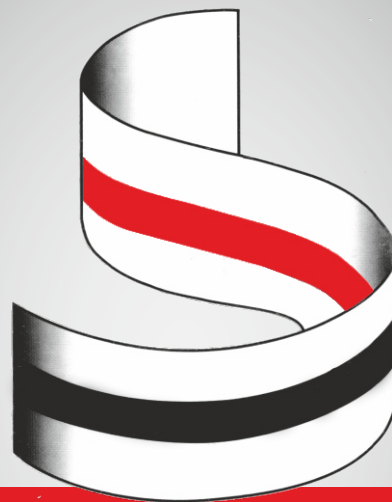


MIESIĘCZNIK

# BIULETYN INFORMACYJNY



ISSN 1234-0049

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



8 września 2012 roku

**Piknik integracyjny w ZOL „Złota jesień” w Zaborzu**

**Wrzesień 2012r**

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

# Zakład Opiekuńczo Leczniczy „ZŁOTA JESIEŃ” PIKNIK RODZINNY „ŁĄCZENIE POKOLEŃ”

Zaborze, 8 września 2012



- Budowę zakładu rozpoczęto w 2005r.
- W 2007r. oddano do użytku parter budynku z 28 łózkami.
- 17 lipca 2007r. uzyskano wpis do ewidencji działalności gospodarczej
- 7 stycznia 2008r. dokonano wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej.
- 1 maja 2008r. rozpoczęto realizację 3 letniej umowy z Śląskim Oddziałem NFZ na udzielanie świadczeń opiekuńczo leczniczych w zakresie stacjonarnej opieki długoterminowej.
- W listopadzie 2009r. oddano do użytku piętro zakładu zwiększając tym samym liczbę łóżek do 60.



Misją zakładu jest udzielanie świadczeń osobom przewlekle chorym, które przebyły leczenie szpitalne, mają ukończony proces diagnozowania, jednak ze względu na stan zdrowia, stopień niepełnosprawności, brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym nie są zdolne do samoopieki oraz wymagają kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

7 marca 2012 r. podjęto prace nad wdrożeniem Systemu Zarządzania Jakością zgodnie z wymaganymi międzynarodowej normy: ISO PN-EN 9001:2009.

Pragniemy zapewnić jakość świadczonych usług opiekuńczo- leczniczych swym pacjentom na najwyższym poziomie utrwalając wizerunek „ZŁOTEJ JESIENI” jako wiarygodnego i profesjonalnego partnera na leczniczej niwie.



## Nasze jakościowe cele:

- zapewnienie pacjentom całodobowych świadczeń leczniczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych na wysokim poziomie;
- zapewnienie pacjentom niezbędnych zajęć rehabilitacyjnych oraz rekreacyjno – kulturalnych dostosowanych do stanu zdrowia;
- organizacja zajęć oraz spotkań integracyjnych z rodzinami i osobami, których los ludzi chorych lub niepełnosprawnych nie jest obojętny;
- stworzenie warunków, które spełniają wszystkie standardy dla podmiotów leczniczych zapewniając pacjentom godne życie na odpowiednim poziomie;
- zapewnienie rodzinom lub prawnym opiekunom pacjentów informacji, która da im poczucie pewności, że bliscy mają zapewnioną wszechstronną profesjonalną opiekę.

Dziękuję wszystkim Państwu za zaszczyt swoją obecnością dzisiejszej uroczystości, za wsparcie i pomoc w podejmowanych działaniach na rzecz zakładu.



## W NUMERZE:

Naczelna Izba PiP	1
Rozporządzenie Ministra Zdrowia	4
Okręgowa Izba	5
Informacje prawne	8
Szkolenia	9
Prace autorskie	17
Informacje	24

### Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)

#### Adres Redakcji:

UL. PUŁASKIEGO 25 - IV PIĘTRO  
W BUDYNKU FIRMY „PRZEMYSŁÓWKA” S.A.  
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego w pobliżu Akademii  
Polonijnej)

Tel./fax 34-324-51-12, 34-361-30-18  
503-008-946

#### Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86  
szkolenia@oipip.czest.pl

sekretariat@oipip.czest.pl  
www.oipip.czest.pl

#### MILLENIUM BANK

nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

#### Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

Redakcja zastrzega sobie prawo doboru materiałów do publikacji, jednocześnie redakcja nie zwraca materiałów nie publikowanych. Za błędy powstałe w czasie druku nie ponosimy odpowiedzialności.

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

#### Skład i druk:

„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13,  
42-200 Częstochowa

birako@o2.pl

Nakład 1000 szt.

Warszawa, 23 lipca 2012 r.

## Notatka

### ze spotkania przedstawicieli samorządu zawodowego pielęgniarzek i położnych z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia w sprawie sposobu podziału dotacji ze środków budżetowych na realizację zadań przejętych przez samorząd zawodowy pielęgniarzek i położnych od administracji państwowej w 2012 r.

W spotkaniu w dniu 23,07,2012 r., wzięli udział:

1. Pan Bartosz Arłukowicz - Minister Zdrowia,
2. Pan Cezary Rzemek - Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia,
3. Przedstawiciele Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz 35 Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych,
4. Przedstawiciele Departamentu Dialogu Społecznego,
5. Przedstawiciele Departamentu Prawnego,
6. Przedstawiciele Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji,
7. Przedstawiciele Departamentu Pielęgniarek i Położnych.

W pierwszej części spotkania uczestniczył Pan Bartosz Arłukowicz - Minister Zdrowia, który zadeklarował potrzebę dalszej współpracy resortu zdrowia ze środowiskiem pielęgniarzek i położnych, którego najpełniejszą reprezentacją stanowi samorząd zawodowy pielęgniarzek i położnych. Odnosząc się do kwestii dotacji dla samorządu wskazał, że nie jest ona zagrożona. Jednocześnie poinformował, że przekazanie jej powinno się odbyć w oparciu o jasne kryteria, które powinny zostać wypracowane w możliwie najkrótszym terminie.

W dalszej części spotkania Pan Cezary Rzemek Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia przystąpił do omawiania uwag zgłoszonych przez samorząd do propozycji umów na przekazanie dotacji w roku 2012, które zgodnie z ustaleniami z poprzedniego spotkania zostały przesłane do wszystkich okręgowych i Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (uwagi Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wpłynęły do resortu w dniu 12.07.2012 r., uwagi ostatniej z 32 okręgowych izb pielęgniarzek i położnych, która zgłosiła uwagi, wpłynęły w dniu 20.07.2012 r.).

Przedstawiciele samorządu, wskazali, że główną uwagę i zarazem postulatem zgłaszanym od dawna pod adresem propozycji Ministerstwa Zdrowia jest dokonanie przekazania dotacji na rok 2012 w oparciu o zasady obowiązujące w roku 2011. Reprezentanci izb zadeklarowali, że po podpisaniu umów w 2012 analogicznych do zawartych w 2011 roku, opiewających na łączną kwotę 3.845.000,00 zł., gotowi są do rozmów na temat nowych zasad rozliczania i przekazywania dotacji dotyczących roku 2013.

Przedstawiciele samorządu wyraźnie podkreślili, że kwota dotacji na rok 2012 nie może być niższa niż 3,845.000,00 zł.

Pan Minister Cezary Rzemek potwierdził, że kwota 3.845.000,00 zł, jest w budżecie zarezerwowana na dotację. Jednocześnie wskazał, że sposób jej przekazania powinien być oparty o jasno określony katalog czynności wykonywanych przez samorząd oraz odpowiadający im wykaz stawek za wykonanie tych czynności. Jego zdaniem dalsza dyskusja powinna skupiać się na doprecyzowaniu zapisów zawartych w katalogu czynności, który znajdzie się w umowach oraz wysokości proponowanych stawek.

Przedstawiciele samorządu wskazali, że obecnie izby finansują zadania przejęte od administracji państwowej ze składek

członków korporacji. Koszty zadań są księgowane w identyczny sposób, jak miało to miejsce w roku ubiegłym. W związku z tym, samorząd stanął na stanowisku, że w ciągu bieżącego roku nie ma możliwości zmiany zasad rozliczania dotacji w stosunku do obowiązujących w roku 2011.

Przedstawiciele samorządu w osobach Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych, kilkakrotnie podkreślali konieczność przekazania dotacji na identycznych zasadach, jak miało to miejsce w 2011 r.

Jednocześnie przedstawiciele samorządu wskazywali, iż powinny być kontynuowane prace Zespołu do spraw oceny i weryfikacji kosztów zadań wykonywanych przez samorząd zawodowy pielęgniarzek i położnych w ramach dotacji celowej na realizację zadań przejętych przez samorząd od administracji państwowej, powołanego Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 01.09.2008 r., których wynik powinien stanowić podstawę do przekazania i sposobu podziału dotacji w 2013 r.

Ustalono, iż w dniu 21.08.2012 r. o godz. 11:30 w Ministerstwie Zdrowia odbędzie się spotkanie członków Zespołu do spraw oceny i weryfikacji kosztów..... z Panem Ministrem Cezarym Rzemkiem, podczas którego będą kontynuowane rozmowy dotyczące metodologii podziału dotacji ze środków budżetowych. W opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, rozmowy te będą dotyczyć podziału dotacji w 2013r. ■

Prezes: Grażyna Rogala-Pawelczyk  
Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia: Cezary Rzemek

Wywiad

## Przełamać strach

z prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,  
dr n. med. Grażyną Rogalą-Pawelczyk rozmawia Ewa Sawicka

**Z informacji, jakie podano na pierwszym Ogólnopolskim Kongresie Ekspozycji Zawodowej „Dbając o Zdrowie - narażają zdrowie” wynika, że świadomość zagrożeń wynikających z ekspozycji zawodowej jest wśród polskich pielęgniarzek bardzo niska. Eksperti tłumaczyli, że duży odsetek za-kłuc, a jednocześnie niska zgłaszalność takich zdarzeń wynika z braku wystarczającej świadomości na temat zagrożeń, jakie może wywołać ekspozycja zawodowa oraz brak jednolitego systemu zgłaszania i monitorowania tego rodzaju wypadków...”**

Nie do końca się zgadzam z poglądem, że polskie pielęgniarki nie mają pojęcia o zagrożeniach. Taki stan, moim zdaniem, nie wynika z nieznajomości procedur, jakie powinny zachowywać, czy braku wiedzy na temat zagrożeń, ale z tego, w jaki sposób pracodawcy podchodzą do tego typu zdarzeń i konieczności wdrożenia procedury: sformowania komisji, czasowego odsunięcia pielęgniarki od pracy, sporządzenia dokumentacji itd.

Powiedzmy otwarcie - to pracodawca, czyli właściciel i menadżer, kreuje środowisko pracy. Uważam, że w wielu przypadkach, choć oczywiście nie zawsze, pielęgniarki nie zgłaszają tego typu zdarzeń z obawy przed negatywną oceną, z uzasadnionego lęku, ze informując o zakłuciu, zostanie się

uznaną za nieważną, niezborną gapę, zbyt starą lub zbyt niedoświadczoną, by dalej pracować. Kogoś, kto sprawia kłopot, bo sam odrywa się od pracy i jeszcze innych zmusza do dodatkowego wysiłku, a zakład naraża na koszty.

### **Blizsze zagrożenie - utarta pracy lub premii - budzi większy strach niż zagrożenie trwałej utraty zdrowia?!**

Proszę nie zapominać, w jakich warunkach zwykle dochodzi do zakłuc. Z jednej strony są określone procedury, których pielęgniarka przestrzega, i odpowiedni sprzęt np. do niszczenia zużytych igieł, a z drugiej - stres, tempo pracy, zmęczenie. Pracodawcy wymagają obecnie przede wszystkim wydajności, stąd skracanie przerw, przydzielanie jednej, a jak ma się szczęście, to dwóm pielęgniarkom po 40 pacjentów, konieczność prowadzenia coraz bardziej rozbudowanej dokumentacji. To nie brak przestrzegania procedur, ale właśnie te osłabiające koncentrację czynniki sprawiają, że dochodzi do nieumyślnego kontaktu z zagrażającym zdrowiu materiałem biologicznym.

### **Jeśli raz i drugi zakłucie obyło się bez konsekwencji, to w myśl arcywłoskiego przekonania „jakoś to będzie”, przestaje się z czasem zwracać na to uwagę?**

To, co złe, przydarza się zwykle innym, nie nam. W naszej rodzinie nie ma HIV, żółtaczk, a jeśli jest, to widocznie „los tak chciał”, albo „to kara za grzechy”, bo i w takich kategoriach zdarza się niektórym myśleć. Nie tylko pielęgniarki myślą życzeniowo. Są instrukcje, jak stawiać rusztowania, a mimo to wciąż zdarzają się wypadki na budowach, są przepisy nakazujące odśnieżanie, a mimo to zimą giną ludzie na nieoczyszczonych drogach, w niektórych rejonach kraju regularnie zdarzają się powodzie, choć można ich skutki zminimalizować, budując wały. Bo zawsze przedtem było to „jakoś to będzie”. Do tego dochodzi jeszcze postawa „skoro tam na górze się nie przejmują, to co ja się będę przejmowała”.

### **Zastanawiam się, na ile unijna dyrektywa dotycząca zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze opieki medycznej faktycznie zwiększy bezpieczeństwo?**

Zdecydowanie wpłynie. Już samo to, że pracodawca będzie zobligowany poinformować o niej personel, sprawi, że niejedna pielęgniarka zastanowi się nad możliwymi konsekwencjami niezgłaszania zakłucia. Dyrektywa nakłada na pracodawców także obowiązek wprowadzania bezpieczniejszego sprzętu...

### **...na którym pielęgniarki będą musiały nauczyć się pracować, co pociąga za sobą zmianę nawyków. Nie obawia się Pani, że część z nich zastosuje bierny opór?**

Dyrektywa nie tyle wprowadza nowe przepisy czy procedury, ile wzmacnia już istniejące. Kładzie duży nacisk na zwiększanie bezpieczeństwa personelu - nie tylko pielęgniarek i położnych, ale też lekarzy, pracowników technicznych czy sprzątających, którzy mogą mieć kontakt z zagrażającym materiałem biologicznym.

Nie ma co się oszukiwać, zakłucia zawsze się będą zdarzały. Chodzi o to, by były jak najrzadsze i żeby pielęgniarki nie bały się o nich powiadamiać. A przełamanie strachu przed

możliwymi konsekwencjami takiego zgłoszenia leży po stronie pracodawcy. To on musi stworzyć taką atmosferę, by pielęgniarka nie czuła się winna, że doszło do takiej sytuacji i poddała się leczeniu poekspozycyjnemu bez obaw o utratę miejsca pracy. Jednak najważniejszą sprawą jest prewencja, czyli edukowanie pielęgniarek, jak mają postępować, by uniknąć zakłuc. Czekanie na wynik testu, który obowiązkowo się wykonuje po zgłoszeniu zakłucia, to tak naprawdę czekanie na wyrok. W naszych warunkach odbywa się to bez żadnego instytucjonalnego wsparcia psychologicznego. Jako nauczyciel akademicki i opiekunka praktyk nie spotkałam się z sytuacją, by zagrożonej pielęgniarce wsparcia udzielał specjalnie do tego delegowany przez pracodawcę psycholog, a choćby pielęgniarka oddziałowa czy np. starsza pielęgniarka nadzorująca stażystkę. To się na ogół odbywa na zasadzie koleżeńskej.

Sytuacja osoby, u której rzeczywiście dochodzi do zarażenia, jest jeszcze trudniejsza. Nie tylko z powodów zdrowotnych, ale też życiowo-towarzyskich. Zawsze powtarzam młodym adeptkom zawodu, żeby nie bały się zgłaszać zakłuc w obawie przed utratą pracy, bo jeśli w jego efekcie dojdzie do zarażenia i nie przejdą na czas leczenia poekspozycyjnego, to i tak tę pracę, a przy okazji zdrowie, a bywa że i życie, mogą stracić.

### **Marzę o sytuacji, w której pielęgniarka w uzasadnionej obawie przed ekspozycją zawodową odmawia wykonania jakiegось zabiegu, a przełożony podchodzi do tego z szacunkiem i zrozumieniem. Nie ma Pani wrażenia, że nie tylko pacjenci, ale też pracodawcy oczekują od pielęgniarek poświęcenia się do tego stopnia, że kiedy na szali leży ich bezpieczeństwo i wydajność, to drugie ma pierwszeństwo?**

Wciąż jest silne przekonanie, że pielęgniarka służy, a nie pracuje. To się przekłada na wynagrodzenie - służbie zwyczajowo się nie płaciło lub płaciło mało, ale też na warunki pracy. Pamiętam, że gdy pojawiły się u nas pierwsze doniesienia o wirusie HIV, lekarze mieli prawo do ochrony, a pielęgniarkom, które przecież miały częstszy kontakt z zarażonymi, odmawiało się noszenia tych kosmicznych hełmów. Dziś każdy stomatolog, ba nawet świadoma kosmetyczka, nosi podczas wykonywania zabiegu przesłonę na twarzy.

Jeśli pielęgniarkom zdarza się odmawiać wykonywania jakiejś czynności, to zwykle z powodu troski o pacjenta, gdy mają obawę, że zaszła pomyłka w zaordynowanych lekach lub że same ze zmęczenia mogły niedokładnie zrozumieć instrukcję, a nie z powodu obawy o własne bezpieczeństwo. Nie, to się chyba nie zdarza.

### **Dyrektywa da im taką możliwość, bo p. 4 załącznika wyraźnie stwierdza „Każdy pracownik ma obowiązek w możliwie największym stopniu dbać o własne bezpieczeństwo i zdrowie oraz bezpieczeństwo i zdrowie innych osób, na które mają wpływ wykonywane przez niego czynności w miejscu pracy, stosownie do wytycznych otrzymanych w trakcie szkolenia oraz instrukcji dostarczonych przez pracodawcę”. Sądzi Pani, że będą chciały z tej możliwości korzystać?**

Tam, gdzie pracodawcy są świadomi kosztów, nie tylko tych krótkoterminowych, ale długofalowych, niezgłaszania zakłuc czy innych przypadków ekspozycji zawodowej (bo przecież zakłucia są tylko jednym z wielu czynników ryzyka zawo-

dowego), pewnie tak się będzie działo. To, czy pielęgniarki będą korzystały z przysługujących im praw, zależy w dużym stopniu - o czym już mówiłam - od tego, jak do wdrażania dyrektywy podejść pracodawcy, i czy pod jej wpływem zmienią swoją postawę. Obserwując to, co się obecnie dzieje w wielu miejscach, ciśnie mi się na usta (być może kontrowersyjna) uwaga, że nawet dobry gospodarz lepiej traktuje psa, bo wie, że ten odpłaci mu się dobrym dozorem, niż niejeden pracodawca w sektorze medycznym zatrudniony u niego personel. Pozwolę też sobie zacytować znaną mi wiekową, emerytowaną pielęgniarkę; raz na jakiś czas pracodawca każe nam zrobić przegląd zdrowia, żeby sprawdzić, czy nadal może nas używać bez konsekwencji dla siebie.

**Czy jednak nie jest tak, że pielęgniarki - z powodów, które Pani wyłuszczyła wyżej - nie są zbyt bierne? Przecież mogą, nie pojedynczo, ale jako związek zawodowy albo samorząd usiąść do rozmów z pracodawcą, by ustalić sensowny harmonogram zmian, jakie w myśl dyrektywy należy wprowadzić w danej placówce, by zwiększyć bezpieczeństwo pracy. Czy Izba ma jakiś pomysł, by je do takiej aktywności zachęcić?**

Planujemy wiele działań edukacyjnych, bo podstawą jest rzetelna wiedza. Nie czekając na wejście w życie Dyrektywy, zaczynamy w „Magazynie Pielęgniarki i Położnej” cykl artykułów poświęconych zwiększeniu bezpieczeństwa pracy, planujemy spotkania i konferencje bezpośrednio odnoszące się do zagrożeń związanych z wykonywaniem naszego zawodu, a także propagujących wiedzę dotyczącą tego, jakie skutki prawne oraz organizacyjne niesie ze sobą przyjęcie przez Polskę Dyrektywy, której p. 7 załącznika wręcz nakłada na przedstawicieli pracowników obowiązek współpracy z pracodawcą „na odpowiednim poziomie w celu eliminowania ryzyka i zapobiegania mu, ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników oraz tworzenia bezpiecznego środowiska pracy, konsultując się również w kwestii doboru i stosowania bezpiecznego sprzętu, określania najlepszych metod prowadzenia szkoleń oraz procesów związanych z przekazywaniem informacji i zwiększaniem świadomości”. Jako samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych na pewno będziemy aktywnie „przekazywać informacje i zwiększać świadomość”.

**Cieszę się, że magazyn będzie miał w tym swój udział. Dziękuję za rozmowę.** ■

Wywiad

Halina Boniecka  
Prezes Naczelnego Sądu Pielęgniarek  
i Położnych

**Katarzyna Nowosielska: Pacjenci, czując się poszkodowani przez lekarzy, mogą pozwać szpital do sądu cywilnego lub pójść do wojewódzkiej komisji ds. orzekania o błędach medycznych. A jaki udział w szkodach mają pielęgniarki?**

Halina Boniecka: Dużo skarg pojawiło się, kiedy weszliśmy

w system ubezpieczeń zdrowotnych i pojawiło się pojęcie płacenia na służbę zdrowia. W latach 2007-2011 do sądów pielęgniarek i położnych wpłynęło 156 skarg. Z każdym rokiem ich jednak przybywa. Między 1991 a 1999 r. było znacznie mniej ukaranych. Fakt jednak, że pacjenci składają coraz więcej skarg nie oznacza, że znacznie wzrosła liczba wykroczeń zawodowych, które popełniają pielęgniarki. Na 1000 skarg 90 proc. nie ma uzasadnienia.

**Jak kończą się sprawy przed sądami pielęgniarskimi?**

W latach 2007-2011 na 156 skarg ok. 20 proc. zakończyło się upomnieniami. Kolejne 13 proc. to nagany, prawie 4 proc. zawieszenia w prawie wykonywania zawodu, 5 proc. umorzenia postępowań, 2,5 proc. to odstąpienia od wymierzenia kary, 4,5 proc. uniewinnienia. I w końcu niecały procent to zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w zoz na okres dwóch lat. Reszta skarg została odrzucona.

**Z czego biorą się skargi pacjentów i na co najczęściej się żalą?**

Z za długich kolejek, z frustracji, z poczucia, że poziom opieki jest inny niż kiedyś. Polak ciągle myśli, że jeśli trafi na kardiologię, to zbadają go też okuliści i ortopedzi, bo oprócz serca ma chory kręgosłup. Tymczasem oddziały szpitalne są specjalistyczne. A pacjent, który opuszcza kardiologię, jest zdziwiony i zły, że dostał skierowanie nie tylko do poradni kardiologicznej na kontynuację leczenia ale także do poradni chirurgicznej. Najwięcej skarg, bo aż blisko 70 proc. dotyczy jednak wykroczeń przeciwko zasadom etyki zawodowej, następnie 20 proc. niewłaściwej pielęgnacji pacjentów, a 10 proc. to błędnie wykonywane zabiegi.

**Co mieści się pod pojęciem wykroczeń przeciwko zapisom kodeksu etyki zawodowej?**

Mieliśmy np. skargę pacjenta, który przesłuchiwany przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej powiedział, że pielęgniarka była arogancka i wulgarna. Podczas rozmowy ze starszym panem rzecznik zorientował się, że pielęgniarka za głośno do niego mówiła. Pacjent miał aparat słuchowy, a pielęgniarka nie wyczuła dobrze jakiego tonu głosu potrzebuje. Każda wypowiedź pielęgniarki i położnej musi być zatem wyważona. Zdarzyło się również, że pielęgniarki lub położne zwracają się do pacjenta bezosobowo lub w formie nieakceptowanej przez niego. To budzi niezadowolenie. Jeśli do tego stanu dołączy się długi czas oczekiwania na świadczenie, skarga gotowa.

**Czy do sądów trafia też dużo spraw, w których pielęgniarki i położne ewidentnie zawiniły?**

Tak, bo zdarza się, że pielęgniarka podaje pacjentom leki bez wpisanego zlecenia lekarskiego. Jest to naruszenie reguł wykonywania zawodu oraz obowiązującego prawa. Podobnie gdy pielęgniarka wykonuje szczepionki w niewłaściwy sposób, np. domięśniowo, a powinna podskórnie. Wówczas pacjent widzi, że odczyn poszczepienny jest duży, ma powikłania w miejscu wkłucia i zaburzenia funkcji ręki, ból itp. Składa wtedy skargę. Błędy w szczepieniach czy pomyłki w podawaniu leków wynikają jednak głównie ze złej organizacji pracy. Lekarze zlecają szereg prac, które należą do zakresu kompetencji innych pracowników medycznych.

### Kto wówczas ponosi karę?

Do odpowiedzialności pociągnięta jest pielęgniarka i położna, ale także winą obciążony jest też przełożony, który świadomie narusza prawo. Przydziela zadania niezgodne z kompetencjami pracownika. Położna powinna np., zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej, odmówić wykonania szczepienia, a kierownik nie może go zlecać.

„Rzeczpospolita”, 28.08.2012 r. ■

Oprac. Katarzyna Nowosielska

### Opieka do poprawy - wywiad z Sekretarzem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Joanną Walewander dla Rzeczpospolitej

KOMENTARZ EKSPERTA

### Opieka do poprawy

JOANNA WALEWANDER

#### Potrzeba przepisów, które doprowadzą do odbudowania podstawowej opieki zdrowotnej i powrotu pielęgniarek do szkół.

Ministerstwo Zdrowia powinno wprowadzić uregulowania prawne, które zmieniłyby organizację w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. W małych miejscowościach i na terenach wiejskich brakuje profilaktyki i pomocy przedlekarskiej. Ministerstwo stopniowo powinno takie zmienić obowiązujące przepisy tak, by zapewniały dostęp do świadczeń pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania proporcjonalnie do liczby dzieci i młodzieży objętych opieką oraz według planu godzin lekcyjnych. Rola pielęgniarki szkolnej jest teraz zmarginalizowana.

Trzeba pamiętać, że medycyna rodzinna to integralna część systemu opieki zdrowotnej zapewnia zarówno zdrowym, jak i chorym świadczenia w miejscu zamieszkania, szkole, w warunkach domowych i ambulatoryjnych. Podstawową opiekę zdrowotną świadczy zespół w skład którego wchodzi lekarz, pielęgniarka i położna.

W funkcjonowaniu podstawowej opieki zdrowotnej bardzo ważna jest też liczba pacjentów, którymi zajmują się pielęgniarki i położne. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia na II kwartał 2011 r. podpisało z nim umowy 21655 pielęgniarek poz a położnych poz - 6317. Liczbę pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę i położną określił natomiast prezes NFZ w zarządzeniu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udziela nie świadczeń w rodzaju poz. Zgodnie z tymi przepisami opieką jednej pielęgniarki poz może być objętych najwyżej 2750 osób. Maksymalna liczba pacjentów położnej poz, do których zalicza się osoby płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci do ukończenia drugiego miesiąca życia, to 6600 osób. Bardzo ważne jest, aby na jedną pielęgniarkę lub położną nie przypadło więcej pacjentów niż obecnie. Zwiększenie limitów może w konsekwencji oznaczać pogorszenie świadczonej przez nie opieki. ■



## Rozporządzenie Ministra Zdrowia

Dz.U.12.420 → z dnia 18 kwietnia 2012 r.

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 10 kwietnia 2012 r.

#### w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta

Na podstawie art. 28 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

#### § 1.

Osoba wskazana w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, zwanego dalej „podmiotem”, niezwłocznie zawiadamia lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego o śmierci pacjenta przebywającego w przedsiębiorstwie podmiotu, zwanego dalej „osobą zmarłą”.

#### § 2.

1. Lekarz, o którym mowa w § 1, po przeprowadzeniu oględzin, stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu.
2. W przypadku przeprowadzania sekcji zwłok, stwierdzenie przyczyny zgonu następuje po jej przeprowadzeniu.
3. Osoba wskazana w regulaminie organizacyjnym podmiotu, o której mowa w § 1, niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu osoby zmarłej zawiadamia osobę lub instytucję, o których mowa w art. 28 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, o śmierci osoby zmarłej.
4. Po wystawieniu karty zgonu przez lekarza, o którym mowa w § 1, pielęgniarka niezwłocznie przekazuje ją do kancelarii przedsiębiorstwa podmiotu.

#### § 3.

1. Pielęgniarka, o której mowa w § 2 ust. 4, sporządza kartę skierowania zwłok do chłodni oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego.
2. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera:
  - 1) imię i nazwisko osoby zmarłej;
  - 2) numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
  - 3) datę i godzinę zgonu;
  - 4) godzinę skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni;
  - 5) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki sporządzającej kartę;
  - 6) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni;



- 7) imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zwłoki osoby zmarłej do chłodni.
3. Dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1-5, wpisuje pielęgniarka, o której mowa w § 2 ust. 4.
4. Dane, o których mowa w ust. 2 pkt 6 i 7, wpisuje osoba przyjmująca zwłoki osoby zmarłej do chłodni.
5. Identyfikator, o którym mowa w ust. 1, zawiera:
  - 1) imię i nazwisko osoby zmarłej;
  - 2) numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
  - 3) datę i godzinę zgonu.
6. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania zwłok do chłodni oraz na identyfikatorze, o których mowa w ust. 1, dokonuje się oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.
7. Zwłoki osoby zmarłej wraz z wypełnioną kartą skierowania zwłok do chłodni i identyfikatorem są przewożone do chłodni nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu, wskazanego w dokumentacji medycznej.
8. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku - w innym miejscu, z zachowaniem godności należącej zmarłemu.

## § 4.

W razie zgonu osoby zmarłej na chorobę zakaźną stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 20 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687 i Nr 144, poz. 853).

## § 5.

W razie zgonu osoby zmarłej w czasie odbywania kary pozbawienia wolności, stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 10 ust. 5 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

## § 6.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. 3) ■

MINISTER ZDROWIA

Okręgowa Izba



Katowice, dnia 3 września 2012r

**OKRĘGOWA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KATOWICACH**

Pani  
Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca  
W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach oraz Zespołu ds. pielęgniarstwa operacyjnego serdecznie zapraszam Panią na „Konferencję pt. Chirurgia małoinwazyjna — nowe wyzwania w pracy pielęgniarek i położnych operacyjnych”.

Konferencja odbędzie się 11 października 2012r w Łaziskach Górnych (dzielnica Łaziska Dolne), ul. Wodna 15 o godz. 09:00. ■

Z wyrazami szacunku  
Przewodnicząca Okręgowej  
Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Katowicach  
dr Mariola Bartusek

Szkoła Podstawowa nr. 25  
im. Stanisława Staszica w Częstochowie  
ul. Rędzińska 23  
42-209 Częstochowa

Częstochowa, 2012-06-11

Szanowna Pani  
Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 25 w Częstochowie zwraca się z prośbą

o współorganizację  
IV MIĘDZYSZKOLNEGO KONKURSU SZKÓŁ PODSTAWOWYCH  
Z ZAKRESU UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDY-  
CZNEJ - „Uratować znaczy żyć”.

Nadmieniam, że w/w konkurs zaplanowano na 25 września bieżącego roku. Impreza ma zasięg ogólnopolski, a HONOROWY PATRONAT objęła WIELKA ORKIESTRA ŚWIĄTECZNEJ POMOCY. ■

Dyrektor Szkoły  
mgr Ewa Dworżańska

**Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zarząd Regionu Śląskiego**

Sosnowiec, dn. 31.08.2012 r.

Sz. Pani  
Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca  
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie  
ul. Pułaskiego 25 IV p.  
42 - 200 Częstochowa

W imieniu Zarządu Regionu Śląskiego OZZPiP zwracam się z informacją, że w dniu 14 września 2012 r. o godz. 12.00

odbędzie się pikietą pod Urzędem Wojewódzkim w Katowicach. Organizowana pikietą dotyczy obrony praw pracowniczych pielęgniarek, położnych oraz innych zawodów medycznych. Bardzo proszę o pomoc w mobilizacji pielęgniarek i położnych do uczestnictwa w pikiecie.

Zapraszam Panią Przewodniczącą do wzięcia udziału w złożeniu petycji na ręce Wojewody Śląskiego w trakcie trwania pikiety. Jednocześnie informuję, że plakaty które będą prezentowane na pikiecie zostaną przekazane drogą e-mailową na adres Izby Okręgowej do rozpropagowania w biuletynach izbowych. Do plakatów dołączone jest zaproszenia dla pacjentów, personelu oraz społeczeństwa do uczestnictwa w Manifestacji, która stanowi II etap protestów organizowanych przez OZZPiP.

Jednocześnie zapraszamy do wzięcia udziału w Manifestacji Ogólnopolskiej która odbędzie się w Warszawie w dniu 05 października 2012 r. o czym poinformowałyśmy Prezes NEPiP Panią Grażynę Rogale - Pawelczyk. Uprzejmie proszę o przekazanie powyższej informacji do członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Naszego Województwa wraz z zaproszeniem do udziału.

W imieniu Zarządu Regionu Śląskiego OZZPiP zwracam się również o dofinansowania autobusów, które wysłamy na Manifestację w dniu 05 październik 2012 r. do Warszawy. Koszty z tym związane mogą przekroczyć możliwości finansowe Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych i dlatego zwracamy się o wsparcie.

Jednocześnie informujemy, że III etapem podsumowującym protest będzie Międzynarodowa Konferencja w dniu 06 października 2012 r na którą zaproszenie dotrze drogą pocztową. ■

Z poważaniem  
PRZEWODNICZĄCA  
Zarządu Regionu Śląskiego  
Iwona Barchulska

## **Uchwały podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 29 sierpnia 2012 roku**

- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie:
  - 4,900.00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla siedmiu położnych za studia magisterskie – położnictwo,
  - 1,400.00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla dwóch pielęgniarek za studia pomostowe - licencjat pielęgniarstwa,
  - 700.00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla jednej pielęgniarki za studia- magister pielęgniarstwa,
  - 2,000.00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla czterech pielęgniarek za kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki”,
  - podjęto jedną odmowną decyzję z powodu niezgodności z regulaminem.
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla czterech pielęgniarek w kwocie 4,400, 00 zł .

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie siedem pielęgniarek.
- Wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie trzy pielęgniarki.
- Wykreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie pięć pielęgniarek.
- Stwierdzono posiadanie kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej dla dwóch pielęgniarek.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu wpisano dwóm pielęgniarkom adnotacje urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony.
- Skierowano na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat dwie pielęgniarki i jednego pielęgniarsza.
- Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych pod numerem 16/ 2012. Organizatorem kształcenia jest Ośrodek Szkoleniowy Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP. Rodzaj i dziedzina kształcenia: kurs specjalistyczny „Przygotowywanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych” program przeznaczony dla pielęgniarek i położnych. ■

## **KALENDARIUM**

**od 01.08.2012 roku do 30.09.2012 roku**

**24.08.2012r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji rozpatrzyli 13 wniosków o dofinansowanie na kwotę 8.300 zł oraz podjęła jedną decyzję odmowną z powodu niezgodności z regulaminem.

**28.08.2012r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych, pozytywnie rozpatrzono cztery złożone wnioski na łączną kwotę 4.400 zł . oraz podjęła jedną decyzję odmowną z powodu niezgodności z regulaminem.

**29.08.2012r.** W siedzibie OIPIP obyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**01.09.2012r.** W NZOZ Lubliniec rozpoczął się kurs specjalistyczny „Wykonanie i interpretacja EKG”. W kursie uczestniczy 18 pielęgniarek.

**08.09.2012r.** W ZOL „ Złota jesień” w Zaborzu odbył się piknik integracyjny podopiecznych i personelu medycznego. Na zaproszenie kierownictwa zakładu w pikniku uczestniczyły: Przewodnicząca ORPiP, Sekretarz ORPiP oraz Członkowie Zespołu ds. opieki długoterminowej.

**10.09.2012r.** W Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublińcu odbyło się spotkanie organizacyjne szkolenia specjalizacyjnego „Pielęgniarstwo psychiatryczne”. W spotkaniu uczestniczyły Przewodnicząca ORPiP i Kierownik Ośrodka Szkoleniowego OIPIP w Częstochowie.



**13.09.2012r.** W Centralnej Szkole Państwowej Straży Pożarnej w Częstochowie odbyła się impreza profilaktyczna „Świetlik”. Na zaproszenie organizatorów w imprezie promującej bezpieczeństwo zdrowotne i ratownictwo uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie.

**14.09.2012r.** Na zaproszenie Przewodniczącej Zarządu Śląskiego OZZPiP Pani Iwony Borchulskiej Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w pikiecie pod Urzędem Wojewódzkim w Katowicach. Pikieta dotyczyła obrony praw pracowniczych pielęgniarek i położnych oraz innych zawodów medycznych.

**17-19.09.2012r.** W Jachrance odbyło się posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. W posiedzeniu uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP.

**20-21.09.2012r.** Odbyło się szkoleniowe posiedzenie ORPiP w Częstochowie. W posiedzeniu oprócz członków OR udział wzięli: pełnomocnicy, członkowie organów OIPiP oraz Pielęgniarki Naczelne z lecznictwa stacjonarnego. Szkolenie obejmowało: odpowiedzialność cywilną, karną pielęgniarek i położnych, etykę zawodową oraz wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek i położnych.

**25.09.2012r.** Na zaproszeni Dyrekcji Szkoły Podstawowej Nr 25 w Częstochowie przedstawiciele ORPiP w Częstochowie jako współorganizatorzy, uczestniczyli w IV Międzyszkolnym konkursie Szkół Podstawowych z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej "URATOWAĆ ZNACZY ŻYĆ". Konkurs miał zasięg ogólnopolski, honorowy patronat nad konkursem objęła WIELKA ORKIESTRA ŚWIĄTECZNEJ POMOCY.

**25.09.2012r.** W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji rozpatrzyli 7 wniosków.

**25.09.2012r.** W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych, pozytywnie rozpatrzono jeden złożony wniosek.

**26.09.2012r.** W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. ■

## NOWOŚCI ZAKUPIONE DO ZBIORÓW BIBLIOTEKI OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH. Zapraszamy!!!

Metody Łagodzenia bólu podczas porodu	Sanjay Datta	670, 671
Onkologia i hematologia dziecięca	Alicja Chybcika, Krystyna Rawicz-Birkowska	672, 673
Diabetologia kliniczna	Jan Tatoń, Anna Czech, Małgorzata Bernas	674
Epidemiologia w zdrowiu publicznym	Jerzy Bzdęga, Anita Gębska- Kuczerowska	675
Choroba Alzheimerera	Tadeusz Parnowski	676, 677
Żywienie chorych ze stomią	Mirosław Jarosz	678, 679
Żywienie w niedokrwistościach	Zofia Wieczorek-Chełmińska	680, 681
Hematologia w praktyce	Kazimierz Sułek, Ewa Wąsak-Szulkowska	682
Endokrynologia w praktyce klinicznej. Diagnostyka i leczenie	Frank Herrmann, Peter Mülle, Tobiasz Lohmann	683

## **Ustawa o działalności leczniczej - źródło informacji**

Często szukamy odpowiedzi na różne pytania w najprostszy sposób - pytamy kogoś o ich udzielenie. Nie inaczej jest w tematyce leczniczej. Jednakże istnieje łatwiejsza metoda, wystarczy zajrzeć do tekstu Ustawy o Działalności Leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U.Nr12, poz. 654).

Postaram się omówić kilka najważniejszych zagadnień wynikających z ww. ustawy, co pozwoli Państwu w zrozumieniu jej przepisów.

Już w art. 1 niniejszej ustawy prawodawca wskazał na jej zakres przedmiotowy, tj. czego ona dotyczy. Akt określa:

1. zasady wykonywania działalności leczniczej,
2. zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami,
3. zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
4. normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych,
5. zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Zgodnie z kolejnymi artykułami ustawy o działalności leczniczej sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, tj. pielęgniarka, położna, grupowa praktyka, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika. Warto zwrócić uwagę na jego zawartość, w której wyróżnia się następujące elementy:

- nazwę podmiotu udzielającego świadczeń,
- cele i zadania podmiotu udzielającego świadczeń
- strukturę organizacyjną podmiotu (samodzielne stanowiska pracy),
- rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- miejsce udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostce,
- współdziałanie jednostek dla zapewnienia sprawnego funkcjonowania pod względem pielęgnacyjnym i administracyjno - gospodarczym,
- współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w celu zapewnienia ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
- określenie wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, ustalonych w sposób określony w art. 28 ust. 8 ustawy z dnia 26 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
- ustalenie wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2000 r. Nr 23, poz. 295, z późn. zm. J) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;
- wysokość opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych,
- sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu.

Zgodnie z art. 5 pielęgniarki mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych

w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących tę działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100. Trzeba pamiętać, że taki podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, składa organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1, wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zawartość oraz treść wniosku, jak i oświadczenia jest uregulowana w art. 100. Celem takiego wniosku jest potwierdzenie, że zawarte w nim dane są kompletne i zgodne z prawdą, oraz że znane są jej warunki wykonywania działalności technicznej w zakresie objętym wnioskiem zgodnie z zapisami określonymi w omawianej ustawie.

Kolejną ważną sprawą, zasługującą na omówienie jest zgłaszanie zmian, o czym stanowi art. 107. Bowiem podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest zobowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania. Jednakże w przypadku niezgłoszenia zmiany danych, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot karę pieniężną. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Może również zdarzyć się sytuacja, kiedy organ prowadzący rejestr odmawia wnioskodawcy wpisu do rejestru. Mogą to być sytuacje, kiedy wydano prawomocne orzeczenie zakazujące wnioskodawcy prowadzenia działalności objętej wpisem, podmiot wykreślono z rejestru na podstawie ust. 2 pkt. 1, 3 lub 4 w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku, jak również, gdy wnioskodawca nie spełnia warunków, o których mowa w art. 17 ust. 1, art. 18 albo art. 19.

Poza tym, prawodawca w art. 108 ust. 2 pkt. 1 dodaje, iż wpis do rejestru podlega wykreśleniu, jeżeli podmiot złożył oświadczenie, o którym mowa w art. 100 ust. 2, niezgodne ze stanem faktycznym. W takim przypadku, podmiot wykonujący działalność leczniczą, może ubiegać się o ponowny wpis do tego rejestru nie wcześniej niż po upływie 3 lat od dnia wykreślenia z rejestru.

Organ prowadzący rejestr jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności leczniczej z przepisami ustawy i przepisami wydanymi na jej podstawie (art. 111 ust.1). Owa kontrola jest przeprowadzana przez osoby upoważnione przez organ prowadzący rejestr do wykonywania czynności kontrolnych. Te osoby podczas wykonywania czynności kontrolnych, za okazaniem upoważnienia, mają prawo do:

- żądania informacji i dokumentacji,
- oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym lub statucie, w tym dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- wstępu do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
- wglądu do dokumentacji medycznej,
- żądania ustnych i pisemnych wyjaśnień.

Warto wspomnieć również o art. 207 ust. 1 i 2., gdzie zostało wskazane, że podmiot wykonujący działalność leczniczą w dniu wejścia w życie ustawy, niespełniający wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1, dostosuje pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2016 r. Dla spełnienia powyższych wymagań najlepiej jest zachować następującą kolejność czynności:



- 1) podmiot wykonujący działalność leczniczą przygotowuje program dostosowania do wymogów art. 22 ust. 1,
- 2) przedstawia program do zaopiniowania właściwemu organowi Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- 3) po uzyskaniu ww. opinii podmiot wykonujący działalność leczniczą przedstawia program organowi prowadzonemu rejestr, powyższe musi być zrealizowane do dnia 30 czerwca 2012 r.,
- 4) podmiot wykonujący działalność leczniczą dostosowuje pomieszczenia i urządzenia do ww. wymagań zgodnie z programem, do dnia 31 grudnia 2016 r.

Warto dodać, że wspomniany wyżej przepis dotyczy wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą, również praktyk zawodowych wykonujących działalność leczniczą w dniu wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej, tj. w dniu 1 lipca 2011 r. Takiej możliwości nie będą miały podmioty, które rozpoczęły działalność po ww. dacie, a chciałyby chociaż „chwilowo” prowadzić działalność w pomieszczeniach nie spełniających podanych standardów.

Reasumując, mam nadzieję, że przedstawiłem najważniejsze zagadnienia wynikające z ustawy o działalności leczniczej. Jednakże, chciałbym przypomnieć o wadze znajomości prawa powszechnie obowiązującego, do którego bez wątpienia należy zaliczyć ustawy. Warto tu przypomnieć podstawową zasadę prawa „ignorantia iuris nocet” - nieznanomość prawa szkodzi, dlatego w razie wątpliwości korzystajmy z tekstów prawnych. ■

Artur Zubkiewicz

Przedruk: Dziennik Gazeta Prawna 20-22 lipca 2012 nr 140

## Szpitala oszczędzają na pomostówkach

### Uprawnienia

Placówki ochrony zdrowia szukają oszczędności. Zmieniają więc pielęgniarkom i pielęgniarzom umowy o pracę. Zamiast nazwy konkretnego stanowiska (uprawniającego do ubiegania się o emeryturę pomostową) pojawia się ogólne stwierdzenie, że zatrudniony będzie wykonywać pracę na terenie całego szpitala.

- Mamy już pierwsze skargi pielęgniarek pracujących w zespołach wyjazdowych karettek pogotowia. Alarmują one, że pracodawca usiłuje zmienić w umowie ich miejsce pracy, wpisując ogólnie „oddział szpitalny” lub „teren szpitala” - mówi Urszula Michalska, przewodnicząca Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej.

Ostrzega, że taki zapis spowoduje, że te osoby nie będą miały prawa do emerytury pomostowej.

Ponieważ do organizacji związkowych takich sygnałów wpływa coraz więcej, sprawdzają one, jaka jest skala zjawiska.

- Kiedy będziemy wiedzieć, ilu praco dawców stosuje ta kie metody, zwróci my się w tej sprawie do rządu - zastrzega Urszula Michalska.

Już w 2009 roku Ministerstwo Zdrowia musiało przygotować wyjaśnienie dotyczące tego, jak należy rozumieć pojęcie dotyczące warunków ostrego dyżuru. Wtedy przyjęto, że za takie należy uznać prace w czasie dyżurów personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii. Taka interpretacja powinna umożliwić

między innymi ratownikom medycznym wcześniejsze odejście z pracy.

- Szpitale jednak wszelkimi możliwymi sposobami próbują ograniczyć koszty działalności. W niektórych przypadkach ratownicy medyczni sami rezygnują z umów o pracę na rzecz kontraktów. Mają nadzieję, że takie rozwiązanie pozwoli im na utrzymanie zatrudnienia - podkreśla Janusz Atłachowicz, wiceprezes Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ.

Osoby decydujące się na przejście na kontrakty w przyszłości będą musiały pracować dłużej, bo do czasu osiągnięcia wydłużonego powszechnego wieku emerytury. Związkowcy chcą sprawdzić, czy pracownicy wiedzą o takich właśnie konsekwencjach swojej decyzji. ■

Bożena Wiktorowska

## Szkolenia



Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Lublinie  
oraz Komisja d.s Pielęgniarstwa Nefrologicznego  
i Dializacyjnego

zapraszają na

I Wschodnią Konferencję Pielęgniarek Nefrologicznych  
i Dializacyjnych  
w Lublinie

pod Honorowym Patronatem:

prof. dr hab. med. dr h.c. mult. Andrzeja Książka  
Kierownika Katedry i Kliniki Nefrologii Uniwersytetu  
Medycznego  
w Lublinie

### pt.: „Nefropatia cukrzycowa wyzwaniem dla zespołu medycznego”,

kóra odbędzie się w dniu 14 listopada 2012 roku  
w Collegium Maius przy ul. Jaczewskiego 4 w Lublinie

#### PROGRAM KONFERENCJI

14 LISTOPADA 2012 roku

09:00 – 09:05 Otwarcie konferencji

- mgr Andrzej Tytuła Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie

09:05 – 09:20 Wykład inauguracyjny

- prof. dr hab. med. Andrzej Książek

Katedra i Klinika Nefrologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie „Nadciśnienie tętnicze u pacjentów dializowanych”.

09:20 – 09:35 prof. dr hab. med. Wojciech Załuska

Katedra i Klinika Nefrologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

- „Historia leczenia nerkozastępczego”.

09:35 - 09:45 PREZENTACJA PRODUKTÓW MEDYCZNYCH FIRMY ROCHE



09:45 - 09:55 PREZENTACJA FIRMY DIAVERUM  
09:05 - 10:05 PREZENTACJA PRODUKTÓW MEDYCZNYCH  
FIRMY FRESENIUS

10:05 – 10:30 Przerwa na kawę

10:30 - 13:30 I SESJA

Przewodniczący sesji: mgr Barbara Sidor, mgr Sylwia Boczkowska

10:30 – 10.50 dr hab. med. Anna Bednarek –Skublewska  
Katedra i Klinika Nefrologii Uniwersytetu Medycznego  
w Lublinie „Uszkodzenie wielonarządowe w przebiegu  
cukrzycy”.

10:50 – 11:10 mgr Sylwia Boczkowska  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie,  
Katedra i Klinika Nefrologii „Rola pielęgniarstwa w trakcie zabiegu  
hemodializy u pacjenta  
z cukrzycą”.

11:10 – 11:20 PREZENTACJA PRODUKTÓW MEDYCZNYCH  
FIRMY GAMBRO

11:20 – 11:40 dr n. med. Marek Iłżecki  
Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii  
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie „Dostęp naczyniowy  
u pacjenta z nefropatią cukrzycową”.

11:40 – 12:00 mgr Anetta Cekała  
Specjalista Kliniczny- Diaverum Polska  
„Zasady pielęgnowania dostępów naczyniowych u pacjentów  
hemodializowanych”.

12:10 – 12:30 lek. med. Ewa Mandrak – Bańko  
N ZOZ Stacja Dializ Lublin Chodźki „Zalecenia dietetyczne  
u pacjentów hemodializowanych z nefropatią cukrzycową”.

12:30 – 12:40 PREZENTACJA PRODUKTÓW MEDYCZNYCH  
FIRMY AMGEN

12:40 – 12:50 PREZENTACJA PRODUKTÓW MEDYCZNYCH  
FIRMY COVIDIEN

12:50 - 13:30 Przerwa na kawę

13:30 – 14:20 II SESJA

Przewodniczący sesji: mgr Sylwia Boczkowska, mgr Barbara  
Sidor

13:30 – 13:50 prof. dr hab. med. Lucyna Janicka  
Katedra i Klinika Nefrologii Uniwersytetu Medycznego  
w Lublinie “Dializa otrzewnowa jako jedna z metod leczenia  
nerkozastępczego”.

13:50 – 14:10 Alicja Kostecka  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie,  
Katedra i Klinika Nefrologii „Problemy dializacyjne występujące  
u pacjentów dializowanych otrzewnowo z nefropatią  
cukrzycową”.

14:10 – 14:20 PREZENTACJA PRODUKTÓW MEDYCZNYCH  
FIRMY ECOLAB

14:20 – 14:30 dr n. med. Iwona Baranowicz-Gąszczyk  
Katedra i Klinika Nefrologii Uniwersytetu Medycznego

w Lublinie „Zgłoszenie pacjentów z nefropatią cukrzycową do  
przeszczepu”

14:30 – 14:50 mgr Barbara Sidor

N ZOZ Stacja Dializ Lubartów, OIPIP w Lublinie „Edukacja  
pacjentów w różnych stadiach przewlekłej choroby nerek”.

14:50 – 15:10 mgr Anna Fedorowicz

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana  
Pawła II w Zamościu, Oddział Nefrologii, Endokrynologii,  
Chorób Metabolicznych i Chorób Wewnętrznych ze Stacją  
Dializ „Rehabilitacja chorych dializowanych”.

15:10 - 15:20 dr n. med. Renata Markiewicz

Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w  
Lublinie „Problemy psychologiczne pacjentów z przewlekłą  
chorobą nerek”.

15:20 Zakończenie konferencji

15:20 - 16:20 Lunch

Szanowna Pani Przewodnicząca,  
w imieniu organizatorów, Zarządu Głównego Polskiego  
Stowarzyszenia Diabetyków i Centrum Konferencji i Wystaw  
Expo-Andre pragniemy serdecznie zaprosić do udziału

### **w XVI OGÓLNOPOLSKIM SYMPOZJUM DIABETOLOGICZNYM „DIABETICA - EXPO 2012” I X OGÓLNOPOLSKIM FORUM PROFILAKTYKI I LECZENIA OTYŁOŚCI,**

które odbędą się w dniach 22-23 września 2012 roku w Auli  
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika ul. Gagarina 11 w Toruniu.

Celem SYMPOZJUM DIABETOLOGICZNEGO jest popularyzacja  
najnowszych osiągnięć diabetologii polskiej i światowej.  
Pragnęlibyśmy, aby ta konferencja stała się forum dyskusji i  
wymiany doświadczeń na temat środków i metod leczenia oraz  
zapobiegania cukrzycy, zarówno pomiędzy lekarzami jak i ich  
pacjentami.

Wykłady Sympozjum odbywają się w dwóch salach  
konferencyjnych, w jednej dla lekarzy i pielęgniarek, w drugiej  
dla diabetyków.

Funkcję Przewodniczącej Komitetu Naukowego objęła Prof. dr  
hab. med. Irena Ponikowska Kierownik Katedry i Kliniki  
Balneologii i Chorób Przemiany Materii CM UMK w Bydgoszczy.  
Patronat naukowy nad Sympozjum jak co roku objął Zarząd  
Główny Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

W załączniku przesyłam szczegóły. Serdecznie zapraszamy. ■

Z wyrazami szacunku  
Henryk Zamorski  
Dyrektor

Centrum Konferencji i Wystaw Expo-Andre  
87-100 Toruń ul. Prosta 19/ 7, Tel. 56 657 35 05, 652 20 66  
biuro@expo-andre.pl  
www.expo-andre.pl



## XVI OGÓLNOPOLSKIE SYMPOZJUM DIABETOLOGICZNE DIABETICA EXPO

2012

## X OGÓLNOPOLSKIE FORUM PROFILAKTYKI I LECZENIA OTYŁOŚCI

22-23 września 2012, Aula UMK

ul. Gagarina 11 Toruń

22 września 2012 roku

9:00 – 10:30 Rejestracja Uczestników Sympozjum i Forum.  
10:15 Uroczyste Otwarcie XVI Ogólnopolskiego Sympozjum Diabetologicznego DIABETICA EXPO 2012 i X Ogólnopolskiego Forum Profilaktyki i Leczenia Otyłości. Wystąpienia zaproszonych Wykładowców i Gości. Konferencja Prasowa z udziałem Wykładowców i Zaproszonych Gości.

### Sesja Inauguracyjna (Sala A)

Sesji przewodniczy: prof. dr hab. med. Irena Ponikowska, prof. dr hab. med. Czesław Wójcikowski, Andrzej Bauman

11:15-11:30 Andrzej Bauman - Prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

11:30-12:00 Prof. dr hab. med. Irena Ponikowska – Konsultant Krajowy w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej, Katedra Balneologii i Medycyny Fizykalnej CM UMK, Bydgoszcz – „Balneoterapia w otyłości.”

12:00-12:30 Prof. dr hab. med. Zygmunt Zdrojewicz - Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami AM, Wrocław – „Otyłość, problem XXI wieku, a zaburzenia seksualne.”

12:30-12:50 Dr n. med. Tomasz Mierzwa – Centrum Onkologii, Bydgoszcz – „Otyłość jako czynnik ryzyka chorób nowotworowych.”

### (SALA A – sesja dla pacjentów)

Sesja IA: „Edukacja pacjentów z cukrzycą”

Sesji przewodniczy: dr n. med. Elżbieta Szymańska, dr n. med. Ewa Kostrzewa-Zabłocka

14:30-15:00 Mgr Beata Stepanow – Centrum Edukacji i Specjalistycznej Opieki Medycznej, Kleczew – „Czy proces edukacji znaczący zawsze to samo?”

15:00-15:20 Mgr Jerzy Janczak – Polskie Stowarzyszenie Diabetyków Zarząd Rejonowy w Koninie, mgr Beata Stepanow - Centrum Edukacji i Specjalistycznej Opieki Medycznej, Kleczew – „Insulinoiterapia – co, kiedy i jak?”

15:20-15:40 Mgr Jarosław Zyskowski – Roche Polska Sp. z o.o.

### Sesja IIA: „Diabeteatr”

Sesji przewodniczy: mgr Beata Stepanow, mgr Andrzej Bauman

16:00-16:45 „Z pamiętnika anioła” – diabeteatr wolontariuszy Centrum Edukacji i Specjalistycznej Opieki Medycznej, Kleczew.

### (SALA B – sesja dla lekarzy)

Sesja IB: „Powikłania otyłości”

Sesji przewodniczy: prof. dr hab. med. Irena Ponikowska, dr n. med. Joanna Rutkowska

14:00-14:30 Dr n. med. Joanna Rutkowska - Oddział Endokrynologii i Diabetologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Olsztyn – „Związek pomiędzy hormonami tarczycy a masą ciała.”

14:30-14:50 Dr n. med. Maciej Bieliński - Katedra Neuropsychologii Klinicznej Collegium Medicum UMK, Bydgoszcz–

„Dysfunkcje poznawcze i zaburzenia depesyjne u pacjentów z otyłością.”

### Sesja IIB: „Powikłania cukrzycy”

Sesji przewodniczy: prof. dr hab. med. Krzysztof Marczewski, dr n. med. Dorota Boniek-Poprawa

15:00-15:30 Prof. dr hab. Krzysztof Marczewski

- Oddział Nefrologii, Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i Chorób Wewnętrznych ze Stacją Dializ, Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki, Zamość – „Demencja – nasz wspólny problem.”

15:30-16:00 Dr n. med. Dorota Szostak-Węgierek

– Warszawski Uniwersytet Medyczny

– „Otyłość i cukrzyca podczas ciąży jako zagrożenie chorobami sercowo-naczyniowymi u matki i dziecka.”

16:00-16:25 Dr n. med. Dorota Boniek-Poprawa

- Oddział Nefrologii, Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i Chorób Wewnętrznych ze Stacją Dializ, Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki, Zamość – „Czy cukrzyca jest chorobą zależną od pogody.”

16:25-16:50 Dr n. med. Zofia Sikorska -Oculomedica, Bydgoszcz – „Co nowego w leczeniu retinopatii cukrzycowej?”

17:00 Ogłoszenie wyników Konkursu na Najlepszy Produkt DIABETICA EXPO 2012 (werdykt Komisji Konkursowej). Konkursy z nagrodami dla Uczestników Sympozjum i Forum - Sala wystawowa.

17:30-18:30 Podsumowanie I dnia Sympozjum i Forum – pytania i dyskusja.

20:00 Uroczysty Wieczór dla Wykładowców, Uczestników i Wystawców Sympozjum i Forum.

23 września 2012 roku

Sesja IIIA: „Stopa cukrzycowa”

Sesji przewodniczy: dr n. med. Elżbieta Szymańska, dr n. med. Ewa Kostrzewa-Zabłocka

10:30-10:50 Dr n. med. Ewa Kostrzewa-Zabłocka

– Poradnia i Ośrodek Edukacji Diabetologicznej, Chełm – „Złote reguły pielęgnacji stóp.”

10:50-11:10 Inż. Włodzimierz Lewin – JJW Sp. J., Piaseczno – „Ulga dla stóp diabetyków – skarpetki zdrowotne.”

### SESJA IVA: „Leczenie otyłości”

Sesji przewodniczy: dr Lucyna Pachocka, dr Jacek Chojnowski  
12:15-12:45 Dr Lucyna Pachocka – Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa – „Wybrane diety w leczeniu otyłości - za i przeciw.”

12:45-13:10 Tołdziecki M., Chojnowski, Adamczyk A., Ponikowska I. - Katedra Balneologii i Medycyny Fizykalnej CM UMK, Bydgoszcz – „Aktywność fizyczna otyłych różnego stopnia.”

13:10-13:30 Ziółkowska J., Makowska K., Ponikowska I. Ossowski R. - Katedra Balneologii i Medycyny Fizykalnej CM UMK, Bydgoszcz - „Zaburzenia depresyjne w otyłości.”

### SESJA IIIB: „Leczenie otyłości”

Sesji przewodniczy: dr n. med. Jacek Chojnowski, dr n. med. Wojciech Szczęsny

10:15-10:45 Dr n. med. Wojciech Szczęsny - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej CM UMK, Bydgoszcz – „Otyłość 2012.”

10:45-11:15 Dr n. med. Jacek Chojnowski, Irena Ponikowska, J. Ziółkowska - Katedra Balneologii i Medycyny Fizykalnej CM UMK, Bydgoszcz – „Losy chorych z otyłością po operacjach bariatrycznych w wieloletniej obserwacji.”



### Sesja IVB: „Postępy w terapii cukrzycy”

Sesji przewodniczący: dr n. med. Zofia Sikorska, dr n. med. Jacek Chojnowski

11:30-12:00 Prof. dr hab. Roman Ossowski-Institut Psychologii Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz – „Wyzwania w zakresie zarządzania sobą w cukrzycy i chorobach towarzyszących.”

12:00-12:30 Prof. dr hab. Bassam Aouil- Institut Psychologii Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz – „Wokół stylu życia młodzieży z cukrzycą I typu.”

12:30-13:00 Prof. dr hab. med. Irena Ponikowska – Konsultant Krajowy w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej, Katedra Balneologii i Medycyny Fizykalnej CM UMK, Bydgoszcz – „Niealkoholowe stłuszczenie wątroby.”

13:00-13:30 Dr n. med. Jacek Chojnowski - Katedra Balneologii i Medycyny Fizykalnej CM UMK, Bydgoszcz – „Wpływ alkoholu na efekty leczenia cukrzycy.”

14:00-14:30 Podsumowanie II dnia Symposium i Forum – pytania i dyskusja. Ogłoszenie Plebiscytu Publiczności na Najlepszą Firmę Branży Diabetologicznej Roku 2012, Najlepszy Produkt Diabetologiczny Roku 2012 oraz Najlepszy Produkt na Otyłość Roku 2012.

Konkursy z nagrodami (tygodniowy pobyt dla 2 osób w Uzdrowisku Wysowa S.A., tygodniowy pobyt dla 2 osób w Uzdrowisku HOTEL WODNIK SPA) dla uczestników.

UWAGA! Organizatorzy zastrzegają sobie prawo do zmian w programie. ■

## Bezpłatne studia podyplomowe dla pielęgniarek i położnych

Serdecznie zachęcamy do zapoznania się z ofertą dotyczącą bezpłatnych studiów podyplomowych dla naszych koleżanek i kolegów z całej Polski. Oferta jest na tyle atrakcyjna, iż naszym zdaniem należałoby ją przekazać jak największej grupie zainteresowanych. Możliwość odbycia bezpłatnych studiów podyplomowych (catering i noclegi również bezpłatne) w wielu regionach kraju organizowanych przez renomowaną uczelnię jest niewątpliwie korzystna dla naszego środowiska.

Drugi projekt dotyczy już nie tylko pielęgniarek i położnych, ale i innych osób zatrudnionych w podmiocie leczniczym. Jednocześnie informujemy, iż od czerwca przewidywana jest kolejna tura tej formy kształcenia podyplomowego (prosimy o zamieszczenie powyższych informacji na Państwa stronie internetowej).

Więcej informacji:

<http://www.oipip.kadan.pl/index.php?chapter=index>  
Dziękujemy za zainteresowanie. ■

Przewodniczący Wiceprzewodniczący  
(-) Marcin Michlewicz (-) Tomasz Baran

## Jak rozmawiać z pacjentem

Jak powinien rozmawiać z pacjentem lekarz, pielęgniarka, rehabilitant, pracownik rejestracji i administracji? Dlaczego personel mający dobre intencje wobec pacjentów spotyka się z ich niezadowolaniem ze sposobu obsługi? Jakiej przyjmować postawy i formułować wypowiedzi, by być szanowanym profesjonalistą?

Odpowiedzi i konkretne wskazówki w zakresie komunikacji z pacjentami formułujemy na specjalistycznych szkoleniach, które mogą być prowadzone w dogodnym dla Państwa miejscu i czasie. Jeśli zechcą Państwo podać nam

- liczbę osób – potencjalnych uczestników szkolenia

- pełnione przez nich funkcje,

- miejscowość, w której może być prowadzone szkolenie,

w ciągu 24 godzin przedstawimy konkretną propozycję programu takiego spotkania.

Ponadto polecamy szkolenie dla kadry kierowniczej

Profilaktyka rozważnego kierownika, czyli jak uniknąć posądzenia o mobbing

Jeśli te tematy budzą Państwa zainteresowanie, jesteśmy do dyspozycji pod numerami telefonów: 61/ 671 02 24, 61/ 671 29 24 lub kom. 665 484 155, 665 484 888, a także adresem e-mail: [bomis@bomis.pl](mailto:bomis@bomis.pl)

Pełne opisy szkoleń znajdują Państwo na [www.bomis.pl](http://www.bomis.pl) ■

Z poważaniem Monika Kasprzak  
kierownik projektu

## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,

W dniach 19-20 października 2012 roku w Centrum Konferencyjnym Stadionu Narodowego w Warszawie odbędzie się konferencja dotycząca witaminy D i jej znaczenia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych – "Witamina D – minimum, maximum, optimum". Organizatorzy spodziewają się kilkuset uczestników z Polski i państw Europy Środkowej. Wyniki badań z ostatnich lat dokumentują wiele korzyści wynikających z działania witaminy D na organizm człowieka we wszystkich etapach jego życia. Do niedawna deficyty witaminy D łączono najczęściej z ryzykiem rozwoju krzywic. Aktualnie obniżone zasoby ustrojowe witaminy D postrzega się, jako ważny dodatkowy czynnik ryzyka wielu chorób cywilizacyjnych takich jak choroby nowotworowe, choroby sercowo-naczyniowe, nadciśnienie tętnicze, schorzenia autoimmunologiczne, choroby i zaburzenia metaboliczne, choroby infekcyjne wynikające z obniżonej odporności oraz szereg zaburzeń neuropsychiatrycznych. Naturalną konsekwencją tej sytuacji jest konieczność ciągłego uświadamiania społeczeństwu oraz środowisku medycznemu, jaką rolę odgrywa witamina D w rozwoju i funkcjonowaniu organizmu ludzkiego. Potwierdzeniem wagi problemu jest zainteresowanie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Bronisława Komorowskiego, który objął konferencję Patronatem Honorowym oraz udzielenie patronatu przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Jestem przekonana, że program naukowy konferencji oraz uczestnictwo wybitnych wykładowców z Polski, wielu państw Europy, a także USA, Kanady, Izraela i Zjednoczonych Emiratów Arabskich stanowią o sukcesie spotkania. W związku z tym bardzo polecam Państwu udział w konferencji, która po raz pierwszy w Polsce i Europie Środkowej poruszy niezwykle ważne zagadnienia dotyczące witaminy D i polityki zdrowotnej społeczeństw Europy Środkowej. ([www.witaminad.waw.pl](http://www.witaminad.waw.pl)). ■

Prezes NRPiP  
(-) Grażyna Rogala-Pawelczyk

Ważna informacja:

Organizatorzy konferencji dla pielęgniarek i położnych zaproponowali specjalną ofertę opłaty konferencyjnej- 320 zł.

Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka”,  
Zakład Biochemii i Medycyny Doświadczalnej  
www.czd.pl

# WITAMINA D

MINIMUM, MAXIMUM, OPTIMUM

OPTIMALIZACJA DZIAŁANIA PLEJOTROPOWEGO W POPULACJI ŚRODKOWOEUROPEJSKIEJ. ZAKTUALIZOWANE ZALECENIA DOTYCZĄCE PROFILAKTYKI NIEDOBORÓW, LECZENIA DEFICYTÓW I OCENY STANU ZAOPATRZENIA W WITAMINĘ D.

19-20 października 2012,

Centrum Konferencyjne Stadionu Narodowego w Warszawie

Komitet Organizacyjny

Paweł Płudowski - Przewodniczący, Elżbieta Karczmarewicz - Zastępca Przewodniczącego

Komitet Naukowy Konferencji

Prof. Milan Bayer - Czechy  
Prof. Heike Bischoff-Ferrari - Szwajcaria  
Dr Graham Carter - Wielka Brytania  
Prof. Danuta Chlebna-Sokół - Polska  
Dr Justyna Czech-Kowalska - Polska  
Prof. Tamas Decsi - Węgry  
Prof. Romuald Dębski - Polska  
Prof. Anna Dobrzańska - Polska  
Prof. Edward Franek - Polska  
Prof. Zbigniew Gaciong - Polska  
Prof. Piotr Głuszko - Polska  
Prof. William B. Grant - USA  
Prof. Ryszard Grenda - Polska  
Dr Afrozul Haq - Zjedn. Emiraty Arabskie  
Dr Maciej Hamankiewicz - Polska  
Prof. Michael F. Holick - USA  
Dr Elina Hypponen - Wielka Brytania  
Prof. Glenville Jones - Kanada  
Dr Elżbieta Karczmarewicz - Polska  
Prof. Berthold Koletzko - Niemcy  
Prof. Jerzy Konstantynowicz - Polska  
Prof. Janusz B. Książyk - Polska

Prof. Krystyna Książopolska-Orłowska - Polska  
Prof. Olga Lesnyak - Rosja  
Prof. Andrzej Lewiński - Polska  
Prof. Mieczysław Litwin - Polska  
Prof. Roman S. Lorenc - Polska  
Prof. Jacek Łukaszkiwicz - Polska  
Prof. Ewa Marcinowska-Suchowierska - Polska  
Dr Waldemar Misiorowski - Polska  
Prof. Michał Nowicki - Polska  
Dr Paweł Płudowski - Polska  
Prof. Władysław Povoroznyuk - Ukraina  
Dr Konstanty Radziwiłł - Polska  
Dr Grażyna Rogala-Pawelczyk - Polska  
Dr Piotr Rozentryt - Polska  
Prof. Ema Rudenka - Białoruś  
Prof. Zbigniew Samochocki - Polska  
Dr Karl P. Schlingmann - Niemcy  
Prof. Yehuda Shoenfeld - Izrael  
Prof. Jerzy Socha - Polska  
Prof. Piotr Socha - Polska  
Prof. Mieczysław Szalecki - Polska  
Prof. Marek Tałałaj - Polska  
Dr Liudmila Yankovskaya - Białoruś

*Honorowy Patronat Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Bronisława Komorowskiego*

Konferencji patronuje:



Naczelna Rada  
Pielęgniarek i Położnych

**Biuro Organizacyjne Konferencji:** MEDIUS Sp. z o.o. ul. Okrężna 49A, 02-925 Warszawa  
tel. +48 22 642 09 40, faks +48 22 651 71 19; e-mail: [biuro@medius.com.pl](mailto:biuro@medius.com.pl); [www.mediuz.com.pl](http://www.mediuz.com.pl)

Sprawy do załatwienia:

1. Zaznacz w kalendarzu datę Konferencji: 19-20 października 2012!
2. Wejdź na stronę [www.witaminad.waw.pl](http://www.witaminad.waw.pl) i zgłoś swoje uczestnictwo!!!
3. Wykonaj badanie 25-OHD we własnym organizmie, oceń stan zaopatrzenia ustroju w witaminę D i rozpocznij suplementację witaminą D!

*W imieniu Komitetu Organizacyjnego i Komitetu Naukowego*

Paweł Płudowski, [p.pludowski@czd.pl](mailto:p.pludowski@czd.pl)  
Elżbieta Karczmarewicz, [biochemia@czd.pl](mailto:biochemia@czd.pl)

**PROGRAM****PIĄTEK, 19 PAŹDZIERNIKA 2012****7.00-19.00- Rejestracja Uczestników****SESJA 1 8.00-10.10**Przewodniczący: *Dr Paweł Płudowski, Prof. Janusz B. Książyk***8.00-8.15** | Powitanie - *Dr Paweł Płudowski, Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego***8.15-8.30** | Wprowadzenie - Witamina D w Instytucie „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” - *Prof. Janusz B. Książyk, Dyrektor IPCZD***8.30-10.00** | Deficyty witaminy D - przegląd danych epidemiologicznych - *Polska (Dr Paweł Płudowski), Niemcy (Dr Jakob Linseisen), Czechy (Prof. Milan Bayer), Węgry (Prof. Tamas Decsi), Rosja (Prof. Olga Lesnyak), Białoruś (Prof. Ema Rudenka, Dr Ludmila Yankovskaya), Ukraina (Prof. Vladyslav Pororoznyuk), Australia (Prof. Jerzy Konstantynowicz), Zjednoczone Emiraty Arabskie (Dr. Afrozul Haq)***10.00-10.10** | Dyskusja**10.10-10.40 | PRZERWA KAWOWA****SESJA 2 10.40-13.30**Przewodniczący: *Prof. Roman Lorenc, Prof. Michael Holick***10.40-11.10** | Witamina D - problem żywieniowy czy problem endokrynologiczny - *Prof. Michael F. Holick***11.20-11.40** | Odległe korzyści zdrowotne programowania żywieniowego witaminą D - *Dr Elina Hypponen***11.45-12.05** | Odległe korzyści zdrowotne programowania żywieniowego DHA – podobieństwa i różnice z witaminą D - *Prof. Berthold Koletzko***12.10-12.30** | Standardy zaopatrzenia ustrojowego oraz suplementacji w witaminę D - *Prof. Roman S. Lorenc***12.35-12.55** | Synteza skórna witaminy D - *Prof. Jacek Łukaszkiewicz***13.00-13.30** | Bezpieczeństwo witaminy D: mechanizmy - *Prof. Glenville Jones***13.40-14.40 | LUNCH**W porze lunchu zapraszamy do udziału w sesji plakatowej oraz sesji satelitarnej - Organizator **Agilent Technologies****SESJA 3 14.40-17.15**Przewodniczący: *Prof. Piotr Gluszeko, Prof. Andrzej Lewiński, Prof. Yehuda Shoenfeld***14.40-15.00** | Witamina D a nowotwory - *Prof. William B. Grant***15.05-15.25** | Rola witaminy D w procesach odpornościowych - *Prof. Yehuda Shoenfeld***15.30-15.45** | Witamina D w atopowym zapaleniu skóry - *Prof. Zbigniew Samochocci***15.50-16.05** | Witamina D w stwardnieniu rozsianym - *Prof. Katarzyna Kotulska-Jóźwiak***16.10-16.25** | Witamina D w Reumatoidalnym Zapaleniu Stawów - *Prof. Piotr Gluszeko***16.30-16.50** | Witamina D w cukrzycy typu 1 i 2 oraz w endokrynopatiach wieku rozwojowego - *Prof. Mieczysław Szałecki***16.55-17.15** | Witamina D w cukrzycy typu 1 i 2 oraz w endokrynopatiach wieku dojrzałego - *Dr Waldemar Mistorowski***17.20-17.40 | PRZERWA KAWOWA****SESJA 4 17.40-19.15**Przewodniczący: *Prof. Piotr Socha, Dr Karl P. Schlingmann***17.40-18.00** | Krzywica - aktualny stan wiedzy - *Prof. Milan Bayer***18.05-18.25** | Idiopatyczna hiperkalcemia - *Dr Karl P. Schlingmann***18.30-18.50** | Witamina D a układ mięśniowo-szkieletowy - *Prof. Edward Czerwinski***18.55-19.15** | Witamina D a zaburzenia wchłaniania (mukowiscydoza, cholestaza, choroby zapalne jelit) - *Prof. Piotr Socha***20.20 | UROCZYSTA KOLACJA****SOBOTA, 20 PAŹDZIERNIKA 2012****SESJA 5 9.00-11.10**Przewodniczący: *Prof. Zbigniew Gaciong, Prof. Edward Franek***9.00-9.20** | Witamina D a nadciśnienie tętnicze, zespół metaboliczny i choroba sercowo-naczyniowa w wieku rozwojowym - *Prof. Mieczysław Litwin***9.25-9.45** | Witamina D a nadciśnienie tętnicze, zespół metaboliczny i choroba sercowo-naczyniowa w wieku dojrzałym - *Dr Piotr Rozentryt***9.50-10.10** | Witamina D w przewlekłych chorobach nerek w wieku rozwojowym - *Prof. Ryszard Grenda***10.15-10.35** | Witamina D w przewlekłych chorobach nerek w wieku dojrzałym - *Prof. Michał Nowicki***10.40-11.10** | Kamica układu moczowego - kontrowersje w stosowaniu witaminy D - *Prof. Marek Tatalaj***11.15-11.45 | PRZERWA KAWOWA****SESJA 6 11.45-13.15**Przewodniczący: *Prof. Jacek Łukaszkiewicz, Prof. Glenville Jones***11.45-12.15** | 25-OHD - aktualny stan wiedzy - *Dr Graham Carter***12.20-12.35** | 3-Epi-25-OHD – nowy metabolit, potencjalne działanie biologiczne, problematyka interferencji w oznaczeniach 25-OHD - *Prof. Grażyna Odrowąż-Sypniewska***12.40-12.55** | Kontrola jakości oznaczeń witaminy D i harmonizacja oznaczeń - *Dr Elżbieta Karczmarewicz***13.00-13.07** | krótka prezentacja ustna badań oryginalnych**13.07-13.14** | krótka prezentacja ustna badań oryginalnych**13.14-13.21** | krótka prezentacja ustna badań oryginalnych**13.21-13.28** | krótka prezentacja ustna badań oryginalnych**13.28-13.35** | krótka prezentacja ustna badań oryginalnych**13.35-13.42** | krótka prezentacja ustna badań oryginalnych**13.45-14.45 | LUNCH**W porze lunchu zapraszamy do udziału w sesji plakatowej oraz sesji satelitarnej - Organizator **AB SCIEX****SESJA 7 14.45-16.20**Przewodniczący: *Prof. Ewa Marcinowska-Suchonierska, Prof. Michael Holick***14.45-15.00** | Suplementacja witaminą D w okresie ciąży i karmienia piersią - *Prof. Romuald Dębski***15.05-15.20** | Suplementacja wcześniaków, noworodków i niemowląt - *Dr Justyna Czech-Kowalska***15.25-15.40** | Suplementacja dzieci i młodzieży - *Prof. Danuta Chlebna-Sokół***15.45-16.00** | Suplementacja dorosłych - *Prof. Michael F. Holick***16.05-16.20** | Leczenie deficytów witaminy D w grupach ryzyka u dorosłych – „terapia szyta na miarę” - *Prof. Ewa Marcinowska-Suchonierska***SESJA 8 16.30-17.45****ŚRODKOWOEUROPEJSKI KONSENSUS SUPLEMENTACJI WITAMINĄ D - PROPOZYCJA****1) Ocena zaopatrzenia w witaminę D: kryteria diagnostyczne i rekomendowane metody****2) Populacyjne standardy suplementacji witaminą D****3) Leczenie deficytów witaminy D w grupach ryzyka****4) Strategie implementacji nowego schematu suplementacji witaminą D w społeczeństwach Europy Środkowej****15 punktów edukacyjnych**





KONFERENCJA SZKOLENIOWA DLA POŁOŻNYCH  
i PIEŁĘGNIAREK nt.

## „Wybrane zagadnienia rozwoju somatyczno-płciowego dziewcząt”

KOMUNIKAT

Klinika Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz Stowarzyszenie na Rzecz Ginekologii Wieku Rozwojowego serdecznie zapraszają na konferencję szkoleniową w Poznaniu w dniach 12-14.12.2012r.

Uczestnicy otrzymają certyfikaty uczestnictwa w konferencji. Przewidujemy imprezy towarzyszące.

Tematy konferencji:

1. Neuroendokryne uwarunkowania rozwoju somatycznego i płciowego dziewcząt. Pierwsza miesiączka i miesiączkowanie w pierwszych latach po menarche. Wskaźniki rozwoju płciowego.
2. Badanie ginekologiczne specyfika badania dziewcząt, rola pielęgniarki i położnej.
3. Zaburzenia miesiączkowania u dziewcząt. Diagnostyka, leczenie wybranych endokrynopatii. (Niewydolność ukła-

du podwzgórzowo-przysadkowego. Pierwotna niewydolność jajników).

4. Zapalenie narządów płciowych dziewcząt, leczenie.
5. Zapalenie wyrostka robaczkowego dziewcząt, a płodność kobiet.
6. Epidemiologia nowotworów narządów płciowych dziewcząt. Aspekty profilaktyki onkologicznej.
7. Poradnie ginekologii dziecięcej jako szkoła profilaktyki nowotworów narządów płciowych kobiet - program szkolenia na wszystkich poziomach nauczania.
8. Rozwój psychoemocjonalny i seksualny dziewcząt. Inicjacja seksualna i planowanie pierwszej ciąży u dziewcząt.
9. Poziom uświadomienia seksualnego młodzieży - rola położnej.
10. Dziecko wykorzystywane seksualnie.
11. Adolescencja jako zjawisko psychologiczne, kulturowe i społeczne. Kryzys adolescencji-udział czynników hormonalnych, psychologicznych i społecznych. Pojęcie normy i patologii w okresie adolescencji. ■

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

## KONFERENCJA SZKOLENIOWA DLA POŁOŻNYCH I PIEŁĘGNIAREK NT. „WYBRANE ZAGADNIENIA ROZWOJU SOMATYCZNO-PŁCIOWEGO DZIEWCZĄT” w dniach 12-14.12.2012r.

Dane osoby zgłaszającej udział:

IMIĘ I NAZWISKO	
Adres do korespondencji	
Miejsce pracy	
Nr telefonu	
E-mail	
Dane do faktury Nazwa Firmy Adres firmy NIP Firmy	

#### Ważne informacje:

- Karty zgłoszeń proszę przesłać e-mailem, faxem lub na adres korespondencyjny do dnia 31.10.2012 r.
- Adres do korespondencji:  
Klinika Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii  
ul. Polna 33; 60-535 Poznań  
Tel.061 8419 278, fax.061 8419656  
e-mail: pol-piel@wp.pl
- Wpłaty za uczestnictwo 300.00 PLN proszę przesyłać na nr konta:  
9810204027 00001602 00310615,  
PKO BP  
Stowarzyszenie na Rzecz Ginekologii  
Wieku Rozwojowego, ul. Polna 33;  
60- 535 POZNAŃ

# ZAPRASZAMY

Pielęgniarki epidemiologiczne, lekarzy epidemiologów, zespoły ds. kontroli zakażeń szpitalach z terytorium Polski, którzy w sposób bezpośredni lub pośredni uczestniczą w procedurach kontroli zakażeń szpitalnych, zajmują się profilaktyką chorób zakaźnych lub promocją zdrowia na terenie swoich placówek

do wzięcia udziału

## w II EDYCJI KONKURSU

na najciekawszą kreację przedstawiającą sposób zapobiegania zakażeniom szpitalnym, spowodowanym przenoszeniem mikroorganizmów przez ręce!



### PODZIEL SIĘ POMYSŁEM I ZGARNIJ NAGRODĘ!

#### CELEM KONKURSU JEST:

- ✓ spełnianie misji nauczania personelu medycznego i pacjentów zasad higieny rąk poprzez stworzenie kampanii promującej prawidłowe zachowania higieniczne w placówkach opieki zdrowotnej,
- ✓ umacnianie postaw mających na celu szerzenie prawidłowych zasad higieny rąk,
- ✓ przybliżenie szerokiego gronu pracowników medycznych i/lub pacjentom, studentom, stażystom, osobom odwiedzającym szpital, konsekwencji braku higieny rąk i wdrożenie działań mających na celu prewencję przenoszenia drobnoustrojów przez te osoby,
- ✓ przybliżenie roli personelu medycznego i/lub pozostałych osób w szerzeniu zakażeń,
- ✓ inspirowanie i zachęcanie do poszerzania wiedzy na temat prawidłowej higieny rąk!

## DO ZDOBYCIA CENNE NAGRODY!

DLA NAJLEPSZYCH PRAC NADESŁANYCH W REGULAMINOWYM TERMINIE  
PRZEWDZIANE SĄ 3 NAGRODY GŁÓWNE I 7 NAGRÓD POCIESZENIA.

Regulamin i karta zgłoszeniowa:  
[www.czysterece.pl](http://www.czysterece.pl)

WIĘCEJ NA: [WWW.CZYSTERECE.PL](http://WWW.CZYSTERECE.PL)



## Światowy Dzień Mycia Rąk - Wrocław - Pasaż Grunwaldzki 14 X 2012r.

Higiena rąk to temat wszystkim znany. Jednak okazuje się, że nie zawsze postrzegamy higienę rąk jako istotny element zapobiegający chorobom.

Mówimy „częste mycie – skraca życie” a tymczasem ręce dotykają wszystkiego: klamek w toaletach, uchwytów w tramwajach, a także telefonu komórkowego i te same ręce służą nam także do przygotowywania posiłków, pomagają w ich jedzeniu.

Nauka odpowiedniej techniki mycia oraz informacja, w jakich sytuacjach nasze ręce muszą być myte okazuje się być wciąż bardzo potrzebna.

Ponieważ o higienie rąk mówi się w Polsce bardzo mało z okazji zbliżającego się Światowego Dnia Mycia Rąk, który przypada 15 października 2012 roku już po raz trzeci studenci Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu należący do Studenckiego Koła Naukowego Medycyny Środowiskowej i Epidemiologii oraz Studenckiego Koła Naukowego Promocji Zdrowia organizują Akcję „Twoje Zdrowie w Twoich rękach”.

W tym roku tradycyjnie akcja odbędzie się w Pasażu Grunwaldzkim we Wrocławiu gdzie zorganizowane zostaną m. in. stanowiska do kontroli skuteczności techniki mycia rąk oraz stanowiska do diagnostyki skóry.

Studenci będą instruować dorosłych i dzieci jak należy prawidłowo myć ręce, aby były rzeczywiście czyste i pozbawione drobnoustrojów. Efekt takiego treningu można będzie sprawdzić w specjalnej lampie podświetlającej „nie umyte” miejsca. Dodatkowo na scenie Pasażu Grunwaldzkiego w pobliżu fontanny odbędą się wywiady z ekspertami: mikrobiologiem, dermatologiem, alergologiem i pediatrą na temat higieny rąk. Eksperti poświęcą również czas na spotkania i porady indywidualne, pełniąc krótkie dyżury konsultacyjne w pobliżu sceny. Każdy, kto odwiedzi stoisko będzie mógł porozmawiać z lekarzem na temat swoich problemów związanych ze skórą rąk i uzyskać poradę.

Odbędą się spotkania tematyczne związane z higieną rąk, właściwościami chemicznymi mydła oraz wpływem poziomu higieny na zdrowie człowieka. Każdy będzie mógł się dowiedzieć, dlaczego mydło się pieni, czy bakterie jeżdżą na gapę oraz czy to prawda, że „skóra się ściera i człowiek umiera?”

Nie zabraknie również atrakcji na dzieci: kolorowanie bakterii, malowanie bakterii na rękach, nauka wierszyka „myjącego” ręce, zagadki z nagrodami i lepienie bakterii z plasteliny to tylko niektóre z atrakcji dla najmłodszych gości. Brać studencka zorganizuje również zabawy ruchowe - podczas akcji każdy będzie mógł odtąńczyć „taniec rąk” i nauczyć się „mydlanej” piosenki.

W trakcie Akcji zostanie rozstrzygnięty konkurs plastyczny na plakat promujący higienę rąk, najlepsze prace zostaną uhonorowane dyplomami i nagrodami.

Zapraszamy serdecznie dnia 14.X.2012r. (niedziela) do Pasażu Grunwaldzkiego! ■

## Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

ul. Akademicka 12, 27-400 Ostrowiec Św.  
tel. +48 41 260 40 40, fax 263 21 10 www.wsbip.edu.pl;  
e-mail: info@wsbip.edu.pl  
Ostrowiec Św. 13.08.2012r. Szanowni Państwo

Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Św. prowadzi nabór na bezpłatne studia podyplomowe „Organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia”.

Studia trwać będą dwa semestry. Każdy uczestnik otrzyma komplet materiałów dydaktycznych, jak również będzie miał zagwarantowany bezpłatny nocleg oraz catering podczas zjazdów.

Celem studiów jest doskonalenie umiejętności z zakresu ekonomii menedżerskiej, organizacji i zarządzania placówkami opieki zdrowotnej, szeroko pojętego prawa pracy oraz z zakresu odpowiedzialności cywilnej i pracowniczej w przypadku szkody wyrządzonej pacjentowi, zasad prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, zarządzania zasobami ludzkimi i komunikacji interpersonalnej. Osobny blok stanowić będą zagadnienia związane z przekształceniem zakładów opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego.

Studia przeznaczone są dla pracowników należących do kadry zarządzającej placówek ochrony zdrowia (dyrektorów, głównych księgowych, kierowników komórek organizacyjnych - w tym kierowników oddziałów, ordynatorów, pielęgniarek oddziałowych, ich zastępców, etc. oraz pracowników kierujących zespołem składającym się z trzech i więcej osób), zatrudnionych na podstawie umowy o pracę.

Proces doskonalenia zawodowego wpłynie na poprawę jakości zarządzania w ochronie zdrowia oraz zwiększy konkurencyjność na rynku usług medycznych i ułatwi pozyskiwanie korzystnych kontraktów z NFZ. Przewidziane są trzy edycje naboru na studia podyplomowe:

- > Pierwszy nabór - październik 2012r.
- > Drugi nabór - luty 2013r.
- > Trzeci nabór - październik 2013r.

■

Rektor  
dr hab. Bożena Zboina

## Prace autorskie



### Endometrioza i jej wpływ na jakość życia kobiet

Endometrioza zwana inaczej gruczolistością jest chorobą zapalną, zależną od estrogenów. Polega na nieprawidłowym umiejscowieniu ektopowej tkanki endometrium - błony śluzowej macicy znajdującej się poza miejscem jej fizjologicznego występowania tj. poza jamą macicy i podlegającą cyklicznym przemianom menstruacyjnym.

Komórki endometrium zawierają na swojej powierzchni receptory estrogenowe, progesteronowe, androgenowe oraz syntetyzują aromatazę, czyli enzym katalizujący przekształcenie androgenów w estrogeny, czego nie obserwuje się w prawidłowym endometrium.

Epidemiologia :

- występuje ona u 10 – 15% kobiet przed menopauzą,
- najczęściej obserwowana jest u kobiet w wieku rozrodczym (90%),
- może występować u młodocianych dziewcząt, u kobiet po menopauzie, a nawet u mężczyzn.

Klasyfikacja endometriozy :

a) Klasyfikacja anatomiczna

Endometrioza narządów płciowych wewnętrznych :

- endometrioza macicy wewnętrzna,
- endometrioza w mięśniaku macicy,
- endometrioza wewnętrzna jajowodu z krwistkiem,
- endometrioza guzkowata cieśni jajowodu.

Endometrioza narządów płciowych zewnętrznych :

- endometrioza jajnika,
- endometrioza zaszyjkowa : endometrioza zagłębienia odbytniczo – macicznego, endometrioza sklepień pochwy, endometrioza odbytniczo – szyjkowa.
- endometrioza pochwy,
- endometrioza sromu,
- endometrioza krocza,
- endometrioza części pochwowej szyjki macicy,
- endometrioza więzadła obłego.

Endometrioza pozapłciowa :

- w jelicie grubym,
- w jelicie cienkim,
- w wyrostku robaczkowym,
- w zawartości worka przepuklinowego,
- w pęcherzu moczowym, nerkach i moczowodach,
- w płucach i opłucnej,
- w kończynach,
- w pępku, w skórze,
- w mózgu, nerwach,
- w węzłach chłonnych.

b) klasyfikacja uwzględniająca wpływ endometriozy na płodność

Podział oparty jest na punktowej ocenie umiejscowienia zmiany i jej rozległości oraz zrostów, uwzględnia cztery stopnie zaawansowania choroby :

- stopień I – minimalny ( 1 – 5 pkt )
- stopień II – łagodny ( 6 – 15 pkt )

Charakteryzują się one wszczepami otrzewnowymi lub powierzchownymi ogniskami endometriozy jajników bez lub z obecnością płaszczynowatych zrostów.

- stopień III – średni ( 16 – 40 pkt )
- stopień IV - ciężki ( powyżej 40 pkt ).

Charakteryzują się głębokimi wszczepami endometriozy w jajnikach, grubymi zrostami lub pełnym zarośnięciem zatoki odbytniczo – macicznej.

c) Klasyfikacja histologiczna :

- w oparciu o kryteria histologicznej oceny aktywności mitotycznej tkanki ektopowego endometrium endometriozę podzielono na : aktywną i nieaktywną.

- w oparciu o cechy morfologiczne i czynnościowe podział na typy : śluzówkowy, otrzewnowy, gruczolakowaty.

- w oparciu o granicę między aktywną i nieaktywną endometriozą na głębokości około 6 mm endometriozę podzielono na :

powierzchnową – naciekanie 1 mm oraz niska aktywność mitotyczna,  
umiarkowaną – naciekanie 3 – 5 mm, dominują ogniska nieaktywne,

głęboko naciekającą – naciekanie > 5 mm pod powierzchnię otrzewnej.

Rozpoznawanie endometriozy

Endometriozę rozpoznajemy na podstawie badań podmiotowych, przedmiotowych, nieinwazyjnych metod obrazowych, ocenie markerów białkowych oraz rozpoznaniu inwazyjnym.

Badanie podmiotowe :

Endometrioza może mieć przebieg objawowy lub bezobjawowy.

Dolegliwości bólowe w obrębie miednicy mniejszej – są najczęstszymi objawami towarzyszącymi. Różnorodność objawów bólowych nie zawsze jest adekwatna od nasilenia schorzenia. Może występować brak objawów, objawy o słabym nasileniu aż po znaczne. Nie wykazują one ścisłej zależności od ciężkości endometriozy.

Patogeneza objawów bólowych zależy od :

- wyczerpienia krwi do ogniska,
- podrażnienia otrzewnej przez krew miesiączkową,
- wydzielania prostaglandyn przez ogniska endometriozy,
- reakcji skurczowej mięśnia w okolicy zmiany,
- wzrostu ciśnienia wewnątrz i rozciągania torebki torbieli endometrialnej.

Subiektywne dolegliwości bólowe dzieli się na objawy lekkie 0 – 3 pkt, średnie 4 – 5 pkt i ciężkie 6 – 7pkt. Wspólną cechą tych dolegliwości jest to, że mogą rozpoczynać się na parę dni przed menstruacją i utrzymywać przez cały czas jej trwania.

Dolegliwości bólowe dolnego odcinka przewodu pokarmowego i okolicy krzyżowej obejmują acykliczne poboлевania w tych okolicach oraz bolesną defekację występującą nie tylko w czasie miesiączki, czasami z obecnością śladów krwi w stolcu. Mogą również występować biegunki, a nawet niedrożność jelit.

Zaburzenia miesiączkowania i nietypowe krwawienia

Mogą występować nieregularne, przedłużone, często bolesne krwawienia miesiączkowe nie dające się zwalczyć lekami przeciwbólowymi i antagonistami prostaglandyn. Pojawiające się po porodach siłami natury najczęściej wskazują na adenomyosis lub endometriozę okolicy odbytniczo – pochwowej. U ok. 35% kobiet z cyklami owulacyjnymi niezależnie od fazy przy ogniskach endometriozy w części pochwowej szyjki macicy występują plamienia przedmiesiączkowe. Pacjentki z endometriozą wszczepioną w bliźnię po cięciu cesarskim odczuwają objawy bólowe w czasie krwawienia miesiączkowego, prawie zawsze wraz z powiększaniem się ogniska mogą pojawić się bolesne, guzowate, czasem krwawiące zgrubienia. Bóle ulegają nasileniu przy skurczach mięśni brzucha, podczas ruchów tułowia, zmian pozycji ciała lub kaszlu. Ból może promieniować do kości krzyżowej i do ud.

Bolesne stosunki płciowe – występują głównie u kobiet z endometriozą okolicy odbytniczo – pochwowej, z różnym nasileniem u prawie 1/3 pacjentek podejmującej współżycie płciowe.

Niepłodność – może towarzyszyć endometriozie w miednicy mniejszej, począwszy od różnych form zaburzeń jajeczkowania, przez transport jajeczka, zaburzenia zapłodnienia, fagocytozę plemników i defekt implantacji. Może wystąpić embriotoksyczność w rozwoju zarodka. Niepłodność mogą powodować mechaniczne zrosty w obrębie miednicy mniejszej.

Przewlekłe zmęczenie –występuje u większości kobiet z endometriozą.

#### Badanie przedmiotowe :

Badanie ginekologiczne pozwala pewnie rozpoznać zmiany zlokalizowane w okolicy blizny pooperacyjnej po cięciu cesarskim, endometriozę pępka oraz krocza. W badaniu przy zastosowaniu wzornikowania można stwierdzić obecność endometriozy na części pochwowej szyjki macicy i w ścianie pochwy.

Badaniem przedmiotowym można stwierdzić tyłopochylenie i ograniczoną ruchomość macicy, często równomiernie powiększony trzon macicy, tkliwość uciskową więzadeł krzyżowo – odbytniczo - macicznych, powiększenie jajników, guzy jajników, zarośnięcie lub wyczuwalny opór w jamie Douglasa. Rozpoznanie jest pewniejsze, gdy głęboko naciekające guzki wykrywa się na więzadłach krzyżowo – odbytniczo – macicznych, a badanie przeprowadzane jest podczas miesiączki. U kobiet z dużymi torbielami endometrialnymi wyczuwa się opór w obrębie przydatków, zajmujących w niektórych przypadkach całą miednicę. W różnicowaniu bierze się pod uwagę zrosty, przewlekłe zapalenie miednicy mniejszej, zespół jelita drażliwego, bóle mięśniowo – kostne i neuralgie.

#### Nieinwazyjne metody obrazowe

Rozpoznawanie endometriozy za pomocą metod obrazowych nie jest tak skuteczne jak w diagnostyce innych schorzeń narządu płciowego.

Ultrasonografia miednicy mniejszej z użyciem sondy przezpochwowej – metoda pomocnicza w rozpoznawaniu endometriozy jajników jeśli średnica ognisk przekracza 10 mm i choroby dotyczącej pęcherza moczowego lub odbytnicy. Niedostępne w badaniu USG są ogniska powierzchniowe otrzewnej. USG może być użyteczne przy przezpochwowej aspiracji materiału do oceny w uzyskanej zawartości markera CA – 125.

Tomografia rezonansu magnetycznego – pozwala ocenić ogniska powierzchniowe otrzewnej mniejsze od 5 mm w 4% przypadków, a przy użyciu MRI z saturacją tłuszczu zwiększa możliwość do 50%. Opiera się głównie na różnicowaniu przewlekłego i świeżego krwawienia i jest użyteczny w określaniu rozległości głęboko naciekających zmian, obejmujących jamę Douglasa lub rzadko spotykanych ognisk (np. w okolicy nerwu kulszowego).

#### Inne badania obrazowe

Rtg jelita grubego z wlewem kontrastowym lub dożylna urografia są wskazane w przypadkach gdy podejrzewa się zajęcie jelita lub układu moczowego.

#### Ocena markerów białkowych

Endometrialny marker endometriozy Aromataza P450 – w endometrium kobiet chorych jest stały i niezależny od fazy cyklu, a u zdrowych nie ma go w ogóle.

#### Surowicze markery endometriozy :

CA – 125 – podwyższony jest w wielu różnorodnych stanach patologicznych i służy głównie do monitorowania przebiegu leczenia. Może być przydatny do różnicowania torbieli jajnika.

Interleukina 6 – jej stężenie w surowicy krwi powyżej 2 pg/ ml po wykluczeniu objawów zakażenia może świadczyć o obecności endometriozy.

Leptyna – w endometriozie wykazuje wzrost stężenia zarówno we krwi jak i w płynie otrzewnowym.

#### Inne tkankowe markery endometriozy

Jedyny obecnie dostępny komercyjnie test, to stosowany

w Kanadzie Metro Test oparty na równoczesnej ocenie biopsji endometrium i próbki krwi obwodowej. Pozwala rozpoznać endometriozę z czułością 61% i specyficznością 95%.

#### Metody inwazyjne i ocena histopatologiczna

Laparoskopia stanowi „złoty standard” w rozpoznawaniu endometriozy, lecz dokładność rozpoznania zależy od umiejętności operatora i staranności badania miednicy. Wskazaniami do niej jest brak zmian w narządach rodnych w badaniu ginekologicznym, niewielkie zmiany o charakterze bolesnych pogrubień, zrostów, nierówności w obrębie przydatków po jednej lub obu stronach, drobne, bolesne guzki w zagłębieniu odbytniczo – macicznym i więzadłach krzyżowo – macicznych. W wyniku laparoskopii, laparotomii, otwarcia jamy brzusznej przy innych operacjach i w czasie zabiegu operacyjnego drogą pochwową można rozpoznać endometriozę w obrębie miednicy mniejszej, wyrostka robaczkowego, narządów jamy brzusznej i otaczających tkanek oraz pobrać wycinki do badania histopatologicznego.

Inwazyjne rozpoznanie daje możliwość uwidocznienia zmian towarzyszących ogniskom ektopowym takim jak : guzki, guzy, nacieki o zabarwieniu sinawoniebieskim, wewnątrzotrzewnowe zrosty, proces obturacji jajowodów, masywne zrosty torbieli endometrialnych z otrzewną i dolnym odcinkiem przewodu pokarmowego, całkowite zarośnięcie zagłębienia odbytniczo – macicznego.

#### Badanie płynu otrzewnowego

Kobiety z endometriozą mają większą ilość płynu otrzewnowego, w którym stwierdza się większe stężenie prostaglandyny oraz zdecydowanie większą liczbę makrofagów. Podwyższonym stężeniem prostaglandyn tłumaczy się niewspółmiernie duże dolegliwości bólowe.

#### Następstwa endometriozy

Następstwami endometriozy są :

- niepłodności,
- dolegliwości bólowe,
- poronienia,
- transformacje nowotworowe.

#### Niepłodności

Niepłodność występuje u 30 – 40% kobiet z endometriozą. W zaawansowanej postaci tego schorzenia torbiele endometrialne oraz liczne zrosty w miednicy mniejszej uniemożliwiają owulację, wychwycenie komórki jajowej przez strzępki jajowodu i prawidłową czynność jajowodu, stanowią czynnik mechaniczny niepłodności.

Prawdopodobnymi przyczynami niepłodności u kobiet z endometriozą minimalnego lub średniego stopnia są :

- zaburzenia endokrynologiczne i immunologiczne,
- wpływ środowiska płynu otrzewnowego.

Zaburzenia endokrynologiczne to :

- nieprawidłowa folikulogeneza
- brak owulacji
- luteinizacja niepękniętego pęcherzyka
- defekt fazy lutealnej
- hiperprolaktynemia.

Zaburzenia immunologiczne to większe stężenie autoanticiał klas IgG, IgA, IgM. Są to przeciwciała przeciwfosfolipidowe, przeciwnukleotydowe, przeciwhistonowe, których obecność zaburza proces zapłodnienia i implantacji.

Wpływ środowiska płynu otrzewnowego – zwiększona objętość płynu otrzewnowego, podwyższona liczba i aktywność makrofagów, większe stężenie cytokin i prostanoidów zabu-

rzają płodność.

Wywiad wskazujący na tło niepłodności związanych z endometriozą jest wskazaniem do wykonania laparoskopii zwiadowczej w celu usunięcia ognisk endometrialnych oraz przywrócenia prawidłowych warunków anatomicznych w miednicy mniejszej.

U pacjentek z endometriozą małego stopnia i drożnymi jajowodami można wykonać inseminację (maksymalnie 4 – 6 cykli), a w przypadku niepowodzenia wykonać zapłodnienie pozaustrojowe metodą docytoplazmatycznej iniekcji plemnika do komórki jajowej (ICSI), która jest również leczeniem z wyboru w przypadku endometriozy średniego i ciężkiego stopnia. W endometriozie nie ma lepszej alternatywy niż proponowanie technik rozrodu wspomaganego medycznie gdy celem leczenia jest ciąża.

### Dolegliwości bólowe

Podstawowym objawem endometriozy jest ból ale jego odczuwanie różni się między pacjentkami. Niektóre kobiety zgłaszają bardzo nasilone dolegliwości bólowe, inne wykazują bezobjawowy przebieg nawet w przypadku znacznie nasilonych zmian. Dolegliwości zgłaszane przez pacjentki to : bolesne miesiączki, dyspareunia, uczucie dyskomfortu lub ból w miednicy, uogólniony ból miednicy, trudności w oddawaniu moczu i stolca, promieniowanie bólu do pleców lub kończyn dolnych, tkliwość podczas palpacji narządów miednicy oraz obecność zgrubień w czasie badania ginekologicznego.

Typowy przebieg dolegliwości bólowych ma charakter cykliczny co związane jest ze zmianą procesów proliferacji i krwawieniem zależnym od zmian stężeń hormonów płciowych. Największe dolegliwości bólowe wywołuje endometrioza głęboka. Choroba ma charakter postępujący i nawracający.

### Poronienia

Częstość występowania poronień u kobiet z endometriozą oceniono na 33% i przypuszcza się, że wiąże się to ze zwiększonym stężeniem prostaglandyn. Po terapii doustnej zwiększyła się ilość ciąży i zmniejszyła ilość poronień.

### Transformacje nowotworowe

Ogniska ektopowe endometrium w jajniku lub innym umiejscowieniu podobnie jak błona śluzowa jamy macicy mogą ulegać przemianom złośliwym. Najczęściej występuje gruczolakorak endometrialny, lecz ogniska endometriozy mogą przechodzić w raka jasnokomórkowego, raka płaskonabłonkowego oraz mięsaki.

Terapia estrogenami może zwiększać ryzyko transformacji nowotworowej.

Endometrioza jest procesem patologicznym, łagodnym histologicznie lecz powodującym postępujące niszczenie tkanek przez stopniowe naciekanie struktur narządowych, jak w procesach nowotworowych. Powoduje dodatkowe powstawanie zrostów i blizn w narządach. Proces ten może prowadzić do zniszczenia jajników, niedrożności i zniszczenia jajowodów, powodować zaburzenia czynności pęcherza moczowego, wywołać wodonercze przez ucisk na moczowody oraz zaburzać czynność jelit, włącznie z powstawaniem niedrożności.

### Leczenie endometriozy

Endometrioza jest chorobą, która nie leczona trwa długo, po leczeniu w dużym odsetku występują nawroty, lecz odnotowano także przypadki samoistnej remisji.

Zakres i sposób postępowania zależy od :

- wieku chorej,

- potrzeby zachowania płodności,
- objawów ( bólu, niepłodności lub obydwu objawów ),
- nasilenia bólu i jego wpływu na jakość życia,
- typu, rozległości i umiejscowienia ognisk endometriozy,
- zajęcia innych narządów ( np. układ moczowy, jelita ),
- doświadczenia lekarza,
- dostępności środków i wyposażenia,
- preferencji pacjentki.

U kobiet z endometriozą stosuje się następujące metody leczenia :

- farmakologiczne,
- chirurgiczne.

Leczenie endometriozy u większości chorych polega na łagodzeniu lub eliminacji dolegliwości bólowych. Skuteczność leczenia operacyjnego i farmakologicznego w leczeniu bólu jest podobna.

### Leczenie farmakologiczne

Obejmuje terapię hormonalną i leczenie objawowe tzn. przeciwbólowe. Opiera się na założeniu, że do istnienia choroby niezbędna jest cykliczna obecność estrogenów, dlatego też celem leczenia jest stworzenie stanu podobnego do ciąży lub menopauzy.

Pseudociążę można wywołać sztucznie za pomocą progestagenów, doustnych tabletek antykoncepcyjnych, natomiast pseudomenopauzę podając pochodne androgenów lub analogi GnRh. Skuteczne jest również stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych, mimo że bezpośrednio nie wpływają one na ogniska endometriozy. Leczenie farmakologiczne skutecznie opanowuje objawy choroby, znosi towarzyszący jej ból, lecz przynosi zwykle krótkotrwały efekt, ustępujący po odstawieniu leków. Nie pomaga ono pacjentkom z niepłodnością, ponieważ większość stosowanych leków działa antykoncepcyjnie. Na leczenie hormonalne nie reaguje naciekająca endometrioza i torbiele endometrialne. Wadą tego leczenia są istotne działania niepożądane większości leków. Stosowane jest ono jako terapia krótko – lub średnio-terminowa w celu złagodzenia bólu.

W leczeniu farmakologicznym stosuje się :

- niesteroidowe leki przeciwzapalne,
- doustne tabletki antykoncepcyjne,
- progestageny,
- kształtkę wewnątrzmaciczną z lewonorgesterelem,
- gestrinone,
- danazol,
- analogi GnRh,
- inhibitory aromatazy.

### Leczenie operacyjne

Pozwala skuteczniej leczyć endometriozę z efektem utrzymującym się dłużej niż farmakoterapia.

Wskazania do leczenia operacyjnego endometriozy :

- endometrioza stwierdzona w czasie laparoskopii diagnostycznej,
- torbiel endometrialna,
- endometrioza głęboka,
- niepłodność w przebiegu endometriozy,
- nieskuteczne leczenie farmakologiczne.

Oszczędzające metody leczenia operacyjnego to : ablacja, waporyzacja lub wycięcie ognisk otrzewnowych, usunięcie torbieli endometrialnych, wycięcie głębokich ognisk w więzadle krzyżowo – macicznym lub przegrodzie odbytniczo – pochwowej, przywrócenie prawidłowych stosunków anatomicznych w miednicy mniejszej, uwolnienie zrostów, wycięcie ognisk endometriozy umiejscowionych w jelicie, pęcherzu



moczym lub moczowodzie.

Metodą preferowaną w leczeniu oszczędzającym jest laparoscopia, gdyż ogranicza do minimum uraz tkanek, pozwala na staranne wypłukanie jamy otrzewnej i zmniejsza ryzyko tworzenia się zrostów pooperacyjnych. Pozwala na dokładne oględziny miednicy w powiększeniu, odnalezienie wszystkich ognisk endometriozy, zapewnia dobrą hemostazę, skraca czas hospitalizacji i umożliwia szybszy powrót do normalnego trybu życia z krótszym okresem rekonwalescencji.

Operacje radykalne obejmują całkowitą histerektomię z dostępu brzuszego z ewentualnym obustronnym wycięciem jajników. Wskazane są u kobiet, które nie pragną zachować płodności i bardzo cierpią z powodu choroby po nieskutecznym wielokrotnie powtarzanym leczeniu farmakologicznym i operacji oszczędzającej. W czasie operacji usuwa się głębokie zmiany endometrialne, gdyż ich pozostawienie może powodować utrzymywanie się objawów po zabiegu. U pacjentek po wycięciu macicy z zachowaniem przydatków występuje względne ryzyko nawrotu dolegliwości bólowych oraz większe ryzyko kolejnej operacji. Pacjentki po całkowitej histerektomii w pewnych przypadkach mogą wymagać leczenia hormonalnego.

#### Leczenie skojarzone

Współczesne metody leczenia endometriozy obejmują leczenie hormonalne i chirurgiczne, co wpływa na poprawę wyników leczenia oraz zmniejsza odsetek nawrotów dolegliwości bólowych w przypadku gdy całkowite usunięcie zmian endometrialnych było niemożliwe.

Stosowanie leczenia hormonalnego przed operacją zmniejsza odczyn zapalny towarzyszący implantom endometrialnym i torbielom, zmniejsza ukrwienie tkanek, zrostów i objętość ognisk oraz wpływa na poprawę warunków technicznych.

Leczenia hormonalnego nie należy stosować u kobiet, które pragną zająć w ciąży z tego powodu, że terapia ta przedłuża okres niepłodności, a odsetek zająć w ciążę po leczeniu skojarzonym nie jest większy niż po samym leczeniu operacyjnym. ■

ANETA KNYSAK

## Konflikt serologiczny choroba hemolityczna płodu"

- NIEZGODNOŚĆ IMMUNOLOGICZNA
- Niezgodność grup krwi matka – ojciec
- IMMUNIZACJA
- Przedostanie się antygenów płodu do krwioobiegu matki
- CHOROBA HEMOLITYCZNA PŁODU
- Efekt oddziaływania immunoglobulin klasy G na płód. immunologicznie uwarunkowana hemoliza krwinek płodowych lub noworodkowych, która występuje wskutek przejścia matczynych przeciwciał grupowych przez łożysko.
- Pierwsze doniesienie o chorobie datuje się na rok 1609.

#### Postacie kliniczne choroby hemolitycznej

Wyróżniamy trzy postacie kliniczne choroby hemolitycznej noworodków

- Uogólniony obrzęk płodu (hydrops fetalis) - Jest to

najcięższa postać choroby hemolitycznej, w której stwierdza się uogólnione obrzęki skóry i tkanki podskórnej, którym często towarzyszą wybroczyny krwotoczne na skórze, a w jamie brzusznej płyn prześiękowy. Jednocześnie dochodzi do powiększenia wątroby i śledziony. W morfologii stwierdza się niedokrwistość, hipoproteine mię i hiperkaliemię. W wyniku zaburzeń hemodynamicznych dochodzi do niewydolności krążenia. W przebiegu uogólnionego obrzęku często dochodzi do obumarcia wewnątrzmacicznego płodu lub szybkiego zgonu po porodzie

- Ciężka żółtaczka hemolityczna (icterus) - W przebiegu tej postaci noworodek rodzi się z objawami żółtaczki albo żółtaczka pojawia się już w pierwszej dobie życia i jest silnie wyrażona. W przypadku nie leczenia może dojść do przekroczenia progu stężenia bilirubiny pośredniej, która zacznie przechodzić przez barierę naczyniowo-mózgową doprowadzając w konsekwencji do żółtaczki jąder podstawy mózgu (kernicterus) i uszkodzenia mózgu. Ryzyko rozwoju żółtaczki jąder podstawy przy stężeniu bilirubiny pośredniej równym 30m% wynosi około 50%. Jednak w przypadku prawidłowo leczonej choroby hemolitycznej nie powinno dojść do uszkodzenia mózgu. W przebiegu żółtaczki hemolitycznej wątroba i śledziona są często powiększone, stwierdza się wybroczyny na skórze a płyn owodniowy oraz maź płodowa może mieć żółty kolor.
- Ciężka niedokrwistość noworodków (anemia) - Postać ta w lżejszych przypadkach charakteryzuje się niedokrwistością, która może pojawić się nawet po kilku tygodniach od urodzenia, co jest spowodowane utrzymywaniem się przeciwciał przez około 6 tygodni po porodzie. W przypadku ciężkiej niedokrwistości dziecko rodzi się z bladawoskórym kolorem skóry, dużym brzuchem, z powiększoną wątrobą i śledzioną. Objawom tym mogą towarzyszyć obrzęki o różnym nasileniu, jak również przesięki do jam surowiczych ciała.1
- Uogólniony obrzęk płodu (hydrops fetalis) - Jest to najcięższa postać choroby

Jest to proces dwuetapowy:

#### Etap pierwszy:

Uczulenie kobiety antygenami czerwonych krwinek i wytworzenie pamięci immunologicznej. Szacuje się, że aby doszło do uczulenia, musi zaistnieć przeciek 0.2ml krwi. Organizm matki wytwarza przeciwciała tylko wtedy, gdy sam nie ma określonych antygenów i rozpoznaje je, jako obce. Dochodzi do tego w momencie:

#### Etap drugi:

Przechodzenie przeciwciał przeciwytricytarnych przez barierę łożyskową, ich związanie z krwinkami zawierającymi dany antygen i będąca tego efektem hemoliza, mogąca prowadzić do niedokrwistości.

- Najczęściej do konfliktu dochodzi przy niezgodności w układzie Rh (antygen D, rzadziej CDE) - tu przebieg choroby jest najcięższy
- w układzie ABO( często przy grupie A) i w rzadkich układach Kell, Duffy, Kidd, MNSS- przebieg zwykle łagodny.
- Praktycznie tylko niezgodność grupowa dotycząca

antygeny Rh-D i Rh-C wywołuje ciężką chorobę hemolityczną, rozpoczynającą się w okresie życia płodowego.

- Ryzyko obumarcia wewnątrzmacicznego płodu przy immunizacji Rh wynosi 8%. Jeśli w poprzedniej ciąży doszło do poważnego uszkodzenia płodu ryzyko to wzrasta do 50%

Patomechanizm:

1. Połączenie przeciwciał IgG z odpowiednim antygenem na erytrocytach powoduje ich rozpad- hemoliza.
2. Z krwinek uwalniana jest hemoglobina, która na drodze wielu przemian przekształca się w bilirubinę.
3. W trakcie tych przemian uwalnia się tlenek węgla- działający toksycznie- uszkodzenie śródbłonna- wzrost jego przepuszczalności.
4. Rozpad erytrocytów jest przyczyną narastającej niedokrwistości płodu- stymulacja erytropoezy w obrębie szpiku a następnie w ogniskach pozaszpikowych- w wątrobie, łożysku, nerkach, płucach- uwalniają niedojrzałe komórki jądrzaste-erytroblasty.
5. Ciężka niedokrwistość prowadzi do niedotlenienia tkanek np. komórek mięśnia sercowego – niewydolność mięśnia sercowego. Nadciśnienie w układzie żylnym prowadzi do poszerzenia żyły pępowinowej, zastoju w obrębie wątroby i łożyska
6. Niewydolność wątroby- obniżenie stężenia białek- głównie albumin i czynników krzepnięcia.
7. Hipoalbuminemia, niewydolność krążenia i zwiększona przepuszczalność komórek śródbłonna- obrzęki tkanek miękkich i przesięki do jam ciała.
8. Po porodzie, utrzymująca się hemoliza prowadzi do gwałtownego podwyższenia się bilirubiny w surowicy krwi płodowej, co manifestuje się ciężką żółtaczką hemolityczną z niebezpieczeństwem wystąpienia żółtaczki jąder podkorowych mózgu i ewentualnie encefalopatii bilirubinowej

Obrzęk uogólniony płodu jest stanem zagrożenia życia wewnątrzmacicznego i minimalizuje szanse na skuteczne leczenie pourodzeniowe.

Diagnostyka:

- U każdej ciężarnej podczas pierwszej wizyty u ginekologa należy oznaczyć grupę krwi, czynnik Rh i obecność przeciwciał przeciwydrocytarnych w surowicy krwi.
- U ciężarnych Rh ujemnych bez przeciwciał – ich obecność należy zbadać jeszcze w 20, 28 i 34 tygodniu.
- U ciężarnych, u których podczas któregoś badania stwierdzi się p-ciała anty-D w mianie wyższym niż 1: 8 należy monitorować narastanie miana p-ciał i rozpocząć diagnostykę płodu w celu oceny jego zagrożenia.

- Badanie USG:

Charakterystyczny obraz obrzękowej postaci choroby hemolitycznej:

- Hiperplacentoza
- Splenomegalia
- Hepatomegalia
- Poszerzenie żyły pępowinowej
- Kardiomegalia
- Przesięk do jamy otrzewnowej
- Obrzęk tkanki podskórnej
- Przesięk do jam opłucnowych i jamy osierdziejowej

Jeśli pacjentka nie zostanie zakwalifikowana do diagnostyki inwazyjnej, badanie USG powinno się powtarzać, co 4 tygodnie.

- Diagnostyka inwazyjna- wskazania:

Obciążony wywiad położniczy (ciężka postać choroby hemolitycznej w poprzedniej ciąży) niezależnie od wysokości miana przeciwciał w obecnej ciąży Ciężarne z niższym mianem przeciwciał, ale z cechami ultrasonograficznymi choroby hemolitycznej płodu

- Amniopunkcja

Płyn do badania uzyskuje się na drodze Amniopunkcja - zawsze pod kontrolą USG. Pierwsze pobranie płynu można wykonać już pomiędzy 20 a 24 tygodniem ciąży. Najbezpieczniej jest nakłuwać macicę w dniu, od strony części drobnych płodu, należy starać się ominąć łożysko. Monitorowanie stanu płodu w ten sposób wymaga wielokrotnych nakłuć.

Istotą badania jest pobranie płynu owodniowego. Metodą spektrofotometrii określa się wskaźnik jego gęstości optycznej. Na podstawie tego parametru wnioskuje się o ilości pochodnych bilirubiny, powstających w czasie hemolizy erytrocytów.

- Punkcja naczynia pępowinowego- • kordocenteza

Polega na pobraniu próbki krwi bezpośrednio z pępowiny. Dzięki temu możliwe jest wykonanie badania morfologicznego krwi płodu i wykrycie ewentualnej niedokrwistości, spowodowanej rozpadem erytrocytów w wyniku konfliktu serologicznego.<sup>5</sup>

PEWNE ROZPOZNANIE CHOROBY HEMOLITYCZNEJ PŁODU:

- Wskazaniem do wkroczenia z terapią prenatalną, lub do wcześniejszego ukończenia ciąży są następujące stany:
- Ciężka niedokrwistość u płodu (na podstawie próbek krwi otrzymanej na drodze kordocentezy- stężenie Hb niższe niż 2 odchylenia standardowe poniżej wartości należnej w danym tygodniu ciąży)
- Obrzęk uogólniony płodu u pacjentki z obciążonym wywiadem
- Terapia prenatalna:
- Wcześniejsze ukończenie ciąży- obecnie coraz rzadziej podejmuje się taką decyzję.
- Plazmaferezy- pozbawienie ciężarnej przeciwciał uszkadzających krwinki płodu- mało skuteczne, ponieważ po zabiegu przeciwciała są produkowane z jeszcze większą szybkością. Częste plazmaferezy prowadzą do znacznej hipoproteinemii.
- Blokowanie układu immunologicznego dużymi dawkami immunoglobuliny ludzkiej- 0.4mg/kg w odstępach 1-2tyg- bardzo kosztowna, rzadko stosowana terapia.
- Wewnątrzmaciczne leczenie masą erytrocytarną:
- Transfuzje dootrzewnowe- pierwszy zabieg wykonany przez Lileya w 1963 roku pod kontrolą monitora rentgenowskiego. Jest nieskuteczne u płodów z obrzękiem uogólnionym.
- Transfuzje do żyły pępowinowej, dosercowe. Znając grupę krwi płodu podaje się masę erytrocytarną Rh ujemną, zgodną z grupą główną. Ryzyko związane z transfuzją donacyniową jest znacznie większe od ryzyka punkcji diagnostycznej (duży otwór w świetle naczynia i zaburzenia krzepnięcia po podaniu cytrynianowej ME)
- Powikłania transfuzji donacyniowych:
- Masywny przeciek płodowo-matczyny
- Krwawienie z miejsca wkłucia
- Zakażenia płodu
- Przedwczesne wystąpienie czynności skurczowej
- PROFILAKTYKA KONFLIKTU SEROLOGICZNEGO:





Profilaktyczne podawanie immunoglobuliny anti-D w okresie możliwego przecieku matczyno- płodowego:

Ig anti D wiąże się z antygenem D krwinek płodu i eliminuje go z krążenia matki. Skuteczność profilaktyki oceniana jest na 96-98%

Podanie 50 mikrogramów Ig anti-D wszystkim kobietom Rh (-), bez przeciwciał:

- Po poronieniu samoistnym lub sztucznym
- Po wyłyżeczkowaniu jamy macicy z powodu ciąży obumarłej
- Po operacji ciąży ektopowej
- Po amniopunkcji, biopsji kosmówki, punkcji naczynia
- Po stwierdzeniu krwawienia z dróg rodnych (poronienie zagrażające)

Podanie 150 mikrogramów Ig anti-D pacjentkom Rh (-), bez przeciwciał, które urodziły dziecko Rh (+):

- Po porodzie fizjologicznym
- Po porodzie ciąży obumarłej
- Przy krwawiącym łożysku przodu

Podanie 300 mikrogramów Ig anti-D w tej samej grupie pacjentek:

- Po porodzie w ciąży mnogiej
- Po cięciu cesarskim
- Po porodach zabiegowych
- Po zabiegu Credego, po ręcznym wydobyciu łożyska
- Po wyłyżeczkowaniu jamy macicy po porodzie 6 7

Profilaktyka śródciążowa: Podanie 150 mikrogramów Ig anti-D w 28 tygodniu ciąży, uzupełnione podaniem poporodowym zgodnym z powyższymi zasadami wszystkim ciężarnym Rh(-), bez przeciwciał.

- Podsumowanie profilaktyki:

Postępowanie rutynowe u wszystkich ciężarnych

Ocena grupy krwi i czynnika Rh

Ocena obecności p-ciał przeciwciał przeciwciał

Ciężarne Rh ujemne, bez przeciwciał:

Trzykrotna ocena obecności p-ciał w czasie ciąży

Profilaktyka – jak wyżej

Ciężarne z obecnymi przeciwciałami:

Diagnostyka nieinwazyjna:

Ocena miana p-ciał, co miesiąc

Badanie USG, co miesiąc

- Diagnostyka inwazyjna:

Amniopunkcja Punkcja naczynia pępowinowego

- Podsumowanie:

Terapia: Plazmaferazy Immunoglobuliny Transfuzje dootrzewne

Transfuzje donacyniowe

Poród: 37-38 tydzień ciąży

Konflikt serologiczny nie jest wskazaniem do cięcia cesarskiego!!!

JOLANTA JANIAK

bezpłatne studia podyplomowe

## Dla pracowników podmiotów leczniczych

[www.efs.pl](http://www.efs.pl)

W ramach projektu

„Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi”

Kierunki:

- Organizacja i Zarządzanie w Ochronie Zdrowia
  - Zarządzanie Finansami Podmiotów Leczniczych
- Studia realizowane są w Chorzowie, Łodzi, Poznaniu, Pile i Szczecinie.

Rekrutacja trwa! Liczba miejsc ograniczona!

DLA KOGO?

**Studia adresowane są** do pracowników podmiotów leczniczych należących do kadry zarządzającej, zatrudnionych na podstawie umowy o pracę:

- dyrektorów, kierowników placówek,
- ordynatorów i kierowników oddziałów
- pielęgniarzy, pielęgniarek i położnych na stanowiskach kierowniczych
- kierowników komórek finansowych
- kierownicy komórek organizacyjnych.

Program studiów, liczący **188 godzin** realizowany będzie w systemie niestacjonarnym, od października 2012 do czerwca 2013, w piątki, soboty i niedziele podczas 10 zjazdów.

KIERUNKI STUDIÓW

- ORGANIZACJA I ZARZĄDZANIE W OCHRONIE ZDROWIA
- ZARZĄDZANIE FINANSAMI PODMIOTÓW LECZNICZYCH

bezpłatne studia podyplomowe

## Zarządzanie w opiece zdrowotnej

[www.efs.pl](http://www.efs.pl)

w ramach projektu:

„Liderzy pielęgniarstwa i położnictwa gwarancją jakości systemu opieki zdrowotnej”

Studia realizowane są w Chorzowie, Łodzi, Poznaniu, Pile i Szczecinie.

Rekrutacja trwa! Liczba miejsc ograniczona!

DLA KOGO?

**Studia adresowane są** do pracowników podmiotów leczniczych należących do kadry zarządzającej, zatrudnionych na podstawie umowy o pracę:

- dyrektorów, kierowników placówek
- ordynatorów i kierowników oddziałów
- pielęgniarzy, pielęgniarek i położnych na stanowiskach kierowniczych
- kierowników komórek finansowych
- kierownicy komórek organizacyjnych.

Program studiów podyplomowych „Zarządzanie w opiece zdrowotnej dla kadry kierowniczej pielęgniarek i położnych”, liczący 180 godzin realizowany będzie w systemie niestacjonarnym. I edycja od października 2012 r. do czerwca 2013 r. w piątki, soboty i niedziele, podczas 10 zjazdów.



„Ci którzy nas opuścili, nie odeszli  
są nadal z nami są wciąż obecni, choć niewidzialni.”

Z wielkim żalem i bólem żegnamy naszą  
Koleżankę

## Pielęgniarkę Urszulę Duda

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie zmarłej  
składają Pielęgniarki i Położne  
z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
Częstochowie.

Najtrudniej rozstać się z kimś bliskim.

Wyrazy szczerego współczucia  
z powodu śmierci

## Ojca

Pani Wioletcie Nocuń

składają Pielęgniarki i Położne  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
w Częstochowie  
oraz  
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie.

Bliscy naszemu sercu, zawsze pozostaną  
głęboko w naszej pamięci...

Z wielkim żalem i smutkiem, żegnamy  
Naszą Drogą Koleżankę

## Urszulę Duda

Wieloletnią pracownicę Wojewódzkiego Szpitala  
Specjalistycznego ul. PCK 1 w Częstochowie.

Pełni zadumy nad ulotnością życia, pozostajemy  
w żalu i łączymy się z Rodziną

Pielęgniarki i Położne Wojewódzkiego Szpitala  
Specjalistycznego w Częstochowie.



## GODZINY PRACY BIURA OIPI

Przewodnicząca OR	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 408
Sekretarz OR	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 409
Sekretariat	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 410
Biblioteka		
Ośrodek szkoleniowy	pn-śr 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup> , czw-pt 7 <sup>30</sup> -16 <sup>30</sup>	p. 407
Prawo wykonywania zawodu		
Kasa	pn-czw 8 <sup>00</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 405
Skarbnik	Środa 11 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup> , Piątek 15 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup>	p. 405
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	I i III środa miesiąca 15 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup>	p. 404
Księgowość	pn-pt 7 <sup>00</sup> -13 <sup>00</sup>	p. 406
Radca Prawny	pn 8 <sup>30</sup> -9 <sup>30</sup> i śr 14 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>	p. 404

*Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.*

**OIPI w każdą środę pełni dyżury do godz. 17<sup>00</sup>**



Klinika Salve Medica z Łodzi wspólnie z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie zaprasza na szkolenie:

**„Nowoczesne metody diagnostyki i leczenia niepłodności”.**

I edycja szkolenia odbędzie się 25 października 2012 r.  
w sali konferencyjnej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,  
ul. Pułaskiego 25,  
w godzinach od 9.30 do 11.30

Podczas szkolenia poruszane będą następujące zagadnienia:

- niepłodność jako problem społeczny,
- diagnostyka niepłodności – jak diagnozować, koszty i czas,
- leczenie niepłodności – fakty i mity,
- rola pielęgniarki/położnej w leczeniu niepłodności,
- dawstwo gamet – bank komórek jajowych i plemników,
- aspekty prawne, etyczne i społeczne w technikach rozrodu wspomaganego.

**Szkolenie bezpłatne.**

**Osoba prowadząca: Specjalista z zakresu leczenia niepłodności**

**dr n. med. Sławomir Sobkiewicz.**

Liczba miejsc ograniczona, decydować będzie kolejność zgłoszeń.

Uczestnicy szkolenia otrzymają certyfikaty.



**Spotkanie organizacyjne szkolenia specjalizacyjnego  
w dziedzinie „Pielęgniarstwo psychiatryczne”  
w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym  
im dr. Emila Cyrana w Lublińcu.  
Dnia 10 września 2012 roku.**

