DWUMIESIĘCZNIK SZCZECIŃSKIEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

WIADOMOŚCI W CZEPKU

NR 5 (116)
Listopad-grudzień 2014
ISSN 1426-9558

Kiedy opłatek biały na stole
Świąteczny nastrój w każdym z nas
Gdy ta najjaśniejsza z gwiazd na niebie
To znak, że Wigilii nadszedł czas
Maleńka Miłość, która się rodzi
Niech przyniesie nam radość i spełni marzenia
Niech spokój wypełni nasze serca
I niech się spełnią wszystkie życzenia:
Ciepła miłości bliskich osób
W tę zimową, jedyną taką noc
Przystrojoną bombkami choinkę
A pod nią prezentów moc!
Wytchnienia od zmartwień, trosk i kłopotów
Bo tego brakuje tak bardzo nam
Przyjaznych gestów, wsparcia i uśmiechu
Niechaj w te Święta nikt nie będzie sam!

Katarzyna Mandes

Szanowne Koleżanki, szanowni Koledzy!

Kolejny rok zbliża się do swojego końca. Jaki był w życiu prywatnym dla każdego z nas, musimy odpowiedzieć sobie sami, biorąc pod uwagę nasze zaangażowanie i wysiłek w to, aby był jak najlepszy. Każdy ma swoje własne oczekiwania, inaczej widzi radość i szczęście. A zawodowo? Indywidualnie inny dla każdego z nas. Jednak biorąc pod uwagę nasze całe środowisko, chyba nie najlepszy. Warunki pracy nie tylko się nie poprawiają, ale jesteśmy obciążani coraz to nowymi obowiązkami, które utrudniają realizację podstawowych zadań. Finansowo w wielu podmiotach leczniczych brak jakichkolwiek dodatkowych środków na wzrost wynagrodzeń, a wręcz po tegorocznym kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych w opiece długoterminowej domowej, środki te są znacznie niższe, niż w poprzednim okresie. Więc co robimy? Pracujemy znacznie większą liczbę godzin, niż byśmy chcieli, ale życie stawia nam wymagania także finansowe i właśnie to determinuje nasze zachowania.

Zbliżający się czas bożonarodzeniowy wiąże się także z wydatkami finansowymi, ale są one związane z przyjemnym wydawaniem pieniędzy, ponieważ dokonane zakupy sprawiają nam i obdarowanym wiele radości. Wielu z nas kupuje naturalne drzewko świąteczne, które wraz z rodziną przystraja według własnego gustu. Dla mnie jest to jedna z ważniejszych czynności tego okresu. Tradycja przystrajania zielonego drzewka ozdobami narodziła się około XVI wieku w Alzacji. Do Polski zwyczaj ten dotarł na przełomie XVIII I XIX wieku. Zgodnie ze zwyczajem choinka była ubierana w wieczór Wigilijny, a pod choinką umieszczano prezenty dla najbliższych. Miała ona zapewnić szczęście w nadchodzącym roku. Istotne w bożonarodzeniowym okresie jest światło, które według ówczesnych ludów broniło złym mocom dostępu do domu. Dlatego ustawiano w mieszkaniu świecie, dekorowano nimi choinkę.

Z okazji Świąt życzę wszystkim, aby były to piękne chwile, każdemu dały poczucie bezpieczeństwa i bliskości innych, aby choinka i palące się światło zapewniło w nadchodzącym roku szczęście. Niech magia nadchodzących Świąt Bożego Narodzenia towarzyszy nam wszystkim, a ich wyjątkowa atmosfera przypomina o rodzinnym domu.

Przewodnicząca Rady
mgr Maria Matusiak

Spis treści:

W numerze ... 1
Kalendarium ... 2
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych opiniowała poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty ... 3
Notatka ze spotkania Zespołu ds. opracowania dokumentacji medycznej pacjenta prowadzonej przez pielęgniarki i położne ... 3
Stanowisko w sprawie nowych uprawnień dla pielęgniarek i położnych wynikających z ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136) ... 4
Stanowisko w sprawie nowych uprawnień dla pielęgniarek i położnych wynikających z ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136) ... 4
Minister zapomniał o pielęgniarkach – konieczna zmiana prawa 6
Stanowisko OZZPiP ... 7
Zasady uznawania zagranicznych dyplomów ukończenia studiów wyższych i stopni oraz tytułów naukowych przez MNiSW ... 8
Raport WHO dotyczący elektronicznych urządzeń podających nikotynę ... 10
Czy wykonywanie zawodu perfuzjonisty przez pielęgniarkę jest również wykonywaniem zawodu pielęgniarki wg ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej? ... 11
Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie podawania przez pielęgniarkę penicyliny prokainowej w warunkach ambulatoryjnych ... 12
Opinia w sprawie podawania penicyliny prokainowej przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych ... 13
Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego z dnia 12. 08. 2014 r. w sprawie wykonywania przez pielęgniarki iniekcji penicyliny prokainowej i preparatów penicylino pochodnych u dzieci w warunkach ambulatoryjnych ... 13
Bezpieczeństwo w BCG Terapii ... 15
Czy położna może być zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego? ... 16
Raport pielęgniarski w formie ustnej ... 17
Dziecko osamotnione, osierocone w szkole ... 17
UWAGA - WAŻNE! ... 19
Kapusta z grochem i z grzybami ... 19
Polskie pielęgniarki i położne w systemie ochrony zdrowia ... 20
Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego z uwzględnieniem zmian w systemie kształcenia podyplomowego ... 25
Kiedy bać się gruźlicy? ... 31
Konferencja w Stargardzie ... 34
Opinie Konsultantów ... 34
Ważne! ... 35
KONDOLENCJE ... 36

Biuro
Szczecińskiej Izby
Pielęgniarek i Położnych
70-242 Szczecin, ul. Ks. Bogusława 30
czynne
od poniedziałku do czwartku w godz. 8.00 - 16.00
w trzecią sobotę miesiąca w godz. 9.00 - 13.00

Sekretariat
tel. 91 432 98 61
tel./fax: 91 432 98 68
e-mail:sipip@sipip.szczecin.pl

Specjalista ds. administracyjno-biurowych
tel. 91 432 98 67

Dyżury Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
w drugą środę miesiąca w godz. 14.00 - 16.00

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia
pierwszy wtorek miesiąca o godz. 13.30

Prezydium
spotyka się co trzy tygodnie w środę o godz. 13.00

Prawnik Izby
I, III i V poniedziałek miesiąca w godz. 11.00 - 13.00
II, IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00 - 17.00
Wizyty proszę umawiać w sekretariacie Izby

Sekretarz Rady
tel. 91 432 98 62
poniedziałki w godz. 10.00 - 18.00
od wtorku do czwartku w godz. 8.00 - 16.00

Główna Księgowa
tel. 91 432 98 67 od wtorku do czwartku 8.00 - 16.00

Skarbnik
tel. 91 432 98 67
poniedziałek, wtorek - 8.00 - 16.00, środa 8.00 - 12.00

Dział prawa wykonywania zawodu
tel. 91 432 98 65
poniedziałek, czwartek - 8.00 - 16.00
wtorek, środa - 10.00 - 18.00

UWAGA
Z dn. 1.XI.2014r. kasa SIPiP uległa likwidacji.
Wszelkie płatności w formie przelewów bankowych.

Dział Szkoleń "Pelikan"
tel. / fax: 91 432 98 64

Piątek jest dniem bez interesanta

Nordea Bank Polska S.A.
POB Szczecin II
Nr konta: 49 1440 1332 0000 0000 0340 7567

Opłata za szkolenie - nr konta
Alior Bank
Nr konta: 26 2490 0005 0000 4530 9159 0991

ZAPRASZAMY
osoby chętne do śpiewania w Chórze SIPiP!
Próby w każdy poniedziałek
w godz. 18.00 - 20.00
Akademia Sztuki ul. Grodzka 50

Wydawca: Rada Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych
70-242 Szczecin, ul. Księcia Bogusława 30, tel. 91 432 98 61, tel./fax: 91 432 98 68, REGON 810026946
Redaguje zespół: Helena Gąsior, Gabriela Hofman, Izabela Piasecka, Alicja Jabłecka, Katarzyna Mandes, Dorota Kalek, Magdalena Zyblewska, Irena Zakrzewska, Sylwia Imielska. Zdjęcia: ze zbiorów redakcji.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów nie zamówionych i nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń. Redakcja przyjmuje i zamieszcza odpłatnie wszelkie ogłoszenia i reklamy.
Nakład: 1600 szt. Druk: Drukarnia Drucker, Ustowo 40d, www.drucker.pl. Druk ukończono: 17.12.2014 r. Do użytku wewnętrznego.
Egzemplarze bezpłatne dla członków SIPiP.

29.09.2014

Posiedzenie Rady ZOW NFZ – udział M. Matusiak

01.10.2014

Spotkanie PTPAiIOM

02.10.2014

Spotkanie z p.o. Dyrektorem ZOW NFZ w sprawie opieki długoterminowej – udział M. Matusiak, J. Laska, E. Pajor – Dębicka, M. Holek, M. Semeniuk

02.10.2014

Posiedzenie Komisji ds. szpitalnictwa

06.10.2014

Posiedzenie Komisji socjalnej

06.10.2014

Udział Pani M. Matusiak w spotkaniu w Narodowym Funduszu Zdrowia w sprawie opieki długoterminowej

07.10.2014

Egzamin po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej

07.10.2014

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych

08.10.2014

Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Kardiologii Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego – udział M. Matusiak

08.10.2014

Posiedzenie Prezydium Rady SIPIP

08.10.2014

Posiedzenie Komisji ds. położnych

08.10.2014

Posiedzenie Komisji ds. promowania zawodów

13.10.2014

Konkurs na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej SP ZOZ MSW w Szczecinie – M. Matusiak i H. Gąsior

13.10.2014

Posiedzenie Komisji bioetyki PUM – M. Matusiak

13.10.2014

Spotkanie Zespołu ds. pielęgniarstwa diabetologicznego

14.10.2014

Spotkanie pielęgniarek epidemiologicznych

14.10.2014

Konkurs na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Gastroenterologii SPWSZ - M. Matusiak i H. Gąsior

15.10.2014

Posiedzenie Komisji ds. biuletynu

20.10.2014

Uroczystość otwarcia nowej części Szpitala Specjalistycznego i. A. Sokołowskiego w Zdunowie – udział M. Matusiak

21.10.2014

Spotkanie z pielęgniarkami Szpitala w Barlinku Sp. z o.o. – M. Matusiak i H. Gąsior

23.10.2014

Posiedzenie ORzOZPiP

27.10.2014

Warsztaty „Problem odleżyn i nietrzymania moczu ważnym zagadnieniem w opiece nad pacjentem w wieku starszym" – organizator Pelargos i SIPiP

27.10.2014

Uroczyste otwarcie Przychodni Przyszpitalnej w Szpitalnym Centrum Medycznym w Goleniowie – udział M. Matusiak

27.10.2014

Posiedzenie OSPiP

28.10.2014

Posiedzenie Komisji socjalnej

28.10.2014

Konkursy na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych w SPS ZOZ Zdroje – udział A. M. Król i H. Gąsior

29.10.2014

Posiedzenie Zespołu ds. opiniowania minimalnych norm zatrudnienia

30.10.2014

Posiedzenie Prezydium Rady SIPiP

30.10.2014

Konferencja w Warszawie z projektu Rzecznika Praw Obywatelskich –„ Sytuacja pacjentów nieheteroseksualnych" – udział G. Hofman

04.11.2014

Egzamin po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki

04.11.2014

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych

06.11.2014

Konferencja „Oświata – Medycyna bliżej dziecka", organizator SP nr 74 – udział A. M. Król i H. Gąsior

13.11.2014

Spotkanie z Pełnomocnymi Przedstawicielami SIPiP

14.11.2014

Spotkanie z Pielęgniarską Kadrą Kierowniczą

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych opiniowała poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zawiera propozycje usunięcia z art. 39 wskazanej ustawy obowiązek wskazania przez lekarza realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym, w przypadku, gdy lekarz powstrzyma się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem (powołując się na tzw. klauzulę sumienia).

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pozbawienie prawa świadczeniobiorcy do świadczeń gwarantowanych jest niezgodne z obowiązującymi przepisami określonymi w art. 15 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), oraz art. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.).

Taka redakcja zapisów art. 39 może powodować, iż pacjent nie będzie miał faktycznej możliwości realizacji świadczenia zdrowotnego w sytuacji innej, niż przypadki określone w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, gdy zwłoka w jego udzieleniu mogłaby powodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Jeżeli lekarz zostanie zwolniony z obowiązku wskazania realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym, a pacjent nie znajduje się w sytuacji zagrażającej zdrowiu i życiu, to pacjent de facto zostaje pozbawiony przynależnych mu prawem świadczeń zdrowotnych.

Aktualnie obowiązujący przepis art. 39 nakłada na wszystkich lekarzy obowiązek wskazania realnej możliwości udzielenia ww. świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym, zarówno wykonujący zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, jak i prowadzący indywidualną lub grupową praktykę lekarską. W pierwszym przypadku przepis warunkuje powyższe uprzednie powiadomienie przełożonego o możliwości skorzystania z tej klauzuli. Taka konstrukcja przepisu pozwala na zobligowanie świadczeniodawcy do wywiązania się warunków umowy podpisanej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie bowiem z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń.

Przygotowała Jolanta Kubajka-Piotrowska
Dział merytoryczny w biurze NIPiP

Notatka ze spotkania Zespołu ds. opracowania dokumentacji medycznej pacjenta prowadzonej przez pielęgniarki i położne

W dniu 9 października 2014 roku odbyło się spotkanie Zespołu ds. opracowania dokumentacji medycznej pacjenta prowadzonej przez pielęgniarki i położne. Zespół pracował nad wzorami dokumentacji medycznej pacjenta prowadzonej przez pielęgniarki w następujących obszarach: lecznictwo stacjonarne, podstawowa opieka zdrowotna, opieka długoterminowa, opieka hospicyjna, opieka psychiatryczna, lecznictwo uzdrowiskowe, pielęgniarstwo w środowisku nauczania i wychowania oraz wzory dokumentacji medycznej pacjenta prowadzonej przez położne w lecznictwie stacjonarnym i podstawowej opiece zdrowotnej.

Zespół będzie kontynuował prace nad ww. dokumentacją.

Przygotowała
Jolanta Kubajka-Piotrowska
Dział merytoryczny w biurze NIPiP

Stanowisko w sprawie nowych uprawnień dla pielęgniarek i położnych wynikających z ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136)

Szanowni Państwo!

W związku z wejściem w życie z dniem 11 września 2014 r. ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136), Ministerstwo Zdrowia przygotowało stanowisko w sprawie nadania nowych uprawnień pielęgniarkom i położnym ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarkom oraz położnym wykonującym zawód poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

Pragnę dodatkowo wyjaśnić, że włączenie pielęgniarek i położnych do kręgu osób uprawnionych w rozumieniu art. 2 pkt 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.) powoduje również to, iż osoby te będą zobowiązane do zastosowania się do przepisów dotyczących praktyk zakazanych w obrocie lekami refundowanymi, o których mowa w art. 49 ust. 3 ww. ustawy.

Przypominam, że przepis art. 49 ust. 3 ww. ustawy zakazuje podmiotom uczestniczącym w obrocie produktami refundacyjnymi do udzielania i przekazywania korzyści na rzecz świadczeniobiorców (pacjentów) oraz osoby uprawnione (tzn. osoby posiadające stosowne uprawnienia zawodowe, np. lekarze, pielęgniarki).

Z poważaniem
Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych
dr n. o zdr. Beata Cholewka

Stanowisko w sprawie nowych uprawnień dla pielęgniarek i położnych wynikających z ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136)

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136), która weszła w życie z dniem 11 września 2014 r. nadała nowe uprawnienia pielęgniarkom i położnym ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarkom oraz położnym wykonującym zawody poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

Zgodnie z nowym przepisem art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.) w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarki i położne posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa będą miały prawo samodzielne: ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty, ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty,

- jeżeli ukończą kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Natomiast w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo będą miały prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środków odurzających i substancji psychotropowych, oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończą kurs specjalistyczny w tym zakresie (art. 15a ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej).

Ponadto, pielęgniarki i położne, posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, będą miały prawo do wystawiania skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta (art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej).

Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ww. ustawy, nie będzie dotyczył pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarskich i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego zdobędą wiedzę objętą takim kursem (art. 15a ust. 7 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej).

Ponadto, pielęgniarki i położne przed wykonaniem czynności zawodowych określonych w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej będą musiały dokonać osobistego badania fizykalnego pacjenta. Natomiast pielęgniar-

ki i położne będą mogły - bez dokonania osobistego badania pacjenta - wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli będzie to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. W takim jednak przypadku, recepty lub zlecenia mogą być przekazane osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób. Samo upoważnienie lub oświadczenie będzie odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączone do tej dokumentacji. Ponadto informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia będą zamieszczane w dokumentacji medycznej pacjenta, a informacja o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, będzie odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączona do tej dokumentacji.

Jednocześnie, na podstawie delegacji ustawowej, o której mowa w art. 15a ust. 8 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Minister Zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi w drodze rozporządzenia:

wykaz:

- substancji czynnych zawartych w lekach,
- środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
- wyrobów medycznych,
- wykaz badań diagnostycznych,
- sposób i tryb wystawiania recept,
- wzór recepty,
- sposób zaopatrywania w druki recept i sposób ich przechowywania,
- sposób realizacji recept, oraz kontroli ich wystawiania i realizacji - biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania recept, w szczególności w zakresie przepisów ust. 3 i 4, oraz zapewnienia prawidłowej realizacji recepty i zadań kontrolnych podmiotów uprawnionych do kontroli recept.

W konsekwencji zmian dokonanych w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej ustawodawca wprowadził nowe regulacje w zakresie kręgu osób uprawnionych do wystawiania recept refundowanych. Zgodnie z art. 2 pkt 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.) do osób uprawnionych zostały włączone pielęgniarki i położne ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarki i położne wykonujące zawód poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia będzie zawierał umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych lub umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

Poszerzenie kręgu osób uprawnionych o pielęgniarki i położne jest wynikiem przyznania pielęgniarkom i położnym uprawnień do ordynowania leków i wyrobów medycznych, jak wynika to z nowego przepisu art. 15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Ponadto, włączenie pielęgniarek i położnych do kręgu osób uprawnionych w rozumieniu art. 2 pkt 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych powoduje również, że osoby te będą musiały zastosować się do przepisów dotyczących praktyk zakazanych w obrocie lekami refundowanymi, o których mowa w art. 49 ust. 3 ww. ustawy.

Należy jednak pamiętać, że pielęgniarki i położne będą mogły korzystać z uprawnień dotyczących wystawiania recept na leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wydawania zleceń i recept na wyroby medyczne oraz skierowań na badania diagnostyczne nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 r., ponieważ w okresie od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw, tj. od dnia 11 września 2014 r. do dnia 1 stycznia 2016 r. powinny zostać przeprowadzone odpowiednie kursy specjalistyczne, przygotowujące pielęgniarki i położne do korzystania z nowych uprawnień.

/-/ Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Sopliński

INFORMACJA

Dnia 24 listopada 2014r. w siedzibie Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych odbyły się warsztaty diabetologiczne pod hasłem „Insulinoterapia w praktyce pielęgniarskiej".

Poniżej przedstawiamy program:

- wprowadzenie do warsztatów - Iwona Trzepiałowska,
- „Insulinoterapia u pacjentów z cukrzycą typu 2 w świetle zaleceń PTD 2014" - dr n. med. Piotr Molęda Klinika Diabetologii i Ch. Wewnętrznych PUM,
- czas dla partnera edukacyjnego - Maciej Lisowski Firma Sanofi ,
- podsumowanie warsztatów oraz wręczenie certyfikatów – Iwona Trzepiałowska, Ewa Zamojska – Kościów

Gratulujemy Koleżankom z Zespołu ds. pielęgniarstwa diabetologicznego udanych warsztatów, które poszerzyły horyzonty wiedzy wszystkich uczestników.

Minister zapomniał o pielęgniarkach – konieczna zmiana prawa

Źródło: MK|27.10.2014

Pielęgniarki od 2016 roku mają wypisywać recepty. Jak mogą to robić skoro obecne prawo zakazuje firmom farmaceutycznym informowania pielęgniarek o właściwościach leków. Czyżby minister o tym zapomniał?

Pielęgniarki od 2016 roku mają wypisywać recepty. Jak mogą to robić skoro obecne prawo zakazuje firmom farmaceutycznym informowania pielęgniarek o właściwościach leków. Czyżby minister o tym zapomniał?

Obecnie firmy farmaceutyczne mogą informować o lekach wyłącznie lekarzy. To im sponsorują wyjazdy na kongresy i konferencje zagraniczne, to dla nich organizują spotkania, podczas których przedstawiają swoje najnowsze osiągnięcia w dziedzinie farmaceutyków, to ich edukują i informują o dostępnych terapiach. Jednak resort zdrowia chce, aby także pielęgniarki posiadające wyższe wykształcenie wypisywały recepty na określone terapie. Skąd w takim razie będą czerpać wiedzę?

- Sądzę, że uprawnienia polskich pielęgniarek będą przedmiotem dyskusji – mówi Ewa Grenda, prezes Infarmy.

Pielęgniarki po tym jak początkowo krytykowały projektu resortu zdrowia zmieniają stanowisko i staja się bardziej otwarte na zmiany. Grażyna Rogala-Pawelczyk, Prezes Naczelnej izby Pielęgniarek i Położnych uważa, że pielęgniarki są przygotowane do wypisywania recept i poradzą sobie z nowym zadaniem. Jednak także jest zdania, że kwestie prawne należy przedyskutować.

- Trzeba zastanowić się, co może być działaniem wspierającym edukację pielęgniarek w tym względzie mówi Grażyna Rogala-Pawelczyk. - Pielęgniarki muszą posiadać najbardziej aktualna wiedzę i podobnie jak lekarze powinny mieć możliwość udziału w szkoleniach organizowanych m.in. przez firmy farmaceutyczne. Muszą wiedzieć jak najwięcej o nowych lekach i nowych substancjach wprowadzanych na rynek. Potrzebna może być zatem zmiana w prawie, która umożliwi pielęgniarkom pozyskiwania wiedzy także od firm farmaceutycznych.

Pakiet kolejkowy, który przewiduje obowiązek wypisywania recept przez pielęgniarki wchodzi z początkiem 2015 roku. Pielęgniarki będą wypisywać recepty od 2016 roku. Pozostał więc rok na wprowadzenie koniecznych zmian. Czy to dużo czasu, czy mało? Biorąc pod uwagę to, że zmiany powinny zostać poprzedzone dyskusją z koncernami oraz środowiskiem pielęgniarskim to wcale nie tak dużo czasu. Trzeba zastanowić się, w jakim zakresie wiedza ma być udostępniana pielęgniarkom, które zyskają prawo jedynie powtarzania recepty wypisanej uprzednio przez lekarza, a nie ordynowania nowych terapii. Ale do powtórzenia leku także potrzebna jest wiedza, szczególnie jeśli pacjent informuje o jakiś objawach związanych z terapią.

Koleżance

Pielęgniarce **Mirosławie Szrubienas** w związku z przejściem na emeryturę wyrazy podziękowania za wieloletnią wspólną pracę, wraz z życzeniami zdrowia i realizacji marzeń

składają

koleżanki z Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologii PUM – Poradni Chirurgii Stomatologicznej.

Zespół redakcyjny dedykuje zaś Pani ten króciutki wierszyk:
Życzymy Pani Mirko, by wszystkie wspólne lata
pozostawiły w pamięci tylko dobre wspomnienia...
Życie bowiem człowiek ma tylko jedno
i nie można na drobne go przecież rozmieniać...

H. G.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych
Zarząd Regionu Zachodniopomorskiego
70-226 Szczecin ul. Kaszubska 30 / NIP -851-25-91-296 / Tel / fax - 91-813-75-20
Kom : 504-025-955 / e-mail : regionzachodniopomorski@wp.pl

Szczecin, 13 listopada 2014 r.

Stanowisko

Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Zarządu Regionu Zachodniopomorskiego w Szczecinie dla poparcia działań Komitetu Obrony Pielęgniarek i Położnych Województwa Pomorskiego

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zarząd Regionu Zachodniopomorskiego w Szczecinie w pełni popiera całość działań Komitetu Obrony Pielęgniarek i Położnych Województwa Pomorskiego.

Jak wynika z prognoz na rok 2011 oraz prognoz na lata 2015-2035;
- w zawodzie **pracuje zaledwie 216 tys. pielęgniarek i położnych , a w**skaźnik liczby pielęgniarek na tysiąc mieszkańców w Polsce w 2011 roku wynosił 5,4 i jest jednym z najniższych w Europie, Dla porównania, w Szwajcarii na tysiąc mieszkańców przypada 16 pielęgniarek, w Danii - 15,4, a w Islandii - 14,5, w Republice Czeskiej 8,1.

Alarmujący jest również **średni wiek pielęgniarek i położnych który wynosi 47,8 lat.** W ciągu ośmiu lat na emeryturę odejdzie 30 proc. pielęgniarek. Za dziesięć lat w zawodzie zostanie tylko 184 tys. pielęgniarek, a będziemy potrzebować 340 tys..

Już dziś istniejący stan rzeczy sprawia, iż pielęgniarki i położne, w szczególności świadczące pracę na podstawie kontraktów, nakłaniane są do pracy, w wymiarze, przekraczającym, nie tylko normy czasu pracy zastrzeżone dla pracowników, ale przede wszystkim, w wymiarze przekraczającym, wszelkie normy, bezpieczne dla pielęgniarek i położnych oraz pozostających pod ich opieką pacjentów. Zgodnie z potwierdzonymi informacjami, w skrajnych przypadkach pielęgniarki kontraktowe przepracowują w skali miesiąca prawie 400 godzin.
Taki stan rzeczy, co oczywiste, nie tylko pogarsza warunki pracy pielęgniarek i położnych, wykonujących pracę w ramach stosunku pracy, ale również potęguje, sytuacje narażenia całej grupy zawodowej, na sankcje, wynikające z odpowiedzialności zawodowej, cywilnej, czy karnej, powstających na skutek zaistnienia niepożądanych zdarzeń medycznych.

Mając powyższe na względzie, w sytuacji braku działań hamujących istniejące, w tym względzie trendy, zagrożeni jesteśmy, jako społeczeństwo katastrofą, której skutki będą odczuwalne w skali całego kraju.

W wielu wypadkach, również sytuacja socjalna pielęgniarek i położnych pozostawia wiele do życzenia, a Nasze wynagrodzenia w przeciwieństwie do grupy zawodowej lekarzy, są całkowicie niewspółmierne do ilości i jakości świadczonej pracy oraz związanej z nią odpowiedzialnością za życie zdrowie pacjenta.

Dlatego też Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zarząd Regionu Zachodniopomorskiego w Szczecinie, podejmując dotychczas bezskuteczne próby interwencji w przedmiotowej sprawie, wobec właściwych władz Województwa Zachodniopomorskiego, w pełni wspiera działania Komitetu Obrony Pielęgniarek i Położnych Województwa Pomorskiego.

OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Zarząd Regionu Zachodniopomorskiego 70-226 Szczecin, ul. Kaszubska 30 NIP 851-25-91-296

Za Zarząd

PRZEWODNICZĄCA
Zarządu Regionu Zachodniopomorskiego
OZZPiP
Małgorzata Szymankiewicz

Zasady uznawania zagranicznych dyplomów ukończenia studiów wyższych i stopni oraz tytułów naukowych przez MNiSW

Informacja na temat zakresu dokumentów wydawanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego dotyczących opiniowania zagranicznych dyplomów ukończenia studiów wyższych i zagranicznych stopni oraz tytułów naukowych. W odniesieniu do pielęgniarek i położnych mogą one potwierdzać m.in. określony poziom wykształcenia i równoważność dyplomu zagranicznego z dyplomem wydanym w Rzeczpospolitej Polskiej lub stopnia, tytułu naukowego z jego odpowiednikiem w Polsce. Poniższa informacja znajduje się stronie internetowej Departamentu Współpracy Międzynarodowej przy Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego pod następującym adresem: http://www.nauka.gov.pl/dodatkowe-informacje/opiniowanie-dokumentow-.html

Opiniowanie dokumentów

Posiadacze zagranicznych dyplomów ukończenia studiów wyższych oraz zagranicznych stopni i tytułów naukowych mogą ubiegać się w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego o wydanie imiennego zaświadczenia lub ogólnej opinii/informacji dotyczącej przedstawionych przez nich dokumentów. Zaświadczenia imienne różnią się od opinii/informacji ogólnych poziomem szczegółowości zawartych w nich informacji oraz trybem ich wydawania.

Zaświadczenie potwierdza fakt uznania konkretnego dyplomu, wydanego konkretnej osobie (z podaniem jej danych osobowych) i jest wydawane zgodnie z Kodeksem Postępowania Administracyjnego przez organ administracji publicznej tj. Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego bądź upoważnioną przez niego osobę.

W ogólnej opinii/informacji Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego potwierdza, że przedłożony dyplom, wydany przez zagraniczną uczelnię, jest uznawany w Polsce na podstawie umów międzynarodowych lub przepisów prawa krajowego.

Zagraniczne dokumenty, poświadczające uzyskanie wykształcenia na poziomie średnim opiniują kuratoria oświaty właściwe ze względu na miejsce zamieszkania posiadacza dokumentu, bądź siedziby uczelni, o przyjęcie do której się stara.

Rodzaje opinii, informacji i zaświadczeń wydawanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego:

- informacja/opinia ogólna o dyplomie poświadczającym ukończenie studiów wyższych (jednolitych, I i II stopnia)
- informacja/opinia ogólna o dyplomie poświadczającym nadanie stopnia / tytułu naukowego
- zaświadczenie imienne o dyplomach ukończenia studiów wyższych (jednolitych, I i II stopnia)
- zaświadczenie imienne o dyplomach nadających stopień / tytuł naukowy

Informacja / opinia ogólna o dyplomie poświadczającym ukończenie studiów wyższych (jednolitych, I i II stopnia)

Wydawana przez ministerstwo informacja/opinia ogólna o zagranicznym dyplomie ukończenia studiów wyższych może potwierdzać:

- jego równoważność z odpowiednim dyplomem polskim na podstawie obowiązujących umów międzynarodowych,
- poziom wykształcenia i status ukończonej uczelni zagranicznej oraz zawiera informacje nt. podstawy prawnej uznania dyplomu w Polsce (w przypadku dyplomów nieobjętych umowami),
- uprawnienia posiadacza dyplomu do kontynuacji kształcenia na polskiej uczelni.

Osoby ubiegające się o wydanie informacji / opinii ogólnej składają w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego osobiście, drogą pocztową bądź mailem następujące dokumenty:

1. wniosek o wydanie opinii,
2. kserokopię oryginału dyplomu potwierdzającego ukończenie studiów,
3. kserokopię dokumentu poświadczającego przebieg studiów (wykazu przedmiotów i ocen, transkryptu, suplementu do dyplomu lub indeksu),
4. w przypadku studiów dwustopniowych - kserokopię dyplomu poprzedniego wraz z kserokopią dokumentu poświadczającego przebieg studiów (wykazu przedmiotów i ocen, transkryptu, suplementu do dyplomu lub indeksu),
5. kserokopie tłumaczeń ww. dokumentów dokonanych przez polskiego tłumacza przysięgłego, wpisanego na listę tłumaczy przysięgłych prowadzoną przez Ministra Sprawiedliwości, jeżeli zostały one wydane w języku innym, niż: angielski, francuski, niemiecki, rosyjski, ukraiński,
6. kserokopię zaświadczenia o uznaniu dyplomu, wydanego w przeszłości przez polskie ministerstwo właściwe ds. szkolnictwa wyższego (jeżeli jest w posiadaniu zainteresowanego).

W przypadku braku dokumentów wymienionych w punkcie 2, 3 i 4, wnioskujący jest zobowiązany zwrócić się do uczelni z prośbą o ich wydanie.

Dokumenty niekompletne, nie uzupełnione w przewidzianym terminie 3 miesięcy, nie będą po tym okresie rozpatrywane.

W przypadkach wątpliwych MNiSW może zażądać okazania oryginału dyplomu lub jego legalizacji.

MNiSW zastrzega sobie również prawo do weryfikacji autentyczności przedkładanych dokumentów.

Opinia / informacja wydawana jest tylko w jednym egzemplarzu.

Informacja / opinia ogólna o dyplomie poświadczającym nadanie stopnia / tytułu naukowego

Wydawana przez ministerstwo informacja/opinia ogólna o zagranicznym stopniu/tytule naukowym może potwierdzać:

- jego równoważność z odpowiednim polskim stopniem/ tytułem naukowym na podstawie obowiązujących umów międzynarodowych,
- poziom wykształcenia i status instytucji, która nadała stopień/tytuł naukowy oraz zawiera informacje nt. podstawy prawnej uznania dyplomu/stopnia naukowego w Polsce (w przypadku dokumentów nieobjętych umowami),
- uprawnienia jego posiadacza do ubiegania się o wszczęcie postępowania habilitacyjnego w Polsce.

Osoby ubiegające się o wydanie informacji/opinii ogólnej składają osobiście, drogą pocztową bądź mailem w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego następujące dokumenty:

1. wniosek o wydanie opinii,
2. kserokopię oryginału dyplomu potwierdzającego nadanie stopnia/tytułu naukowego,
3. kserokopię dyplomu poprzedzającego uzyskany stopień/tytuł naukowy,
4. kserokopię tłumaczenia opiniowanego dyplomu, dokonanego przez polskiego tłumacza przysięgłego, wpisanego na listę tłumaczy przysięgłych prowadzoną przez Ministra Sprawiedliwości, jeżeli został on wydany w języku innym, niż: angielski, francuski, niemiecki, rosyjski, ukraiński.

W przypadku braku dokumentów wymienionych w punkcie 2 i 3, wnioskujący jest zobowiązany zwrócić się do właściwej uczelni/instytucji z prośbą o ich wydanie.

Dokumenty niekompletne, nie uzupełnione w przewidzianym terminie 3 miesięcy, nie będą po tym okresie rozpatrywane.

W przypadkach wątpliwych MNiSW może zażądać okazania oryginału dyplomu lub jego legalizacji.

MNiSW zastrzega sobie również prawo do weryfikacji autentyczności przedkładanych dokumentów.

Opinia/informacja wydawana jest tylko w jednym egzemplarzu.

Zaświadczenie imienne o dyplomach ukończenia studiów wyższych (jednolitych, I i II stopnia)

Wydawane przez ministerstwo zaświadczenie imienne o zagranicznym dyplomie ukończenia studiów wyższych może potwierdzać:

- jego równoważność z odpowiednim dyplomem polskim na podstawie obowiązujących umów międzynarodowych,
- poziom wykształcenia i status ukończonej uczelni zagranicznej (w przypadku dyplomów wydanych przez uprawnioną uczelnię działającą w systemie szkolnictwa wyższego państwa członkowskiego UE, państwa członkowskiego OECD lub państwa członkowskiego EFTA – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym),
- uprawnienia posiadacza dyplomu do kontynuacji kształcenia na polskiej uczelni.

UWAGA: nie ma możliwości uzyskania zaświadczenia potwierdzającego poziom wykształcenia osoby, której dyplom został wydany przez instytucję inną, niż wyżej wspomniane.

Osoby ubiegające się o wydanie imiennego zaświadczenia o zagranicznym dyplomie potwierdzającym ukończenie studiów wyższych składają (osobiście bądź za pośrednictwem osoby upoważnionej) w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego następujące dokumenty:

1. wniosek o wydanie zaświadczenia (wypełnia się na miejscu),
2. oryginał dyplomu (do wglądu) oraz jego kserokopię,
3. oryginał wykazu przedmiotów i ocen, bądź innego dokumentu poświadczającego przebieg studiów (do wglądu) oraz jego kserokopię,
4. oryginał tłumaczenia dyplomu, dokonanego przez polskiego tłumacza przysięgłego,
5. oryginał tłumaczenia wykazu przedmiotów i ocen bądź innego dokumentu poświadczającego przebieg studiów, dokonanego przez polskiego tłumacza przysięgłego,
6. w przypadku studiów dwustopniowych - kserokopię dyplomu ukończenia studiów I stopnia i dokumentu poświadczającego przebieg studiów (wykazu przedmiotów i ocen, suplementu do dyplomu lub indeksu),
7. pisemne upoważnienie dla osoby występującej w imieniu posiadacza dyplomu (jeżeli ten ostatni nie może stawić się osobiście) wraz z kserokopią dokumentu tożsamości posiadacza dyplomu. Powyższy wymóg dotyczy również małżonków mających różne nazwiska oraz różne adresy zamieszkania.

W przypadku braku dokumentów wymienionych w punkcie 2,3 i 6, wnioskujący jest zobowiązany zwrócić się do właściwej uczelni/instytucji z prośbą o ich wydanie.

Dokumenty niekompletne, nie uzupełnione w przewidzianym terminie 3 miesięcy, nie będą po tym okresie rozpatrywane.

MNiSW zastrzega sobie prawo do weryfikacji autentyczności przedkładanych dokumentów.

Zaświadczenie wydawane jest tylko w jednym egzemplarzu.

Zaświadczenie imienne o dyplomach nadających stopień/ tytuł naukowy

Wydawana przez ministerstwo zaświadczenie imienne o zagranicznym stopniu/tytule naukowym może potwierdzać:

- jego równoważność z odpowiednim polskim stopniem/ tytułem naukowym na podstawie obowiązujących umów międzynarodowych,
- (tylko w przypadku stopni naukowych) uprawnienia uczelni - działającej w państwie członkowskim UE, OECD lub EFTA - do nadawania stopni naukowych (art. 24 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. Nr 65, poz. 595, z późn. zm.)).

Osoby ubiegające się o wydanie imiennego zaświadczenia o zagranicznym stopniu/tytule naukowym składają (osobiście bądź za pośrednictwem osoby upoważnionej) w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego następujące dokumenty:

1. wniosek o wydanie zaświadczenia (wypełnia się na miejscu),
2. oryginał dyplomu o nadaniu stopnia/tytułu naukowego (do wglądu) oraz jego kserokopię,

3. oryginał tłumaczenia dyplomu o nadaniu stopnia/tytułu naukowego, dokonanego przez polskiego tłumacza przysięgłego,
4. kserokopię dyplomu poprzedzającego nadanie stopnia / tytułu naukowego,
5. pisemne upoważnienie dla osoby występującej w imieniu posiadacza dyplomu (jeżeli ten ostatni nie może stawić się osobiście) wraz z kserokopią dokumentu tożsamości posiadacza dyplomu. Powyższy wymóg dotyczy również małżonków mających różne nazwiska oraz różne adresy zamieszkania.

W przypadku braku dokumentów wymienionych w punkcie 2 i 4, wnioskujący jest zobowiązany zwrócić się do właściwej uczelni/instytucji z prośbą o ich wydanie.

Dokumenty niekompletne, nie uzupełnione w przewidzianym terminie 3 miesięcy, nie będą po tym okresie rozpatrywane.

MNiSW zastrzega sobie prawo do weryfikacji autentyczności przedkładanych dokumentów.

Zaświadczenie wydawane jest tylko w jednym egzemplarzu.

Raport WHO dotyczący elektronicznych urządzeń podających nikotynę

Raport Światowej Organizacji Zdrowia dotyczący elektronicznych urządzeń podających nikotynę (ang. Electronic nicotine delivery systems [ENDS]), z których najbardziej popularnym jest e-papieros, jest jednym z punktów agendy 6. Konferencji Stron (ang. Conference of the Parties [COP]) FCTC (ang. Framework Convention on Tobacco Control), która odbędzie się 13-18 października 2014 r. w Moskwie. Powyższy dokument sporządzono w odpowiedzi na wniosek zgłoszony na 5. Konferencji Stron (spotkanie odbyło się w dniach 12-17 listopada 2012 r. w Seulu w Korei Południowej), celem przeanalizowania wpływu elektronicznych urządzeń podających nikotynę na zdrowie człowieka i zidentyfikowania sposobów ich kontroli.

Podstawową metodą działania e-papierosa, stanowiącego trzon ENDS, jest podgrzewanie roztworu do momentu, aż przejdzie on w stan lotny. Substancja w takiej formie jest następnie wdychana. Roztwór, znajdujący się w e-papierosie, zawiera w większości przypadków nikotynę, glikol propylenowy, glicerynę i dodatki smakowe lub aromatyczne. Kształt elektronicznych urządzeń podających nikotynę przypomina zazwyczaj papierosa, cygaro i cygaretki. Zdarzają się również e-papierosy w formie długopisów i pamięci USB.

Zgodnie z raportem Światowej Organizacji Zdrowia, rynek ENDS dynamicznie się rozwija. Szacuje się, że w 2014 r. już 466 marek zajmuje się sprzedażą e-papierosów i że w 2013 r. wartość sprzedaży tych produktów i związanych z nimi akcesoriów wyniosła 3 miliardy dolarów. Badania WHO wskazują, iż dostępność powyższego produktu wzrasta. Ponadto połowa populacji, zamieszkująca 62 najbardziej zaludnionych państwach świata, twierdzi, że ma dostęp do e-papierosów.

Większość produktów ENDS nie była testowana przez niezależnych naukowców, a ograniczona ilość badań wskazuje znaczne różnice co do toksyczności składników zawartych w roztworze e-papierosa i wydychanym „dymie".

Światowa Organizacja Zdrowia informuje w swoim raporcie, iż krótkotrwałe efekty korzystania z ENDS obejmują podrażnienie oczu i dróg oddechowych, które spowodowane jest działaniem glikolu propylenowego. Poważne krótkotrwałe problemy zdrowotne mogą wystąpić, jednakże w bardzo nielicznych przypadkach.

Biorąc pod uwagę fakt, iż ENDS wprowadzono na rynek całkiem niedawno i długi okres czasu na pojawienie się wielu chorób, takich jak np. rak, niepodważalne dowody na istnienie związku między korzystaniem z np. e-papierosów a wieloma dolegliwościami będą dostępne po wielu latach lub nawet dekadach. Jednakże badania nad oceną substancji chemicznych zawartych w roztworze ENDS wskazują na potencjalną cytotoksyczność niektórych roztworów na kobiety w ciąży, które korzystają z np. e-papierosów lub są tzw. biernymi palaczami.

Ponadto Światowa Organizacja Zdrowia sygnalizuje, iż wypuszczany „dym" nie jest jedynie „parą wodną", jak jest to określane podczas promocji ENDS w mediach. Bierni palacze narażeni są na zwiększoną obecność nikotyny i wielu innych substancji toksycznych.

W raporcie poruszono również kwestię skuteczności ENDS w pomocy osobom, chcącym rzucić palenie lub od uzależnić się od nikotyny. Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, że palacz powinien pozbyć się nałogu za pomocą zatwierdzonych przez odpowiednie instytucje metod leczenia. Nadmienia jednak, iż w pojedynczych przypadkach, w których konwencjonalna kuracja nie przyniosła zamierzonego skutku, eksperci sugerują, iż ENDS mogą być pomocne.

Źródło: Oddział Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce przesłał Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych informację o raporcie dotyczącym elektronicznych urządzeń podających nikotynę i jego dostępności w sześciu językach (angielski, niemiecki, rosyjski, chiński, arabski, hiszpański).

Czy wykonywanie zawodu perfuzjonisty przez pielęgniarkę jest również wykonywaniem zawodu pielęgniarki wg ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej?

W ramach wykonywania zawodu, perfuzjonista przygotowuje aparaturę i przeprowadza krążenie pozaustrojowe oraz wspomaganie krążenia, w ramach ścisłej współpracy z zespołem prowadzącym zabieg kardiochirurgiczny, hemofiltrację, mikrofiktrację oraz kontrolę pacjenta w okresie pooperacyjnym. Szczegółowy zakres zadań perfuzjonisty jest następujący:

- przygotowywanie aparatu do krążenia pozaustrojowego: aparatu płuco-serce, aparatu do oziębiania i grzania chorego, miksera bądź przepływomierza gazów medycznych;
- przygotowywanie jednorazowego sprzętu: oxygeneratora, drenów, łączników, kaniuli, zestawu do hemofiltracji itp;
- przygotowywanie aparatury i sprzętu służącego do perfuzji oraz montaż i demontaż zestawu do krążenia pozaustrojowego: aseptyczne złożenie zestawu, wypełnianie i odpowietrzanie, zerowanie i kalibracja;
- przygotowywanie potrzebnych w czasie perfuzji leków i płynów ustrojowych;
- współdziałanie z lekarzem anestezjologiem w zakresie oceny stanu chorego;
- przeprowadzanie krążenia pozaustrojowego zgodnie z obowiązującymi standardami praktyki w tym zakresie;
- utrzymywanie ścisłej współpracy przed, podczas i po zabiegu z zespołem medycznym w zakresie prowadzenia krążenia pozaustrojowego
- obsługiwanie skomplikowanej aparatury medycznej (do kontrapulsacji wewnątrzaortalnej, biopompy, ECMO, sztuczne komory, aparat CIlecaver i inne);
- dokonywanie ciągłej oceny stanu pacjenta w trakcie operacji i po zabiegu;
- dokonywanie ciągłej obserwacji funkcjonowania aparatury;
- przygotowywanie i podawanie leków oraz krwi zgodnie z zasadami jej przetaczania;
- bieżące dokumentowanie każdej czynności wykonywanej w trakcie oraz po przeprowadzonym krążeniu pozaustrojowym;
- dbałość o zapewnienie sprawności sprzętu i aparatury.

Dodatkowe zadania perfuzjonisty obejmują:

- udział prowadzeniu krążenia pozaustrojowego i oddychania u dorosłych i dzieci;
- prowadzenie szkoleń w zakresie obsługi i konserwacji aparatury medycznej służącej do perfuzji.

Natomiast zadania pielęgniarki zostały określone w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) - dalej u.z.p.p. W myśl art. 4 ust. 1 u.z.p.p., wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Stosownie do art. 4 ust. 2 u.z.p.p., za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważa się również:

- nauczanie zawodu pielęgniarki lub położnej oraz wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego pielęgniarek lub położnych;
- prowadzenie prac naukowo-badawczych w zakresie pielęgniarstwa;
- kierowanie i zarządzanie zespołami pielęgniarek lub położnych;
- zatrudnienie w podmiocie leczniczym na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
- zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
- zatrudnienie w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia;
- pełnienie służby na stanowiskach służbowych w Inspektoracie Wojskowej Służby Zdrowia i innych jednostkach organizacyjnych Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, na których wykonuje się czynności związane z ochroną zdrowia i opieką zdrowotną;
- pełnienie służby na stanowiskach służbowych w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej i innych stanowiskach Służby Więziennej, na których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem i nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej przez podmiot leczniczy dla osób pozbawionych wolności;
- zatrudnienie w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie;
- zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki w żłobku lub klubie dziecięcym, o których mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 1457);

- sprawowanie funkcji z wyboru w organach samorządu pielęgniarek i położnych lub wykonywanie pracy na rzecz samorządu;
- powołanie do pełnienia z wyboru funkcji związkowej poza zakładem pracy pielęgniarki, jeżeli z wyboru wynika obowiązek wykonywania tej funkcji w charakterze pracownika, albo pełnienie funkcji w zarządzie zakładowej organizacji związkowej, jeżeli z pełnieniem tej funkcji jest związane zwolnienie z obowiązku świadczenia pracy.

Wobec powyższego zasadne jest twierdzenie, że zakres obowiązków jako pielęgniarki pracującej na stanowisku perfuzjonisty, jest również wykonywaniem zawodu pielęgniarki wg ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)

Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie podawania przez pielęgniarkę penicyliny prokainowej w warunkach ambulatoryjnych

Dr hab. Maria Kózka, Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa

Zgodnie z art. 4 punkt 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz. U. Nr 174, poz.1039), pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Podstawą do podania przez pielęgniarkę choremu penicyliny jest pisemne zlecenie lekarskie, które powinno zawierać nazwę leku, sposób i czas podania. Pielęgniarka może podać choremu penicylinę zarówno w oddziale szpitalnym, jak również w warunkach leczenia ambulatoryjnego. Penicyliny nie powinno się podawać w warunkach domowych w stosunku do noworodków i niemowląt do 3 miesiąca życia. Zgodnie ze stanowiskiem Pani Anny Dobrzyńskiej - Krajowego Konsultanta w dziedzinie pediatrii z dnia 18 lutego 2004 r., weryfikowanym w dniu 22 stycznia 2007 r. oraz Pani Krystyny Piskorz-Ogórek – Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego z 16 marca 2004 r. zweryfikowane w dniu 19 stycznia 2007 r. – iniekcje dożylne lub domięśniowe dzieci do 3 miesiąca życia mogą być wykonywane wyłącznie w warunkach szpitalnych, gdzie jest nadzór lekarza i możliwość zapewnienia kompleksowej pomocy w sytuacji powikłań. Podanie choremu penicyliny może spowodować wystąpienie działania niepożądanego: różnorodne osutki, pokrzywki, objawy typu choroby posurowiczej, objawy zespołu toksycznej epidermalnej nekrolizy Lyella oraz najgroźniejszy dla życia wstrząs anafilaktyczny, który może wystąpić nawet po minimalnej dawce leku. Wstrząs anafilaktyczny objawia się: nagłym spadkiem ciśnienia tętniczego krwi, utratą przytomności oraz w części przypadków występuje osutek skórny, jak pokrzywka, wysypka płonicowata. Objawy wstrząsu anafilaktycznego występują w czasie wykonywania iniekcji lub bezpośrednio po, nie później niż po 20 minutach. Domięśniowe podawanie penicyliny prokainowej należy więc wykonać z dużą ostrożnością, by uniknąć wkłucia igły do naczynia oraz, aby nie uszkodzić nerwów obwodowych lub naczyń krwionośnych. Pacjent w czasie podawania leku jak i co najmniej 30 minut po podaniu powinien być objęty obserwacją. Dla zapewnienia choremu bezpieczeństwa pielęgniarka podająca choremu penicylinę powinna mieć ukończony kurs specjalistycznych w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz przygotowany zestaw przeciwwstrząsowy. Odmowa wykonania zlecenia lekarskiego podana na piśmie może nastąpić w sytuacji określonej w art. 12 punkt 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Należą do nich wyjątkowe przypadki, np. zlecenie niezgodne z sumieniem lub zakresem kwalifikacji pielęgniarki oraz zagrażające życiu chorego. Biorąc pod uwagę możliwe wystąpienie działań niepożądanych po podaniu penicyliny pielęgniarka może odmówić jej podania, jeżeli pacjent podaje, że jest uczulony na antybiotyki ß- laktomowe (tj. penicylina, cefalosporyny, prokaina) lub ma rozpoznaną dychawicę oskrzelową. Zgodnie z opinią ekspertów europejskich zaleca się stosowanie standardów postępowania u dzieci i dorosłych w rozpoznawaniu alergii na antybiotyki. Zaleca się wykonywanie testów z preparatem determinant większych (PPL) i mniejszych (MDM) lub BP oraz AX, AM i ewentualnie podejrzaną cefarosporyną. Preparatem diagnostycznym zawierającym determinantę większą była dostępna do niedawna w Polsce penicyloilopolizyna (PPL Testarpen), będąca polipeptydem zawierającym liczne grupy penicylinowe. Umożliwiało to uzyskanie odczynów dodatnich skóry i korzystnie ograniczało właściwości alergenowe (zdolność do wywołania reakcji narządowej lub uogólnionej) preparatu. Preparaty determinanty mniejszej (MDM) nie były w Polsce produkowane. W latach 90-tych wycofano preparaty diagnostyczne determinant penicyliny z rynku amerykańskiego, a w późniejszych latach z rynku polskiego (Testarpen – Tarchomin Polfa)i niemieckiego o nazwie Allergopen – Allergopharma. Odpowiednikiem MDM może być przygotowany samodzielnie roztwór zawierający 1000 jednostek penicyliny krystalicznej w 1 ml użyty po upływie 3 dni przechowywania. Aktualnie w Polsce brak standardów postępowania w tym zakresie. Przyjmuje się jedną z trzech strategii postępowania, których celem jest bezpieczna antybiotykoterapia pacjentów z alergią na antybiotyki. Pierwsza z nich (rygorystyczna) oparta jest na założeniu, że udokumentowana alergia na penicylinę wyklucza stosowanie wszystkich antybiotyków beta- laktamowych. Druga (liberalna) zakłada możliwość podawania cefalosporyn pacjentom z alergią na penicylinę. Rozwiązanie takie jest kontrowersyjne i jego zachowawczy zwolennicy nie stosują go u pacjentów, którzy przebyli epizod anafilaksji. Trzecia strategia (empiryczna) polega na próbach wytworzenia tolerancji antybiotykowej przy pomocy metod nawiązywania do znanych standardów leczenia alergii IGE zależnych. Bez względu na przyjętą strategię decyzję

o rozpoczęciu leczenia penicyliną podejmuje lekarz i bierze za nią odpowiedzialność. Pielęgniarka przed wykonaniem zlecenia lekarskiego, w tym przypadku wykonania choremu iniekcji z penicyliny prokainowej powinna sprawdzić dane pacjenta, rodzaj, dawkę i czas podania leku oraz przeprowadzić wywiad z chorym w celu rozpoznania ewentualnego zagrożenia. W sytuacji pojawienia się wątpliwości pielęgniarka może na piśmie odmówić wykonania zlecenia lekarskiego z podaniem przyczyny.

Kraków; 29.07.2014 r.

Opinia w sprawie podawania penicyliny prokainowej przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych

Beata Ostrzycka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego

Na podstawie ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Lekarz decyduje o procesie leczenia i ordynowaniu leków różnymi drogami wypisując w tym celu pisemne zlecenie lekarskie, którego treść powinna zawierać nazwę zleconego leku, dawkowanie, drogę podania, czasookres i częstotliwość wykonania oraz dane świadczeniobiorcy. Penicylina prokainowa jest lekiem dopuszczonym do obrotu w Polsce i zarejestrowanym do stosowania w lecznictwie otwartym na Rp. czyli wypisywana może być na receptę przez lekarza również w opiece ambulatoryjnej. Penicylina prokainowa jak każdy inny lek zarejestrowany w Polsce może dawać niepożądane skutki uboczne. Producent leku zastrzega jedynie nie podawanie leku dzieciom do 4 roku życia. Zaleca również wykonanie próby uczuleniowej przed podaniem pierwszy raz leku. Wykonanie próby uczuleniowej zleca również lekarz. Za podejmowane leczenie i ordynowanie leków odpowiedzialność ponosi lekarz. Brak zatem podstaw, aby przy prawidłowo wystawionym zleceniu lekarskim, wykonaniu uprzednim próby uczuleniowej, zebraniu wywiadu od świadczeniobiorcy i zapoznaniu się pielęgniarki z ulotką informacyjną produktu leczniczego odmówić wykonania zlecenia lekarskiego. Pielęgniarka jednak może odmówić podania leku zleconego przez lekarza zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodzie pielęgniarki i położnej podając przyczynę na piśmie.

Olsztyn, 12 sierpień 2014 rok
Beata Ostrzycka,
Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego z dnia 12. 08. 2014 r. w sprawie wykonywania przez pielęgniarki iniekcji penicyliny prokainowej i preparatów penicylino pochodnych u dzieci w warunkach ambulatoryjnych

dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego

W procesie antybiotykoterapii domięśniowej preparatami penicyliny, realizowanej u dzieci w warunkach ambulatoryjnych należy zwrócić uwagę na następujące kwestie:

1. Wskazania do antybiotykoterapii, określenie lekowrażliwości wyizolowanego drobnoustroju wywołującego zakażenie i antybiotykoterapia celowana po uzyskaniu wyniku antybiogramu. Decyzję powyższą podejmuje lekarz zlecający i za tę decyzję odpowiada lekarz.
2. Czytelne, pełne, pisemne zlecenie lekarskie, będące podstawą do podania przez pielęgniarkę penicyliny, które powinno zawierać nazwę leku, dawkę, drogę podania i czasookres podawania. Na zleceniu powinna znajdować się informacja o ewentualnej próbie uczuleniowej i jej wyniku oraz o ewentualnej kontynuacji leczenia rozpoczętego w szpitalu.
3. Dokładnie zebrany przez pielęgniarkę wywiad od pacjenta i jego opiekunów na temat ewentualnych uczuleń na antybiotyki beta-laktamowe lub inne leki oraz czy u pacjenta występowały w przeszłości reakcje alergiczne niezależnie od ich przyczyn. Brak danych z wywiadu, że nie występuje u pacjenta nadwrażliwość na antybiotyki beta-laktamowe, nie jest dowodem na to, że taka nadwrażliwość nie wystąpi. W przypadku zgłoszenia przez pacjenta lub opiekunów występujących w przeszłości reakcji alergicznych, niezależnie od czynnika wywołującego, rekomenduję, odroczenie wykonania zlecenia i zgłoszenie powyższego faktu lekarzowi, celem przeprowadzenia diagnostyki nadwrażliwości (próby uczuleniowej, jeśli taka możliwość istnieje), na zlecenie lekarza lub zmiany sposobu czy też formy leczenia.
4. Pielęgniarka powinna przed podaniem leku zapoznać się z kartą charakterystyki produktu, bądź tzw. „ulotką informacyjną" dołączoną do leku. W wyposażeniu gabinetu powinien znajdować się katalog „Kompendium leków", z którego należy korzystać przed podaniem leku, aby zapoznać się ze wskazaniami, przeciwwskazaniami, działaniami niepożąda-

nymi, interakcjami oraz sposobem przygotowania, przechowywania i podania leku.

5. Technika przygotowania zawiesiny i podania leku. Pielęgniarka podająca antybiotyk, powinna zwrócić szczególną uwagę na technikę przygotowania leku i podania (dokładne rozpuszczenie, miejsce podania, aspiracja), by uniknąć podania leku do naczynia krwionośnego oraz nie uszkodzić nerwów obwodowych i naczyń.
6. Bezpieczeństwo pacjenta po podaniu leku. Pacjent w czasie podawania leków, szczególnie takich jak penicylina prokainowa i debecylina oraz co najmniej 30 minut po ich podaniu, ze względu na skutki uboczne, powinien być poddany obserwacji w poradni. Gabinet zabiegowy poradni, powinien być wyposażony w kompletny zestaw przeciwwstrząsowy. Jednostka POZ powinna posiadać opracowaną listę leków, materiałów i sprzęt niezbędny w nagłych przypadkach, który powinien być dostępny w miejscu udzielania świadczeń, czyli w gabinecie zabiegowym. Wskazany byłby defibrylator, worek AMBU itp. oraz łączność z jednostką ratownictwa medycznego. Pielęgniarka powinna posiadać kurs specjalistyczny z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz znać procedurę postępowania do czasu przyjazdu karetki pogotowia. Rekomendowaną dobrą praktyką jest coroczne odbywanie wewnątrzzakładowych szkoleń teoretycznych i praktycznych z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
7. Wg współczesnej wiedzy medycznej i dostępnych metod leczenia dzieci, powinno się wybierać najbardziej bezpieczne leki i drogi podawania leków czyli: droga doustna realizowana w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadku przeciwwskazań - droga dożylna, stosowana w warunkach szpitalnych. Opisywane powikłania u dzieci po podawaniu penicyliny prokainowej lub debecyliny w postaci zespołu Hoigne, uszkodzeń nerwu kulszowego, uszkodzeń mięśni pośladkowych, do zaników włącznie, jak również reakcji alergicznych od wysypki uczuleniowej do wstrząsu anafilaktycznego włącznie oraz trauma i ból spowodowany stałymi, częstymi iniekcjami, są wystarczającym powodem do niestosowania tej formy leczenia dzieci w warunkach ambulatoryjnych. O możliwych zdarzeniach niepożądanych powinni być poinformowani opiekunowie dziecka.
8. Dodatkowym argumentem przeciw stosowaniu penicyliny jest opisywana i potwierdzona w badaniach naukowych, powszechna oporność drobnoustrojów na ten antybiotyk. A w przypadku stwierdzenia wrażliwości na penicylinę prokainową i debecylinę, wszystkie inne antybiotyki beta-laktamowe (penicyliny syntetyczne, cefalosporyny), są również skuteczne, a ich zastosowanie w leczeniu jest o wiele bezpieczniejsze.
9. Artykuł 12 punkt 2 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, daje pielęgniarce prawo odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, w przypadku, gdy jest ono niezgodne z sumieniem lub zakresem kwalifikacji pielęgniarki oraz jeśli zagraża życiu chorego. W takiej sytuacji pielęgniarka wskazuje pisemnie przyczynę odmowy wykonania zlecenia, z jej uzasadnieniem.

Ponadto należy zaznaczyć, że za zlecenie lekarskie (dobór leku i drogę podawania) odpowiedzialność ponosi lekarz (art. 45 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty /Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm./), który może uwzględnić wątpliwości pielęgniarki i zmienić zlecenie lub je podtrzymać.

10. Równoczesne zastosowanie wraz z antybiotykiem, lignokainy jako leku ograniczającego bolesność procedury. Ze względu na bezpieczeństwo stosowania antybiotyków podawanych domięśniowo, nie zaleca się równoczesnego stosowania lignokainy, jako leku ograniczającego bolesność procedury, z uwagi na ryzyko wystąpienia polekowych działań niepożądanych. Lignokaina może powodować reakcje nadwrażliwości, w tym o ciężkim przebiegu, wstrząs anafilaktyczny, objawy ze strony OUN, w tym drgawki i zatrzymanie oddechu, objawy ze strony układu krążenia, a w szczególności zaburzenia rytmu. Po iniekcji lignokainy może dojść również do parestezji jak i porażenia kończyn dolnych, jako efektów niepożądanych zastosowania leku. Nie bez znaczenia mogą być także niezgodności farmaceutyczne związane z mieszaniem w jednej strzykawce lignokainy z antybiotykami, jak i potencjalnie możliwe interakcje farmakodynamiczne. Stanowisko w powyższej kwestii, poparte jest konsultacją z dr n. med. Jarosławem Woroniem – specjalistą farmakologii klinicznej.
11. Podawanie antybiotyków u noworodków i niemowląt do ukończenia trzeciego miesiąca życia. W celu zminimalizowania ryzyka powstania powikłań takich jak m.in.: uszkodzenie nerwu kulszowego, tkanki mięśniowej, trauma oraz ból (spowodowany częstotliwością iniekcji dla utrzymania poziomu terapeutycznego antybiotyku i objętością podawanego roztworu), u noworodków i niemowląt do ukończenia 3 miesiąca życia i starszych niemowląt, które nie posiadają dostatecznie wykształconej tkanki mięśniowej, wyklucza się iniekcje domięśniowe w warunkach ambulatoryjnych. W przypadku przeciwskazań do doustnej podaży antybiotyków, dziecko powinno zostać skierowane do szpitala, celem realizacji antybiotykoterapii dożylnej, która może być wykonywana wyłącznie w warunkach szpitalnych. Realizowanie przez pielęgniarki zleceń lekarskich w zakresie podawania antybiotyków drogą domięśniową lub dożylną w warunkach ambulatoryjnych), u noworodków i niemowląt do ukończenia 3 miesiąca życia i starszych niemowląt, które nie posiadają dostatecznie wykształconej tkanki mięśniowej, jest niezgodne z aktualną wiedzą medyczną i niebezpieczne dla dziecka. Biorąc powyższe pod uwagę, stanowi to podstawę do odmowy wykonania zlecenia zgodnie z art. 12 pkt 2 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Tracą moc opinie:

1. Opinia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego z dnia 06.12.2010 r. w sprawie podawania antybiotyków z dodatkiem leków miejscowo znieczulających drogą domięśniową u dzieci.
2. Zalecenia Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego nr 2/2004 z dnia 16 marca 2004 r., zweryfikowane w dniu 19 stycznia 2007 r. w sprawie podawania antybiotyków noworodkom i niemowlętom do 3 miesiąca życia.
3. Opinia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego z dnia 6 stycznia 2009 roku w sprawie podawania debecyliny dzieciom w warunkach ambulatoryjnych.

dr n. med. Anna Koper, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego

Stanowisko Konsultanta krajowego ds. pielęgniarstwa onkologicznego w sprawie bezpieczeństwa przygotowywania i podawania produktów leczniczych zawierających BCG z dnia 04.07.2013 r.

Stanowisko Konsultanta krajowego ds. pielęgniarstwa onkologicznego w sprawie bezpieczeństwa przygotowywania i podawania produktów leczniczych zawierających BCG w sytuacji przygotowania i podania produktu przez pielęgniarkę w trybie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej i w uzasadnionych przypadkach w oddziale szpitalnym, do czasu uregulowania prawnego w zakresie sporządzania tego specyfiku. Leczenie wlewami BCG jest standardem postępowania uzupełniającego po przezcewkowej resekcji guza. Wlewki BCG są coraz częściej stosowane. W Poradniach Urologicznych roztwory do wlewów dopęcherzowych przygotowują i podają głównie pielęgniarki, stąd moje stanowisko w tej kwestii. Z uwagi na obecność żywych prątków BCG i związane z tym ryzyko dla personelu przygotowującego i podającego lek oraz złożoność procesów jego przygotowania (konieczność zawieszenia liofilizatu w rozpuszczalniku, przeniesienie i rozcieńczenie zawiesiny do postaci gotowego podania dopęcherzowego), przy przygotowywaniu dopęcherzowych preparatów BCG należy zapewnić bezpieczeństwo pacjenta, personelu medycznego, produktu leczniczego oraz środowiska. Każdy z etapów przygotowania i podania stwarza ryzyko uwolnienia BCG do środowiska pracy oraz ekspozycji personelu medycznego przygotowującego i podającego pacjentowi przygotowany produkt leczniczy. Ryzyko jest dodatkowo większe w przypadku produktów oferowanych w ampułkach niż dla leków oferowanych we fiolkach. Przygotowywanie podania powinno być więc prowadzone z użyciem komory bezpieczeństwa biologicznego klasy II, umieszczonej w dedykowanym pomieszczeniu o odpowiedniej klasie czystości przez odpowiednio przeszkolony personel, wyposażony w niezbędne środki ochrony osobistej, obejmujący jałowe:

- czepek i nieprzepuszczalny dla cieczy fartuch ochronny lub kombinezon ochronny z kapturem
- ochraniacze na obuwie
- maskę
- rękawice ochronne.

W pomieszczeniu tym, z uwagi na ryzyko skażenia, niedopuszczalne jest przygotowywanie innych leków. Lek nie powinien być przygotowywany przez osoby przygotowujące inne leki, w tym dożylne leki cytotoksyczne, a także przez osoby z obniżonym poziomem odporności oraz kobiety w ciąży lub karmiące piersią. Z wymogu stosowania komory bezpieczeństwa biologicznego klasy II można zrezygnować, o ile preparat BCG jest dostępny w systemie zamkniętym, który eliminuje ryzyko niekontrolowanego uwolnienia prątków i zakłucia podczas przygotowania. Należy jednak przestrzegać zaleceń, aby preparat gotowy do podania nie był przygotowywany:

- w tym samym pomieszczeniu oraz przez osoby przygotowujące inne dożylne leki w tym cytotoksyczne,
- przez kobiety w ciąży lub karmiące piersią.

Należy także unikać kontaktu BCG ze skórą lub błonami śluzowymi. Kontakt może prowadzić do reakcji nadwrażliwości lub zakażenia zanieczyszczonego miejsca. Celem minimalizacji ryzyka kontaktu leku ze skórą, w trakcie przygotowywania i podawania BCG w postaci systemu zamkniętego powinno się stosować odpowiednie środki ochrony osobistej (jałowe rękawice ochronne, jednorazowy fartuch nieprzepuszczalny dla cieczy). Należy także zapewnić odpowiednie procedury postępowania w przypadku skażenia lekiem np. przebicie systemu, rozbicie fiolki z liofilizatem, uwolnienie preparatu w trakcie podawania:

1. W przypadku skażenia powierzchni w wyniku uszkodzenia fiolki z lekiem lub gotowego preparatu, zanieczyszczone miejsce powinno się potraktować środkiem dezynfekcyjnym o potwierdzonym działaniu przeciwko mykobakteriom.
2. Skażoną skórę należy dezynfekować odpowiednim środkiem odkażającym.
3. Jeżeli dojdzie do przedostania się leku przez skórę np. podczas zakłucia, miejsce skaleczenia należy dokładnie przemyć i zdezynfekować środkiem dezynfekcyjnym. W przypadku gdy powyższe postępowanie okaże się nieskuteczne, dalsze postępowanie zaleca lekarz.
4. W przypadku przedostania się leku do oka, należy je jak najszybciej dokładnie przemywać dużą ilością wody lub soli fizjologicznej przez minimum 15 minut. Dalsze postępowanie wg wskazań lekarza. W każdym przypadku wszelkie przedmioty mające kontakt z lekiem, jego pozostałości oraz środki ochrony osobistej i sprzęt jednorazowego użytku wykorzystany przy jego przygotowywaniu i podawaniu należy traktować jako odpady medyczne kategorii 18 01 03 zgodnie z obowiązującymi przepisami (Dz. U. 2001 nr 62 poz. 628, Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach. z późniejszymi zmianami; Dz. U. 2010 nr 139 poz. 940 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi).

Opracowano na podstawie:

1. Charakterystyka Produktu Leczniczego BCG-medac, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do podawania do pęcherza moczowego, opublikowana przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (data publikacji 2012-02-22)
2. BCG-medac basis dokumentation; Medac GmbH, Fehlandtstr. 3; 20354 Hamburg
3. Charakterystyka Produktu Leczniczego Onko BCG 50, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do podawania do pęcherza moczowego (dostępnej na stronie internetowej producenta pod adresem http://www.biomed.lublin.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=105%3Aonko-bcg50&catid=40%3Aleki-na-recepte&Itemid=121, stan na dzień 04 czerwca 2012 r.)
4. OncoTice Product monograph, Dateof Preparation February 21, 2011 dostępna pod adresem http://www.merckfrosst.ca/assets/.

Czy położna może być zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego?

Zgodnie z art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (j.t. Dz. U. z 2013 r., poz. 757 ze zm.) dyspozytorem medycznym może być osoba, która:

1. posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
2. posiada wykształcenie wymagane dla lekarza systemu, pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego;
3. przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w izbie przyjęć szpitala.

Z kolei wykształcenie wymagane dla pielęgniarki systemu wskazane w art. 3 pkt 6 ww. ustawy obejmuje posiadanie przez pielęgniarkę tytułu specjalisty lub bycia w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także posiadanie przez pielęgniarkę ukończonego kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii. Należy wyraźnie zaznaczyć, iż położna nie może uczestniczyć w ww. szkoleniach specjalizacyjnych i kursach kwalifikacyjnych, gdyż przewidziane są one wyłącznie dla pielęgniarek - zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922 ze zm.). Tym samym położna nie uzyska kwalifikacji właściwych dla pielęgniarki systemu.

W świetle powyższych zapisów położna nie może zatem być dyspozytorem medycznym, gdyż nie posiada ona wykształcenia wymaganego dla pielęgniarki systemu.

Jedynym wyjątkiem będzie natomiast sytuacja, gdy położna była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego w dniu 1 stycznia 2007 r. (dzień wejścia w życie ustawy o PRM) oraz doskonaliła się zawodowo w formach i na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia dnia 16 kwietnia 2007 r. w sprawie doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych(Dz. U. Nr 77, poz. 525). Zgodnie bowiem z art. 58 ust. 3 ustawy o PRM osoba zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego w dniu wejścia w życie ustawy, niespełniająca wymagania określonego w art. 26 ust. 2 pkt 2 może pełnić tę funkcję po tym dniu. Osoba ta ma obowiązek doskonalenia zawodowego w trybie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 26 ust. 4 ustawy. Tylko i wyłącznie po spełnieniu powyższych warunków położna może być zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.

Jednocześnie należy podkreślić, iż położna wykonująca zadania dyspozytora medycznego, określone w art. 27 ust. 1 ustawy o PRM, nie traci uprawnień zawodowych położnej bowiem zadania te obejmują w szczególności:

- przyjmowanie powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 5;
- przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy;
- przekazywanie osobie kierującej akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, zwanej dalej „kierującym", niezbędnych informacji ułatwiających prowadzenie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia;
- zbieranie aktualnych informacji o dostępnych w rejonie operacyjnym jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji lekarzowi koordynatorowi ratownictwa medycznego;
- zbieranie i archiwizowanie bieżących informacji o zdarzeniach i prowadzonych medycznych czynnościach ratunkowych;
- powiadamianie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, centrów urazowych lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
- powiadamianie o zdarzeniu jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia.

Wykonywanie powyższych zadań przez położną należy uznać za udzielanie świadczeń zdrowotnych, gdyż zgodnie z art. 27 ust. 1a ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym wykonywanie wskazanych powyżej zadań dyspozytora medycznego stanowi udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.).

Raport pielęgniarski w formie ustnej

Dr hab. Maria Kózka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie przekazywania raportów pielęgniarskich w formie ustnej

W aktualnie obowiązującym systemie prawnym brak przepisów regulujących formę, w jakiej mogą być przekazywane raporty pielęgniarskie. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U.Nr 252, poz. 1697) nie uwzględnia formy ustnej raportów pielęgniarskich, jedynie odnosi się do księgi raportów pielęgniarskich. Zawartość księgi raportów pielęgniarskich została określona w § 31 przywołanego rozporządzenia. Przepisy prawne nie zabraniają wprowadzenia drogą decyzji pracodawcy obowiązku jedynie pisemnego przekazywania raportu pielęgniarskiego. Nie bez znaczenia jednak dla oceny zasadności wprowadzenia jedynie pisemnego przekazywania raportów pielęgniarskich jest niezmienne stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (nr 43 z dnia 16 czerwca 2010 roku w sprawie konieczności przekazywania raportów pielęgniarskich w formie ustnej i pisemnej), zgodnie z którym istnieje bezwzględna konieczność przekazywania raportów pielęgniarskich w formie pisemnej i ustnej. Podobną opinię prezentuje Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stwierdzając, iż forma pisemna nie może zastąpić ustnego przekazywania raportu, gdyż zmiana rozpoczynająca dyżur musiałaby mieć min. 1 godzinę na szczegółowe przeczytanie wszystkich zapisów w poszczególnych drukach dokumentacji medycznej, bez świadczenia w tym czasie usług zdrowotnych, co stanowiło by zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów (stanowisko PTP w sprawie czasu pracy przeznaczonego na raport pielęgniarski z dnia 17 marca 2010 roku). Osobiście przychylam się do stanowisk NRPiP oraz PTP w sprawie konieczności przekazywania raportów pielęgniarskich w formie pisemnej i ustnej. W mojej opinii przekazywanie raportów pielęgniarskich tylko w formie pisemnej jest niewystarczające. Przekazywanie raportów pielęgniarskich w formie pisemnej i ustnej ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom poprzez przewidywanie i eliminowanie zdarzeń niepożądanych wynikających z niedostatecznego przepływu informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz dbania o wysoką jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie w podmiotach leczniczych zakazu przekazywania raportów pielęgniarskich w formie ustnej uważam za niedopuszczalne, bowiem stanowi bezpośrednie zagrożenie bezpieczeństwa opieki. Ponadto podmiot leczniczy zgodnie z Kodeksem Pracy jest zobowiązany do stworzenia bezpiecznych warunków pracy pracownikom, a jako świadczeniodawca – do bezwzględnego wywiązywania się z podpisanej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację określonych świadczeń zdrowotnych na rzecz świadczeniobiorców.

Kraków, listopad 2012 r.

Dziecko osamotnione, osierocone w szkole

Wystąpienie na konferencji „Oświata - Medycyna bliżej dziecka”.

Każde dziecko potrzebuje świadomości, że jest kochane przez własnych rodziców. Taka miłość i akceptacja sprawia, że dziecko ma poczucie bezpieczeństwa i dzięki temu jest mu dużo łatwiej nawiązywać kontakty z rówieśnikami i przezwyciężać ewentualne problemy w szkole.

A co kiedy dziecku tego zabraknie?

Sieroctwo stanowi jeden z podstawowych problemów opieki nad dzieckiem. Zjawisko to niepokoi współczesne społeczeństwa ze względu na swój zakres, różnorodne formy występowania, trudności zapobiegania oraz diagnozowania sytuacji je wywołujących. Pierwotnie termin ten odnosił się do pozbawienia dziecka opieki wskutek śmierci rodziców. Natomiast wypadki, w których rodzice porzucali swoje dzieci z różnych powodów (opuszczenie, wyjazd za granicę) zaczęto określać sieroctwem społecznym.

Dla wprowadzenia rozróżnień w sytuacji losowej dzieci, tradycyjnemu pojęciu „sieroctwo” towarzyszy przymiotnik „naturalne”. Rozumie się przez nie „sytuację życiową dziecka, które utraciło rodziców na skutek ich śmierci. Sierotą naturalnym jest więc każde dziecko, którego rodzice zmarli, półsierotą zaś to, które posiada tylko jedno z rodziców, a drugie już nie żyje”. W odróżnieniu od sieroctwa naturalnego, termin „sieroctwo społeczne” cechuje niejednoznaczność i rozciągliwość, ponieważ obejmuje on różnorodne sytuacje losowe dzieci, często nieporównywalne, wynikające np. z rozwodu rodziców, wyjazdu za granicę, czy też pobytu rodzica w więzieniu.

Środowisko, w którym wzrasta dziecko, oddziałuje na jego rozwój i stanowi ważny czynnik jego rozwoju. Jeden z najważniejszych i niezbędnych warunków, które zapewniają prawidłowy rozwój osobowości dziecka, stanowi obecność matki i ojca w rodzinie, ich serdeczny stosunek i udział w jego wychowaniu. Brak więzi z matką u małego dziecka powoduje różne zaburzenia w rozwoju zarówno fizycznym, jak i psychicznym.

Poczucie osamotnienia u dziecka może pojawić się przede

wszystkim jako rezultat niezaspokojenia podstawowych potrzeb warunkujących prawidłowy rozwój emocjonalny człowieka. Chodzi przede wszystkim o potrzeby bezpieczeństwa, przynależenia i trwałej więzi emocjonalnej, wsparcia i bliskich relacji z innymi. Uczucia osamotnienia u dzieci wynikają z niezaspokojenia potrzeb więzi emocjonalnej, akceptacji, przynależności, współuczestnictwa i oparcia. Przeżywając stany osamotnienia i dyssatysfakcji z relacji w najbliższym otoczeniu, dziecko może mieć trudności w zakresie funkcjonowania w szkole, czy w relacjach z rówieśnikami, w nawiązywaniu kontaktów w okresie adolescencji, w podejmowaniu zadań związanych z wiekiem w nowych sytuacjach społecznych.

Dzieci bardzo przeżywają brak obecności rodziców w najważniejszym dla nich okresie rozwoju. W okresie dorastania potrzebują nadzwyczaj bliskiego kontaktu z najbliższymi im osobami, potrzebują poczucia komfortu psychicznego, bezpieczeństwa, miłości i bliskości.

Dzieci opuszczone przez rodziców reagują na to w różny sposób:

- niektóre z nich nie chcą mieć już żadnych kontaktów z rodzicami i często deklarują swoją niechęć do nich;
- jednak zdecydowana większość dzieci tęskni do swoich rodziców i przypisuje im większą ilość pozytywnych cech, niż mają w rzeczywistości.

Skutki sieroctwa u dzieci w wieku szkolnym to: niechętny i niedbały stosunek do nauki i obowiązków szkolnych, dzieci te często wagarują, uderzający jest brak koncentracji wewnętrznej podczas pracy umysłowej - rozproszenie i osłabienie uwagi, niechęć do wszelkich wysiłków intelektualnych, dzieci osierocone najczęściej nie mają żadnych trwałych zainteresowań intelektualnych - są umysłowo bierne, albo też ustawicznie zmieniają swoje zainteresowania. Sieroctwo nie sprzyja rozwojowi intelektualnemu u dzieci, stąd wiele z nich źle się uczy. Niedostosowanie do roli ucznia wiąże się z zaburzeniami emocjonalnymi. Ponieważ siłą napędową działania u dzieci jest uczucie, dziecko opuszczone nie ma dla kogo się uczyć.

Problem osamotnienia wśród dzieci narasta. Około 10% dzieci w wieku szkolnym przyznaje się do tego, że nie ma przyjaciół, że ma poczucie dezakceptacji, czy wręcz odrzucenia i wysokie poczucie osamotnienia. Wzrost osamotnienia u dzieci można wiązać z brakiem umiejętności interpersonalnych.

Jak rozpoznać problem u dziecka?

Dziecko może zamknąć się w sobie, a typowe objawy to: depresja, odsunięcie się od otoczenia (znajomych, przyjaciół), opuszczenie się w nauce, próby samobójcze lub okaleczanie się,. Może też otworzyć się na wszelkie negatywne zmiany, takie jak: agresja, zmiana otoczenia (znajomych, przyjaciół), kradzieże, kłamstwa, wagary, bójki, sięganie po używki (alkohol, narkotyki, papierosy) i inne patologie.

Wskazuje się na powiązania osamotnienia ze stanami depresji i wahaniami nastroju, z podwyższonym lękiem, neurotycznością, niższą samooceną, skłonnością do zachowań autodestrukcyjnych, z różnymi dolegliwościami o charakterze psychosomatycznym: bóle głowy, utrata apetytu, zmęczenie i ogólnie gorszym stanem zdrowia. Stąd też pielęgniarka szkolna przede wszystkim powinna:

- dokładnie przeanalizować powody zgłoszeń w zeszycie porad ambulatoryjnych,
- dyskretnie obserwować zachowania ucznia,
- zebrać szczegółowy wywiad od wychowawcy klasy.

W przypadku podejrzenia problemów psychosomatycznych uczeń powinien zostać objęty opieką pielęgniarki szkolnej w celu monitorowania nieprawidłowości zdrowotnych, pedagoga oraz psychologa szkolnego.

Uczeń z problemem osamotnienia powinien także uczestniczyć w zajęciach socjoterapeutycznych, które pozwolą poznać i zrozumieć dziecko, dotrzeć do jego problemów i uruchomić mechanizmy pomocowe. Pedagog prowadzący zajęcia powinien stworzyć warunki do kształtowania poczucia własnej wartości poprzez:

- zachęcanie do poznawania siebie,
- budowanie pozytywnego stosunku do siebie,
- zachęcanie do pełnienia roli lidera i doświadczania możliwości wpływania na aktywność grupy.

Kolejnym obszarem pracy z uczniem jest tworzenie warunków do rozwijania kompetencji społecznych, poprzez m.in.:

- uczenie się informowania o swoim samopoczuciu,
- rozwijanie umiejętności współpracy,
- uczenie umiejętności rozwiązywania konfliktów,
- ćwiczenie uważnego słuchania innych.

Istotną rolę odgrywa również tworzenie warunków do rozwijania samokontroli emocjonalnej, czyli:

- zachęcanie do rozpoznawania i nazywania emocji,
- ćwiczenie umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami w akceptowany sposób,
- nauka dostrzegania związku pomiędzy emocjami a konsekwencjami, które wywołują.

Praca z uczniem z problemami jest procesem długotrwałym, ponieważ poczucie osamotnienia i problemy w zakresie kompetencji społecznych rzutują na całe jego życie. Stąd tak istotne jest uświadomienie rodzinom, że wyposażenie dziecka w poczucie bezpieczeństwa, poprzez zapewnienie miłości i akceptacji, pozwala mu lepiej radzić sobie z trudnościami w życiu dorosłym.

mgr Katarzyna Kęcka,
Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej PUM
członek Komisji ds. medycyny szkolnej

Piśmiennictwo u autora.

ZATRZYMANE W FOTOOBIEKTYWIE...

Spotkanie z pielęgniarkami w Barlinku – 21.10.2014r.

Wspólne zdjęcie

Pani Maria Matusiak odpowiada na pytania

Konferencja „Oświata – Medycyna bliżej dziecka" – 06.11.2014r.

Widok sali

Konferencje prowadziła P. Katarzyna Strzelecka

Prezentacja P. Katarzyny Kęckiej

Spotkanie z pełnomocnikami i kierowniczą kadrą zarządzającą – 13 i 14.11.2014r.

Wystąpienie P. Bożeny Prządki – Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie piel. epidemiologicznego

Omawiamy nowelizację ustawy – P. Maria Matusiak

Frekwencja pełnomocników jak zwykle dopisała

Spotkanie z Pielęgniarkami Naczelnymi

Konferencja „Wybrane zagadnienia chorób zakaźnych" – Międzyzdroje – 21 – 23.11.2014r.

Widok sali

Widok sali

Wystąpienie P. Jolanty Skolimowskiej

Wystąpienie P. Barbary Kot - Doniec

Ciekawy wykład P. Małgorzaty Kłys - Rachwalskiej

Gratulacje dla osób, które brały udział w wyborach do samorządów lokalnych

Wykład P. Małgorzaty Wink.

Występy na uroczystej kolacji – czy to nasze koleżanki?

Wspaniały i równie pyszny tort – czy poznajecie, kto go kroi?...

Konferencja „Teraźniejszość i przyszłość edukacji diabetologicznej" – Stargard Szczeciński – 22.11.2014r.

A to kto?...

Tort w całej okazałości.

Warsztaty „Insulinoterapia w praktyce pielęgniarskiej" – 24.11.2014r.

Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych w Szczecinie informuje, że prowadzi nabór na bezpłatny kurs specjalistyczny dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej

w zakresie opieki geriatrycznej, w ramach projektu systemowego *„Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”* współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Rozpoczęcie projektu planowane jest na 09.02.2015r.

Liczba godzin dydaktycznych w ramach kursu wynosi 40 godzin, w tym:

- 18 godzin wykładów
- 18 godzin warsztatowo- seminaryjnych w podgrupach 15-osobowych
- 4 godziny ćwiczeń w podgrupach 5-osobowych

Rekrutacja:

1. **Uczestnikiem Kursu może być pielęgniarka/pielęgniarz,** która/y:
   a. w rozumieniu art. 5 ust. 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) jest pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej, tj.:
      – ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,

   lub

      – ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,

   lub

      – odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,

   lub

      – odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,

   lub

      – posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

   b. jest zatrudniona w podmiocie leczniczym będącym lub niebędącym przedsiębiorcą, realizującym świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, bez względu na formę wykonywania zawodu, o której mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1-4 Ustawy, lub wykonuje zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.) i realizuje świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna;

   c. posiada prawo wykonywania zawodu;

2. **Osoby zainteresowane zachęcamy do złożenia:**
   a. wniosku o dopuszczenie do kursu
   b. kserokopii prawa wykonywania zawodu (potwierdzona za zgodność z oryginałem);
   c. dokumentu potwierdzającego zatrudnienie w podstawowej opiece zdrowotnej:
      – zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu
      – lub oświadczenie uczestnika kursu o wykonywaniu zawodu w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową; (do pobrania ze strony internetowej)

Przewodnicząca Rady
Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych
mgr Maria Matusiak

Danie Wiglilijne

Kapusta z grochem i z grzybami

- 3kg kapusty kiszonej
- ½ kg grochu łuskanego
- grzyby – im więcej, tym lepsze danie (mogą być prawdziwki, podgrzybki)
- olej, pieprz ziarnisty, liść laurowy

- Kapustę odgotować, jeśli kwaśna, jeśli nie – wypłukać i ugotować. Dodać olej.
- Grzyby namoczyć, ugotować, pokroić.
- Grzyby dodać do kapusty i gotować.
- Groch namoczyć i ugotować.
- Po ugotowaniu kapusty z grzybami połączyć wszystko razem, dodać, jak kto lubi trochę przyprawy maggi w płynie, pieprz do smaku, może być trochę przyprawy do bigosu i dań z kapusty.

Smacznego!

Polskie pielęgniarki i położne w systemie ochrony zdrowia

(Wystąpienie na konferencji w Międzyzdrojach)

mgr Jolanta Skolimowska
Z-ca Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
przy Ministerstwie Zdrowia

Zmiany o charakterze transformacji zawodowej:

- pielęgniarstwo, zawód regulowany - na wspólnotowym rynku pracy,
- uzyskiwanie szerszych uprawnień i kompetencji zawodowych,
- kształcenie zawodowe przed dyplomowe na poziomie szkoły wyższej,
- działalność naukowa i zdobywanie stopni naukowych.

Kształcenie zawodowe

Pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo pierwszego i drugiego stopnia stanowią połowę zarejestrowanych aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia.

- Liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych wynosi: 282 634 i 35 381
- Liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych wynosi: 218 210 i 25 297
- 76 uczelni posiada akredytację Ministra Zdrowia i uprawnienia do kształcenia na kierunku pielęgniarstwo, w tym 34 uczelnie są uprawnione do kształcenia na poziomie magisterskim
- 18 uczelni posiada akredytację dla kierunku położnictwo, w tym 12 uczelni jest uprawnionych do kształcenia na poziomie magisterskim

Kształcenie podyplomowe-corocznie w ramach środków budżetu państwa 1850 pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych może odbywać kształcenie specjalizacyjne w różnych dziedzinach pielęgniarstwa.

Jedno miejsce jest dofinansowane w wysokości 4 337zł. W bieżącym roku specjalizacje priorytetowe to pielęgniarstwo onkologiczne i geriatryczne.

Pielęgniarstwo epidemiologiczne

W Polsce stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej utworzono w roku 1980 (taryfikator kwalifikacyjny).

Pierwszy ramowy zakres czynności opracowany został przez Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju w roku 1996.

Na podstawie art.15 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi kwalifikacje **członków Zespołów Kontroli Zakażeń Szpitalnych** (ZKZS) reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

Specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii:

1. posiada specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii,
2. posiada średnie medyczne lub wyższe wykształcenie w dziedzinie pielęgniarstwa,
3. posiada co najmniej 3-letnie doświadczenia w zawodzie pielęgniarki lub w zawodzie położnej wykonywanym w szpitalu,

W Polsce 975 pielęgniarek i położnych zatrudnionych w publicznych i niepublicznych podmiotach leczniczych realizuje zadania z zakresu pielęgniarstwa epidemiologicznego (stan z 2013r.).

Specjaliści w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego

- 1272 pielęgniarek
- 83 położne
- ogółem: 1355

(1049 osób ukończyło kurs w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego), w ostatnich latach tendencja wzrostowa, również wśród osób niebędących członkami ZKZS (stan na 2014r.)

Zdarzające się nieprawidłowości w formie zatrudnienia pielęgniarki/położnej specjalisty ds. epidemiologii lub higieny i epidemiologii, polegają na:

- zatrudnianiu bez wymaganych kwalifikacji,
- łączeniu funkcji z innymi stanowiskami i obowiązkami,
- zatrudnianiu 1 pielęgniarki epidemiologicznej w szpitalach powyżej 400 łóżek (przy normie: 1 pielęgniarka na 200 łóżek).

Na zdjęciu: międzynarodowa debata środowisk pielęgniarskich w Sejmie 2011r.

Wzrost pozycji polskich pielęgniarek i położnych - zwiększenie samodzielności

12 sierpnia 2014 r. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej *podpisał ustawę z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw.*

Art. 15a ust. 1. W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarka, położna posiadające dyplom **ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka, położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa** mają prawo samodzielnie:

1) ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,

2) ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty - jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Art. 15a ust. 2. W ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarka i położna posiadające **dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo** mają prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Art. 15a ust. 6. Pielęgniarka i położna posiadające **tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo** mają prawo wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Art. 15a ust. 7. Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa w ust. 1. i 2., nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarskich i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem.

Zgodnie z delegacją zawartą w art. 15a ust. 8. powyższej ustawy Minister Zdrowia wyda stosowne rozporządzenia:

1. *w sprawie wykazu:*
   - *substancji czynnych zawartych w lekach,*
   - *środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego,*
   - *wyrobów medycznych i badań diagnostycznych.*
2. *w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne (zawierające)*
   - sposób i tryb wystawiania recept,
   - wzór recepty,
   - sposób zaopatrywania w druki recept,
   - sposób realizacji recept,
     – biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania recept, w szczególności w zakresie przepisów ust. 3. i 4 oraz zapewnienia prawidłowej realizacji recepty i zadań kontrolnych podmiotów uprawnionych do kontroli recept.

Załącznik nr 1

Wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, które mogą być ordynowane przez pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 1. ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz na które te pielęgniarki i położne mają prawo wystawiać recepty.

Lp.	**Grupa leków**	Substancje czynne	**Postać, moc i droga podania**
1	2	3	4
1.	leki przeciwwymiotne	ondansetronum	wszystkie dostępne postacie
		aprepitant	wszystkie dostępne postacie

		thiethylperazinum	wszystkie dostępne postacie
2.	leki przeciwzakaźne do stosowania miejscowego	nystatynum	do stosowania na skórę i błony śluzowe
		metronidazolum	do stosowania na skórę i błony śluzowe
3.	ginekologiczne leki przeciwzakaźne	nystatynum	do podawania dopochwowego
		natamycinum	do podawania dopochwowego
		clotrimazolum	do podawania dopochwowego
		metronidazolum	do podawania dopochwowego
4.	leki stosowane w niedokrwistości	acidum folicum	do stosowania doustnego
5.	leki przeciwzakaźne działające ogólnie	amoxicillinum	do stosowania doustnego
		amoxicilline z kwasem klawulanowym	do stosowania doustnego
		ampicillinum	do stosowania doustnego (w obecnym wykazie leków dopuszczonych do obrotu nie jest dostępna w formie doustnej, tylko w iniekcjach)
		phenoxymethylpenicillinum	do stosowania doustnego
		cefaclorum	do stosowania doustnego
		cefalexinum	do stosowania doustnego
		doxycyclinum	do stosowania doustnego
		aceklovir	do stosowania doustnego (oraz do stosowania na skórę pod postacią kremu – np. zovirax)
		flukonazol	do stosowania doustnego
6.	środki znieczulające działające miejscowo	lignocainum	do podawania na skórę i błony śluzowe
		lidocainum, prilocainum	do podawania na skórę
7.	leki przeciwbólowe	tramadolum	do stosowania doustnego (w dawce max. do 50 mg)
8.	anksjolityki	hydroxyzini	do stosowania doustnego
9.	leki przeciwpasożytnicze	mebendazolum	do stosowania doustnego
		pyrantelum	do stosowania doustnego
		crotamitonum	do stosowania na skórę
10.	leki rozszerzające oskrzela	salbutamolum	do podawania wziewnego
		ipratropii bromidum	do podawania wziewnego
Uwaga! Leki o kategorii dostępności OTC w pełnym zakresie mogą być ordynowane przez pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.			

Pielęgniarki i położne mają prawo zalecać wszystkie leki o kategorii dostępności OTC oraz wystawiać recepty na leki o kategorii dostępności Rp* zawierające następujące substancje czynne z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe:

* przy ordynacji leków pielęgniarki i położne powinny korzystać z Wykazu produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanowiącego Załącznik do obwieszczenia Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z dnia 18 marca 2014 r. w sprawie ogłoszenia Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej oraz z aktualnego tekstu obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych ogłaszanego na podstawie ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Załącznik nr 2

Wykaz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego

Lp.	Nazwa rodzajowa
1.	Hydrolizaty białek mleka

Załącznik nr 3

Wykaz wyrobów medycznych, na które pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 1. ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, mają prawo wystawiać recepty i zlecenia.

Lp.	Nazwa wyrobu medycznego
1.	Zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej 10 sztuk (obejmujące wkłucie, łącznik i dren)
2.	Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych
3.	Cewniki zewnętrzne
4.	Cewniki urologiczne
5.	Cewniki jednorazowe urologiczne lub w równowartości ich kosztu jednorazowe hydrofilowe cewniki urologiczne
6.	Worki do zbiórki moczu z odpływem
7.	Worki do zbiórki moczu w przypadku nefrostomii lub w równowartości ich nabycia inny sprzęt urologiczny (np. cewniki urologiczne, paski mocujące itp.)
8.	Worki stomijne samoprzylepne jednorazowego użycia w systemie jednoczęściowym lub w równowartości ich kosztu worki i płytki w systemie dwuczęściowym lub inny sprzęt stomijny: zestawy irygacyjne, nocne zbiorniki na mocz, pasty, pudry oraz paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii
9.	Środki absorpcyjne (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady, wkłady anatomiczne)
10.	Pończocha kikutowa - po pełnej amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie stopy
11.	Pończocha kikutowa - po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie podudzia
12.	Pończocha kikutowa - po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie uda
13.	Majteczki po wyłuszczeniu lub w przypadku wrodzonego braku w stawie biodrowym
14.	Peruka
15.	Pończocha kikutowa po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie przedramienia
16.	Pończocha kikutowa po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie ramienia
17.	Pończocha kikutowa po pełnej amputacji lub w przypadku wrodzonego braku kończyny górnej
18.	Poduszka przeciwodleżynowa pneumatyczna
19.	Materac przeciwodleżynowy (z wyłączeniem materacy piankowych)
20.	Kula łokciowa ze stopniową regulacją
21.	Kula łokciowa z podparciem na przedramieniu
22.	Kula pachowa
23.	Trójnóg albo czwórnóg
24.	Laska dla niewidomych (biała)
25.	Balkonik albo podpórka ułatwiająca chodzenie
26.	Opatrunki
27.	Paski diagnostyczne

Załącznik nr 4

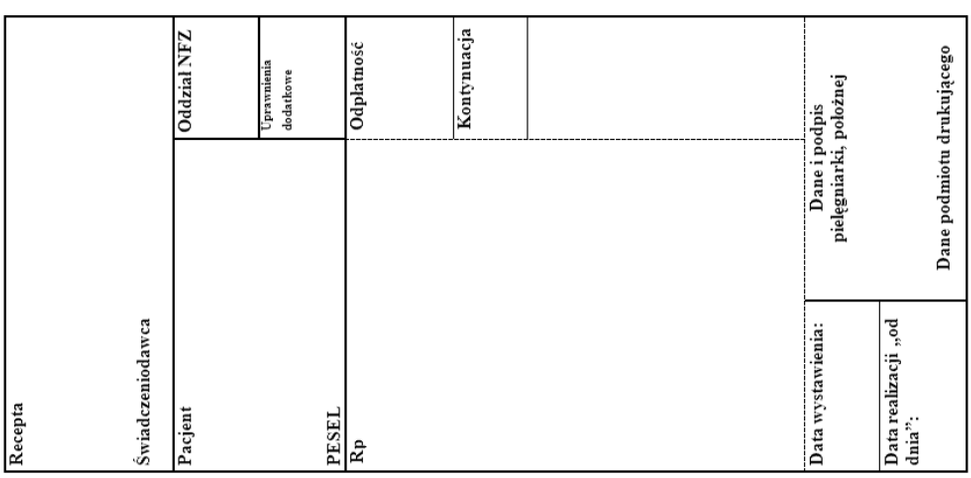
Wykaz badań diagnostycznych, na które pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 6. ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, mają prawo wystawiać skierowania.

Lp.	Rodzaj badania	Nazwa badania diagnostycznego
1.	Badania hematologiczne	1) morfologia krwi obwodowej z leukogramem 2) odczyn opadania krwinek czerwonych (OB) 3) hemoglobina glikowana (HbA1c)
2.	Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi	1) sód 2) potas 3) wapń całkowity 4) żelazo 5) mocznik 6) bilirubina całkowita + związana 7) GGTP – gamma glutamylotransferazy 8) kreatynina

2.	Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi	9) glukoza 10) OGTT 11) białko C-reaktywne (CRP) 12) cholesterol CHOL 13) cholesterol HDL 14) cholesterol LDL 15) triglicerydy (TG) 16) antygen HBs-(HBsAg), 17) antygen HCV 18) ALAT 19) próba RT 23 20) USR 21) badanie krwi w kierunku rzeżączki 22) Chlamydia p/ciało 23) badanie krwi w kierunku rzeżączki 24) Chlamydia p/ciało
3.	Badania układu krzepnięcia	wskaźnik protrombinowy (INR)
4.	Badania moczu	ogólne badanie moczu z oceną osadu
5.	Badania kału*	1) pasożyty 2) krew utajona
6.	Badania mikrobiologiczne*	1) posiew moczu z antybiogramem 2) posiew wymazu z gardła z antybiogramem 3) posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella
7.	Badania elektrokardiograficzne	1) EKG w spoczynku
8.	Badania wydzieliny z dróg rodnych	1) cytologia szyjki macicy 2) badanie w kierunku dwoinki rzeżączki (GC) i stopień czystości pochwy 3) chlamydia trachomatis
9.	Badania radiologiczne*	1) zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej 2) zdjęcia kostne - w przypadku kręgosłupa; kończyn i miednicy w projekcji AP i bocznej 3) zdjęcie zatok
10.	Badania ultrasonograficzne	1) USG jamy brzusznej 2) USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej

* Nie dotyczy położnej

Wzór recepty



Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego z uwzględnieniem zmian w systemie kształcenia podyplomowego

(Wystąpienie na konferencji w Międzyzdrojach)

dr Barbara Kot - Doniec
Dyrektor
Centrum Kształcenia Podyplomowego
Pielęgniarek i Położnych

Podstawy prawne kształcenia podyplomowego

- Ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. z 2013 poz. 1562)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1923)

PROWADZENIE PRAC PROGRAMOWYCH PRZEZ CKPPiP

- na mocy zapisów art.78 ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr. 174, poz. 1039 z późn. zm.)

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych jako jednostka podległa Ministrowi Zdrowia przygotowuje programy kształcenia w porozumieniu z:

- Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych
- Konsultantami krajowymi
- Przewodniczącymi Towarzystw i Stowarzyszeń Zawodowych Pielęgniarek i Położnych

ZAAWANSOWANIE PRAC PROGRAMOWYCH

Prace programowe realizowane w CKPPiP obejmują 72 programy (na dzień 31.10.2014r.)

- Specjalizacje – 17
- Kursy kwalifikacyjne – 24
- Kursy specjalistyczne - 30

Odrębny Zespół Autorów powołano do opracowania modułu podstawowego dla specjalizacji.

Do recenzji przygotowano 25 programów kształcenia.

DZIEDZINY SPECJALIZACJI I KURSÓW KWALIFIKACYJNYCH

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

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 24 sierpnia 2015 r.

DZIEDZINY SPECJALIZACJI (17)

• DLA PIELĘGNIAREK:

1. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
2. Pielęgniarstwo chirurgiczne
3. Pielęgniarstwo geriatryczne
4. Pielęgniarstwo internistyczne
5. Pielęgniarstwo onkologiczne
6. Pielęgniarstwo operacyjne
7. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
8. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
9. Pielęgniarstwo pediatryczne
10. Pielęgniarstwo psychiatryczne
11. Pielęgniarstwo ratunkowe
12. Pielęgniarstwo rodzinne

13. Ochrona zdrowia pracujących

Zgodnie z ww. rozporządzeniem, kształcenie w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego, nefrologicznego, diabetologicznego oraz neurologicznego będzie realizowane w ramach kursu kwalifikacyjnego.

Ponadto ww. rozporządzenie nie uwzględnia kształcenia w ramach specjalizacji w dziedzinie organizacji i zarządzania oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

DZIEDZINY SPECJALIZACJI DLA POŁOŻNYCH:

1. Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze (obecnie obowiązują dwie odrębne specjalizacje: pielęgniarstwo położnicze i pielęgniarstwo ginekologiczne)
2. Pielęgniarstwo rodzinne

Dziedziny specjalizacji dla pielęgniarek i położnych:

1. Pielęgniarstwo neonatologiczne
2. Pielęgniarstwo epidemiologiczne

DZIEDZINY KURSÓW KWALIFIKACYJNYCH (24)

Dziedziny kursów dla pielęgniarek:

1. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
2. Pielęgniarstwo chirurgiczne
3. Pielęgniarstwo diabetologiczne (nowy kurs)
4. Pielęgniarstwo geriatryczne
5. Pielęgniarstwo internistyczne (obecnie piel. zachowawcze)
6. Pielęgniarstwo kardiologiczne
7. Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią
8. Pielęgniarstwo neonatologiczne
9. Pielęgniarstwo neurologiczne
10. Pielęgniarstwo onkologiczne
11. Pielęgniarstwo operacyjne
12. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
13. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
14. Pielęgniarstwo pediatryczne
15. Pielęgniarstwo psychiatryczne
16. Pielęgniarstwo ratunkowe
17. Pielęgniarstwo rodzinne
18. Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania
19. Pielęgniarstwo transplantacyjne (nowa dziedzina)
20. Ochrona zdrowia pracujących

Dziedziny kursów dla położnych

1. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii
2. Pielęgniarstwo operacyjne
3. Pielęgniarstwo rodzinne

(punkt 1 i 2 – nowe kursy przeznaczone dla położnych)

Dziedzina kursu dla pielęgniarek i położnych:

1. Pielęgniarstwo epidemiologiczne

Ww. rozporządzenie nie uwzględnia kształcenia w ramach kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie organizacji i zarządzania oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Liczba specjalistów w latach 2002-2014 (stan na dzień 07.11.2014 r.) oraz absolwentów kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i dokształcających w latach 2000-2013

Łączna liczba 450.492

- Szkolenia specjalizacyjne - 29.358
- Kursy kwalifikacyjne - 117.516
- Kursy specjalistyczne - 212.109
- Kursy dokształcające - 91.509

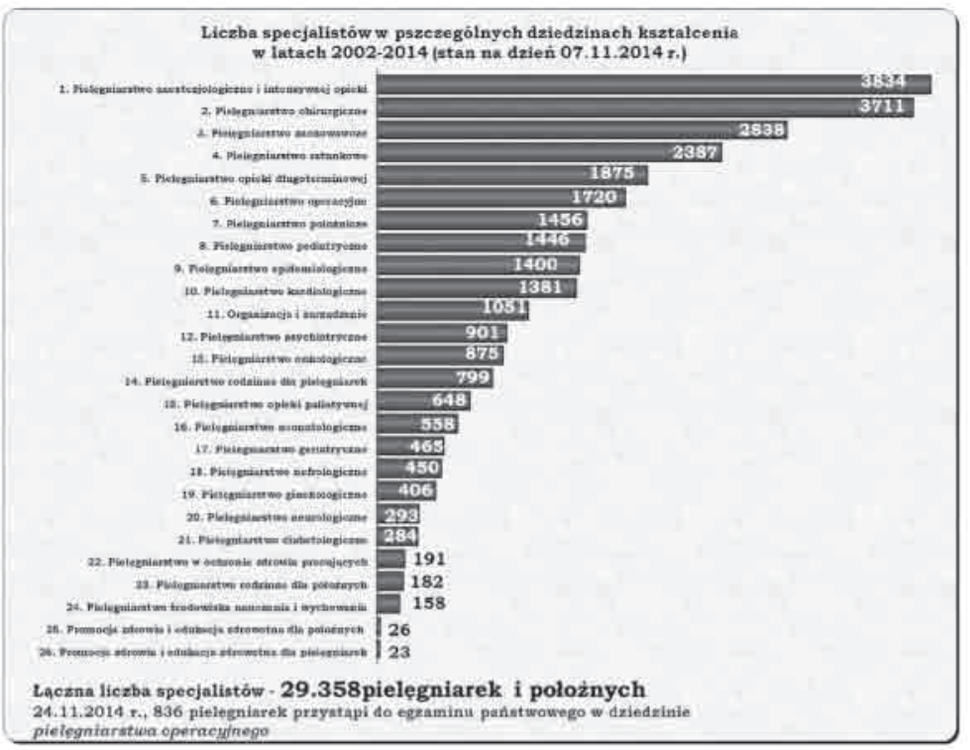
Liczba specjalistów w latach 2002-2014 (07.11.2014 r.) oraz absolwentów kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i dokształcają-

cych w latach 2000-2013 a liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych (dane NRPiP - stan na dzień 21.03.2013r.)

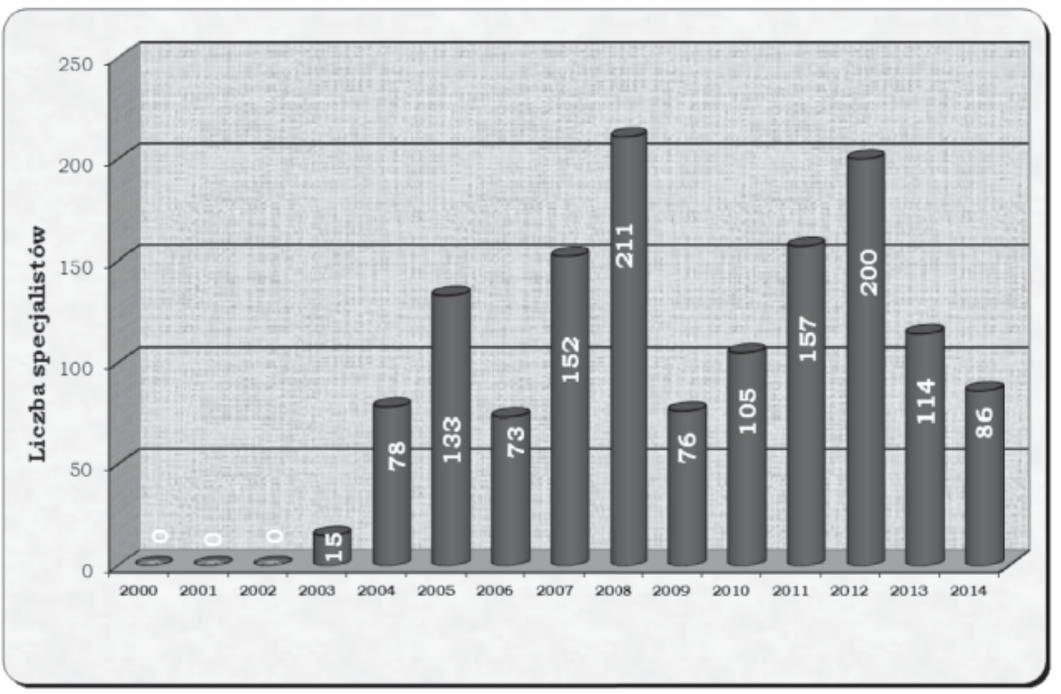
Liczba specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w latach 2002-2014 - łączna liczba 450.492

Liczba specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego na terenie poszczególnych województw - **łączna liczba** 236.775

STATYSTYCZNIE KAŻDA ZATRUDNIONA PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA UKOŃCZYŁA NIEMALŻE 2 KURSY!

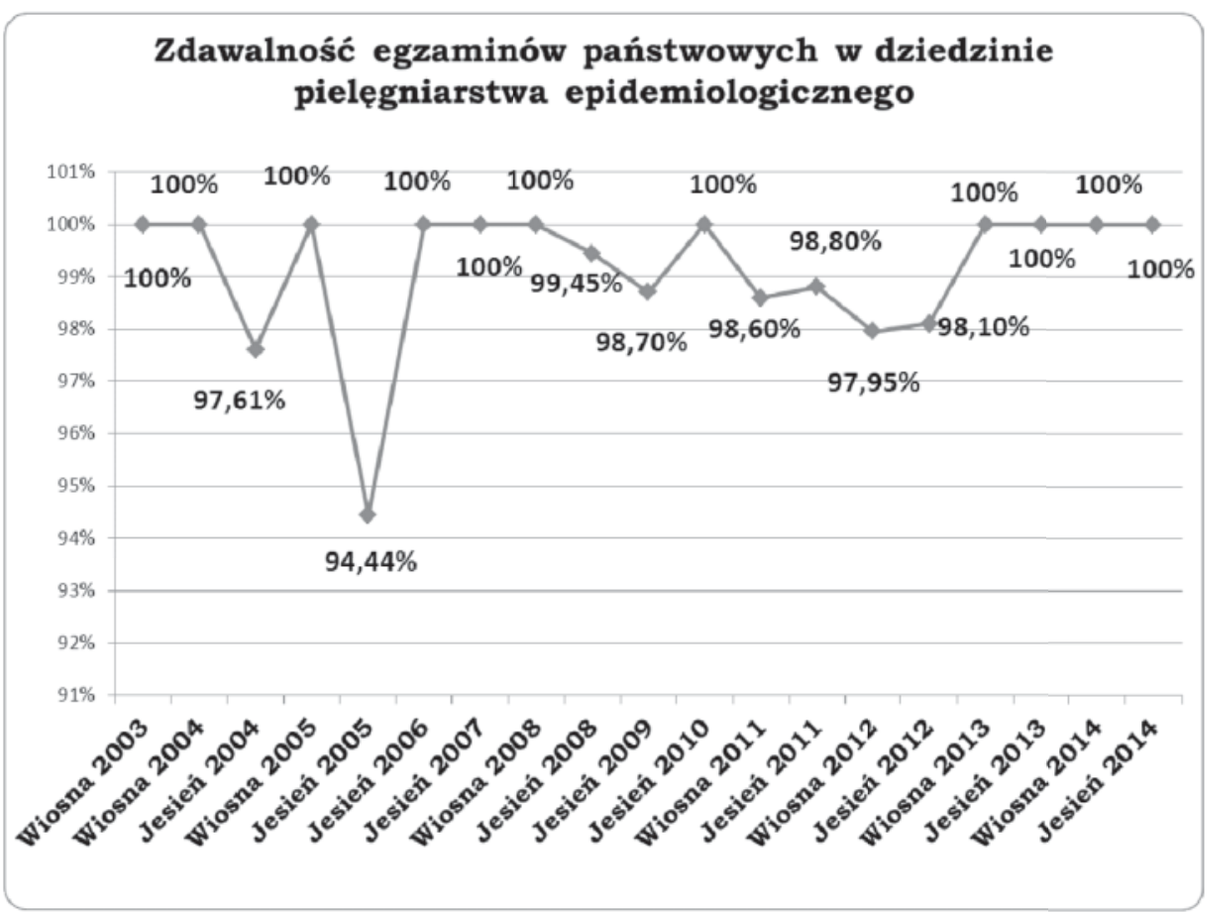


Liczba specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w latach 2002-2014



Liczba specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego na terenie poszczególnych województw

	Województwo	Liczba specjalistów
1	dolnośląskie	217
2	śląskie	185
3	mazowieckie	131
4	wielkopolskie	109
5	małopolskie	108
6	lubelskie	77
7	podlaskie	72
8	pomorskie	69
9	łódzkie	66
10	zachodniopomorskie	63
11	podkarpackie	57
12	lubuskie	56
13	świętokrzyskie	55
14	kujawsko-pomorskie	52
15	warmińsko-mazurskie	46
16	opolskie	37
Ogółem		1400



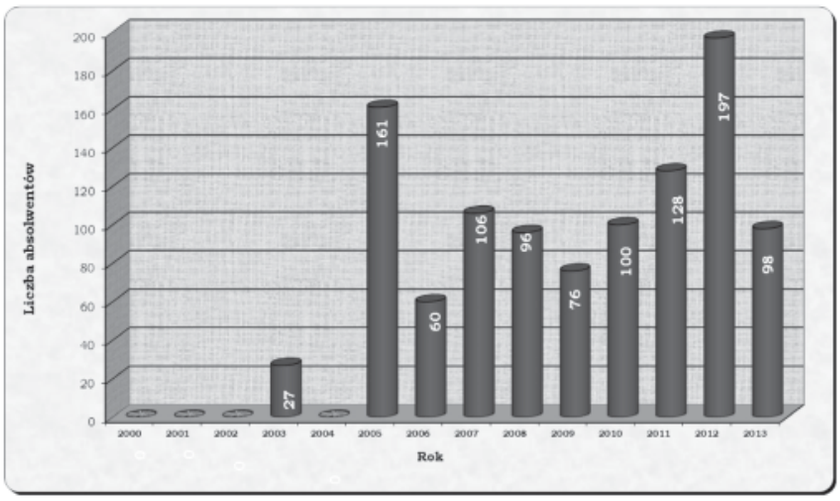
SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO BĘDĄCE W TRAKCIE REALIZACJI NA PRZEŁOMIE ROKU 2013/2014

W trakcie realizacji pozostaje 13 edycji specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, w których uczestniczy **265 pielęgniarek, położnych**

LICZBA ABSOLWENTÓW KURSÓW KWALIFIKACYJNYCH W LATACH 2000-2013 NA TERENIE KRAJU

L.p.	Dziedzina	Łącznie
1	Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek	30344
2	Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki	17002
3	Pielęgniarstwo przewlekle chorych i niepełnosprawnych/ Pielęgniarstwo opieki długoterminowej	16110
4	Pielęgniarstwo ratunkowe	7908
5	Pielęgniarstwo operacyjne	6842
6	Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych	6586
7	Organizacja i zarządzanie	6036
8	Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących	4010
9	Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania	3953
10	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	3825
11	Pielęgniarstwo zachowawcze	2595
12	Pielęgniarstwo psychiatryczne	2373
13	Pielęgniarstwo chirurgiczne	2365
14	Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią	2157
15	Pielęgniarstwo kardiologiczne	1276
16	Pielęgniarstwo onkologiczne	1218
17	Pielęgniarstwo neonatologiczne	1056
18	Pielęgniarstwo epidemiologiczne	1049
19	Pielęgniarstwo pediatryczne	697
20	Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna dla pielęgniarek	68
21	Pielęgniarstwo specjalistycznej opieki domowej	46
Łącznie		117.516

LICZBA ABSOLWENTÓW KURSU KWALIFIKACYJNEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO W LATACH 2000-2013 NA TERENIE KRAJU

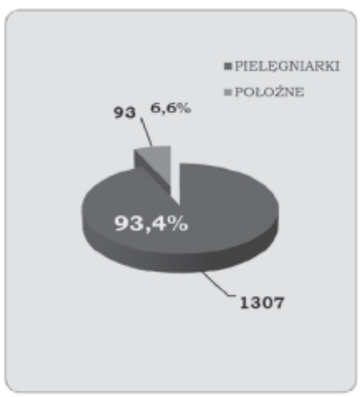


Łącznie 1.049 absolwentów

LICZBA SPECJALISTÓW ORAZ ABSOLWENTÓW KURSU KWALIFIKACYJNEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO Z PODZIAŁEM NA PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE

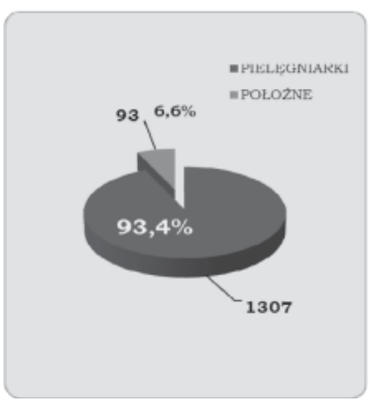
Łącznie 1400 specjalistów

LICZBA SPECJALISTÓW



Łącznie 1400 specjalistów

LICZBA ABSOLWENTÓW KURSÓW KWALIFIKACYJNYCH



Łącznie 1049 absolwentów

Wystąpienie na konferencji w Międzyzdrojach

Małgorzata Wink
Specjalistyczny Szpital Szczecin- Zdunowo

Czy należy bać się gruźlicy?

Gruźlica jest jedną z najstarszych chorób ludzkości i stanowi problem zdrowotny dla ludzi zamieszkałych wszystkie kontynenty. Obecnie szacuje się, że 1/3 populacji jest zakażona prątkami gruźlicy i każdego roku ok. 2-3 mln ludzi umiera z tego powodu. Zachorowania narastają wraz z rozprzestrzenianiem się zakażenia HIV, wzrostem lekoopornych form, konfliktami wojennymi, łatwiejszym przemieszczaniem się ludzi między kontynentami.

WHO przewiduje, że jeśli sytuacja nie ulegnie poprawie, to do 2020 roku około miliarda ludzi zakazi się prątkami gruźlicy, ponad 150 mln zachoruje, a 36 mln umrze /najwyższe wskaźniki śmiertelności w Afryce i Azji/.

Co należy wiedzieć o gruźlicy?

Gruźlica jest chorobą zakaźną spowodowaną zakażeniem bakterią gram dodatnią z rodziny Mykobacteriaceae – zwaną prątkiem gruźlicy (Mycobacterium tuberculosis). Prątki są to drobne cząsteczki zakaźne<5 μm, które utrzymują się w powietrzu przez wiele godzin i dlatego zakażenie może nastąpić nawet bez bezpośredniego kontaktu człowieka chorego i zdrowego.

Do najważniejszych cech fizjologicznych prątków należą: powolny czas wzrostu, rosną tylko na pożywkach wzbogacanych białkiem zwierzęcym, posiadają wybiórczą cechę barwienia /wg ZN/, wykazują cechę kwasooporności, oporne na wysuszanie /hydrofobowy charakter ściany komórkowej- duża zawartość lipidów /.

Drogi zakażenia

- wziewna / główna droga zakażenia, kropelkowo-pyłkowa/;
- pokarmowa / zakażone mleko i jego przetwory pochodzące od krów chorych na gruźlicę/;
- zakażenia kontaktowe /droga płciowa, postać wrodzona oraz bezpośrednie przeniesienie prątków.

Ryzyko zakażenia gruźlicą

- Źródłem zakażenia są osoby chore na gruźlicę, których plwocina zawiera prątki gruźlicy – osoby wydalające prątki. Do zakażenia dochodzi najczęściej podczas przewlekłego kontaktu z chorymi,
- Chory podczas kaszlu, kichnięcia /odksztuszania, odpluwania /, głośnego śmiechu, mówienia wydala prątki z kropelkami śluzu. Kropelki wraz z zawartymi prątkami unoszą się w powietrzu i z wdychanym powietrzem mogą dostać się do płuc / zakażenie inhalacyjne/,
- Po dotarciu do płuc prątki zagnieżdżają się wywołując zmiany zwane ogniskiem pierwotnym. Dalej drogą limfy i krwi mogą przedostać się do wszystkich narządów i tkanek, a w sprzyjających okolicznościach wywołać chorobę.
- Do rozwoju choroby dochodzi, gdy organizm jest słaby, ma obniżone biologiczne siły obrony.

Czynniki wpływające na ryzyko zachorowania

zewnętrzne:

- przeludnione, ciemne, wilgotne, mieszkania, złe warunki sanitarne, niehigieniczny tryb życia /niedożywienie, bardzo intensywna praca, przewlekły stres, niewyspanie, uzależnienia od leków, używek, alkoholu /.

wewnętrzne:

- zakażenie HIV, cukrzyca, choroby nowotworowe, choroby krwi, przewlekła niewydolność nerek, leczenie immunosupresyjne .

Do rozwoju czynnej gruźlicy dochodzi jedynie u około 5-10% osób zakażonych, u pozostałych zakażenie zostaje zwalczone lub przechodzi w ***fazę latentną****. Czynniki te warunkuje odporność organizmu oraz liczba i żywotność prątków.*

U znacznej części osób zakażonych prątkiem gruźlicy, bakterie stają się nieaktywne na długi czas, ale pozostają w organizmie żywe. Mogą się one uaktywnić w późniejszych latach życia, gdy mechanizmy obronne słabną z wiekiem. Stan taki nazywa się **zakażeniem utajonym**. Podatność genetyczna w istotny sposób może determinować zachorowanie na gruźlicę, przez osobę zakażoną prątkiem. Organizm nie zawsze sobie radzi z inwazją jeśli zarażał chory w szczytowym stadium choroby. Prątki uczą się bowiem wytwarzać substancje chroniące je przed działaniem układu odpornościowego.

Objawy gruźlicy

Najbardziej charakterystyczne objawy:

1. Kaszel trwający kilka tygodni i dłużej - początkowo suchy, potem z odksztuszaniem plwociny, brak apetytu, stany podgorączkowe, poty nocne, utrata wagi ciała, osłabienie , duszność , ból w klatce piersiowej, w ostrym stadium i rozległych zmianach może być również krwioplucie.
2. W rozległej gruźlicy płuc stan chorego jest ciężki, z wysoką gorączką, dusznością kaszlem i masywnym wykrztuszaniem plwociny.

Postacie gruźlicy

1. **Gruźlica** może występować w różnych narządach, najczęstszym powikłaniem zakażenia pierwotnego jest gruźlicze zapalenie opłucnej. Chorzy mają suchy kaszel, gorączkę, bóle opłucnowe, duszność.
2. **Gruźlica płuc** – najczęstsza postać gruźlicy
3. **Gruźlica pozapłucna** często przebiega z objawami wskazującymi na istnienie zupełnie innej choroby (np. stawów, przewodu pokarmowego, krwi), opis takiej choroby po raz pierwszy został zinterpretowany przez Alfreda Sokołowskiego – do dziś mówi się o maskach gruźlicy Sokołowskiego.
4. **Gruźlica kości i stawów** – najczęstsza postać pozapłucna, może dochodzić do kompresyjnych złamań uszkodzonych kręgów lędźwiowych i dolnych piersiowych.
5. **Gruźlica układu moczowo-płciowego** - najczęściej zmiany zaczynają się w nerkach. Najczęstszym powikłaniem jest zwężenie moczowodu i wodonercze.
6. **Gruźlica węzłów chłonnych** – utrzymujące się powiększenie węzłów chłonnych, bolesność.
7. **Gruźlica prosówkowa** – najgroźniejsza, rozprzestrzenia się po wielu narządach.
8. **Gruźlica osierdzia, skóry i innych narządów.**

Leczenie gruźlicy

Podstawowym badaniem w gruźlicy jest zdjęcie rentgenowskie płuc. Definitywne potwierdzenie gruźlicy uzyskuje się przez wyhodowanie prątków z próbki pobranej od chorego. Najczęściej jest to plwocina lub inny materiał jak ; płyn mózgowo-rdzeniowy, mocz, płyn z opłucnej, osierdzia, fragmenty tkanek. W większości przypadków choroba ta, jest całkowicie wyleczalna . W obawie przed narastaniem zjawiska oporności prątków na leki, WHO zmodyfikowała zalecenia dotyczące leczenia gruźlicy. Obecnie zaleca się, by każdy chory na gruźlicę płuc i gruźlicę pozapłucną, niezależnie od wyniku badania bakterioskopowego plwociny w przypadku gruźlicy płuc i od ciężkości postaci w przypadku gruźlicy pozapłucnej, leczony był w fazie intensywnej czterema lekami tzn. RMP, INH, PZA i EMB

Chorzy prątkujący powinni być odizolowani i pozostać w szpitalu . Po około 2 tygodniach stosowania leków, chorzy przestają rozsiewać bakterie, ale powinni pozostać na oddziale ok. 6 tygodni. Następnie kontynuować dalsze leczenie ambulatoryjnie.

Nie należy przerywać kuracji farmakologicznej, gdyż prątki uodparniają się i utrudniają leczenie. Nieprawidłowe stosowanie leków, powoduje powstawanie zjawiska lekooporności na leki przeciw prątkowe.

Poważnym problemem epidemiologicznym, są osoby zainfekowane prątkami XDR-TB, odmianą ekstremalnie oporną na leki. W Europie wschodniej; w Mołdawii, Ukrainie, Indiach, Chinach - liczba osób zarażonych tymi prątkami wzrasta.

Leczenie gruźlicy wielolekoopornej wymaga stosowania szczególnych leków przeciwprątkowych nawet do 2 lat i nie jest tak skuteczne, jak leczenie gruźlicy wywołanej przez prątki wrażliwe na leki.

Leczenie standardowe trwa 6 m-cy, natomiast wznowy 8 m-cy.

Leczenie chorych jest refundowane – obejmuje wszystkich, także bezrobotnych, nie zarejestrowanych i bezdomnych.

Zapobieganie zachorowaniom na gruźlicę

Najważniejsza metoda zapobiegania szerzenia się gruźlicy:

- wczesne jej wykrycie i natychmiastowe leczenie chorego - chory przestaje być źródłem zakażenia dla innych - efekt społeczny i epidemiologiczny.
- Odnajdywanie i badanie osób z kontaktu z chorym.
- Prowadzenie badań wśród grup ryzyka.

Najprostsza i najtańsza metoda zapobiegania zachorowaniom

- odpowiednie zachowanie chorych – kultura kaszlu i odkształcania- zasłanianie ust i nosa chusteczką higieniczną podczas kaszlu, kichania,
- zapobieganie swoiste: obowiązkowe szczepienia BCG noworodków zgodnie z „kalendarzem szczepień",
- nadzór nad gruźlicą.

W Polsce wprowadzone zostały uregulowania prawne umożliwiające podejmowanie działań w zakresie nadzoru nad gruźlicą. Zawarte są w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008r. (Dz.U. z dnia 30 grudnia 2008r.), w ustawie o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 13 lipca 2012r. (Dz.U. z dnia 3 sierpnia 2012r.)

Nadzór nad **gruźlicą**

Światowa Organizacja Zdrowia podzieliła państwa europejskie ze względu na zapadalność na gruźlicę na 3 kategorie:

- państwa o małej zapadalności (< 20/100 000 ludności);
- państwa o średniej zapadalności (20-50/100 000);
- państwa o dużej zapadalności (> 50/100 000).

Polska w 2010 r. weszła do krajów o małej zapadalności na gruźlicę, aczkolwiek większej, niż zapadalność w wielu krajach europejskich /w 2012r. – wskaźnik 19,6/100 000 mieszkańców/.

W 2012 roku najwyższa zapadalność na gruźlicę była województwach: łódzkim, lubelskim, świętokrzyskim, a najmniejsza w lubuskim, zachodniopomorskim, wielkopolskim. Wymieniona wyżej ustawa określa zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi i nakłada na lekarzy obowiązek zgłaszania zachorowań na gruźlicę. W Polsce wykrywanie nowych przypadków gruźlicy w całej populacji odbywa się metoda bierną /choroby poszukuje się u osób, które zgłosiły się do lekarza z powodu objawów /. Zapadalność na gruźlicę jest największa w starszych grupach wiekowych /50-54 lat/, częściej zapadają mężczyźni, niż kobiety (2x) zapadalność na gruźlicę wśród ludności miast jest nieco większa, niż mieszkańców wsi. Chorzy na gruźlicę płuc podlegają obowiązkowej hospitalizacji w okresie prątkowania.

Na mocy ustawy osoby, które miały styczność z chorym na gruźlicę w okresie prątkowania, podlegają nadzorowi epidemiologicznemu, badaniu klinicznemu, badaniom diagnostycznym, także w razie potrzeby profilaktycznemu stosowaniu leków.

Ocena ryzyka kontaktów

- Do zakażenia usposabiają czynniki środowiskowe – głównie stężenie cząstek infekcyjnych, czas trwania ekspozycji i brak wentylacji pomieszczeń.
- Wg CDC ok. 22 % zakażeń wynika z kontaktów domowych.
- Wiele dzieci zakaża się w domach, w których chorują rodzice, dziadkowie, kuzyni.
- Opiekunki, nauczyciele, pracownicy medyczni, mogą być również źródłem zakażenia. Ryzyko transmisji istnieje także w żłobkach, przedszkolach, szkołach, placówkach medycznych i środkach komunikacji miejskiej.

Światowa Organizacja Zdrowia wyznaczyła reguły wykrywania nowych przypadków .

- Konsensus europejski – wyznaczenie grupy osób z kontaktu wobec, których należy podjąć działania - poszukiwanie chorych w grupach ryzyka, ewentualne profilaktyczne leczenie po kontakcie z chorym na gruźlicę.
- Zalecenia konsensusu w Polsce mogą być zastosowane w zakresie dostosowanym do możliwości budżetu państwa i przy świadomości, że badanie osób z kontaktu i leczenie profilaktyczne na większą, niż dotychczas skalę, nie będą wprowadzane ze szkodą dla innych działań.
- **Utajone zakażenie prątkiem M. tuberculosis** – /nie stwierdza się objawów klinicznych i radiologicznych/ domniemane zakażenie przez kompleks M. tuberculo-

sis, które można rozpoznać na podstawie dodatniego wyniku próby tuberkulinowej i/lub testu IGRA.

– Nadawanie rangi kontaktom.

Światowa organizacja Zdrowia proponuje , aby osoby z otoczenia chorego biorąc pod uwagę ryzyko zakażenia, badać wg „kręgów epidemiologicznych".

1. **Pierwszy krąg** - stanowią bliskie kontakty /domownicy chorego, osoby , które miały częsty, dłuższy kontakt z chorym /zamknięta przestrzeń samochód, cela więzienna /, osoby po krótkiej intensywnej ekspozycji „twarzą w twarz"/podczas procedur medycznych/.
2. **Drugi krąg** – stanowią kontakty okolicznościowe, czyli osoby odwiedzające dom, znajomi, krewni, koledzy szkolni, z pracy, osoby spędzające razem czas wolny, pasażerowie samolotu podczas lotów trwających ponad 8 godzin.
3. **Trzeci krąg** – stanowią osoby, które mogły mieć sporadyczny kontakt z chorym: spotkania w klubach sportowych, barach, na wycieczkach.

Badanie osób z kontaktu

Wśród bliskich kontaktów chorego z dodatnim wynikiem rozmazu plwociny odsetek osób zakażonych wynosi ok. 10%. Ryzyko zakażenia przez chorego z dodatnim wynikiem posiewu, ale z ujemnym wynikiem bakterioskopii plwociny, jest znacznie mniejsze. Osoby z kontaktu z chorym na izolowaną gruźlicę pozapłucną (bez zmian w płucach) nie są zakaźne. Miejsce ekspozycji ma zasadniczy wpływ na ryzyko zakażenia. Prawdopodobieństwo zakażenia poza pomieszczeniami jest niewielkie / wzrasta przy bliskim dystansie/. Gruźlica może wystąpić już po 6 tygodniach od zakażenia. Czynnikami zwiększającymi ryzyko rozwoju choroby są: immunosupresja, zakażeni HIV, choroba nowotworowa, cukrzyca, nadużywanie alkoholu, niedożywienie, wiek < 5 lat (największe do 2 lat).Utajone zakażenie nie wywołuje objawów, ani zmian radiologicznych, dlatego nie istnieje możliwość bezpośredniego ujawnienia prątków w stanie latencji.

Diagnostyka osób z kontaktu

Diagnostyka utajonego zakażenia gruźliczego ogranicza się do metod pośrednich:

– próba tuberkulinowa - wykrywa nadwrażliwość typu opóźnionego na antygeny zawarte w tuberkulinie.

– test IGRA – duża swoistość dla M. tuberculosis, umożliwia wykrycie zakażenia (test ma przewagę nad próbą tuberkulinową, gdyż na jego wynik nie wpływa wcześniejsze szczepienie BCG).

Inne badania :

1. Badania przedmiotowe – należy poszukiwać powiększonych węzłów chłonnych, zmian skórnych lub kostno-stawowych.
2. RTG klatki piersiowej – osoby ze zwapnieniami i drobnymi zmianami włóknistymi uważane są za osoby z zakażeniem utajonym.
3. Diagnostyka osób z kontaktu.
4. Badanie plwociny – jeśli osoba nie odksztusza , pobrać plwocinę indukowaną.
5. Badania molekularne – oparte na amplifikacji kwasów nukleinowych/wykazanie materiału genetycznego M. tuberculosis w plwocinie z dodatnim wynikiem w bakterioskopii potwierdza rozpoznanie gruźlicy.

Zapobieganie transmisji gruźlicy w zakładach opieki medycznej

1. Ryzyko zachorowania na gruźlicę wśród personelu zwiększa się wraz z liczbą przyjmowanych do placówki chorych prątkujących.
2. W warunkach szpitalnych najczęściej do zakażenia prątkiem gruźlicy dochodzi drogą kropelkową. Brak odpowiedniej wentylacji w pomieszczeniach, złe warunki higieniczne, nieodpowiednie nawyki chorych mogą znacznie zwiększyć transmisję bakterii.
3. Bezpośrednie przeniesienie prątków może być spowodowane zakłuciem igłą lub skaleczeniem zakażonymi narzędziami.
4. Zagrożeniem będzie także niewłaściwa utylizacja odpadów szpitalnych i laboratoryjnych.

Strefy zagrożenia wewnątrzszpitalnej transmisji prątka

– Sale chorych prątkujących, boksy lub pomieszczenia do pobierania wykształconej lub indukowanej plwociny, pokoje badań spirometrycznych, sale bronchoskopowe, operacyjne, oddziały intensywnej terapii, sale autopsyjne, oddziały ratunkowe i izby przyjęć.

– Duże znaczenie w przenoszeniu zakażenia prątkami gruźlicy mają endoskopy, a szczególnie bronchoskopy, które są podstawowym narzędziem w diagnostyce płuc. Zasiedleniu endoskopów sprzyja tworzenie się biofilmów, na których przeżywają prątki gruźlicy i MOTT.

Prątki Kocha zachowują żywotność przez długi czas nawet w niekorzystnych warunkach.

– Żywe prątki były stwierdzane na maskach anestezjologicznych, w wodzie wodociągowej, w lodzie sporządzonym do operacji kardiochirurgicznych w hipotermii, w odczynnikach chemicznych, w środkach dezynfekcyjnych, w płynach dializacyjnych, w odpadach medycznych, na kartkach książek i czasopism używanych przez chorych, na cząstkach kurzu pobranego z sal chorych, w resztkach pokarmów pozostawionych na talerzach chorych.

W celu uniknięcia szerzenia się zakażenia prątkiem gruźlicy zaleca się:

1. do dezynfekcji stosować czynniki fizyczne, takie jak: metody termiczne, promieniowanie ultrafioletowe, wymianę powietrza, czynniki chemiczne o działaniu prątkobójczym. Metody chemiczne stosuje się do dezynfekcji narzędzi i sprzętów, które miały styczność z materiałami biologicznymi: krwią, płynami ustrojowymi, wydzielinami i wydalinami, a także przedmiotami z otoczenia chorego.
2. Zaopatrzenie personelu medycznego w środki ochrony indywidualnej, w tym w środki ochrony układu oddechowego.
3. Edukacja pracowników na temat ryzyka zakażenia gruźlicą.

* Gruźlica jest uznana za chorobę zawodową i podlega rejestracji. Obowiązek zgłoszenia takiego przypadku spoczywa na pracodawcy. Orzeczenie wydaje Państwowy Inspektor Sanitarny.

* Stwierdzenie choroby zawodowej jest decyzją administracyjną, która pozwala pracownikowi korzystać ze specjalnych świadczeń.

Na gruźlicę zapadają dziś biedni i bogaci. Człowiek nie zna dnia, kiedy może się zarazić, więc jedyne, co nam pozostaje, to dbanie o higienę, odżywianie, dobry odpoczynek i nienaganne nawyki…

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego - woj. zachodniopomorskie
dr hab. n. zdr. Bożena Mroczek
Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
71-210 Szczecin, ul.Żołnierska48 tel. +91 4800930 fax +91 4800924

Szczecin, 06.08.2014r.

Opinia Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego
w sprawie zakładania kartoteki środowisk epidemiologicznych prowadzonych
przez zakład opieki zdrowotnej.

Kartoteka środowisk epidemiologicznych jest rodzajem dokumentacji medycznej, jaką obowiązek ma prowadzić każdy zakład opieki zdrowotnej. Kartoteka środowisk epidemiologicznych ma przede wszystkim na uwadze formalną kontrolę środowisk szczególnie podatnych na epidemie, powinna zawierać elementy wskazane w 45 Rozp. MZ

z 21.12. 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010 nr 252 poz. 1697):

1. dane identyfikujące zakład opieki zdrowotnej/podmiot leczniczy,
2. dane identyfikujące środowisko epidemiologiczne, a w szczególności: oznaczenie środowiska epidemiologicznego i adres - najważniejsza informacja,
3. listę osób zamieszkałych wspólnie w domu jednorodzinnym lub w jednym lokalu domu wielorodzinnego w układzie: nazwisko i imię (imiona) oraz numer PESEL, jeżeli został nadany, lub datę urodzenia,
4. ocenę warunków socjalnych w środowisku, jeżeli mogą mieć znaczenie dla stanu zdrowia pacjenta. (45. w zw. z 10.1.1w zw. z art. 25.1. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - Dz. U. z 2012r. nr 159)

Kartoteka środowisk epidemiologicznych ocenia środowiskową sytuację osób, które obejmuje zjawisko epidemii, bądź warunki socjalne w środowisku mogą mieć znaczenie dla stanu zdrowia - lub zagrażają zdrowiu pacjenta. Pielęgniarka rodzinna / środowiskowa ma obowiązek zakładania kartoteki środowiska epidemiologicznego pacjentów zadeklarowanych, o ile stwierdza w ocenie, że warunki środowiskowe mają wpływ na stan zdrowia pacjenta i jego rodziny.

Kierownik zakładu opieki zdrowotnej może wyznaczyć pracownika do prowadzenia kartoteki środowisk epidemiologicznych jako dokumentacji zbiorczej, zgodnie z posiadanymi przez pracownika kwalifikacjami.

W sytuacjach problemowych związanych ze stanem epidemiologicznym środowiska pacjenta, przewidzianym ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, pielęgniarka współpracuje z Działem Nadzoru Epidemiologicznego Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej (Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi Dz. U. z 2013 r. poz. 947, Dz. U. Z 2014 r. poz. 619).

Konferencja w Stargardzie

Dnia 22.11.2014r. w Stargardzie Szczecińskim odbyła się I Zachodniopomorska Konferencja Diabetologiczna pn. **„TERAŹNIEJSZOŚĆ I PRZYSZŁOŚĆ EDUKACJI DIABETOLOGICZNEJ”** zorganizowana dla pielęgniarek, w ramach projektu Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej.

Konferencja odbyła się pod patronatem i w siedzibie Starostwa Powiatowego, a patronat naukowy nad konferencją objęła prof. dr hab. n. med. Liliana Majkowska.

Po rejestracji uczestników i powitaniu odbyły się prelekcje wygłaszane przez znamienitą kadrę związaną z diabetologią. Wykłady dotyczyły m.in. „Terapii i wykorzystywania osobistych pomp insulinowych w procesie leczenia”, a przedstawione zostały przez dr n. med. Anitę Józwa-Horodnicką - spec. pediatrii i diabetologii i mgr Beatę Lemisz-Landowską spec. pielęgniarstwa diabetologicznego.

Równie świetny wykład dotyczący „Zespołu Stopy Cukrzycowej – spojrzenie diabetologa”, przedstawił dr n. med. Sławomir Pynka - spec. chorób wewnętrznych i diabetologii.

Następnie były wystąpienia mgr Beaty Stepanow - Prezesa SED, mgr Adrianny Jankowskiej dietetyka i lek. diabetologa - P. Doroty Cylki.

Organizatorem całego przedsięwzięcia była P. Elżbieta Drobik, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego, czuwająca na co dzień nad zdrowiem i czynnie działająca na rzecz pacjentów diabetologicznych w Stargardzie Szczecińskim.

Konferencja bardzo ciekawa, poruszająca ważne tematy dotyczące cukrzycy. Zorganizowana na naprawdę wysokim poziomie i miejmy nadzieję - będzie kontynuowana w kolejnych latach. Tym bardziej, że zainteresowanie było naprawdę duże, o czym świadczyła ilość osób na wypełnionej sali.

Gratulacje dla Pani Eli, gratulacje dla Stargardu!

Do zobaczenia za rok.
K. Mandes

Ważne!

KONSULTANT KRAJOWY
w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego – Beata Ostrzycka
Miejsce pracy: SP ZOZ MSW z Warmińsko –Mazurskim Centrum Onkologii
10-228 Olsztyn, Al. Wojska Polskiego 37, Tel. 89 539 8078, kom 663 370 200, bostrzycka@wp.pl
Olsztyn , 18 listopad 2014 rok KKPR- 24/ 11 /2014

Pani
Maria Matusiak
Przewodnicząca Rady Szczecińskiej
Izby Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Przewodnicząca,

W odpowiedzi na pismo znak: SIPP/VIII-14/2246/14 przedstawiam opinię w sprawie Benzetacilu. Opinia na podstawie obowiązujących przepisów prawnych.

Import równoległy leków do Polski jest możliwy w Polsce od 1 maja 2004 roku, kiedy Polska przystąpiła do Wspólnot Europejskich. Postanowienia Traktatu akcesyjnego są obowiązującym prawem w Polsce, a orzeczenia Trybunału są wiążące dla interpretacji prawa przez polskie sądy. Szczegółowe regulacje w zakresie importu równoległego zawiera ustawa Prawo farmaceutyczne.

Przed wprowadzeniem do obrotu w **Polsce, produkty** z **importu równoległego są przepakowane do opakowania oznakowanego w języku polskim, do którego dołączana jest polskojęzyczna ulotka.** Proces przepakowania nie ma wpływu na właściwości terapeutyczne i bezpieczeństwo stosowania leku. Jest to proces, który nie ingeruje w opakowanie wewnętrzne leku. Pozostaje ono w nienaruszonej postaci, tzn. takiej, w jakiej zostało dopuszczone do obrotu w kraju źródłowym.

Podmiot uprawniony do importu równoległego może wprowadzić produkt importowany równolegle do obrotu pod nazwą stosowaną na terytorium Polski, stosowaną w państwie, z którego produkt leczniczy jest sprowadzony, albo powszechnie stosowaną lub naukową opatrzoną znakiem towarowym lub nazwą podmiotu uprawnionego do importu równoległego.

Importer równoległy, chcąc przepakować produkt leczniczy, musi spełnić następujące wymagania:

- przepakowanie nie wpłynie niekorzystnie na oryginalny stan produktu,
- nowe opakowanie zawiera informację o tym, kto wyprodukował i przepakował produkt,
- wygląd przepakowanego produktu nie szkodzi renomie znaku towarowego ani jego właściciela,
- właściciel znaku towarowego został uprzednio powiadomiony o zamiarze wprowadzenia przepakowanego produktu do obrotu.

Przepisy wymagają, aby ulotka informacyjna dla pacjenta w produkcie pochodzącym z importu równoległego zawierała dokładnie takie same informacje, jak ulotka dołączona do produktu wprowadzonego na rynek bezpośrednio przez jego producenta. Obowiązek uaktualniania ulotek informacyjnych zgodnie ze zmianami w referencyjnych drukach informacyjnych spoczywa na importerze równoległym.

Zarówno na opakowaniu zewnętrznym, jak i na ulotce przepakowanego leku znajduje się informacja następującej treści „Uwaga! Należy zachować ulotkę. Informacja na opakowaniu bezpośrednim w obcym języku". Dodatkowo ulotka zawiera tłumaczenie użytych na opakowaniu wewnętrznym nazw obcojęzycznych.

Preparat z importu docelowego o nazwie BENZETACIL zgodnie z powyższym powinien zawierać ulotkę informacyjną oraz charakterystykę produktu leczniczego również w języku polskim. Wszystkie preparaty zgodnie z obowiązującymi przepisami podawane pacjentom w Polsce muszą zawierać informacje w języku polskim, tak aby zachować wszelkie standardy bezpieczeństwa.

Z poważaniem
KONSULTANT KRAJOWY
w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego
Beata Ostrzycka

Słowa głębokiej wdzięczności za opiekę nad

moją Mamą **Haliną Jantas**

kieruję do wszystkich osób zatrudnionych w **Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym SPS ZOZ „Zdroje".**

Dziękuję Pani Ordynator **dr Annie Starkiewicz** i lekarzom zatrudnionym na oddziale, Pielęgniarce Oddziałowej **mgr Dorocie Kalisz**, zespołowi pielęgniarek, rehabilitantów, fizjoterapeutów oraz personelowi pomocniczemu.

Sama będąc pielęgniarką wiem, ile trzeba włożyć wysiłku, ale też i serca w pracę z ludźmi starszymi, nieuleczalnie chorymi, potrzebującymi opieki i wsparcia...

Dziś za tą opiekę, pomoc i wsparcie, jakiego od Państwa doznaliśmy – serdecznie dziękuję!

Danuta Mól z rodziną

KONDOLENCJE

„ Umiera się nie dlatego by przestać żyć, lecz po to by żyć inaczej"

Drogiej **Koleżance Barbarze Iwańskiej - Błaszków** wyrazy współczucia oraz słowa otuchy z powodu śmierci **Mamy** składa

Dyrekcja oraz cały zespół Oddziału Endokrynologii i Chorób Wewnętrznych Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie

„Matka nie odchodzi nigdy.
Bez względu na to, co się stało,
stoi blisko, tuż za twoimi plecami.
Tylko nie możesz się do Niej przytulić..."

Koleżance **Danucie Mól** szczere wyrazy współczucia z powodu śmierci **Mamy** składają

koleżanki z dawnego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Szczecin.

„Za wcześnie, nie w porę, nie po naszej myśli,
to życie pisze scenariusz, jakiego nie chcemy.
I choć to , co za nami może się przyśnić,
to pewnych zdarzeń nic już nie zmieni…"
H.G.

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że dnia 31 października 2014r. po długiej i ciężkiej chorobie zmarła nasza Koleżanka Pielęgniarka **Stefania Wolska**

Rodzinie i Bliskim składamy wyrazy głębokiego współczucia – koleżanki i koledzy z Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie.

„A gdy serce Twe przytłoczy myśl, że żyć nie warto,
z łez ocieraj cudze oczy, chociaż Twoich nie otarto."
Maria Konopnicka

Naszej Koleżance **Teresie Strajch** wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci Ojca

składają koleżanki i koledzy z Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie.

Wiersze Sylwii

Gdy bielą pokrywa się świat
siadasz przed choinką zadumany
i podsumowujesz cały rok
dzień po dniu
plan po planie
co się udało, a co pozostawiasz w milczeniu...
Niech ten rok, który upłynął
będzie dla Ciebie kolejną lekcją życia.
Niech nauczy Cię pokory.
Nie karć się za coś, co nie wyszło,
lecz w zamyśle zdobądź siłę na jego realizację.
Życzę Wam i sobie samej
dużo wiary i nadziei,
bo bez niej jest ciężko przetrwać.
Siła walki i upór niech w nas trwa,
ale przy tym niech empatia nas nie opuszcza.
Mąż i dzieci niech kochają,
a Pracodawcy w końcu doceniają.

Święta to czas magiczny
W domach pachnie piernikami
Choinki migoczą kolorowymi światełkami
W kominku tańczą ogniste płomienie
Pięknie przybrany stół białym obrusem,
maleńka garść pachnącego sianka
opłatek na stole
Rodzina w komplecie
w tle cicho słychać kolędę
Wystarczy zapalić świeczki na stole
Wypatrzyć pierwszą gwiazdkę na niebie
i nadszedł ten długo oczekiwany moment
CZAS BOŻEGO NARODZENIA.

Piękny, grudniowy wieczór
Pierwsza gwiazdka na niebie
Lśniące bombki na choince
migoczące kolorowe światełka
w końcu przyszedł ten moment
Czas Bożego Narodzenia
Niech chwile te trwają
Ludzie niech się kochają
Zwierzęta mówią ludzkimi głosami
a Mikołaj i jego Elfy
prezenty przynoszą pełnymi worami.

Sylwia Imielska

Poznajmy się...

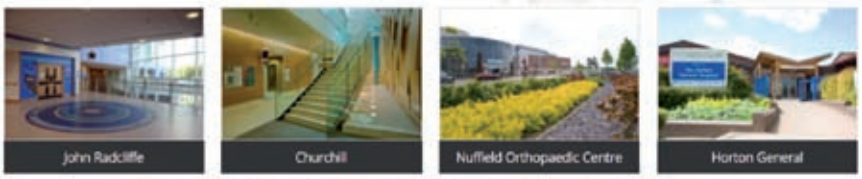
Imię: **Halina**
Nazwisko: **Wojciechowska**
Stanowisko /miejsce pracy: Pielęgniarka Naczelna w Szpitalu Barlinek Sp. z o.o.
Jestem pielęgniarką/pielęgniarzem/, ponieważ takiego dokonałam wyboru w wieku 15 lat.
Mój zawód jest dla mnie obecnie źródłem satysfakcji, ale również dużego stresu.
W pracy zawodowej chciałabym, aby stanowisko pracy pielęgniarki i położnej było wyposażone w nowoczesny sprzęt do pielęgnacji chorych, a zadowolona z pracy i wynagrodzenia pielęgniarka i położna mogłaby i chciałaby w pełni wykorzystać swoje kwalifikacje zawodowe do opieki nad pacjentem, mając w swoim zespole także opiekunki medyczne. Chciałabym również, abyśmy my pielęgniarki i położne zawszewidziały w naszym podopiecznym CZŁOWIEKA i traktowały go tak, jak chciałybyśmy być same traktowane.
Moim największym sukcesem jest moja Rodzina.
Postać, którą bardzo cenię, to Jan Paweł II. Jest też wiele osób w moim otoczeniu, które bardzo cenię.
Moim największym marzeniem jest podróżować po świecie, poznawać nowe miejsca i nowych ludzi.
Najbardziej lubię, kiedy widzę uśmiech na twarzach osób, z którymi rozmawiam, kiedy mogę pomóc innym oraz kiedy czuję się szczęśliwa w gronie mojej rodziny i moich przyjaciół.
W wolnych chwilach czytam, spotykam się ze znajomymi, wykonuję prace domowe i w ogrodzie, chętnie ćwiczę i pływam, a obecnie uczę się języka angielskiego.
Moim koleżankom i kolegom z pracy chcę powiedzieć - uczmy się i bądźmy mądre, szanujmy się wzajemnie, a zdobędziemy szacunek innych.

Imię: **Bernarda**
Nazwisko: **Miksuła**
Stanowisko /miejsce pracy: Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Pediatrycznego w Szpitalu Barlinek Sp. z o.o.
Jestem pielęgniarką/pielęgniarzem/, już jako dziewczynka marzyłam, by nią zostać.
Mój zawód jest dla mnie bardzo ważny, ponieważ mogę robić to, co lubię.
W pracy zawodowej chciałabym, aby moja praca codzienna sprawiała mi tyle radości i dawała tyle satysfakcji, co do tej pory.
Moim największym sukcesem jest rodzina i praca.
Postać, którą bardzo cenię, – mam to szczęście, że na swojej drodze spotykam wielu ludzi, których szanuję i cenię.
Moim największym marzeniem przyziemnym – jest spędzenie urlopu w przytulnym, spokojnym miejscu ze swoją rodziną.
Najbardziej lubię, kiedy powraca uśmiech na twarzy zdrowiejącego dziecka.
W wolnych chwilach lubię czytać książki, pójść do kina na fajny film, a od kilku miesięcy spędzać czas ze swoim wnukiem na długich spacerach.
Moim koleżankom i kolegom z pracy chcę powiedzieć że tworzymy zgrany zespół. Dumna jestem, że mogę kierować takim zespołem i współpracować z takimi ludźmi.

Imię: **Małgorzata**
Nazwisko: **Płodzień**
Stanowisko /miejsce pracy: Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna Barlinek
Jestem pielęgniarką/pielęgniarzem/, ponieważ zdecydował o tym przypadek, który pomógł mi odnaleźć w sobie radość niesienia pomocy drugiemu człowiekowi.
Mój zawód jest dla mnie spełnianiem siebie.
W pracy zawodowej chciałabym mniej biurokracji.
Moim największym sukcesem jest szczęśliwa rodzina.
Postać, którą bardzo cenię – Napoleon Hill.
Moim największym marzeniem zachowanie zdrowia i szczęście rodziny oraz mniej chorób na świecie.
Najbardziej lubię, kiedy moja praca przynosi pozytywne efekty.
W wolnych chwilach lubię prace w ogrodzie, kino, książkę.
Moim koleżankom i kolegom z pracy chcę powiedzieć że każdy dzień spędzony wspólnie z nimi jest nie tylko wykonywaniem obowiązków zawodowych, ale również sprawia mi satysfakcję oraz przyjemność osobistą.

Oxford University Hospitals NHS
NHS Trust

Nabór pielęgniarek / pielęgniarzy



Rozmowy kwalifikacyjne w Poznaniu i Warszawie
6, 7 oraz 8 lutego 2014r.
NEU Professionals pokryje koszta podróży kandydata do 150zł

Dysponujemy ponad 240 etatami (umowy na czas nieokreślony) w czterech specjalistycznych szpitalach, oferty m.in na:
Neurologii i Neurochirurgii | Pogotowiu ratunkowym | Chirurgii | Kardiologii i Bloku Operacyjnym
Anestezjologii i OIOMie | Onkologii | Stacji dializ | Transplantologii | Rehabilitacji | Ortopedii i innych.

Oferta OUH: Wynagrodzenie **od 21,478 do 27,901 funtów brytyjskich** (GBP) brutto rocznie - w zależności od doświadczenia oraz umiejętności, **voucher relokacyjny w kwocie 1000 funtów, zakwaterowanie** na kampusie (odpłatne), dodatki za pracę w nocy, weekendy i święta **(+30%** za soboty i nocne zmiany **+ 60%** za niedziele i święta), umowy **na czas nieokreślony, pełny etat,** nieograniczona liczba nadgodzin, płatny urlop min. 27 dni rocznie + 8 dni świąt publicznych i więcej dodatków.

OUH wymaga:
- Rozpoczętej rejestracji w Nursing and Midwifery Council www.nmc-uk.org
- Bardzo dobrej znajomości języka angielskiego
- Możliwości relokacji do Anglii w ciągu maksymalnie 3 miesięcy od daty otrzymania oferty pracy

W celu uzyskania więcej informacji zapraszamy do kontaktu:
Beata Ornatowska
E-mail: beata@neuprofessionals.com **Tel 0048 515 129 530**

NEU Professionals Limited
Third Floor, 207 Regent Street, London, W1B 3HH, United Kingdom
www.neuprofessionals.com

Ważna informacja:
NEU Professionals Ltd (nr rejestracyjny w UK 8814670) nie pobiera żadnych opłat ani prowizji od kandydatów, pośrednio lub bezpośrednio.