrony zdrowia, podobnie jak lekarzy jest zbyt mała. Wykonywanie zawodu równolegle w kilku podmiotach leczniczych, w ramach

kolejnych dyżurów (ze względu na wspomniane niedostatki kadr pielęgniarskich i położniczych), a tym samym obciążenie nadmierną pracą to kolejna przyczyna występowania zdarzeń niepożądanych. W tym miejscu wskazać również należy na ciągły proces zwiększania zakresu obowiązków nakładanych na pielęgniarki i położne w ramach wykonywanego przez nie zawodu, jako refleksowy skutek braku personelu medycznego oraz personelu pomocniczego. Dobitym przykładem tego zjawiska może być rozszerzenie kompetencji pielęgniarek i położnych (zmiana ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej) w zakresie samodzielnego ordynowania leków oraz wystawiania recept i kierowania na badania diagnostyczne, bez przekazania innych prostych czynności personelowi pomocniczemu. W efekcie rozszerzono zakres zadań i odpowiedzialności pielęgniarek i położnych dodając obowiązków, a nie wprowadzając zmian w organizacji pracy, pozwalającej na właściwą realizację zadań. Należy również wspomnieć tutaj że obowiązek prowadzenia dokumentacji elektronicznej przez pielęgniarki i położne wobec niedostatków organizacyjnych w podmiotach leczniczych spowodował sytuację, w której dokumentacja ta, prowadzona jest zarówno w wersji elektronicznej jak i papie-

rowej. Sytuacja taka zwiększa obciążenie pracą pielęgniarek i położnych znacznie ograniczając czas jaki mogą poświęcić na realizację świadczeń zdrowotnych u pacjenta.

Błędy wobec pacjenta to skutek również ciągle występującego niedoinwestowania służby zdrowia oraz wstępowania tzw. błędów organizacyjnych.

Zmiany w zasadach odpowiedzialności karnej, w tym wzrost represyjności z tytułu popełnienia określonych przestępstw zazwyczaj dokonywane są wówczas gdy ilość danych czynów na przestrzeni określonego czasu w istotny sposób rośnie. Wówczas reakcją ustawodawcy na takie zjawisko jest m.in. zwiększenie odpowiedzialności karnej. Wskazując na powyższe należy podkreślić iż Naczelny Rzecznik nie dysponuje informacjami świadczącymi o gwałtownym wzroście ilości spraw przeciwko pielęgniarkom i położnym wobec, których byłyby "dawane wyroki skazujące oraz wymierzone kary z tytułu popełnienia przestępstw kwalifikowanych z art. 155k.k.

Tym samym zmiany prawa karnego, których kierunek w negatywny sposób dotknie przedstawicieli tej grupy zawodowej należy ocenić negatywnie.

RZĄD WPROWADZA AUTOPOPRAWKĘ DO ART. 155 KK

Informacja z : www.nipip.pl

Wspólne starania Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Rady Lekarskiej wpłynęły na decyzję Rady Ministrów, która w dniu 18 czerwca br. postanowiła wprowadzić autopoprawkę do art. 155 Kodeksu karnego.

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych Stanowiskiem z dnia 7 czerwca br. wyrazili zdecydowany sprzeciw wobec nowelizacji art. 155 kodeksu karnego wprowadzającego zmianę granicy odpowiedzialności karnej sprawcy za przestępstwo nieumyślnego spowodowania śmierci, podwyższając dolną granicę do 1 roku zaś górną do lat 10.

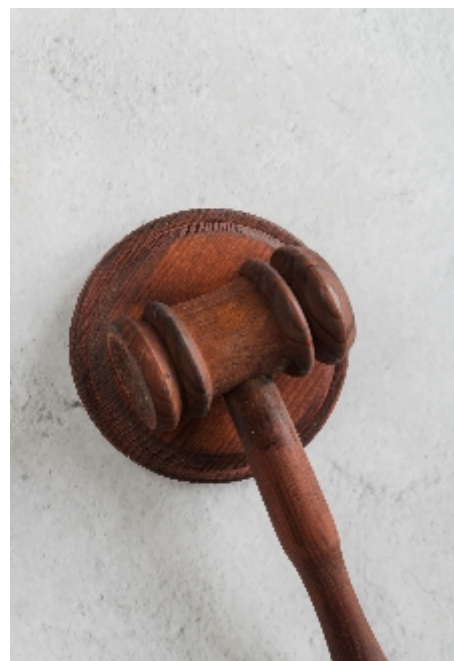
W praktyce oznacza to, że nowelizacja ta w zasadzie uniemożliwia wymierzenia kary pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej stosowania.

Na posiedzeniu w dniu 18 czerwca

2019 r. Rada Ministrów przyjęła zmianę tych zapisów poprzez dokonanie poprawek w projekcie ustawy procedowanym w Sejmie pod numerem 3386 (Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny).

Tym samym Rząd przychylił się do postulatów Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Naczelnej Rady Lekarskiej, iż należy obniżyć zarówno dolną, jak i górną granicę zagrożenia kary za nieumyślne spowodowanie śmierci – zgłaszając autopoprawkę dotyczącą zmiany art. 155 Kodeksu karnego.

Proponowany przez stronę rządową nowy wymiar kary za przestępstwo z art. 155 kodeksu karnego będzie wynosił od 6 miesięcy do 8 lat pozbawienia wolności.



OPINIA KONSULTANTA

PODAWANIE KONTRASTU PRZECZ PORT NACZYNIOWY PODCZAS BADANIA TK I MR

dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa
onkologicznego dla województwa dolnośląskiego

W odpowiedzi na pytania kierowane przez pielęgniarki/pielęgniarzy, dotyczące podawania kontrastu przez port naczyniowy (właściwego sposobu podania, koniecznych parametrów technicznych portu, niezbędnych uprawnień i umiejętności do obsługi portu) podczas badań tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MR) uprzejmie wyjaśniam.

Podstawy prawne

Zgodnie z Ustawą z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. nr 174, poz.1039 z późn. zm.) kompetencje zawodowe pielęgniarki określone są w art. 4 „Art. 4. 1. Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych...”. W przypadku podawania kontrastu przez port naczyniowy szczególnego znaczenia nabierają kompetencje wymienione w art. 4 ust.1 pkt. 4 i 5 polegające na „4) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych; 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;”. Samodzielne podawanie kontrastu przez pielęgniarkę nie jest przewidziane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, co oznacza, że środek cieniujący może być podany przez pielęgniarkę wyłącznie na zlecenie uprawnionego lekarza. Uprawnienia lekarzy i pielęgniarek w procesie udzielania świadczeń z zakresu rentgenodiagnostyki reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych (Dz. U. z Nr 59, poz. 365 z późn. zm.). W myśl § 8 tego rozporządzenia jednostki ochrony zdrowia w pracowniach rentgenowskich powinny zatrudniać pielęgniarki posiadające umiejętności w zakresie procedur zabiegowych, a także w zakresie obsługi strzykawk automatycznych.

Natomiast § 9 przewiduje, że w jednostkach ochrony zdrowia, w których wykonuje się procedury radiologii zabiegowej naczyniowej, zapewnić należy podczas trwania procedury opiekę anestesjologiczną lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarkę, która posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestesjologicznego i intensywnej opieki lub która ukończyła kurs kwalifikacyjny z tej dziedziny. W przypadku procedur radiologii zabiegowej nienaczyniowej udział tych osób określony jest opisem właściwej procedury ustalonej w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 33g ust. 7 Prawo atomowe, czyli Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2015 r. w sprawie ogłoszenia wykazu wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu radiologii - diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej. Przykładowo, przywołuję procedurę 7.368 TK, jama brzuszna i miednica z wzmocnieniem kontrastowym (str. 1534) – część ogólna pkt. 11 stanowi:

„Wykaz personelu biorącego udział w realizacji procedury i kwalifikacje wymagane od tego personelu. 1) odpowiedzialny: lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie radiologii lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki; 2) wykonujący: lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie radiologii lub rentgenodiagnostyki, lub radiodiagnostyki lub lekarz w trakcie specjalizacji w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej, technik elektroradiologii; 3) w uzasadnionych przypadkach: lekarz anestezjolog (lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii) albo lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii, anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii lub uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii) i pielęgniarka anestezjologiczna (tj. pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa aneste-

zjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki)”.

Ponadto, należy dodać, że ustawodawca nałożył na pielęgniarki i położne obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz dał prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego, co wynika z treści art. 61 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej „Art. 61. 1. Pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego.”

Port naczyniowy

Port naczyniowy, czyli długoterminowo implantowany podskórnie dostęp naczyniowy, może być zastosowany u chorego, którego leczenie wymaga powtarzanego dostępu dożylnego. Najczęściej wszczepiany jest w okolicy podobojczykowej, a cewnik wprowadzony jest do żyły szyjnej lub podobojczykowej. Stosowany jest przede wszystkim u pacjentów onkologicznych, ale również w leczeniu innych chorób przewlekłych, np. POChP, mukowiscydozy czy hemofilii. Przez porty podawane są leki, np. podczas chemioterapii, przetaczane są płyny i preparaty krwiopochodne, prowadzone jest żywienie pozajelitowe, pobierana jest krew do badań, służą także do podawania kontrastu podczas TK i MR [1,2]. Wszczepienie portu naczyniowego jest rozwiązaniem dogodnym zarówno dla pacjenta jak i personelu. Jest doskonałym rozwiązaniem w przypadku trudności w dostępie do żył obwodowych, w trakcie leczenia, które wymaga wielokrotnego, powtarzanego dostępu do układu żylnego, ogranicza stres pacjenta, eliminuje ból, poprawia jakość życia.

Podawanie kontrastu przez port naczyniowy

Podawanie kontrastu podczas badania TK

i MR wymaga techniki wstrzykiwania tego środka pod ciśnieniem, czyli z zastosowaniem strzykawek automatycznych. Pierwsze produkowane porty nie spełniały tego wymogu, czyli nie były przystosowane do podawania środków cieniujących. Obecnie są już produkowane porty wykonane specjalną techniką, zapewniającą ich zwiększoną wytrzymałość, na które można wywierać ciśnienie do 338 psi, a to pozwala na przetaczanie płynów z prędkością przepływu do 5 ml/s. Takie porty mogą być z powodzeniem wykorzystywane w radiologii. Należy podkreślić, że zarówno port, jak i igła zastosowane do podania środka cieniującego powinny być oznaczone maksymalnym ciśnieniem, pod jakim można podawać leki. Producenci portów dane o dopuszczalnym ciśnieniu i przepływie infuzji zamieszczają w charakterystyce produktu, taka informacja zamieszczana jest zwykle w karcie identyfikacyjnej portu (tzw. paszporcie). Należy dodać, że materiał z którego wykonane są elementy portu, szczególnie komora (tytan, porcelana) pozwala na wykonanie badania w polu magnetycznym (3).

Przed przystąpieniem do podania środka kontrastującego przez port należy zawsze przestrzegać następujących zasad:

- 1) upewnić się, że zaimplantowany port dostępu jest przeznaczony do iniekcji pod wysokim ciśnieniem (zgodnie z instrukcją obsługi lub kartą pacjenta);
- 2) upewnić się, że port i cewnik funkcjonują prawidłowo, sprawdzenie to należy wykonać poprzez pobranie do strzykawki 2 ml krwi i wstrzyknięcie do portu 5 ml roztworu soli fizjologicznej, przed rozpoczęciem infuzji leku;
- 3) nie należy przekraczać ciśnienia (325 psi /22,4 bar /22,1atm) oraz szybkości przepływu (zgodnie z instrukcją), aby nie doszło do uszkodzenia systemu portu;
- 4) środek kontrastowy należy przed użyciem, zgodnie z zaleceniami producenta, ogrzać do temperatury 37°C. Nie zastosowanie się do tego zalecenia doprowadzi nawet do 50 %-owego obniżenia szybkości przepływu i/lub uszkodzenia portu dostępu lub zestawu do przetoczeń;
- 5) stosujemy igły, które są przeznaczone do wlewów pod wysokim ciśnieniem;
- 6) w niektórych typach portów należy stosować wyłącznie igły 20G i 22G, stosowanie igieł 19G może prowadzić do wycieków środka kontrastowego (zgodnie z instrukcją);
- 7) przed rozpoczęciem wstrzykiwania pod wysokim ciśnieniem należy upewnić się, że igła jest prawidłowo umieszczona w porcie, bezpiecznie przymocowana do skóry i pokryta samoprzylepnym opatrunkiem;

8) jeżeli cewnik portu ma długość większą niż 20 cm będzie to skutkowało obniżeniem szybkości przepływu;

9) w zależności od właściwości technicznych systemu do wstrzykiwań docelowa prędkość przepływu może nie zostać zapewniona;

10) port dostępu każdorazowo, przed i po użyciu w celu podania kontrastu, należy przepłukać używając 10 ml 0,9%-owego roztworu soli fizjologicznej (NaCl), a następnie stosować standardowe procedury płukania.

Procedura obsługi portu

Podawanie środków cieniujących w Pracowni TK i/lub MR powinno odbywać się zgodnie z wcześniej opracowaną i obowiązującą procedurą podawania kontrastu przez port naczyniowy. Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych opracowało i rekomenduje procedurę obsługi portu dożylnego, którą zgodnie z potrzebami aktualizuje, ostatnia nowelizacja była w 2018 roku. Procedura została opracowana przez zespół złożony z pielęgniarek specjalistek z całej Polski pod redakcją mgr Barbary Jobdy oraz dr n. med. mgr piel. Małgorzaty Pasek (procedura w załączeniu) [4,5].

Obsługa portu, a dodatkowe kwalifikacje

Nie ma konieczności uzyskiwania dodatkowych kwalifikacji uprawniających do obsługi portu naczyniowego, ale dla sprawnego i bezpiecznego ich użytkowania niezbędne jest ustawiczne doskonalenie wiedzy i umiejętności pielęgniarskich, które prowadzą do wykształcenia prawidłowych schematów ich obsługi. W roli nauczycieli doskonale sprawdzają się doświadczone pielęgniarki z ośrodków stosujących porty w codziennej praktyce, w których obowiązują standardy postępowania obejmujące kolejne etapy procedury kontroli, użytkowania, płukania portu itp. (5). W wielu ośrodkach kształcenia podyplomowego, w tym Dolnośląskiej Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu, organizowane są cyklicznie szkolenia z zakresu obsługi portów naczyniowych, doskonalące wiedzę i umiejętności, a w konsekwencji poprawiające jakość opieki pielęgniarskiej nad pacjentami. Należy podkreślić, że szkolenie personelu obsługującego linie centralne poprawia bezpieczeństwo pacjentów i zmniejsza częstość powikłań.

Podsumowanie

1. Pielęgniarka może podać kontrast w badaniu TK/MR wyłącznie na zlecenie uprawnionego lekarza.
2. Podczas zabiegów diagnostycznych,

środek kontrastujący mogą podawać wyłącznie pielęgniarki posiadające umiejętności w zakresie procedur zabiegowych, a także w zakresie obsługi strzykawek automatycznych.

3. W przypadku udziału pielęgniarki w procedurach radiologii zabiegowej wymagany jest tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub ukończenia kursu kwalifikacyjnego w tej dziedzinie.

4. Pielęgniarka może podać kontrast przez zaimplantowany pacjentowi port naczyniowy po konsultacji z uprawnionym lekarzem pod warunkiem, że posiadania umiejętności w zakresie jego obsługi.

5. Należy pamiętać, że porty wszczepiane pacjentom mają zapewnić im komfort, eliminować ból i stres związany z wielokrotnym nakłuwaniem żył obwodowych, a tym samym zmniejszać dyskomfort związany z kolejną hospitalizacją. Stosowanie portów wpływa na zmniejszenie poziomu lęku związanego z chorobą i leczeniem, poprawia samopoczucie chorego, a przede wszystkim poprawia jakość jego życia. Dlatego, jeżeli chory ma zaimplantowany port należy korzystać z niego w różnych sytuacjach wymagających dostępu naczyniowego, w tym podania środka kontrastowego w badaniu TK i MR. Jeżeli pielęgniarka/pielęgniarski pracujący w pracowniach TK, MR nie czują się dostatecznie dobrze przygotowani do obsługi portów, zachęcam do korzystania ze szkoleń oraz wsparcia doświadczonych koleżanek pielęgniarek.

Literatura

1. Misiak M. Wybrane aspekty stosowania portów naczyniowych w onkologii. *Chirurgia po Dyplomie* 2013; 8 (4): 22-27
2. Młynarski R. Port dożylny. Lublin 2009.
3. Goltz JP, Noack C, Petritsch B. Totally implantable venous power ports of the forearm and the chest: initial clinical experience with port devices approved for high-pressure injections. *Br J Radiol* 2012; 85: e966-972.
4. Procedura obsługi zaimplantowanego portu dożylnego. Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych. Warszawa 2018.
5. Górą E, Lipiec M. Long-term intravenous access in cancer patients. *Oncol Clin Pract* 2018; 14. DOI: 10.5603/OCP.2018.0033
6. Opinia Konsultanta Krajowego - Dr hab. Maria Kózka - w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie kwalifikacji pielęgniarki w celu podania pacjentowi produktów radiofarmaceutycznych (środków cieniujących/kontrast) podczas badań radiologicznych. <https://www.izbapiel.katowice.pl/home/konsultanci-i-opinie/opinie-konsultantow/pielęgniarstwo/1956-opinia> - dostęp 20.05.2019r.

PROCEDURA OBSŁUGI ZAIMPLANTOWANEGO PORTU DOŻYLNego

rekomendowana przez POLSKIE STOWARZYSZENIE PIELĘGNIAREK
ONKOLOGICZNYCH

ZESPÓŁ AUTORSKI

Biedna Ewa, Bił Irena, Bury Cecylia, Czarkowska Urszula, Czyżewska Iwona, Gabryś Aneta
Jezierska Barbara, Jobda Barbara, Klimczuk Małgorzata, Krężelewska Halina, Markowska-
Gąsiorowska Anna, Pasek Małgorzata, Sarga Jolanta, Walkowiak Katarzyna

REDAKCJA

mgr Barbara Jobda, dr n. med. mgr piel. Małgorzata Pasek,
Warszawa 2018

WPROWADZENIE

Port naczyniowy to trwały, długoterminowy dostęp naczyniowy umożliwiający prowadzenie terapii dożylnych.

Miejsce wszczepienia portu ustala się na podstawie klinicznego stanu pacjenta, jego stylu życia oraz rodzaju stosowanego leczenia. Najczęstszym miejscem wszczepienia portu jest okolica podobojczykowa prawa a najczęściej stosowanymi dostęпами są wewnętrzna lub zewnętrzna żyła szyjna oraz żyła podobojczykowa. Wszczepienie portu naczyniowego odbywa się w warunkach sali operacyjnej, zazwyczaj w znieczuleniu miejscowym. Procedura jest refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Stosowanie portów naczyniowych nie tylko w znaczący sposób podnosi poziom bezpieczeństwa prowadzonej terapii, ale przede wszystkim poprawia komfort i jakość życia pacjenta w trakcie procesu leczenia. Przy zachowaniu właściwych zasad postępowania podczas użytkowania port może być utrzymywany tak długo jak jest potrzebny - nawet kilka lat.

Najważniejszymi elementami warunkującymi prawidłowe funkcjonowanie portu dożylnego są właściwa obsługa oraz współpraca z pacjentem z zaimplantowanym portem a rola pielęgniarki w tych procesach ma charakter kluczowy.

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych stoi na stanowisku, że do prawidłowej opieki nad pacjentem z zaimplantowanym portem dożylnym, konieczne jest spełnienie następujących warunków:

- ujednolicenie zasad obsługi i pielęgnacji portów
- monitorowanie i dokumentowanie wszystkich czynności wykonywanych u pacjenta w Książeczce obserwacji i obsługi portu dożylnego"

– edukacja pacjenta i jego rodziny w zakresie zasad bezpiecznego użytkowania portu dożylnego

– prowadzenie kształcenia pielęgniarek z wykorzystaniem opracowanego i rekomendowanego przez PSPO kursu do kształcącego (PSPO udostępnia program nieodpłatnie)

Procedura ta i czynności z nią związane nie są przedmiotem kształcenia przed-dyplomowego w większości wydziałów, instytutów i kierunków Pielęgniarstwa.

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych wskazuje dwie ścieżki nabycia kompetencji w zakresie opieki nad pacjentem z zaimplantowanym portem dożylnym, w tym obsługi portu: ukończeniu kursu do kształcącego lub szkolenie stanowiskowe realizowane przez osoby posiadające kompetencje w tym zakresie.

Obsługa portu dożylnego wymaga szczególnej staranności i uwagi ze strony pielęgniarki, jesteśmy przekonani, że postępowanie zgodnie z procedurą rekomendowaną przez Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych zapewni bezpieczeństwo pacjentowi i zapobiegnie powikłaniom związanym z niewłaściwą obsługą portu.

PROCEDURA OBSŁUGI ZAIMPLANTOWANEGO PORTU DOŻYLNego

1. Cel

Prawidłowy sposób obsługi portu dożylnego i minimalizacja powikłań.

2. Odpowiedzialność

Pielęgniarki/rze, położne/i.

3. Terminologia

3.1. Port dożylny- stały, długoterminowy dostęp centralny.

3.2. Igła Hubera- igła przeznaczona do obsługi portu, posiadająca szlif wzdłuż osi

dłuższej.

3.3. Heparynizacja- wypełnienie portu roztworem heparyny drobnocząsteczkowej 0,9% NaCl.

3.4. Przepływ turbulentny/ pulsacyjny- technika polegająca na podaniu określonej objętości płynu/ preparatu poprzez skokowe naciskanie tłoka strzykawki jednorazowo po ok. 1 ml.

3.5. Dodatnie ciśnienie- technika polegająca na powolnym dostrzykiwaniu płynu/ preparatu podczas usuwania igły z portu.

3.6. Książeczka obsługi portu- historia czynności obsługowych związanych z dostępem do portu, będąca w posiadaniu pacjenta.

3.7. Okresowa kontrola portu- postępowanie w przypadku nieużywanego portu polegające na przeprowadzeniu badania fizykalnego oraz wykonania procedury płukania portu.

4. Podstawowe zasady.

– Na każdym etapie obsługi portu dożylnego bezwzględnie przestrzegaj zasad aseptyki.

– Do nakłucia portu używaj wyłącznie igieł Hubera.

– Prawidłowo dobieraj długość igły dla każdego pacjenta (uwzględniając rodzaj portu i grubość tkanki podskórnej nad membraną); skrzydełka lub płytki które są elementem mocującym igły, powinny płasko układać się na powierzchni skóry.

– Optymalna grubość igły to 20G–22G. Igłę o grubości 19G używaj do: żywienia pozajelitowego, przetaczania preparatów krwiopochodnych, podawania środków cieniujących w promieniowaniu RTG.

– Unikaj wielokrotnego wkłuwania igły w to samo miejsce.

– W celu uzyskania optymalnego przepływu, wprowadź igłę prostopadle do komory portu tak, aby szlif igły skierowany był w przeciwnym kierunku do ujścia cewnika.

– W przypadku stosowania łączników

bezigłowych, zapewnij warunki jałowości

– Prowadź codzienną obserwację miejsca wkłucia i odnotowuj ten fakt w obowiązującej dokumentacji medycznej.

– Igłę w porcie można pozostawić do 7 dni pod warunkiem:

- codziennej kontroli miejsca wkłucia,
- prawidłowo dobranej długości igły,
- zastosowania przezroczystego, okluzyjnego, jałowego opatrunku (umożliwiającego obserwację miejsca wkłucia igły do portu),
- braku objawów zakażenia.

– Jeżeli obserwacja miejsca wkłucia jest niemożliwa (np. zastosowana jest igła łącznie z opatrunkiem włókninowym) igłę zmieniaj co 24 godziny.

– Jeżeli przez port podawane są emulsje tłuszczowe, igłę w porcie wymieniaj co 24 godz.

– Płukanie portu wykonuj zawsze bezpośrednio po zakończeniu iniekcji/infuzji.

– Do przepłukiwania portu stosuj następujące objętości: pomiędzy infuzjami różnych leków oraz po ich zakończeniu minimum 10 ml 0,9% NaCl, w przypadku emulsji tłuszczowych oraz preparatów krwiopochodnych minimum 20 ml 0,9% NaCl.

– Stosowanie roztworu heparyny lub innych preparatów zgodnie z instrukcją producenta portu oraz tylko na zlecenie lekarza.

– Nie stosuj strzykawek o objętości mniejszej niż 10ml (użycie mniejszych strzykawek powoduje powstanie zbyt dużego ciśnienia w układzie portu, co może skutkować jego uszkodzeniem)

– Zachowaj dodatnie ciśnienie usuwając igłę z portu.

– Igłę usuń od razu, gdy jej zastosowanie nie jest klinicznie uzasadnione.

– Miejsce po usunięciu igły zabezpiecz jałowym opatrunkiem.

– W przypadku braku refluksu krwi spróbuj powoli wstrzyknąć 2ml 0,9% NaCl do portu, nie wykonuj wielokrotnych prób aspiracji lub prób podawania płynu; zgłoś ten fakt lekarzowi

– W przypadku pobierania krwi na posiew z portu, zastosuj procedurę pobrania materiału na badanie bakteriologiczne, uwzględniając cel i charakter badania mikrobiologicznego.

5. Zakończenie igły do portu

5.1. Przygotowanie pacjenta

– poinformuj pacjenta o celu i sposobie wykonania wkłucia igły

– uzyskaj świadomą zgodę pacjenta na wykonanie tej czynności

– zapoznaj się z dokumentacją użytkownika portu (ustal, czy oraz w jakiej objętości zastosowany został korek heparynowy lub inna substancja zabezpieczająca)

– wygodnie posadź lub połóż pacjenta, zapewnij swobodny dostęp do okolicy

umieszczenia portu

– wizualnie oceń skórę w miejscu lokalizacji portu oraz wzdłuż cewnika pod kątem objawów zakażenia i innych zmian skórnych

– wyklucz objawy zakrzepicy – obrzęk ręki, szyi, twarzy 5.2. Przygotowanie podstawowego zestawu (modyfikacje w zależności od dostępnego sprzętu)

– igła Hubera bez drenu lub z drenem (w zależności od celu, w jakim jest zakładana)

– rękawiczki jałowe i niejałowe

– środek do dezynfekcji skóry zawierający min. 70% alkoholu

– opatrunek transparentny, okluzyjny do umocowania igły

– łącznik bezigłowy

– minimum 2 strzykawki

– roztwór 0,9% NaCl

– jałowa serweta

– dwie igły 5.3. Wkłucie igły (zalecamy, aby procedura była wykonana przez dwie pielęgniarki, w gabinecie zabiegowym lub innym przeznaczonym do wykonywania aseptycznych zabiegów)

– higienicznie umyj i zdezynfekuj ręce zgodnie z obowiązującą procedurą

– załóż niejałowe rękawiczki

– zlokalizuj palpacyjnie położenie portu

– minimum dwukrotnie zdezynfekuj okolice miejsca wkłucia – postępuj zgodnie z charakterystyką używanego środka dezynfekcyjnego

– zdejmij rękawiczki niejałowe

– ponownie zdezynfekuj ręce

– rozpakuj jałowo zestaw z odpowiednio dobraną igłą Hubera

– załóż jałowe rękawiczki

– w przypadku igły Hubera z drenem dołącz do wężyka łącznik bezigłowy i wypełnij układ roztworem 0,9% NaCl, zamknij zacisk na drenie

– uchwycić igłę, zdejmij osłonkę, ustabilizuj palcami komorę portu i wprowadź prostopadle igłę do komory portu

– dokonaj kontroli drożności portu poprzez aspirację krwi (w przypadku gdy port był wypełniony substancją zabezpieczającą usuń ją podczas aspiracji), po uzyskaniu prawidłowego refluksu zmień strzykawkę i przepłucz pulsacyjnie system minimum 10 ml 0,9% roztworu NaCl

– zabezpiecz igłę jałowym opatrunkiem

– podłącz przygotowany wlew lub zabezpiecz końcówkę drenu

– wypełnij obowiązującą dokumentację

5.4. Usunięcie igły

– przygotuj pacjenta jak w pkt. 5.1 niniejszej procedury.

– podstawowy zestaw: 2 strzykawki, 2 igły, sterylne gaziki, rękawiczki niesterylne, środek do dezynfekcji skóry zawierający min. 70% alkoholu, roztwór 0,9% NaCl i/lub środek zlecony przez lekarza do zabez-

pieczenia portu, jałowy opatrunek do zabezpieczenia miejsca wkłucia

– higienicznie umyj i zdezynfekuj ręce, załóż niesterylne rękawiczki i zdejmij opatrunek z igły

– zdezynfekuj łącznik bezigłowy oraz skórę wokół miejsca wkłucia igły

– dołącz do łącznika bezigłowego strzykawkę

– pulsacyjnie przepłucz system minimum 10 ml 0,9% NaCl oraz ewentualnie zastosuj substancję zabezpieczającą port zleconą przez lekarza

– ustabilizuj palcami komorę portu i usuń igłę zachowując dodatnie ciśnienie

– załóż jałowy opatrunek

6. Pobieranie krwi

– przygotuj pacjenta jak w pkt. 5.1 niniejszej procedury

– wkłuj igłę jak w pkt 5.3 niniejszej procedury – dokonaj kontroli drożności portu poprzez aspirację krwi

– przepłucz układ 10ml roztworu 0,9% NaCl, następnie zaaspiruj 5ml krwi, zaciśnij zacisk, odłącz strzykawkę i odrzuć ją

– pobierz odpowiednią ilość krwi do badań

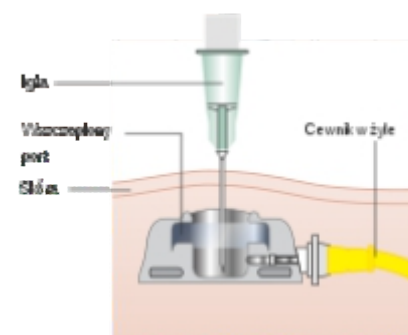
– po zakończeniu pobierania przepłucz system minimum 20ml 0,9% NaCl naciskając na tłok strzykawki w sposób skokowy

7. Płukanie nieużywanego portu

7.1. Nie-używany port należy płukać z częstotliwością zalecaną przez producenta zgodnie z pkt 5 niniejszej procedury.

7.2. Do okresowego płukania portu użyj minimum 20 ml 0,9% NaCl.

7.3. Odnotuj czynność przepłukania portu w dokumentacji medycznej i Książeczce obserwacji i obsługi portu.



RELACJA Z UROCZYSTOŚCI

CZEPKOWANIA W WYŻSZEJ SZKOLE MEDYCZNEJ W LEGNICY

dr n. med. Ewa Barczykowska
Prorektor ds. Pielęgniarstwa
Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

W dniu 18 maja 2019 roku w Wyższej Szkole Medycznej w Legnicy odbyła się kolejna Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt.: „Pielęgniarka i położna wobec wyzwań współczesnego świata”. Konferencję otworzył JM Rektor WSM w Legnicy doc. dr Ryszard Pękala witając wszystkich uczestników oraz zaproszonych gości m.in. Panią mgr Annę Szafran Przewodniczącą Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu. Konferencja wpisała się w obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki. Z tej okazji wszystkim pielęgniarkom dedykowany był koncert w wykonaniu zespołu instrumentalnego uczniów Zespołu Szkół Muzycznych w Legnicy pod kierunkiem nauczycieli mgr. Pawła Stuczyńskiego oraz mgr Renaty Piskórz.

Pierwszą, bardzo ważną częścią konferencji była uroczystość czepkowania, podczas której 27 studentek odebrało białe czepki z czarnym paskiem, a 2 studentów metalową miniaturkę czepka. Na wstępie Pani Elżbieta Grochowska, emerytowana pielęgniarka zapaliła lampkę Florence Nightingale. Dzięki tej symbolice stworzono wspólną przestrzeń łączącą młodsze i starsze pokolenia pielęgniarek. Po odśpiewaniu hymnu pielęgniarskiego referat wprowadzający „Powrót do tradycji – historia czepkowania w Polsce od 1911 roku” przedstawiła Pani Elżbieta Piekarczyk, pielęgniarka oddziałowa oddziału internistycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy, a jednocześnie studentka WSM na kierunku

Pielęgniarstwo. W swoim wystąpieniu podkreśliła, że powrót do tradycji czepkowania może wydawać się nieuzasadniony, jednak ma swój głęboki sens. Ceremonie zawodowe oraz związane z nimi symbole (czepek i mundur pielęgniarski, lampka Florence Nightingale, hymn pielęgniarski) wprowadzone do procesu edukacji zawodowej są zasadne, ponieważ nawiązują do historii zawodu, kształtują identyfikację z zawodem, podkreślają humanistyczny i społeczny charakter pielęgniarstwa. Posługiwanie się symbolami pozwala na umocnienie zaufania, jakim społeczeństwo darzy pielęgniarki. Następnie Pani dr Ewa Barczykowska, Prorektor ds. Pielęgniarstwa, założyła czepki studentkom oraz przypięła plakietki w postaci czepków studentom, a Pani mgr Anna Zalewska, Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa, wręczyła studentom okolicznościowe gratulacje. Tym samym do grona zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy symbolicznie dołączyli studenci studiów pielęgniarskich drugiego stopnia, którzy nie otrzymali czepków wraz z uzyskaniem tytułu licencjata pielęgniarstwa. Akt ten został dopełniony złożeniem ślubowania. W imieniu wszystkich, którzy otrzymali czepki studentki Pani Ewa Pyszka oraz Monika Jaglińska podziękowały władzom uczelni i nauczycielom za zaangażowanie w organizację i uświetnienie uroczystości i podzieliły się refleksją „... w tym dniu uświadamiamy sobie jak piękny i trudny jest zawód, który wykonujemy. Zadajemy sobie pytania: Jak sprostać

współczesnemu modelowi osobowemu pielęgniarki? Jak doskonalić wiedzę i umiejętności w dążeniu do profesjonalizmu? A jednocześnie, jak nie zatracić wrażliwości, opiekuńczości, wyrozumiałości? Jak pozostać „aniołem dobroci” – modelem tak oczekiwanym przez pacjentów, to znaczy pielęgniarką uśmiechniętą, cierpliwą, dającą otuchę? Interesującym zwieńczeniem uroczystości była prezentacja przygotowana pod kierunkiem mgr Iwony Bejster „Pielęgniarstwo wczoraj a dziś”. Pani Małgorzata Małuszak i Ewa Kobiątkowska, studentki WSM, z pasją i profesjonalizmem zestawily przeszłość i teraźniejszość praktyki pielęgniarskiej – przedstawiły zabiegi pielęgniarskie z użyciem sprzętu medycznego, którym posługiwały się pielęgniarki w przeszłości i z którego korzystają obecnie.

Następnie odbyły się dwie sesje naukowe Konferencji: „Człowiek, jego zdrowie i styl życia priorytetem dla pielęgniarek i położnych” oraz „Pacjent a relacja terapeutyczna i profesjonalizm w opiece pielęgniarskiej”. Konferencja miała charakter interdyscyplinarny, jej uczestnikami były zarówno pielęgniarki i studenci kierunku pielęgniarstwo, a także nauczyciele akademicki, lekarze i prawnicy. Ogólnie wzięto w niej udział 84 uczestników. Każdej sesji towarzyszyło duże zainteresowanie i znakomita atmosfera, pomimo bardzo intensywnego planu zajęć nawet w godzinach popołudniowych sala wykładowa była wypełniona słuchaczami.







UROCZYSTOŚĆ WRĘCZENIA ODZNAK HONOROWYCH ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA W DCCHP

mgr Teresa Wiśniewska
Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa
Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu

W dniu 27.05.2019r. odbyło się uroczyste wręczenie Odznak Honorowych Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia 23 pracownikom DCCHP w tym 18 pielęgniarkom. W uroczystości uczestniczyli zaproszeni goście, dyrektorzy, ordynatorzy, pielęgniarska kadra kierownicza i związki zawodowe. Dyrektor Andrzej Woźny uroczystie powitał wszystkich uczestników spotkania, następnie Małgorzata Stasiewicz Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa przedstawiła prezentację o funkcjonowaniu, dorobku

i osiągnięciach Centrum.

W imieniu Wojewody Dolnośląskiego Dominik Krzyżanowski Dyrektor Departamentu Zdrowia UMWD wręczył Odznaki Honorowe Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia.

W gronie odznaczonych pielęgniarek znalazły się: Grażyna Banaś, Bożena Becker, Hanna Berkowska, Katarzyna Dereń, Jolanta Gaczoł, Izabela Gałańdziuk, Teresa Gos, Małgorzata Korłup, Danuta Kosmala, Małgorzata Krowicka, Jolanta Kustroń, Małgorzata Manikowska,

Danuta Mazur, Irena Miszczak, Dorota Szewczyk –Krokos, Teresa Wiśniewska, Katarzyna Żmijowska. Gratulacje i wyróżnienie odebrały również 2 pielęgniarki Iwona Piotrowicz i Marta Bobińska odznaczane Honorową Odznaką PTP.

Wszystkim pracownikom odznaczonym serdeczne gratulacje, wszelkiej pomyślności w życiu osobistym i zawodowym składa Dyrekcja DCCHP.



ROLA DIETY W PROFILAKTYCE CHORÓB CYWILIZACYJNYCH CZ. I BŁONNIK POKARMOWY

dr n. med. Anna Felińczak

Choroby cywilizacyjne są jednym z największych problemów zdrowotnych państw wysokorozwiniętych, jak i krajów szybko rozwijających się, w tym także Polski. Wg. definicji, choroby cywilizacyjne to globalnie i powszechnie występujące choroby, których przyczyną rozwoju oraz rozprzestrzenienia jest postępowanie współczesnej

cywilizacji, dlatego też czasem mówi się, że są to „choroby XXI wieku”. Choroby cywilizacyjne są również przyczyną ponad 80% wszystkich zgonów. Jednym z elementów profilaktyki chorób cywilizacyjnych jest prawidłowe żywienie człowieka, które polega na całkowitym pokryciu zapotrzebowania organizmu na energię oraz

wszystkie składniki pokarmowe potrzebne do rozwoju i zachowania zdrowia. Niestety współczesne wzorce żywieniowe odbiegają znacznie od zaleceń żywienia racjonalnego. Pomimo, wydawać by się mogło, wzrostu świadomości żywieniowej konsumentów, popełniane są liczne błędy żywieniowe. Większość badań krajowych wskazuje na



fakt, że społeczeństwo polskie jest na ogół dobrze poinformowane o wpływie odżywiania na stan zdrowia. Posiadana wiedza jest jednak często chaotyczna i nie stanowi motywacji do dokonania korzystnych zmian w sposobie odżywiania, czyli nie wpływa na zmianę zachowań żywieniowych. Wśród najczęstszych błędów wymienia się niedostateczne spożycie warzyw i owoców, ciemnego pieczywa, roślin strączkowych, produktów mlecznych oraz ryb. Nadmierną ilość w diecie tłuszczów nasyconych, cukru oraz mięsa i jego przetworów. Zbyt dużą ilość wysokokalorycznych przekąsek, słodkich słodzonych napojów, potraw mącznych i dań typu fast-food. Także nieodpowiednią jakość i proporcję składników odżywczych w posiłkach. Do częstych błędów jakie są popełniane zalicza się również te o charakterze jakościowym. Są to nieregularne spożywanie posiłków bądź ich pomijanie oraz zbyt monotonna dieta. Nieprawidłowe żywienie pod względem zarówno jakości i ilości spożytego produktu jak i całej diety może przyczynić się do wielu konsekwencji zdrowotnych oraz zagrożenia dla zdrowia. Nieodpowiedni sposób żywienia zakorzeniony w tradycji, nawykach kulturowych czy upodobaniach stanowi istotny czynnik ryzyka powstawania chorób cywilizacyjnych, do których należą nadwaga i otyłość, niektóre nowotwory złośliwe- rak żołądka, rak jelita grubego, choroby układu krążenia, choroby układu trawiennego – kamica żółciowa, choroby trzustki, zaparcia, choroby jelit, niedokrwistość, zaburzenia rozwojowe, cukrzyca typu II, hiperlipidemie. U dzieci i młodzieży dodatkowo mogą wystąpić zaburzenia wzrastania i dojrzewania, niedobory masy ciała i wysokości, zaburzenia odporności oraz wiele innych chorób. Szacuje się, że w populacji Polskiej 20-25 % chorób jest związane z nieprawidłowym żywieniem co stanowi 7-10 milionów osób.

Jednym ze składników żywności mającym znaczący wpływ na zdrowie jest włókno pokarmowe. W oparciu o definicję zaproponowaną przez Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) i Kodeks Żywnościowy, błonnik pokarmowy to jadalne składniki tkanek roślinnych i zwierzęcych, charakteryzujące się tym, iż nie ulegają hydrolizie pod wpływem działania enzymów przewodu pokarmowego człowieka. Obejmuje on liczną, niejednorodną chemicznie grupę substancji, takich jak polisacharydy nieskrobiowe i związki niepolisacharydowe (ligniny), natomiast biorąc pod uwagę ich rozpuszczalność w wodzie wyróżnia się: rozpuszczalne (pektyny, alginiany, karageny, część hemiceluloz, agar, gumy oraz słuzy roślinne) i nierozpuszczalne składniki błonnika

(ligniny, większość hemiceluloz, celuloza).

Błonnik pokarmowy pełni różnorodne funkcje w organizmie człowieka. Wiąże wodę, kwasy żółciowe, absorbuje metale, wpływa również na szybkość pasażu treści pokarmowej przez jelita, obniża poziom glukozy i cholesterolu we krwi, zwiększa masę kału. Należy podkreślić, że każda z frakcji błonnikowych charakteryzuje się odmiennymi właściwościami funkcjonalnymi, a zatem i zróżnicowanym oddziaływaniem w przewodzie pokarmowym człowieka. Błonnik nierozpuszczalny w przewodzie pokarmowym nie ulega procesom trawienia ani rozpuszczeniu. Odpowiada głównie za większość działań miejscowych w żołądku i jelitach. Korzystnie wpływa na pracę przewodu pokarmowego człowieka poprzez pobudzenie funkcji żucia i zwiększenie perystaltyki jelit (na skutek mechanicznego drażnienia ścian jelita grubego), co korzystnie reguluje ilość wypróżnień i zapobiega zaparciom. Działając jako wymiennik jonowy (adsorbent), błonnik nierozpuszczalny wspomaga proces oczyszczania organizmu poprzez usuwanie substancji szkodliwych, takich jak toksyny i metale ciężkie. Jego obecność w pożywieniu zmniejsza wartość energetyczną diety i na dłużej zapewnia uczucie sytości. Wśród innych korzystnych oddziaływań nierozpuszczalnej frakcji błonnika wskazuje się ochronę przed uchyłkowatością jelit, polipami, żylakami odbytu i chorobą nowotworową. Dobrym jego źródłem są produkty zbożowe z pełnego przemiału, takie jak chleb, płatki zbożowe, mąki pełnoziarniste, otręby, grube kasze, a także brązowy ryż, skórki owoców i warzyw, niektóre owoce (czarna porzeczka) i warzywa (zielony groszek). Frakcje rozpuszczalne błonnika mają zdolność wytwarzania lepkich, podobnych do żelu substancji, które działają ochronnie na ściany przewodu pokarmowego oraz stymulują różnicowanie i proliferację komórek nabłonka jelitowego. Dodatkowo przyczyniają się do obniżenia występującego po posiłku wzrostu stężenia glukozy w surowicy krwi i obniżenia odpowiedzi insulinowej. Ten wpływ może mieć znaczenie dla diabetyków, ponieważ przyczynia się do lepszego wyrównania cukrzycy. Błonnik rozpuszczalny ulega fermentacji w jelicie grubym. Wskutek tego procesu powstają krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe (octowy, propionowy, masłowy), które wpływają na obniżenie pH w świetle jelita grubego, co jest korzystne dla rozwoju pałeczek kwasu mlekowego i zachowania odpowiedniej proporcji pomiędzy bakteriami probiotycznymi a gnilnymi. Składniki błonnika, takie jak beta-glukany i pektyny wpływają na metabolizm cholesterolu poprzez

wiązanie kwasów żółciowych oraz wzrost lepkości w jelicie, co powoduje zmniejszenie resorpcji zwrotnej tych kwasów i wzrost ich wydalania z kałem. Prowadzi to do zwiększenia przekształcania cholesterolu do kwasów żółciowych i zwiększenia jego wydalania z żółcią. Dlatego dieta wysokobłonnikowa wykazuje działanie hipocholesterolemiczne. Dobrym źródłem błonnika rozpuszczalnego są owies, jęczmień, owoce (jabłka, cytrusy), warzywa (pietruska, marchew, bakłażan), nasiona roślin strączkowych (groch, fasola), siemię lniane, ziarna babki płesznik (psyllium), orzechy.

Zgodnie z zaleceniami WHO/FAO spożycie 25 g błonnika dziennie dla osób dorosłych pozwala na prawidłowe funkcjonowanie organizmu, co również jest zgodne z nowelizacją norm dla populacji polskiej z 2017 roku. Istotny, z punktu widzenia żywieniowego, jest udział w diecie błonnika rozpuszczalnego (SDF) i nierozpuszczalnego (IDF). Niestety w odróżnieniu od błonnika całkowitego, nie ma szczególnych zaleceń dietetycznych dotyczących spożycia błonnika rozpuszczalnego. Według amerykańskiego Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych, mężczyźni i kobiety powinni spożywać co najmniej od 5 g do 10 g błonnika rozpuszczalnego dziennie oraz od 10 g do 25 g w celu obniżenia wysokiego poziomu cholesterolu LDL.

Zbyt niskie spożycie błonnika pokarmowego prowadzi do zaparc, przyczynia się także do zwiększenia ryzyka występowania chorób, takich jak miażdżyca, kamica żółciowa, uchyłkowatość i nowotwory jelita grubego, rak sutka u kobiet. Dieta uboga w błonnik pokarmowy jest z reguły dietą o dużej gęstości energetycznej, przyczyniającą się do rozwoju otyłości i wszystkich związanych z nią konsekwencji.

Prozdrowotne właściwości diety bogatej w błonnik wykazano nie tylko w prewencji chorób układu sercowo - naczyniowego (zwiększenie spożycia błonnika o 10 g dziennie skutkuje obniżeniem o 14% ryzyka rozwoju chorób serca, a także redukuje o 27% ryzyko zgonu wywołanego na skutek chorób wieńcowych), ale także w przypadku niektórych schorzeń nowotworowych takich jak nowotwór jelita grubego czy gruczolotu sutkowego (13% redukcja ryzyka wystąpienia nowotworu piersi u kobiet w okresie pomenopauzalnym, których dieta dostarczała największych ilości błonnika pokarmowego (26 g/d) w porównaniu do kobiet o najniższym spożyciu tego składnika pokarmowego (11 g/d)). W ostatnich latach w kilku badaniach klinicznych sprawdzano wpływ diety wysokobłonnikowej na ryzyko

rozwoju cukrzycy typu 2.

Wnioski są jednoznaczne: zwiększenie zawartości włókna pokarmowego w posiłkach przyczynia się do mniejszych wahań stężenia glukozy we krwi, a tym samym obniża odpowiedź glikemiczną po ich spożyciu.

Niektóre właściwości prozdrowotne błonnika zostały już dobrze poznane, zaś inne wymagają dalszych badań. Efekt stosowania różnych frakcji włókna pokarmowego nie zawsze jest identyczny, choć w większości wypadków zauważyć można dużą powtarzalność. Dostarczanie błonnika

pochodzącego z różnych źródeł jest ważne ze względu na wymierne efekty zdrowotne.

Pomimo istotnej roli włókna pokarmowego w diecie służącej zachowaniu zdrowia nie należy zapominać o negatywnym oddziaływaniu jego nadmiernego spożycia. Zbyt duże ilości błonnika pokarmowego zmniejszają wchłanianie tłuszczów, co może mieć wpływ na zmniejszenie wchłaniania witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E i K). Z uwagi na mechaniczne utrudnianie wchłaniania składników z pokarmu, może on wpływać na obniżenie absorpcji składników mine-

ralnych. Biorąc pod uwagę obniżanie wartości energetycznej diety, jak i wpływ na wykorzystanie składników odżywczych, nadmiar włókna pokarmowego jest niewskazany w dietach małych dzieci, osób niedożywionych, czy rekonwalescentów. Dzieciom nie należy podawać otrąb lub suplementów błonnika, natomiast można je stosować u osób dorosłych i osób starszych w profilaktyce otyłości i innych zaburzeń przewodu pokarmowego, zgodnie z zaleceniami lekarza bądź dietetyka.

CZYM JEST CZERNIAK?

mgr piel. Magdalena Ryznar - Zaręba
specjalista pielęgniarstwa onkologicznego i chirurgicznego
mgr piel. Dorota Zierkiewicz
specjalista pielęgniarstwa onkologicznego,
chirurgicznego i operacyjnego
DCO we Wrocławiu

Czerniak to nowotwór złośliwy skóry. Stanowi około 2% wszystkich nowotworów. Wywodzi się z melanocytów – komórek wytwarzających barwnik zwany melaniną. Czerniaki najczęściej pojawiają się na skórze, ale mogą wystąpić także błonach śluzowych odbytnicy, jelit, jamy ustnej, narządów płciowych oraz gałce ocznej (czerniak powieki, spojówki, siatkówki). Może dawać przerzuty do okolicznych węzłów chłonnych, ale również przerzuty odległe, najczęściej do mózgu i płuc. W Polsce umieralność na tę chorobę jest o 20% wyższa niż w Europie, przy o 50% mniejszej częstości zachorowań. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest późna wykrywalność oraz brak świadomości na temat profilaktyki czerniaka.

Przyczyny rozwoju czerniaka nadal pozostają niewyjaśnione. Znaczenie mają zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe. Około 10% czerniaków występuje rodzinnie. Z tego powodu członkowie rodziny I stopnia pacjentów z czerniakiem powinni być pod stałą kontrolą dermatoskopową.

Czerniak skóry może rozwinąć się u każdego. Polacy z powodu jasnej karnacji skóry o tzw. fototypie 1 lub 2, są w dużym stopniu narażeni na czerniaka. Zagrożenie zachorowaniem na czerniakiem wzrasta u osób:

- o jasnej karnacji, rudych lub blond włosach, niebieskich oczach, licznych piegach
- dużej liczbie znamion barwnikowych, znamion w miejscach drażnienia
- które doznały oparzeń słonecznych, szczególnie w dzieciństwie
- słabo tolerujących słońce, opalających się

z dużym trudem

- przebywających w pełnym słońcu powyżej godziny dziennie
- u których w rodzinie występowały przypadki czerniaka lub innych nowotworów skóry
- korzystających z solarium

Profilaktyka pierwotna

Profilaktyka pierwotna polega na unikaniu czynników kancerogennych, zdrowym trybie życia, ocenie predyspozycji genetycznych.

Profilaktyka wtórna

Profilaktyka wtórna polega na wczesnym wykryciu nowotworu lub wykryciu stanów przedrakowych

- badania przesiewowe (skrining) polegające na regularnym obserwowaniu znamion na skórze, czy nie zmieniają koloru, wielkości.

Każde przekształcenie się znamienia barwnikowego budzi podejrzenie czerniaka i jest wskazaniem do usunięcia zmiany w całości. Dotyczy to zwłaszcza znamion o średnicy ponad 6mm, powiększających się, nierówno odgraniczonych od otoczenia, o nierównym zabarwieniu, zmieniających zabarwienie, swędzących i łatwo krwawiących, z obwódką zapalną. Szczególnie niepokojące jest tzw. ABC-DE znamion:

- A – asymetria kształtu
- B – nieregularne granice
- C – różnobarwność
- D – wymiar większy niż 5mm
- E – uniesienie się znamienia

Czerniak występuje zazwyczaj w postaci

plamy barwnikowej, asymetrycznej z nierównymi brzegami, o średnicy przekraczającej 1cm. Kolor zmiany jest niejednorodny od ciemnowiśniowej do czarnej, ale może być pozbawiona barwnika. Powierzchnia guzka może być nierówna, może krwawić a niekiedy jest owrzodziła. Barwnik może być rozłożony nierównomiernie.

Wczesną oznaką uzłośliwienia bywa często świąd w obrębie znamienia. Nowotwór ten daje przerzuty drogą naczyń chłonnych i krwionośnych. Następstwem przerzutów drogą chłonną jest powiększenie regionalnych i poza regionalnych węzłów chłonnych a także tworzenie tzw. pakietów węzłów chłonnych. Daje przerzuty do odległych narządów: wątroba, płuca, mózg i kości. W postaci zaawansowanej charakterystyczny jest rozsiew skórny i wznowy miejscowe.

Patomorfologia i drogi szerzenia się

Czerniak powstaje na podłożu istniejących zmian barwnikowych, jak i w obrębie skóry normalnej.

Rozwija się horyzontalnie, tj. promieniście, obejmując naskórek, jak i w głąb zajmując głębsze struktury skóry. Czerniak rozwijać się może nie tylko w skórze, lecz również w oku, jamie ustnej, sromie, okolicy ano-rektalnej.

70% wszystkich czerniaków szerzy się powierzchownie (superficial spreading melanoma)

Najczęściej dotyczy osób w średnim wieku. Występuje często na tułowie u mężczyzn, u kobiet zaś na błonach śluzowych lub nogach. Rozwija się na skórze zakrytej jak i odsłoniętej po krótkiej

i intensywnej ekspozycji słonecznej. Ma postać płaskich lub płasko-wyniosłych zmian barwnikowych.

Czerniak guzkowaty (nodular melanoma)- Stanowi około 15% wszystkich czerniaków, rosnąca powierzchownie jak i w głąb. Typową lokalizacją zmiany w tym typie czerniaka jest najczęściej niezmienniona skóra głowy, szyi lub tułowia przy czym częściej chorują mężczyźni. Guzek może być bezbarwny albo o zabarwieniu czerwonym, brązowym lub czarnym. Zwykle na powierzchni możemy zaobserwować owrzodzenie. Zmiana ta od początku rozwija się pionowo co prowadzi do zajęcia tkanki podskórnej i częstszych przerzutów.

Postać akralna (acral lentiginous melanoma) Zmiana rozwija się na dłoniach, podszewkach, w macierzy paznokcia i obrębie błon śluzowych. Przyjmuje postać płaskiej plamy o zabarwieniu brązowym lub czarnym. Nowotwór o dość powolnym wzroście, stanowi około 8% przypadków.

Czerniak rozwijający się na podłożu pigmentowej zmiany określanej mianem plamy Hutchinsona (lentigo maligna melanoma).

Występuje u około 5% przypadków. Dotyka osób starszych, częściej kobiety. Lokalizuje się na skórze twarzy. Zmiana jest płaska, duża o zabarwieniu brązowym lub brązowo-czarnym nieostro ograniczona od otoczenia. Plama Hutchinsona jest czerniakiem in situ. Ma wieloletni przebieg.

Czerniak błon śluzowych (melanoma mucosae)

Najczęściej zlokalizowany jest na błonie śluzowej jamy ustnej ale rozwijać może się

też w przełyku, górnych drogach oddechowych, pęcherzu moczowym, prąciu, odbycie, sromie, pochwie).

Występuje u około 5% przypadków. Zmiana ma charakter ciemnej plamki lub miękkiego, ciemnego niebolesnego guzka, który ma tendencję do krwawień. Nowotwór ten rośnie pionowo i szybko daje przerzuty.

Czerniak gałki ocznej (melanoma oculi)

Jest rzadkim nowotworem. Najczęściej chorują osoby starsze. Możemy wyróżnić: czerniaka złośliwego spojówki, tęczówki, ciała rzęskowego oraz naczyńówki. Nowotwór objawia się późno, zwykle pogorszeniem ostrości wzroku lub ubytkami w polu widzenia.

Czerniak bez barwnikowy (2%), czyli czerniak pozbawiony barwnika. Pierwszym objawem jest często niecharakterystyczna, powiększająca się, różowoczerwona grudka, łatwo krwawiąca. Niekiedy towarzyszy mu mały, pigmentowany margines.

Rokowanie

Rokowanie w czerniaku zależy od grubości zmiany nowotworowej i głębokości naciekania. Skala Clarka posługuje się pięcioma stopniami głębokości naciekania skóry, a skala Breslowa grubością guza mierzoną w mm.

Są to:

- guzki satelitarne tj. przerzuty do skóry na przestrzeni do 3 cm od głównego ogniska
- rozśiew in transit tj. rozśiew podskórny drogą naczyń limfatycznych, wiodących od guza pierwotnego do regionalnych węzłów chłonnych.

Co robić w razie wystąpienia objawów?

W razie wystąpienia niepokojących zmian należy się zgłosić do dermatologa lub onkologa.

Jak lekarz stawia diagnozę?

Dermatoskop stanowi obecnie podstawowe narzędzie pracy dermatologa we wczesnej diagnostyce czerniaka. W wybranych ośrodkach specjalizujących się w rozpoznaniu czerniaka wykorzystuje się do tego celu wideodermatoskopy. Badanie dermatoskopowe pozwala na wykluczenie takich zmian niemelanocytowych, jak brodawki łojotokowe, barwnikowy rak podstawnkomórkowy oraz zmiany pochodzenia naczyniowego. Szczegółowy wywiad lekarski zebrany od pacjenta pod kątem czynników ryzyka czerniaka jest doskonałym uzupełnieniem badania dermatoskopowego.

Leczenie

Leczeniem z wyboru jest zabieg operacyjny. Zmiana wycięta z marginesem tkanek makroskopowo niezmiennionych.

Szerokość marginesu zależy od grubości preparatu w skali Breslowa lub poziomu naciekania skóry wg Clarka.

Usuwanie regionalnych węzłów chłonnych w zależności od stanu węzła wartowniczego (SN)

Bibliografia

1. Wojciech Noszczych - „Chirurgia repetytorium” Warszawa 2019
2. Janusz Pawłega - „Zarys Onkologii” Kraków 2002
3. pod red. Arkadiusza Jeziorskiego - „Onkologia podręcznik dla pielęgniarów” Warszawa 2015
4. pod red. Anny Koper - „Pielęgniarstwo onkologiczne” Warszawa 2015



ZACZEPEK ETYCZNY

O FILANTROPII

dr hab. Jarosław Barański - etyk, filozof, kierownik Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Spaskudzono nam to słowo i pojęcie, przyjmując, że jest filantropia zdolnością do pracy i wysiłku bez wynagrodzenia u tych wszystkich, których działalność zawodowa polega na troszczeniu się o ludzkie zdrowie, życie, bezpieczeństwo, wychowanie i edukację. Czym innym jednak jest ta zdolność, czym innym zaś domaganie się takich działań i wartościowanie ich jako moralnie słusznych tylko wtedy, gdy ta zdolność zostanie potwierdzona w czynie. A wtedy należy rozważyć, czy domaganie się takich działań nosi znamiona wyzysku.

Zdolność bowiem do filantropijnego postępowania nie jest obowiązkiem zawodowym, ale zaletą charakteru człowieka. Filantrop oznacza – pisał Jacek Przybylski w 1787 roku – „Przyjaciela Ludzkości i maluje przymioty towarzyskie i twórcze Duszy Uprzywilejowanych żywiej i doskonale, niż wszelkie inne, które Ludzi Dobroczynnych oznaczać i zdobić mogą”. Filantrop zdolny jest do czynu szlachetnego i bezinteresownego, a pisząc o lekarzu Przybylski dodawał: „Tak Lekarz Filantrop: najskorszy do litowania się nad Ludźmi, których podległość niezliczonym niebezpieczeństwom, szwankom i kalectwom najdoskonalej pojmuję, jak łatwy jest w przychyleniu swej pomocy i usług pierwszemu człowiekowi, o którym słyszy, że omdla! jak czujny w opatrywaniu ran i chorób cierpiącego! jak wierny w radach swoich! jak czynny w wyborze środków leczenia zawsze pewnych. (...) Jak on czule współcierpi z chorym! jak go łagodnie pociesza! jak do troski o jego całość łączy usiłowanie wmówienia weń męstwa i nadziei! jak często stwarza w nim najjaśniejszy skutek swych lekarstw przez towarzyszące im czucia Ludzkości!”

Kim jest więc filantrop, nie tylko w medycynie? To ten, który miłuje ludzi, jest dobroczynny, bezinteresowny, wrażliwy na czyjeś cierpienie i niedolę, a dalej: stale gotowy do pomocy innym, uważny, współczujący, troskliwy, wspierający, po prostu – ludzki.

Do takiego pojmowania filantropii nawiązywał Władysław Biegański w „Myślach i aforyzmach”. Filantropia rodzi się w sercu, jest bowiem uczuciem, którego ani domagać się nie można, ani nie można wymusić, choć bez tego uczucia kierowanego do chorego, podkreśla Biegański, medycyna pozostanie jedynie rzemiosłem najpospolitszym. Filantropia więc to „ludzki, oparty na współczuciu i miłości

bliżniego, sposób postępowania z chorymi”.

Owe opaczne pojmowanie filantropii, zakładające, że filantropem jest ten, który pracuje za darmo, ma również lekarskie pochodzenie. Wskazują na to słowa Henryka Goldszmita recenzującego „Myśli i aforyzmy” Biegańskiego: „na filantropię szczerą bezinteresowną może sobie pozwolić tylko lekarz dziedzicznie lub dzięki posagowi żony bogaty, lub ten, który dzięki wybitnym zdolnościom, możej protekcji lub innym wyjątkowym szczęśliwym okolicznościom zdobył praktykę wśród bogatych”, pozostali zaś muszą się parzyć właśnie najpospolitszym rzemiosłem. A pisał te słowa Janusz Korczak, człowiek wielkiego serca, który poświęcając swoje życie innym zdobył się na heroiczną postać filantropii. Zumiłowania człowieka towarzyszył wychowankom na miejsce nieludzkiej kaźni w niemieckim obozie w Treblince.

To, co filantropię definiuje, to czułość, serdeczność i życzliwość, którymi otacza się drugiego człowieka. Tak właśnie pojmował ją Korczak. Ta czułość pozwala nam zrozumieć chorego, rozpoznać jego potrzeby, skłaniając jednocześnie do dobroczynności. Obca jest filantropii bezczynność, obojętność, niechęć, uprzedzenia, brak szacunku czy lekceważenie. To ostatnie, pisał Korczak, jest zawsze ponurą przepowiednią.



Nierzadko w literaturze pielęgniarstwa można dziś przeczytać, że pielęgniarstwo ewoluuje (sic!) z poziomu spontanicznego odruchu serca, czyli filantropii, ku profesjonalnemu wykonywaniu zawodu. Ponura to przepowiednia. Boże chroń mnie i bliźnich od tych, którzy jedynie z obowiązku i bez serca odruchu mają sprawować opiekę medyczną. Filantropia nie jest jałmużną, a tak najczęściej i powierzchownie jest rozumiana. Zalega w nas XIX-wieczne pojmowanie akcji pomocy najuboższym i zwalczanie patologii społecznej ową jałmużną. Pomoc charytatywna wyrasta z pewnością z filantropii, ale nie jest nią samą. I też nie o taką pomoc upominają się pacjenci u pielęgniarek i położnych, ale właśnie o serce, czułość i życzliwość, będące wyrazem umiłowania człowieka.

Franciszek Karpiński przekonywał w „Rozmowie Platona z uczniami swoimi”, że kochać jedynie mogą osoby cnotliwe, ponieważ między ludźmi, których występki jest właściwy, miłość utrzymać się nie może. Toteż do filantropii zdolni są jedynie cnotliwi, do jałmużny czy charytatywnej pomocy – wszyscy.



WODA PRZYJACIELEM OSÓB STARSZYCH

źródło: www.gis.gov.pl

Niedobory wody u osób po 65 roku życia występują znacznie częściej niż są rozpoznawane. Postępujące wraz z wiekiem pogorszenie funkcji narządów sprawia, że nawet niewielkie zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej mogą inicjować proces chorobowy lub prowadzić do zaostrzenia chorób współistniejących.

Mało swoiste objawy kliniczne odwodnienia, takie jak:

- bóle i zawroty głowy,
- zaburzenia świadomości,
- zaburzenia widzenia,
- tachykardia,
- uczucie osłabienia,
- utrata elastyczności skóry i zapadnięte oczy,
- zaparcia,
- skłonność do upadków, są bardzo często przypisywane starości lub mylnie interpretowane jako charakterystyczne dla przebiegu chorób w podeszłym wieku.

U osób w podeszłym wieku łatwo można przeoczyć objawy odwodnienia, dlatego niezmiernie ważne jest stosowanie odpowiedniej profilaktyki.

Aby zapobiec odwodnieniu należy:

- zapewnić stały i łatwy dostęp do płynów osobom sprawnym fizycznie i psychicznie oraz poić pacjentów ze znacznymi deficytami funkcji poznawczych;
- informować starszych ludzi o konieczności wypijania w ciągu dnia co najmniej 1500 ml płynów, nawet przy braku pragnienia (zaleca się częstsze picie mniejszych ilości płynów);
- przypominać, że woda znajduje się także w świeżych warzywach i owocach oraz zachęcać do ich spożywania;
- unikać napojów działających odwadniająco. Kawa i herbata działają moczopędnie, więc powinny być podawane tylko w małych ilościach;
- nawadniać dożylnie chorych, którzy nie mogą przyjmować płynów doustnie (przy dokładnym prowadzonym bilansie płynowym);
- monitorować pacjentów przyjmujących leki diuretyczne (moczopędne), dobierać dawki stosowane do ich wieku i stanu klinicznego



WODA Dlaczego warto ją pić?

Buduje nasze ciała – w 60% zbudowani jesteśmy z wody

Reguluje temperaturę naszego ciała – kiedy jest nam zbyt gorąco pocimy się

Przenosi składniki odżywcze i tlen do odpowiednich miejsc w naszym organizmie

Usuwa toksyny z organizmu

Gasi pragnienie. Bez jedzenia człowiek jest w stanie przeżyć nawet kilka tygodni, a bez wody tylko kilka dni

Nawilża skórę

Pobudza metabolizm i poprawia trawienie

Powiększa ilość energii i polepsza samopoczucie



Jak pić?

Małymi porcjami, ale często!



Pamiętaj!

kobiety w ciąży, karmiące piersią, osoby uprawiające sport, ludzie starsi i chorzy powinni pić więcej wody niż inni!

PROJEKT BEZPIECZNEJ FARMAKOTERAPII – PHARMA SAFETY

**mgr Zofia Małas – Koordynator ds. wdrożenia projektu,
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
dr Izabela Witczak – Kierownik projektu, Zakład Ekonomiki i Jakości
w Ochronie Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny
we Wrocławiu**



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W trosce o bezpieczeństwo Nasze i Naszych pacjentów Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych wraz z Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu podjęła inicjatywę opracowania modelu bezpiecznej farmakoterapii. Wszyscy doskonale zdajemy sobie sprawę, że obecne niezwykle trudne warunki przygotowywania i podawania leków (tj. pośpiech, presja czasu, deficyt kadry, wielozadaniowość, wypalenie zawodowe itd.) stwarzają liczne ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych zarówno dla personelu, jak i dla pacjentów. Do poprawy kultury bezpieczeństwa w zakresie przygotowywania i podawania leków

niezbędnym jest poznanie stanu obecnego procesu farmakoterapii realizowanego na każdym poziomie opieki oraz Państwa sugestii w tym zakresie. Celem projektu jest podniesienie bezpieczeństwa procesu farmakoterapii realizowanego przez pielęgniarki, położne oraz lekarzy.

Potrzeba realizacji ogólnopolskiego projektu Pharma Safety wynika z licznych doniesień naukowych i badań własnych, które jednoznacznie wskazują na wysokie ryzyko występowania zdarzeń niepożądanych w tym obszarze.

Warto podkreślić, że projekt otrzymał patronat honorowy Ministra Zdrowia, a także patronat instytucjonalny Clinical Risk Management and Patient Safety

Centre of Tuscany (Włochy), oraz WHO Collaborating Centre in Human Factors and Communication for Delivery of Safe and Quality Care.

Zwracamy się z prośbą o wypełnienie anonimowej, elektronicznej ankiety, której wyniki przyczynią się do opracowania i wdrożenia ogólnopolskiego, interdyscyplinarnego modelu bezpiecznej farmakoterapii.

Ankieta dostępna jest pod linkiem: <https://pharma.webankieta.pl/> i będzie aktywna do 30 lipca 2019 r.

Liczymy na Państwa współpracę w Naszym wspólnym, bardzo istotnym przedsięwzięciu.

Patronat honorowy Projektu Bezpiecznej Farmakoterapii – Pharma Safety:



Ministerstwo Zdrowia

Patronat instytucjonalny:



WHO Collaborating Centre
in Human Factors and Communication
for the Delivery of Safe and Quality care



WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W LEGNICY

OGŁASZA NABÓR NA ROK AKADEMICKI 2019/2020

STUDIA I i II STOPNIA

Studia magisterskie:

- Pielęgniarstwo - stacjonarne
- Zdrowie Publiczne - stacjonarne i niestacjonarne

Studia licencjackie - stacjonarne i niestacjonarne:

- Pielęgniarstwo
- Pielęgniarstwo pomostowe:
 - ścieżka B - 3 semestry
 - ścieżka C - 2 semestry
- Ratownictwo Medyczne
- Zarządzanie w ochronie zdrowia
- Kosmetologia

STUDIA PODYPLOMOWE

- Zarządzanie BHP -
2 lub 3 semestry
- Zarządzanie Oświatą -
2 lub 3 semestry
- Zarządzanie w ochronie
zdrowia - 2 semestry
- Ziołolecznictwo - zioła
w profilaktyce i terapii -
2 semestry
- Prawo w medycynie
i bioetyka - 2 semestry

ul. Powstańców Śląskich 3, 59-220 Legnica
Szczegółowe informacje i opłaty:
www.wsmlegnica.pl dziekanat@wsmlegnica.pl
tel. stac. 76 854 99 33, tel. kom. 796 996 088

W 2019 roku Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy obchodzi jubileusz 15-lecia działalności. Świadczy to dobitnie o potrzebie działania takiej szkoły na dolnośląskim rynku kształcenia. Misją Uczelni jest profesjonalne kształcenie w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu zgodnie z najwyższymi standardami kształcenia i wartościami etycznymi według programów dostosowanych do dynamicznie zmieniających się potrzeb usług zdrowotnych regionu i kraju. – „Kandydatów przyciąga do nas przede wszystkim przyjazna atmosfera uczenia się oraz wysokowykwalifikowana kadra dydaktyczna z wiedzą, umiejętnościami i doświadczeniem, które dają pewność solidnej wiedzy i dobrego przygotowania zawodowego. Uczelnia zapewnia studentom sprzyjające warunki do nauki oraz inspirujące do własnego rozwoju, często wykraczające poza standardowy program studiów. Jesteśmy dynamiczną Uczelnią, która na kierunku Pielęgniarstwo oferuje studia pierwszego i drugiego stopnia. W tym roku akademickim mury Uczelni opuści 278 absolwentów studiów drugiego stopnia – magistrów pielęgniarstwa. Z badań losów absolwentów Uczelni wynika, że dla zdecydowanej większości z nich, kwalifikacje zdobyte w trakcie studiów są przydatne i niezbędne w pracy zawodowej” – dodaje prorektor.

Studenci bardzo aktywnie działają na rzecz społeczności lokalnej uczestnicząc w kampaniach zdrowotnych, prowadząc szkolenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Natomiast kadra nauczycieli akademickich organizuje Ogólnopolskie Konferencje Naukowe, potwierdzające głębokie rozumienie interdyscyplinarnego kontekstu zdrowia i choroby. W uczelnianych zeszytach naukowych *Acta Scholae Superioris Medicine Legnicensis* publikowane są artykuły powiązane z wystąpieniami na konferencjach oraz opracowania wyników badań naukowych nauczycieli akademickich i studentów.

„Pielęgniarstwo jest zawodem, jest nauką, ale też jest sztuką najpiękniejszą ze sztuk. Mamy szeroko otwarte drzwi Uczelni – zapraszamy. Razem, jako wspólnota akademicka, będziemy przyczyniać się do rozwoju pielęgniarstwa przyszłości” – dr Ewa Barczykowska, prorektor ds. pielęgniarstwa.

dr Ewa Barczykowska, prorektor ds. pielęgniarstwa



Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy zatrudni od dnia 01.08.2019 r.:



- **Doktora nauk medycznych z minimum 2-u letnim doświadczeniem zawodowym na stanowisku pielęgniarki;**
- **Doktora nauk o zdrowiu z minimum 2-u letnim doświadczeniem zawodowym na stanowisku pielęgniarki;**

Dodatkowe wymagania:

- Biegła obsługa komputera (pakiet MS Office) i urządzeń biurowych;
- Umiejętność pracy w zespole;
- Zaangażowanie i umiejętność samodzielnej pracy pod presją czasu;
- Otwartość, kreatywność, komunikatywność.

Mile widziane:

- Doświadczenie w pracy na Uczelni w pionach odpowiedzialnych za kształcenie;
- Umiejętność interpretacji aktów prawnych;
- Znajomość Ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

UNIwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego WE WROCŁAWIU

Mamy zaszczyt zaprosić Państwa **na Konferencję Naukowo – Szkoleniową**
„Współczesne problemy w medycynie i pielęgniarstwie”,
która odbędzie się w dniu 24 września 2019 roku.

Konferencja odbędzie się we Wrocławiu

przy ul. Borowskiej 211 w sali im. L. Kuczyńskiego Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej.

Wszystkich zainteresowanych zapraszamy do uczestnictwa, zgłoszenia należy składać drogą telefoniczną
tel. 71 733 11 92, 71 784 24 25 lub na adres e-mail: djb@usk.wroc.pl do dnia 10.09.2019 roku.

Udział w konferencji jest bezpłatny

Organizatorzy:

- Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa
- Przełożone Pielęgniarek i Położnych
- Dział Jakości i Bezpieczeństwa Opieki nad Pacjentami
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Szczegółowe informacje o konferencji dostępne będą na stronie internetowej www.doipip.wroc.pl
w zakładce: SZKOLENIA, KONFERENCJE

Dziękuję Paniom Pielęgniarkom
w Oddziale Kliniki Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
im. Jana Mikulicza – Radeckiego we Wrocławiu

za troskliwą i profesjonalną opiekę medyczną, wiele życzliwości i ciepłe słowa
oraz danie szansy na powrót do normalnego funkcjonowania mojej mamie Wiesławie Mendiaka.

Córka.



STYPENDIA DLA STUDENTÓW PIELĘGNIARSTWA

Dolnośląski Urząd Marszałkowski we Wrocławiu

Polska od kilku lat zmagą się z deficytem specjalistów pielęgniarstwa. Z roku na rok średni wiek pielęgniarek czynnych zawodowo ulega podwyższeniu o 8 miesięcy. W niedługim czasie większość z nich przejdzie zatem na emeryturę.

Według danych, którymi dysponuje Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych w Polsce jest 329 358 pielęgniarek, z czego na Dolnym Śląsku – 26 629. W 2016 roku średnia wieku wyniosła ponad 50 lat, gdzie w 2008 roku była o 6 lat niższa. Największa grupa zawodowa pielęgniarek czynnych zawodowo znajduje się w przedziale od 46 do 55 lat. Blisko 1/3 uzyska w kolejnych latach uprawnienia emerytalne. Z danych NFZ wynika, że wskaźnik zatrudnienia prawdopodobnie obniży się z 5,6 w 2016 roku do 3,2 w 2030 roku. W Statystykach OECD Health Data dotyczących wskaźnika pielęgniarek zatrudnionych na 1 tys. mieszkańców Polska ma jeden z najniższych wyników - 5,24. W kolejnych latach przewiduje się spadek do 3,8 w roku 2030. Na Dolnym Śląsku z kolei - z 6,73 do 3,41 w 2030 roku.

Samorząd Województwa Dolnośląskiego, postanowił wyjść naprzeciw oczekiwaniom przyszłych absolwentów wdrażając dodatkowy system motywacyjny w postaci pilotażowego programu stypendialnego dla najlepszych studentów trzeciego roku pielęgniarstwa kształcących się na kilku dolnośląskich uczelniach.

Wielu absolwentów nie podejmuje pracy w zawodzie, chcemy ich do tego zachęcić. Proponujemy studentom umowę. Wesprzemy



Was w trakcie nauki, w zamian za co zdecydujecie się na podjęcie pracy w dolnośląskich szpitalach. Celem programu jest promocja zawodu i pokazanie, że praca pielęgniarek jest kluczowa dla zapewnienia opieki nad pacjentem. Moim celem jest również zachęcenie władz samorządowych do większego zaangażowania się w ochronę zdrowia mieszkańców – powiedział Marcin Krzyżanowski Wicemarszałek Województwa Dolnośląskiego.

W tym roku Samorząd Województwa przeznaczy 69 tysięcy złotych na ten cel,

a w przyszłym – prawie 140 tysięcy złotych. Warunkiem uzyskania stypendium, oprócz osiągnięcia dobrych wyników w nauce, jest podpisanie umowy, która obliguje do podjęcia pracy w jednym z podmiotów leczniczych województwa dolnośląskiego. Program ma ruszyć w październiku bieżącego roku.

Szczegóły programu skonsultujemy z Izbami Pielęgniarek i Położnych z Dolnego Śląska, dyrektorami szpitali i uczelniami – zapewnia Marcin Krzyżanowski.



Naszej koleżance

EWIE MIKOŁAJCZYK

„Śmierć stawia nas w obliczu bezsilności,
która nas obezwładnia i zabiera w nieznane.
A kiedy pojawia się zabierając ukochaną osobę
przeszywa serce bólem
i odznacza w nim swoje piętno,
które przypomina nam stale
jacy jesteśmy wobec niej bezsilni”

Prosimy, przyjmij wyrazy naszego najszczerzego żalu
i współczucia
z powodu śmierci Twojego Męża

Pamiętaj, że zawsze możesz liczyć na nasze wsparcie

Zespół Pracowników Klinicznego Oddziału Endokrynologii,
Diabetologii i Chorób Metabolicznych
4 WSKz P we Wrocławiu

„ ... Ludzie, których kochamy zostają na zawsze.
bo zostawili ślady w naszych sercach.
Rozłąka jest naszym losem, spotkanie naszą nadzieją....

Naszej Koleżance

LIDII KOWALIK

i Jej Rodzinie

Najszczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci MAMY

Składają Koleżanki i Koledzy oraz Współpracownicy
z Izby Przyjęć DCCHP

„Można odejść na zawsze, by stale być blisko”
Ks. Jan Twardowski

Wyrazy szczerego współczucia i wsparcia
oraz słowa otuchy dla pielęgniarki
Klinicznego Oddziału Endokrynologii,
Diabetologii i Chorób Metabolicznych 4 WSKzP we Wrocławiu

EWY MIKOŁAJCZYK

z powodu śmierci Męża,

składa

Naczelna Pielęgniarka wraz z Zespołem Pielęgniarek
i Pielęgniarzy oraz Położnych 4WSKzP we Wrocławiu

„Śmierć nie jest kresem naszego istnienia,
żyjemy w naszych dzieciach i następnych pokoleniach.
Albowiem oni to dalej my...”
Albert Einstein

Odeszłaś nagle ,bez słów pożegnania,
bez cienia skargi i bólu rozstania

Koleżance

TERENI POGORZELEC

wyrazy współczucia z powodu śmierci MAMY

składa Dyrekcja i koleżanki pielęgniarki
z SZPL SP z o.o PROVITA Sp z o.o
Wrocław, ul. Bierutowska 63

„Boże daj mi pogodę ducha abym godził się z tym,
czego zmienić nie mogę...”

Wyrazy szczerego współczucia, słowa otuchy i wsparcia
dla pielęgniarki

EWY MIKOŁAJCZYK

z powodu śmierci Męża

składa

Przełożona Pielęgniarek wraz z Zespołem Pracowników
Kliniki Chorób Wewnętrznych 4WSKzP we Wrocławiu

Ludzie, których kochamy zostają zawsze z nami

Wyrazy szczerego współczucia i słowa otuchy dla

AGNIESZKI POŁETEK

z powodu śmierci Taty

składają współpracownicy Oddziału Neurochirurgii
Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego
im. T. Marciniaka we Wrocławiu

„Bliscy, których kochamy zostają w pamięci na zawsze”

Naszej Koleżance

ANIELI KARCZ

i Jej Rodzinie

Wyrazy głębokiego współczucia
i słowa otuchy z powodu śmierci TEŚCIOWEJ

Składają

Koleżanki ,Koledzy i Współpracownicy
z Izby Przyjęć Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc
we Wrocławiu

„Ludzie ,których kochamy zostają na zawsze,
w naszych sercach i w pamięci”

Naszej Koleżance

ŁUCJI MAJEWSKIEJ

wyrazy szczerego współczucia i słowa otuchy
w tak trudnych chwilach
z powodu śmierci MAMY

składają

Pielęgniarki i współpracownicy
z Izby Przyjęć WSS im.J.Gromkowskiego

*"Życie to czas, w którym szukamy Boga.
Śmierć to czas, w którym Go znajdujemy.
Wieczność to czas, w którym Go posiadamy".
(św. Franciszek Salezy)*

PANI MARII SMOLIŃSKIEJ

wyrazy głębokiego współczucia,
wsparcia i otuchy po śmierci Siostry Krystyny

składa Pielęgniarka Oddziałowa
z całym Zespołem Oddziału Kardiologicznego WSS
we Wrocławiu.

*Można odejść na zawsze,by stale być blisko..
ks. Jan Twardowski*

Naszej koleżance pielęgniarce

HALINIE KACZOR

wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci TATY

składają

Ordynator oddziału wraz z całym
zespołem Oddziału Dermatologii
szpitala WSS ul. Kamieńskiego

*Czas wszystko zabiera , bo zabrać jest w stanie ,
lecz nigdy nie zabierze tego co w sercu zostaje „*

Wyrazy współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci TATY

URSZULI KRĘCIGŁOWIE

składa Zespół Pielęgniarek i Położnych
Uniwersyteckiej Przychodni Specjalistycznej
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
Przy ul.Borowskiej we Wrocławiu

Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,
a wspomnień nam nikt nie odbierze
Zawsze będę z nami

Koleżance

MARII MARCINIAK

wyrazy żalu, współczucia i otuchy
z powodu śmierci MAMY

składają Dyrekcja i koleżanki pielęgniarki
z całym zespołem SZPL Sp.z o.o PROVITA we Wrocławiu

*Oczy matki wszystko widzące patrzą na urodziny patrzą
przez całe życie i patrzą po śmierci z „tamtego świata”.*

T. Różewicz

Naszej Koleżance

KATARZYNIE RACZKO

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci Mamy

składają

współpracownicy Działu Anestezjologii Szpitala
Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu.

*Jedne drzwi się otwierają, inne zamykają
a my musimy żyć dalej*

ALICJI MRÓZ

wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci Mamy

składają Pielęgniarka Naczelną, Pielęgniarka Oddziałowa,
Pielęgniarki Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego MCM
w Miliczu

*„Ludzie, których kochamy zostają na zawsze,
bo zostawili ślady w naszym sercu”.*

Naszej Koleżance

MARII KULCZYCKIEJ

Wyrazy najgłębszego współczucia i żalu
oraz słowa wsparcia i otuchy z powodu śmierci Męża

składa

Pielęgniarka oddziałowa Kliniki Nefrologii
i Medycyny Transplantacyjnej USK Justyna Zachciał
wraz z całym zespołem

Wyrazy szczerego współczucia
i wsparcia oraz słowa otuchy dla

TERESY ŁUCKOWSKIEJ

z powodu śmierci Mamy

składają koleżanki z Oddziału Anestezjologii
i Intensywnej Terapii

Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka
we Wrocławiu.

*Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek
a wspomnień nikt nam nie odbierze
Zawsze będę z nami*

Koleżankom

MARLYLI MARCINIAK i TERENI POGORZELEC

wyrazy współczucia z Powodu śmierci MAMY

składają koleżanki z SZPL PROVITA sp.z o.o
Wrocław ul.Bierutowska 63



Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu DZIAŁ KSZTAŁCENIA

Dział Kształcenia Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu zaprasza na **spotkania informacyjno-edukacyjne, kursy doszkalające, specjalistyczne oraz szkolenia specjalizacyjne (specjalizacje)**

Plan wszystkich szkoleń na II półroczu 2019 r. zamieszczony jest w SMK i na stronie: www.doipip.wroc.pl.



Szczegółowych informacji na temat kształcenia podyplomowego udzielają pracownicy Działu Kształcenia:

WROCŁAW:	tel.: 71/333 57 08; 71/333 57 12	e mail: dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl
LUBIN:	tel.: 76/746 42 03	e mail: dk.lubin@doipip.wroc.pl