



BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W GORZOWIE WIELKOPOLSKIM
Gorzów Wlkp., Listopad 2015 r., Nr 4 (124)'15 ISSN 1429-9275



**Zapraszamy delegatów na
XXXI Nadzwyczajny Zjazd Sprawozdawczo Wyborczy
20-21 listopada 2015 r.
sala konferencyjna „Przystań Sportów Wodnych”
Gorzów Wlkp. ul. Fabryczna 3**

BIULETYN INFORMACYJNY OIPiP w Gorzowie Wlkp.

WYDAWCA:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. (do użytku wewnętrznego)
ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp., tel.: 95 729 67 84, fax: 95 729 67 83

**Konto: PKO BP S.A. II o/Gorzów Wlkp.
nr 34 1020 1967 0000 8602 0044 9249**

REDAKCJA: Aldona Stańko

OPRACOWANIE TECHNICZNE: Bartosz Kaczmarek

SKŁAD I DRUK: SONAR Sp. z o.o., ul. Kostrzyńska 89, 66-400 Gorzów Wlkp., tel. 95 72 50 335
e-mail: biuro@sonar.pl; www.sonar.pl

ISSN 1429-9275

W BIULETYNIE

1. Porozumienie w sprawie podwyżek dla pielęgniarek i położnych	4
2. Stanowisko NRPIP w sprawie poprawy sytuacji pielęgniarek i położnych	6
3. Ostatni Dyżur w lubuskim	6
4. Polaków Zdrowia - Portret Własny	7
5. Wczesna diagnostyka chorób nowotworowych u dzieci	9
6. Cytologia w ciąży - materiały edukacyjne	11
7. Nowe programy kształcenia pielęgniarek i położnych	12
8. Oferta kursu dla pielęgniarek i położnych	13
9. Konkurencyjny mikroprzedsiębiorca w branży medycznej	16
10. Kwalifikacje wymagane od osób przeprowadzających szczepienia ochronne	17
11. Ryzyko wystąpienia kwasicy ketonowej - komunikat	19
12. Sprawy różne	20

INFORMACJE BIURA OIPiP w Gorzowie Wlkp.

BIURO:

ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp.,
tel.: 95 729 67 84, fax 95 729 67 83

Izba czynna:

**poniedziałek, wtorek, środa, piątek w godz. 7.00 - 15.00
czwartek w godz. 7.00 - 17.00**

PRZEWODNICZĄCA OIPiP

Aldona Stańko

przyjmuje interesantów

po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu terminu spotkania

WICEPRZEWODNICZĄCE OIPiP

Maria Teresa Ziółkowska

Halina Kąkolewska

RADCA PRAWNY

Halina Łagocka przyjmuje interesantów

w każdy piątek w godz. 11.30 - 14.30

Dyżur Skarbnika

Elżbieta Majdańska

w każdy czwartek od godziny 15.00 - 17.00

kontakt e-mail: ela.722@wp.pl

OKRĘGOWY RZECZNIK

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Herodowicz Anna

95 7202 303

PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU

PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

mgr Teresa Stankiewicz

ZASTĘPCY OKRĘGOWEGO RZECZNIKA

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Majchrzak Beata - 95 7259 338

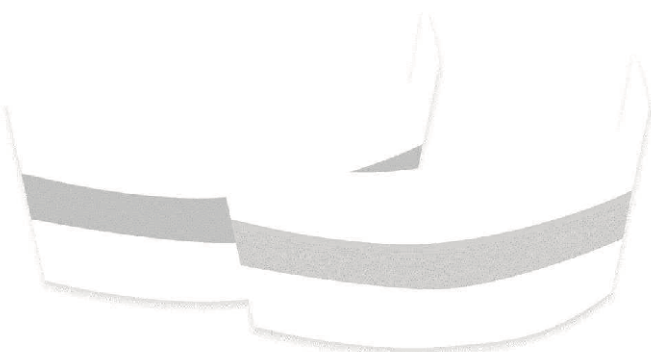
Korczyńska Jolanta - 95 7331 604

Chraplak Małgorzata - 95 7331 300

Kosecka Danuta - 95 7331 631

Bożena Kwiatek - 95 7364 555

dyżury Rzecznika w każdy pierwszy i trzeci czwartek miesiąca od 15.00 do 16.00



Szanowne Koleżanki i Koledzy,

8 września 2015 roku weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które znowelizowane 14 października 2015 roku, ustala sposób przekazania przez Narodowy Fundusz Zdrowia dodatkowych środków na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarki i położne.

Pragnę przypomnieć, że dodatkowe środki są efektem działania samorządu zawodowego oraz związku zawodowego pielęgniarek i położnych, które zaowocowało zawarciem 23 września 2015 r. Porozumienia pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych a Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministrem Zdrowia w sprawie wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych pod koniec czerwca 2015 roku rozpoczęła kampanię „Ostatni dyżur”. Kampania przyjęła wymiar ogólnokrajowy. Centralną osią kampanii była recepta, która jest petycją kierowaną do decydentów z apelem o podjęcie natychmiastowych i konkretnych działań zmierzających do poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych w Polsce.

Z inicjatywy Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych 10 września odbyła się wielotysięczna manifestacja, podczas której pielęgniarki i położne usłyszały z ust Ministra Zdrowia, Mariana Zembała zapewnienie o przeznaczeniu środków na podwyżki dla naszej grupy zawodowej. W manifestacji wzięło udział ok 200 pielęgniarek i położnych z województwa lubuskiego.

W Ministerstwie zdrowia trwają w dalszym ciągu rozmowy naszych przedstawicieli w sprawie środków dla pielęgniarek i położnych wykonujących zawód poza systemem NFZ, zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych, które podlegają innym resortom niż Ministerstwo Zdrowia.

Zakończyły się wybory Delegatów na Nadzwyczajny Okręgowy Sprawozdawczo Wyborczy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. W 11 okręgach zebrania wyborcze odbyły się w okresie od 14 kwietnia do 11 czerwca 2015 roku. Ogólna liczba pielęgniarek i Położnych posiadających czynne prawo wyborcze wynosiła 3210. W poszczególnych zebraniach wyborczych udział wzięło 255 osób, co stanowiło łącznie 7,94% ogółu uprawnionych do głosowania. Mandat delegata otrzymało 81 osób. Podczas zebrań wyborczych wybrano 18 pełnomocnych przedstawicieli, którzy będą reprezentować Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w swoich okręgach.

XXXI Nadzwyczajny Okręgowy Sprawozdawczo Wyborczy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. odbędzie się w dniach 20-21 listopada w sali konferencyjnej „Przystań Sportów Wodnych”, Gorzów Wlkp. ul. Fabryczna 3. Początek obrad godz. 10,00.

Delegatom życzę owocnych obrad oraz trafnych wyborów.

Ustępującym organom gorąco dziękuję za cztery lata poświęcone na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Pracownikom biura izby dziękuję za rzetelną, zaangażowaną współpracę.

Z wyrazami szacunku

Aldona Stańko

Przewodnicząca OIPiP w Gorzowie Wlkp.



Członkowie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych VI kadencji.

Od lewej: Barbara Zaręba, Marta Powchowicz, Dorota Górecka, Barbara Burzyńska, Halina Kąkolewska, Elżbieta Majdańska, Wiesława Kandefer, Teresa Ziółkowska, Beata Dunal, Teresa Romanów, Alina Hoffmann, Aldona Stańko.

Brak: Helena Rudaniecka, Małgorzata Kowalska i Ewa Mamet-Szwichtenberg.

POROZUMIENIE

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

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

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

a

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

i

Ministrem Zdrowia Marianem Zembalą, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15,

– zwanymi dalej „Stronami”.

Mając na uwadze:

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

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

§1

1. Minister Zdrowia, na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą”, dokona nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400), w celu wprowadzenia zmian mających na celu dostosowanie jego przepisów do warunków określonych w niniejszym Porozumieniu. Minister Zdrowia w terminie do dnia 25 września 2015 r. przedłoży Stronom niniejszego Porozumienia projekt nowelizacji ww. rozporządzenia uwzględniającej treść warunków zawartego Porozumienia oraz niezwłocznie rozpocznie procedurę związaną z wprowadzeniem nowelizacji w życie.

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

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

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

1) 400,00 zł od dnia 1 września 2015 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r., z uwzględnieniem kwoty 300,00 zł w okresie od dnia 1 września 2015 r. do dnia 30 czerwca 2016 r., o której mowa w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

2) 800,00 zł od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 1;

3) 1200,00 zł od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 2;

4) 1600,00 zł od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 3.

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

1) 400,00 zł od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r.;

2) 800,00 zł od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., w tym kwota, o której mowa w pkt 1;

3) 1200,00 zł od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r., w tym kwota, o której mowa w pkt 2;

4) 1600,00 zł od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019r., w tym kwota, o której mowa w pkt 3.

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

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

W przypadku:

1) nieosiągnięcia porozumienia z przedstawicielami związków zawodowych pielęgniarek i położnych zrzeszających wyłącznie pielęgniarki i położne, działających u świadczeniodawcy dotyczącego sposobu podziału kwot, o których mowa w ust. 4 pkt 2-4 i ust. 5, albo,

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

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

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

10. Minister Zdrowia przedstawi do dnia 10 października 2015 r. propozycje średniego wzrostu wynagrodzeń wraz ze wszystkimi innymi składnikami i pochodnymi, w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarek i położnych, w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia finansowanych z budżetu państwa.

11. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych:

1) zawiesi od dnia 30 września 2015 r. ogólnopolską akcję protestacyjną, pod warunkiem, że projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będzie zawierał postanowienia wynikające z niniejszego Porozumienia;

2) zakończy ogólnopolską akcję protestacyjną najpóźniej w terminie 7 dni od dnia podpisania rozporządzenia Ministra



Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pod warunkiem, że rozporządzenie to będzie zawierało postanowienia wynikające z niniejszego Porozumienia;

3) niezwłocznie po zakończeniu ogólnopolskiej akcji protestacyjnej podejmie działania zmierzające do zakończenia sporów zbiorowych prowadzonych przez zakładowe organizacje związkowe Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w części dotyczącej warunków wynagradzania.

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

§2

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

§3

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

§4

Porozumienie wchodzi w życie z dniem 23 września 2015 r.

w imieniu:

**Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Lucyna Dargiewicz**

**Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Grażyna Rogala-Pawelczyk**

**Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Tadeusz Jędrzejczyk**

**Minister Zdrowia
Marek Zembala**

Stanowisko Nr 8 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 września 2015 r.

W sprawie kontynuacji rozmów z Rządem RP w zakresie poprawy aktualnej sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych oraz zabezpieczenia społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarskie i położnicze

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych działając w ramach prerogatyw ustawowych (art. 22 ust. 1 pkt 6 i 12 w zw. z art. 4 ust. 1, 6 - 7 i ust. 2 pkt 4 i 8 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.) w interesie swoich członków i społeczeństwa Rzeczypospolitej Polskiej, postanawia kontynuować rozmowy z Rządem RP, zastrzegając sobie prawo do podejmowania wszelkich działań zmierzających do poprawy aktualnej sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych deklaruje kon-

tynuowanie rozmów w zakresie umocowania pielęgniarki i położnej w systemie ochrony zdrowia oraz deklaruje rozpoczęcie prac legislacyjnych polegających na zagwarantowaniu pielęgniarkom i położnym wzrostu wynagrodzenia.

Oczekujemy przedstawienia przez Rząd RP programu przeciwdziałania załamaniu systemu opieki pielęgniarskiej i położniczej nad obywatelami Polski.

Proponowane dotychczas przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązania w żaden sposób nie poprawiają sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych oraz nie gwarantują społeczeństwu bezpieczeństwa zdrowotnego.

Sekretarz NR PiP Joanna Walewander

Prezes NR PiP Grażyna Rogala-Pawelczyk

Ostatni Dyżur w lubuskiem

W czwartek 30 lipca w Gorzowie Wlkp. zainaugurowano wojewódzką edycję ogólnopolskiej kampanii społecznej „Ostatni Dyżur”. Podczas konferencji prasowej przedstawiono raport NR PiP, z którego wynika, że już za pięć lat pacjenci w Polsce mogą zostać pozbawieni fachowej opieki pielęgniarek i położnych. Raport prezentowała wiceprezes NR PiP Teresa Kuziara oraz przewodniczące okręgowych izb – Aldona Stańko i Weronika Rozenberger.

Jak wynika z raportu przygotowanego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, już za 5 lat Polacy pozbawieni zostaną profesjonalnej opieki pielęgniarek i położnych. Obecnie średnia wieku pielęgniarek w Polsce to 48 lat.

– W 2022 roku średnia wieku będzie wynosiła 50 lat, a liczba pielęgniarek do tego momentu zmniejszy się o 54 tysiące – mówiła przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zielonej Górze Weronika Rozenberger. – To zjawisko szczególnie niepokojące w kontekście starzejącego się społeczeństwa - coraz więcej osób będzie potrzebowało opieki pielęgniarskiej, której przy obecnej liczbie pielęgniarek nie da się zabezpieczyć.

Obecnie na 1.000 mieszkańców w Polsce przypada niewiele ponad 5 pielęgniarek.

Tymczasem w krajach Unii Europejskiej ten wskaźnik jest dwukrotnie większy.

– Co roku obserwujemy spadek liczby osób ubiegających się o wydanie zaświadczenia o prawo do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej. To przerażające dane, bo jednocześnie personelu osiągnącego wiek emerytalny jest coraz więcej – podkreślała Aldona Stańko, przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie.

– Apelujemy do rządzących o opracowanie i wdrożenie programu zabezpieczającego społeczeństwo w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne – mówiła Teresa Kuziara. – Już za kilka lat problem braku opieki będzie rzeczą realną i namacalną.

Centralną osią kampanii jest recepta, która jest petycją kierowaną do decydentów z apelem o podjęcie natychmiastowych i konkretnych działań zmierzających do poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych w Polsce.

Receptę podpisała m.in. poseł Krystyna Sibińska, jedyna parlamentarzystka, która przyjęła zaproszenie na konferencję.

Recepta dostępna jest również na stronie internetowej ostatnidyzur.pl.

Konferencji otwierającej kampanię w województwie lubuskim towarzyszyło Miasteczko Zdrowia rozstawione na Bulwarze Wschodnim. W namiotach rozstawionych przez pielęgniarki z gorzowskiej i zielonogórskiej izby można było skorzystać m.in. z pomiaru ciśnienia, porad dotyczących cukrzycy i zdrowego odżywiania, opieki długoterminowej, czy studiów pielęgniarskich. Sporym zainteresowaniem cieszyły się stoiska pielęgniarek medycyny szkolnej oraz namiot poświęcony dawnej medycynie. Specjalny namiot rozstawił również klub Fabryka Formy oraz firma Strywald.

Za pomoc w organizacji konferencji serdecznie dziękujemy właścicielom restauracji Santa Fee, gdzie odbyło się spotkanie z dziennikarzami, Miejskiemu Zakładowi Komunikacji za możliwość umieszczenia w tramwajach i autobusach plakatów informujących o kampanii, Gorzowskiemu Rynkowi Hurtowemu za udostępnienie Bulwaru, a także Miejskiemu Centrum Kultury oraz OSiR-owi za ogromną pomoc w organizacji przedsięwzięcia.

Polaków Zdrowia Portret Własny 2015

„Polaków Zdrowia Portret Własny 2015” to cykl spotkań w województwach, w których Minister Zdrowia rozmawia o najważniejszych dla danego regionu tematach dotyczących ochrony zdrowia oraz przedstawia kierunki polityki ministerstwa w tej dziedzinie. Gorzów Wlkp. był dziesiątym miejscem, które odwiedził Minister Zdrowia prof. Marian Zembala. Na miejsce obrad wybrano Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp.

Tematy przewodnie:

- Nierówności w zdrowiu, diagnoza systemu oraz kierunki rozwoju ochrony zdrowia w województwie lubuskim.
- Oddłużenie gorzowskiego szpitala poprzez przekształcenie w spółkę, jego efekty i kierunki rozwoju.
- Lubuskie priorytety w zakresie ochrony zdrowia.
- Powiatowe czyli gorsze? Duże problemy małych szpitali – perspektywa pediatrii.
- Znaczenie Porozumienia Zielonogórskiego w rozwoju medycyny rodzinnej.
- Nowa perspektywa finansowa - wyzwania i szanse dla wzmocnienia ochrony zdrowia w latach 2014-2020.
- Odnowienie „Partnerstwa dla transplantacji w województwie lubuskim”.

Spotkanie zakończyło się odnowieniem „Partnerstwa dla transplantacji w województwie lubuskim”. Dokument, który zakłada zintensyfikowanie działań na rzecz transplantologii, został podpisany przez Ministra Zdrowia – prof. Mariana Zembalę, wojewodę lubuskiego – Katarzynę Osos, marszałek województwa lubuskiego – Elżbietę Polak, prezesa Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim – Ryszarda Hatałę oraz sygnatariuszy porozumienia.

Minister podkreślił, że „istotą porozumienia jest silne „tak”, silne „za”, aby rozwijać program donacji. (...) Jeżeli nie będzie rozwoju w programie donacji, uratujemy mniej osób i poniesiemy porażkę jako lekarze, ale także jako społeczeństwo.”

Jedną z sygnatariuszek, podpisującą List Intencyjny dotyczący Partnerstwa dla Transplantacji w Województwie Lubuskim była mgr pielęgniarstwa **Izabela Brzychcy Koordynator ds. transplantacji** w gorzowskim szpitalu. W związku z tym, że koordynator ds. transplantacji to zawód raczej nietypowy Aldona Stańko poprosiła Panią Iżę, aby opowiedziała na czym polega jej praca.



Koordinatorka transplantacyjna to osoba niezbędną w procesie pozyskiwania i przeszczepiania narządów.

Przeważnie funkcję koordynatora transplantacyjnego pełni osoba z wykształceniem medycznym (lekarz, pielęgniarka), która organizuje, nadzoruje, koordynuje i dokumentuje całość złożonej, wielodyscyplinarnej i rozciągniętej w czasie pracy zespołów transplantacyjnych w zakresie identyfikacji i kwalifikacji dawcy narządów, opieki nad dawcą, pobrania wielonarządowego, alokacji, dystrybucji i przeszczepienia narządów oraz wczesnej i późnej opieki nad biorcą przeszczepu. Z reguły część tych zadań koordynator wykonuje osobiście. Ponadto koordynator odpowiada za kształtowanie wizerunku transplantologii klinicznej w społeczeństwie w ogóle i w społeczności medycznej; naucza, prowadzi kampanie promocyjne oraz niezbędną sprawozdawczość i statystykę w tym zakresie.

A.S: Na początek proszę powiedzieć co Panią zainspirowało do podjęcia pracy w tym zawodzie?

I.B: Był rok 2009, czas gdy nasz szpital, pomimo dużego potencjału wykazywał małą aktywność w zakresie pozyskiwania narządów do transplantacji. Ordynator oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, Jerzy Czyżewski zwrócił się do mnie z propozycją podjęcia nauki w ramach Szkolenia Podyplomowego Koordynatorów Transplantacyjnych. Nie był to dobry dla mnie czas na podjęcie nauki, byłam tuż po urlopie macierzyńskim, mój mały synek, ze względu na stan zdrowia wymagał szczególnej opieki i pomimo, że wróciłam do pracy, ciągle karmiłam go piersią. Długo się zastanawiałam, ale mój szef nie ustępował i tak długo mnie namawiał aż się zgodziłam. Na własny koszt i w ramach wolnego czasu, bez pasji i przekonania rozpoczęłam naukę. Na szczęście okazało się, że studiowanie było fantastyczne - wykładowcy to sławy w swoich dziedzinach, warsztaty z udziałem zawodowych aktorów, wspaniale wczuwający się w rolę rodzin z którymi, my

kandydaci na koordynatorów, musieliśmy przekonująco rozmawiać, a psycholog koordynował nasze błędy w komunikacji.

A.S: Po ukończeniu studiów zdecydowała się Pani spróbować wykorzystać swoją wiedzę i umiejętności.

I.B: Andrzej Szmit, ówczesny dyrektor szpitala, w lutym 2010 roku powołał mnie na stanowisko Koordynatora do spraw przeszczepów. Już wtedy wiedziałam, że to ciężki kawałek chleba tym bardziej, że to była i jest dodatkowa praca w ramach mojego podstawowego zatrudnienia.

A.S: Pamięta Pani pierwszego dawcę?

I.B: Pierwszy dawca, od którego koordynowałam pobranie narządów był w styczniu 2010 roku, nie zapomnę go nigdy podobnie jak pierwsze dziecko, od którego pobranie narządów koordynowałam w mojej działalności po raz pierwszy, miał siedem lat i był w wieku mojego dziecka. To był tragiczny wypadek.....

A.S: Najtrudniejsze momenty w Pani pracy?

I.B: Zdecydowanie najtrudniej dla wszystkich, którzy są zaangażowani w cały proces przygotowania dawcy do pobrania narządów jest moment, gdy rodzina żegna się ze swoim bliskim. Wszyscy wiemy, że za chwilę, dawca będzie przewieziony na blok operacyjny, pielęgniarki i lekarze wychodzą z sali chorych, zostają najbliżsi i.....ja, która musi powstrzymać emocje i wytrwać do końca. Czasem wydaje mi się, że kolejny raz nie dam rady przeżyć to wszystko.

A.S: Podobno mężczyźni lepiej sobie radzą w tym zawodzie?

I.B: Zdecydowanie tak, oni po prostu traktują to jak zadanie do wykonania. Kobiety bardzo angażują się emocjonalnie. Gdy mam do czynienia z dawcą, dla niego i najbliższych kontakt ze mną oznacza śmierć i rozpacz. Inaczej jest z drugiej strony, gdy koordynator ma kontakt z biorcą i jego rodziną. Gdy dzwonię do ośrodka, w którym wykonano przeszczep i słyszę zapewnienie, że wszystko się udało, to cieszę się razem z nimi i dopiero wtedy mam satysfakcję z tego, że jednak dzięki mojej pracy zostało uratowane czyjeś życie.

A.S: Jak Pani sobie radzi z emocjami?

I.B: Chyba kiepsko. Często mówię koniec, kończę z tym. Po pobraniu wracam do domu, czuję się potwornie zmęczona, nie mogę pozbierać myśli, próbuję odpocząć, ale miotam się po domu, wymyślam sobie mnóstwo zajęć, pokrzykuję na rodzinę i zwykle zmęczona idę na kolejny dyżur. Tak właśnie było też ostatnio, gdy 11 września 2015 roku koordynowałam pobranie narządów od kolejnego 84 dawcy i uczestniczyłam w spotkaniu z Ministrem Zdrowia. Wróciłam do domu, dom pusty (moja mama zwykle w takim dniu, zabiera moje dzieci do siebie), tylko spać..... i oczywiście nie mogłam usnąć. Tego samego dnia poszłam na nocny dyżur. Pracuję jako pielęgniarka anestezyjologiczna na bloku operacyjnym w pełnym wymiarze godzin, w systemie 12 godzinnych dyżurów.

Wcześniej pracowałam w oddziale intensywnej terapii. To nie jest praca do emerytury ze względu na bardzo duże obciążenie i zbyt małą obsadę pielęgniarską.

Praca koordynatora wymaga ode mnie maksymalnego zaangażowania, muszę być dyspozycyjna, bo nigdy nie wiadomo kiedy będę potrzebna, tego po prostu nie da się przewidzieć. Dlatego też w tym zawodzie, nikt długo nie pracuje.

A.S: Jak długo zwykle trwa cała procedura pobrania narządów do przeszczepu?

I.B: To wymaga dużego zaangażowania nie tylko Koordynatora, ale całego zespołu lekarzy i pielęgniarek pracujących w oddziale intensywnej terapii. Przygotowanie dawcy przed pobraniem narządów wymaga wielu skomplikowanych zabiegów medycznych. Trwa to różnie, od kilkunastu do kilkudziesięciu godzin. Najdłużej w mojej działalności, bo aż 36 godzin, od rozpoczęcia procedury do przybycia zespołu transplantacyjnego. Wszystko zależy od tego w jakim dawca jest stanie i ile narządów będzie pobranych. Im więcej narządów tym trudniej zgrać logistycznie transport. Czasem po odbiór narządu przyjeżdżają zespoły z kilku ośrodków.

A.S: Kto najczęściej jest dawcą?

I.B: Utarło się, że dawcami są motocykliści, to mit. Uczestnicy tego typu wypadków komunikacyjnych rzadko są dawcami, gdyż zwykle mają urazy wielu narządów, których nie można zakwalifikować do pobrania. Najczęściej dawcami są osoby po epizodach pęknięcia naczyń krwionośnych w obrębie centralnego układu nerwowego. Bardzo często są to osoby młode, które mają malformację (defekt, nieprawidłowa budowa) wrodzoną naczyń krwionośnych. Przyczyny mogą być różne. Ostatnie lata mówi się o wpływie nadużywania napojów energetyzujących i stosowania tzw. dopalaczy, które w obecnej dobie są olbrzymim wyzwaniem dla medycyny.

A.S: Kto wynagradza koordynatora?

I.B: Dla samego szpitala dochody z transplantologii są ważne. Koordynator wynagradzany jest przez pracodawcę, u którego jest zatrudniony. Gratyfikacja finansowa nie jest motywacją do pracy, bo zwykle nie jest satysfakcjonująca – to w dużej mierze zależy od szefa placówki.

A.S: Bardzo dziękuję za rozmowę.

Izabela Brzychcy w 2002 roku ukończyła Medyczne Studium Zawodowe w Gorzowie uzyskując tytuł pielęgniarki. W 2007 r. na Wydziale Nauk o Zdrowiu Pomorskiej Akademii Medycznej uzyskała tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, jest specjalistką w dziedzinie „Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki”, ukończyła również kurs kwalifikacyjny ww. dziedzinie, brała udział w wielu szkoleniach, konferencjach i sympozjach w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii. Jest również cenionym wykładowcą podczas kursów i szkoleń w ramach kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych.

Wczesna diagnostyka chorób nowotworowych u dzieci

Wczesne rozpoznanie choroby nowotworowej to zadanie dla wszystkich lekarzy, ale przede wszystkim pediatrów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy rodzinnych, pielęgniarek i położnych rodzinnych, pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania, którzy realizują je poprzez zbieranie szczegółowego wywiadu, dokładne badanie i obserwację pacjentów, a także edukowanie społeczeństwa na temat wczesnych objawów choroby nowotworowej. Jest to również obowiązek pracowników laboratorium diagnostycznego oraz pacjentów, rodziców i opiekunów.

Rozpoznanie nowotworu w jego wczesnym stadium bywa trudne, ponieważ początkowe objawy mogą być niecharakterystyczne i sugerować inne, częstsze choroby wieku dziecięcego, np. zakażenia. Z tego powodu opracowano monografię na temat charakterystycznych i nietypowych objawów chorób nowotworowych.

Aby wczesnie rozpoznać nowotwór u dzieci i młodzieży, muszą być spełnione następujące warunki:

- znajomość objawów klinicznych nowotworów tego okresu życia,
- dokładne zebranie wywiadu - jako pierwszy ważny krok diagnostyczny,
- dokładne badanie lekarskie w każdej sytuacji i okoliczności zgłoszenia dziecka, mogące się przyczynić do wcześniejszego rozpoznania - przypadkowej diagnozy,
- stwierdzenie objawów, które mogą sugerować chorobę nowotworową, a następnie niezwłoczne jej potwierdzenie lub wykluczenie. Nowotwory w wieku dziecięcym i młodzieńczym, pomimo stosunkowo rzadkiego występowania i systematycznej poprawy wyników terapii (obecnie 70-80% wyleczeń), nadal są przyczyną zgonu większej liczby dzieci niż każda inna choroba. Wśród przyczyn zgonów u dzieci powyżej 1. roku życia nowotwory zajmują drugie miejsce po zatruciach, wypadkach i urazach. Z tego powodu stanowią istotny problem w medycynie wieku rozwojowego [1].

Roczna częstość występowania nowotworów u dzieci w Polsce wynosi 140-155/1 000 000 dzieci, co odpowiada 5-10 nowych przypadków w rejonie zamieszkałym przez 50 000-75 000 dzieci. Wśród 38 405 670 mieszkańców Polski populacja do 19. roku życia liczy 8 630 240 (0-4 lat: 2 066 591; 5-9 lat: 1 811 299; 10-14 lat: 2 162 223; 15-19 lat: 2 590 127). W naszym kraju każdego roku u osób do 18. roku życia rozpoznaje się ok. 1100-1200 nowotworów [2].

Współczynniki zachorowań oraz zgonów dla naszego kraju przedstawiono w tabelach 1-5 (na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów prowadzonego przez Centrum Onkologii) [3].

Dla Polski współczynnik standaryzowany zachorowań na nowotwory* w populacji 0-19. roku życia wynosił w 2012 r. 13,5/100 000 osób dla chłopców i 10,7/100 000 osób dla dziewcząt. Współczynniki standaryzowane dla zgonów z powodu nowotworów w populacji 0-19. roku życia w Polsce wynosiły 3,1/100 000 dla chłopców i 2,5/100 000 dla dziewcząt.

Współczynniki umieralności i przeżycia w odniesieniu do nowotworów u dzieci różnią się pomiędzy krajami Europy Środkowo-Wschodniej i Europy Zachodniej - współczynniki umieralności są ponad 1,5 raza wyższe w Europie Środkowo-Wschodniej (4,9/100 000 dla chłopców i 3,9/100 000 dla dziewcząt) w porównaniu z Europą Zachodnią (3,1/100 000 dla chłopców i 2,5/100 000 dla dziewcząt), a 5-letni wskaźnik przeżycia jest znacznie niższy w Europie Środkowo-Wschodniej w porównaniu z Europą Zachodnią (odpowiednio 55% i 70%) [4, 5]. Wyższe współczynniki umieralności wśród dzieci w Polsce spowodowane są głównie wykrywaniem nowotworów u dzieci w wysokich stopniach zaawansowania klinicznego (III i IV), w których szansa na wyleczenie jest znacznie mniejsza. Według Krajowego Rejestru Nowotworów u Dzieci w Polsce nowotwory w I lub II stopniu zaawansowania diagnozuje się u mniej niż 10% dzieci [6], podczas gdy w Europie Zachodniej u ok. 25% dzieci.

W Polsce w zwojaku zarodkowym współczulnym (neuroblastoma) IV stopień zaawansowania stwierdza się u 25% niemowląt i aż u 54,5% dzieci powyżej 1. roku życia, w której to grupie wiekowej wyniki leczenia pozostają niezadowalające (ok. 30% 5-letnich przeżyć wolnych od niekorzystnych zdarzeń). W I stopniu zaawansowania neuroblastoma rozpoznawany jest natomiast tylko u 7,9% pacjentów powyżej 1. roku życia, a wyleczalność w tej grupie sięga nawet 100% [7]. Dlatego istnieje konieczność podjęcia działań celem wykrywania tego nowotworu wcześniej, w niższych stadiach zaawansowania.

Dodatkowo, koszty terapii zaawansowanych stadiów chorób nowotworowych są znacznie wyższe, co jest związane z koniecznością stosowania bardziej intensywnego leczenia przeciwnowotworowego (m.in. zużycie większej ilości cytostatyków) oraz znacznie częściej występującymi powikłaniami leczenia, wymagającymi kosztownego postępowania wspomagającego i dłuższych hospitalizacji.

Wiele objawów stwierdzanych w początkowym okresie rozwoju nowotworów występuje znacznie częściej w różnych innych chorobach. Ciągłe jeszcze istniejące opóźnienia w rozpoznawaniu, szczególnie guzów litych u dzieci, wpływają na zbyt częste diagnozowanie tych chorób w zaawansowanych stadiach, co stanowi ważną przyczynę niepowodzeń terapii. Pomimo postępów leczenia przeciwnowotworowego u dzieci stadium zaawansowania choroby w chwili rozpoznania pozostaje nadal najważniejszym czynnikiem rokowniczym.

Przyczyny opóźnienia w rozpoznawaniu nowotworów wieku dziecięcego można ująć w trzy główne grupy:

- związane z pacjentem lub opiekunami,
- wynikające z charakterystyki choroby nowotworowej,
- związane z systemem opieki zdrowotnej.

Według danych z piśmiennictwa, najbardziej istotnymi czynnikami przyczyniającymi się do opóźnienia rozpoznania są: wiek dziecka, stopień edukacji rodziców lub opiekunów, rodzaj nowotworu i związane z nim objawy, lokalizacja i edukacja lekarza badającego pacjenta zgłaszającego się z niepokojącymi objawami po raz pierwszy [8]. Czas upływający od wystąpienia pierwszych objawów do ustalenia właściwego rozpoznania

Tabela 1. Liczba osób w Polsce w grupach wiekowych w 2011r.

Wiek [lata]	0-4	5-9	10-14	15-19
Chłopcy	1 060 309	929 240	1 003 274	1 210 568
Dziewczynki	1 006 281	882 057	1 158 949	1 379 559

Tabela 2. Liczba zachorowań na nowotwory w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r. (na 100 000 osób)

Wiek [lata]	0-4	5-9	10-14	15-19
Chłopcy	184	80	88	194
Dziewczynki	130	85	75	166

Tabela 3. Współczynniki surowe zachorowań na nowotwory w Polsce w grupach wiekowych w 2011 r. (na 100 000 osób)

Wiek [lata]	0-4	5-9	10-14	15-19
Chłopcy	17,4	8,6	8,8	16,0
Dziewczynki	12,9	9,6	7,9	14,3

Tabela 4. Współczynniki surowe zgonów z powodu nowotworów w województwie małopolskim w grupach wiekowych w 2011 r. (na 100 000 osób)

Wiek [lata]	0-4	5-9	10-14	15-19
Chłopcy	4,3	3,2	2,7	3,8
Dziewczynki	2,6	1,6	2,3	3,0

Tabela 5. Liczba zgonów z powodu nowotworów w grupach wiekowych w 2011 r. (na 100 000 osób)

Wiek [lata]	0-4	5-9	10-14	15-19
Chłopcy	46	30	27	46
Dziewczynki	26	14	35	41

W przedstawionych badaniach zagranicznych wynosił od 0 do nawet 208 (mediana 15,75) tygodni [9, 10]. Zależność pomiędzy opóźnieniem w rozpoznaniu choroby a uzyskanym wynikiem leczenia jest bardzo złożona i w pierwszej kolejności bardziej zależy od typu nowotworu i jego biologii niż od czynników medycznych lub edukacji rodziców [10]. Niemniej jednak istotnym aspektem zwiększenia od-

setka rozpoznań chorób nowotworowych we wczesnych stadiach jest kształcenie pacjentów i opiekunów oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistów mających kontakt z pacjentem, u którego podejrzewa się chorobę nowotworową. Badania duńskie wskazują, że chorzy z rozpoznaniem nowotworem, szczególnie w ciągu 3-6 miesięcy przed ustaleniem tego rozpoznania, istotnie częściej korzystają z wizyt i konsultacji lekarskich niż zdrowe dzieci w podobnej grupie wiekowej. Istotne jest więc szczególne uwrażliwienie personelu opieki medycznej na objawy mogące sugerować chorobę nowotworową [11].

Piśmiennictwo

1. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2010. Atlanta: American Cancer Society; 2010. Pobrano ze strony: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/acspc-024113.pdf>.
2. Kowalczyk J.R., Dudkiewicz E., Balwierz W., Bogusławska--Jaworska J., Rokicka-Milewska R. Występowanie nowotworów u dzieci w Polsce w latach 1995-1999. Med Sci Monit 2002; 8: CR587-590.
3. Centrum Onkologii. Pobrano ze strony: <http://epid.coi.waw.pl/krn/>.
4. Bosetti C., Bertuccio P, Chatenoud L., Negri E., Levi F, La Vecchia C. Childhood mortality in Europe, 1970-2007. Eur J Cancer 2010; 46: 384-394.
5. Gatta G., Capocaccia R., Coleman M.P., Ries L.A., Ber-rino F. Childhood cancer survival in Europe and the United States. Cancer 2002; 95: 1767-1772.
6. Krajow r Rejestr Nowotworów. Ministerstwo Zdr-wia, Polska. Pobrano ze strony: <http://85.128.14.124/krn/>.
7. Balwierz W., Wieczorek A., Klekawka T. i wsp. Wyniki leczenia dzieci ze zwojakiem zarodkowym współczulnym: wstępny raport Polskiej Pediatrycznej Grupy Guzów Litych. Przegl Lek 2010; 67: 387-392.
8. Dang-Tan T., Franco E.L. Diagnosis delays in child-hood cancer: a review. Cancer 2007; 110: 703-713.
9. Haimi M., Peretz Nahum M., Ben Arush M.W. Delay in diagnosis of children with cancer: a retrospective study of 315 children. Pediatr Hematol Oncol 2004; 21: 37-48.
10. Brasme J.F., Morfouace M., Grill J. i wsp. Delays in diagnosis of paediatric cancers: a systematic review and compari-son with expert testimony in lawsuit. Lancet Oncol 2010; 13: 445-459.
11. Ahrensberg J.M., Fenger-Gr0n M., Yedsted P. Use of prima-ry care during the year before childhood cancer diagnosis: a nationwide popzulation-based matched comparative study. PLoS One 2013; 8: e59098.

Źródło

„Wczesna diagnostyka chorób nowotworowych u dzieci” - materiały edukacyjne i rekomendacje dla lekarzy i pielęgniarzek podstawowej opieki zdrowotnej

Cytologia w ciąży

Materiały edukacyjne do wykorzystania w pracy położnej

1. CEL BADANIA:

Wykrycie nieprawidłowych komórek szyjki macicy, które mogą świadczyć m.in. o nowotworze, stanie przednowotworowym i infekcjach. Materiał, który będzie analizowany później pod mikroskopem, powinien zostać pobrany już podczas pierwszej wizyty ginekologicznej w ciąży, o ile badanie nie było wykonywane w krótkim okresie przed zajściem w ciążę (do pół roku).

To ważne badanie wykonywane w ramach profilaktyki raka szyjki macicy.

2. PAMIĘTAJ PRZED BADANIEM:

- Dwa, trzy dni wcześniej powinnaś zrezygnować z uprawiania seksu, stosowania dezodorantów do okolic intymnych i leków dopochwowych, bo mogą zafałszować wynik.
- Dzień przed badaniem nie kąp się w wannie.
- Tuż przed wizytą u ginekologa, opróżnij pęcherz.
- Nie musisz być na czczo.

3. PRZEBIEG BADANIA:

Wymaz pobiera się podczas badania ginekologicznego. Lekarz lub położna wprowadza do pochwy wziernik, a potem specjalną szczoteczką pobiera wymaz z tarczy i kanału szyjki macicy. Cały proces może być trochę nieprzyjemny, ale trwa zaledwie kilkadziesiąt sekund. Pobrany materiał jest następnie przekazywany do laboratorium.

4. WYNIK:

Zwykle trzeba na niego czekać około tygodnia.

Jeszcze niedawno wynik opisywano, korzystając z 5-stopniowej skali. Obecnie wykorzystuje się system Bethesda, według którego ocenia się nie tylko komórki i ich budowę, ale także to, czy pobrana próbka była wystarczająco dobra, by można było dokonać na jej podstawie wiarygodnej oceny.

SKRÓTY, JAKIE ZNAJDZIEJSZ W WYNIKU (ZAMIAST CYFR OD I DO V)

NILM lub FI - nie stwierdzono żadnych niepokojących zmian. Według wcześniej stosowanej klasyfikacji 5-stopniowej byłaby to grupa I.

ASC - to informacja, że znaleziono „nieprawidłowe komórki nabłonkowe o nieokreślonym znaczeniu”.

ASC-US - często oznacza zakażenie HPV.

ASC-H - daje podejrzenie obecności komórek, które mogą świadczyć o stanie przednowotworowym, dlatego w tym przypadku zwykle lekarz zleca dalsze badania np. kolposkopię.

Gdybyśmy mieli zastosować wcześniejszą, 5-stopniową skalę, wynik wskazywałby na II grupę.

AGC - mówi o obecności atypowych zmian w komórkach gruczołowych (wyżej opisywane zmiany dotyczyły komórek nabłonka płaskiego).

AGC - NOS - wykryto „komórki gruczołowe inaczej niesklasyfikowane”

AGC - FN - znaleziono komórki gruczołowe, które na pewno są zbudowane nieprawidłowo

W obu przypadkach (a zwłaszcza w przypadku AGC - FN) konieczne jest jak najszybsze wykonanie dalszych badań diagnostycznych

Gdybyśmy mieli zastosować wcześniejszą, 5-stopniową skalę, wynik wskazywałby na II grupę.

SIL - takie oznaczenie świadczy o obecności komórek nabłonka płaskiego, które mają zdecydowanie nieprawidłową budowę:

L-SIL - komórki nabłonka są zmienione w niewielkim stopniu;

H-SIL - zmiany w komórkach są duże.

Gdybyśmy mieli zastosować wcześniejszą, 5-stopniową skalę, wynik wskazywałby na III lub IV grupę.

CZYTAJĄC WYNIK, PAMIĘTAJ!

Jego opis jest dla laika bardzo trudny do zrozumienia. Dlatego z wyciąganiem wniosków poczekaj do rozmowy z lekarzem i jemu pozostaw interpretację. Nie wpadaj w panikę, jeśli znajdziesz informację o jakichś nieprawidłowościach, bo mogą nimi być stosunkowo niegroźne zmiany zapalne. **Czasem ocena pobranej próbki jest bardzo trudna i wtedy dość łatwo o pomyłkę.** Szacuje się, że przynajmniej kilka procent wyników jest fałszywie dodatnich, czyli jest w nich informacja o „niebezpiecznych” komórkach, których tak naprawdę nie ma.

Cytologia jest jedynie badaniem przesiewowym, a nieprawidłowe wyniki wymagają weryfikacji za pomocą bardziej dokładnych metod (kolposkopii czy histopatologicznego badania wycinków). O ewentualnej konieczności pogłębienia diagnostyki decyduje lekarz.

5. POWIEDZ LEKARZOWI:

Po pobraniu wymazu może dojść do niewielkiego krwawienia. W takiej sytuacji należy zgłosić się od razu do lekarza.

Materiały edukacyjne – www.mamazone.pl

KOMUNIKAT

Od 24.08.2015 r. obowiązują nowe szczegółowe programy kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

W programach zlikwidowano blok ogólnozawodowy. Program kształcenia określa czas trwania kształcenia składający się z zajęć teoretycznych i zajęć praktycznych.

Warunkiem zakwalifikowania na specjalizację lub kurs kwalifikacyjny jest legitymowanie się zaświadczeniem o ukończeniu kursu specjalistycznego (* patrz poniżej).

Warunkiem ukończenia specjalizacji jest posiadanie kwalifikacji w zakresie:

1) badania fizykalnego, udokumentowane uwierzytelnioną kopią:

- dyplomu uzyskania tytułu specjalisty po 2001 r. lub
- zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego Wywiad i badanie fizykalne lub
- zaświadczenia o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego *Advanced Physical Assessment*.

2) kursu specjalistycznego:

- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa*
- Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego*
- Leczenia ran *

Specjalizacje dla pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa:

1) rodzinnego:

zajęcia teoretyczne – 500 godzin,

zajęcia praktyczne – 350 godzin

* Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

* Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego

2) w ochronie zdrowia pracujących:

zajęcia teoretyczne – 415 godzin,

zajęcia praktyczne – 385 godzin

* Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

3) internistycznego:

zajęcia teoretyczne – 430 godzin, w tym 54 godziny

zajęć warsztatowych/ćwiczeniowych;

zajęcia praktyczne – 427 godzin.,

* Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

* Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego

4) geriatrycznego:

zajęcia teoretyczne – 580 godzin,

zajęcia praktyczne – 245 godzin

* Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

* Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego.

5) pediatrycznego:

zajęcia teoretyczne – 460 godzin,

zajęcia praktyczne – 350 godzin

* Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

* Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego

6) chirurgicznego:

zajęcia teoretyczne – 490 godzin,

zajęcia praktyczne – 350 godzin

* Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

* Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego

7) operacyjnego:

zajęcia teoretyczne – 311 godzin,

zajęcia praktyczne – 525 godzin

8) anestezyjologicznego i intensywnej opieki:

zajęcia teoretyczne – 330 godz.

zajęcia praktyczne – 649 godz.

* Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

* Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego

9) onkologicznego:

zajęcia teoretyczne – 485 godzin,

zajęcia praktyczne – 315 godzin.

10) psychiatrycznego:

zajęcia teoretyczne – 400 godzin,

zajęcia praktyczne – 425 godzin

* Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

11) opieki długoterminowej:

zajęcia teoretyczne – 617 godzin,

zajęcia praktyczne – 350 godzin

* Leczenia ran dla pielęgniarek.

12) opieki paliatywnej :

zajęcia teoretyczne – 470 godzin,

zajęcia praktyczne – 371 godzin

* Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

13) ratunkowego:

zajęcia teoretyczne – 490 godzin,

zajęcia praktyczne – 322 godziny.

* Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

* Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka

* Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego

Specjalizacje dla położnych w dziedzinie pielęgniarstwa**1) rodzinnego:**

zajęcia teoretyczne – 495 godzin,

zajęcia praktyczne – 329 godzin

* *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa,** *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka***2) ginekologicznego i pielęgniarstwa położniczego:**

zajęcia teoretyczne – 522 godziny dydaktyczne,

zajęcia praktyczne – 332 godziny dydaktyczne

* *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka** *Leczenie ran dla położnych***Specjalizacje dla pielęgniarek i położnych w dziedzinie pielęgniarstwa:****1) neonatologicznego:**

zajęcia teoretyczne – 475 godzin,

zajęcia praktyczne – 365 godzin

2) epidemiologicznego

zajęcia teoretyczne – 565 godzin;

zajęcia praktyczne – 279 godzin

Warunkiem ukończenia kursu kwalifikacyjnego jest

posiadanie kwalifikacji w zakresie kursu specjalistycznego:

- *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa**
- *Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego**
- *Leczenia ran **

Kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa**1) rodzinnego,**

zajęcia teoretyczne – 150 godzin,

zajęcia praktyczne – 175 godzin

2) w ochronie zdrowia pracujących,

zajęcia teoretyczne – 185 godzin,

zajęcia praktyczne – 140 godzin

3) anestezyjologicznego i intensywnej opieki,

zajęcia teoretyczne – 200 godzin,

zajęcia praktyczne – 245 godzin

* *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa** *Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego***4) psychiatrycznego,**

zajęcia teoretyczne – 130 godzin,

zajęcia praktyczne – 180 godzin

5) onkologicznego,

zajęcia teoretyczne – 135 godzin;

zajęcia praktyczne – 105 godzin

6) internistycznego

zajęcia teoretyczne – 160 godzin,

zajęcia praktyczne – 231 godzin

* *Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego** *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa,***7) środowiska nauczania i wychowania,**

zajęcia teoretyczne – 150 godz.,

zajęcia praktyczne – 245 godz.

8) nefrologicznego z dializoterapią,

zajęcia teoretyczne – 150 godzin,

zajęcia praktyczne – 155 godzin

* *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa.***9) opieki długoterminowej,**

zajęcia teoretyczne – 164 godziny,

zajęcia praktyczne – 196 godzin

10) opieki paliatywnej,

zajęcia teoretyczne – 205 godzin;

zajęcia praktyczne – 175 godzin

11) ratunkowego,

zajęcia teoretyczne – 225 godziny,

zajęcia praktyczne – 182 godziny

* *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa** *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka***12) chirurgicznego,**

zajęcia teoretyczne – 155 godzin,

zajęcia praktyczne – 154 godziny

* *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa** *Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego***13) kardiologicznego,**

zajęcia teoretyczne – 200 godzin,

zajęcia praktyczne – 238 godzin

* *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa** *Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego***14) pediatrycznego,**

zajęcia teoretyczne – 114 godzin,

zajęcia praktyczne – 126 godzin

* *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa** *Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego*

15) transplantacyjnego

zajęcia teoretyczne – 117 godzin,

zajęcia praktyczne – 133 godzin

* Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

*Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego

*Przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych.

16) diabetologicznego

zajęcia teoretyczne – 170 godzin,

zajęcia praktyczne – 168 godzin

17) geriatrycznego

zajęcia teoretyczne – 180 godzin,

zajęcia praktyczne – 125 godzin

zaświadczenie o ukończeniu kursu specjalistycznego w zakresie leczenia ran.

18) operacyjne

zajęcia teoretyczne – 155 godzin,

zajęcia praktyczne – 210 godzin

19) neonatologicznego,

zajęcia teoretyczne – 115 godzin,

zajęcia praktyczne – 175 godzin

20) neurologiczne

zajęcia teoretyczne – 160 godzin,

zajęcia praktyczne – 200 godzin

*Resuscytacja krążeniowo-oddechowa.

Kursy kwalifikacyjne dla położnych w dziedzinie pielęgniarstwa

1) rodzinnego

zajęcia teoretyczne – 160 godzin,

zajęcia praktyczne – 161 godzin

* Resuscytacja krążeniowo-oddechowa,

* Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka.

2) anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii

zajęcia teoretyczne – 160 godzin

zajęcia praktyczne – 217 godzin

* Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

*Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego

3) operacyjnego

zajęcia teoretyczne – 85 godzin;

zajęcia praktyczne – 240 godzin

Kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek i położnych w dziedzinie pielęgniarstwa

1) epidemiologicznego

zajęcia teoretyczne – 190 godzin;

zajęcia praktyczne – 112 godzin

Programy kursów specjalistycznych

dla pielęgniarek:

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

dla położnych:

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

dla pielęgniarek i położnych:

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

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. przedstawia ofertę kursów od października 2015 r.



I. Kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego

- zajęcia teoretyczne – **150** godzin, (12 -13 dni)
- zajęcia praktyczne – **175** godzin (25 dni)
- 65 godzin, może być wykorzystane na samokształcenie

Koszt przy 25 osobach: 530,00 zł. dla członków OIPiP w Gorzowie Wlkp. regularnie opłacających składki; dla pozostałych 1060,00 zł (przy 20 osobach 635,00 zł. członkowie Izby, pozostali 1270,00 zł.) możliwość wpłaty w III ratach.

Planowany termin rozpoczęcia kursu - *październik/listopad*.

II. Kurs specjalistyczny w zakresie Szczepienia ochronne dla położnych

- zajęcia teoretyczne – **27** godzin, (2 – 3 dni)
- zajęcia praktyczne – **25** godzin (4 dni)
- 5 godzin, może być wykorzystane na samokształcenie

Koszt przy 25 osobach: 202,00 zł. dla członków OIPiP w Gorzowie Wlkp. regularnie opłacających składki; dla pozostałych 404,00 zł. (przy 20 osobach 245,00 zł. członkowie Izby, pozostali 490,00 zł.)

Planowany termin rozpoczęcia kursu - *październik/ listopad*

III. Kurs specjalistyczny w zakresie Szczepienia ochronne dla pielęgniarek

- zajęcia teoretyczne – **35** godzin,(3 dni)
- zajęcia praktyczne – **45** godzin(5 dni)
- 8 godzin, może być wykorzystane na samokształcenie

Koszt przy 25 osobach: 215,00 zł. dla członków OIPiP w Gorzowie Wlkp. regularnie opłacających składki; dla pozostałych 430,00 zł.

Planowany termin rozpoczęcia kursu- - *październik/ listopad*

IV. Kurs specjalistycznego w zakresie Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego, dla pielęgniarek i położnych

- zajęcia teoretyczne – **38** godzin; (3 dni)
- zajęcia praktyczne – **70** godzin (10 dni)
- 10 godzin, może być wykorzystane na samokształcenie

Koszt przy 25 osobach: 250,00 zł. dla członków OIPiP w Gorzowie Wlkp. regularnie opłacających składki; dla pozostałych 500,00 zł.

Planowany termin rozpoczęcia kursu - *październik/ listopad*

V. Kurs specjalistycznego w zakresie Resuscytacja krążeniowo- oddechowa, dla pielęgniarek i położnych

- zajęcia teoretyczne – **20** godzin, ćwiczenia w warunkach symulowanych – **40** godzin,
- zajęcia praktyczne – **30** godzin(4 dni)
- 9 godzin może być wykorzystane na samokształcenie

Koszt przy 25 osobach: 300,00 zł. dla członków OIPiP w Gorzowie Wlkp. regularnie opłacających składki; dla pozostałych 600,00 zł.

Planowany termin rozpoczęcia kursu- *październik/ listopad*

O rozpoczęciu kursu, dla grupy liczącej mniej niż 20 osób, decyzję podejmuje Prezydium ORPiP.

Osoby zainteresowane prosimy o dostarczenie do OIPiP w Gorzowie Wlkp. wniosku zgłoszeniowego na wybrane kursy.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Obrońców Pokoju 60/1-2

66-400 Gorzów Wlkp.

tel. 095-729-67-84, fax. 095-729-67-83

email: oipip_gorzow@wp.pl

www: www.oipip.gorzow.pl

Konto: PKO BP S.A. II O/Gorzów Wlkp.

Nr 34 1020 1967 0000 8602 0044 9249

Projekt „Konkurencyjny mikroprzedsiębiorca w branży medycznej”

Projekt rozpoczął się 1.03.2014 r., zakończył 30.06.2015 r.
Planowano udział w projekcie 120 mikroprzedsiębiorców,
w tym 10 spółek i 110 samozatrudnionych.

Kursy: kwalifikacyjny Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla 25 osób,
kwalifikacyjny Pielęgniarstwo zachowawcze dla 25 osób,
kurs specjalistyczny Leczenie ran dla 25 osób,
kurs specjalistyczny Edukator w cukrzycy dla 25 osób,
kurs doształcający Wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych u dzieci i młodzieży dla 20 osób.

Duże zapotrzebowanie na różne formy kształcenia spowodowało zwiększenie o 34,17% wartości docelowej wskaźnika z 120 na 159 mikroprzedsiębiorców (z 10 na 18 spółek cywilnych/spółek jawnych i z 110 na 141 samozatrudnionych).

Zrealizowano:

L.p.	Nazwa kursu	Ilość osób
1.	kwalifikacyjny Pielęgniarstwo opieki długoterminowej	10
2.	kwalifikacyjny Pielęgniarstwo zachowawcze	12
3.	kurs doształcający Wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych u dzieci i młodzieży	35
4.	kurs specjalistyczny Leczenie ran	35
5.	kurs specjalistyczny Edukator w cukrzycy	35
6.	kurs doształcający Pielęgnowanie pacjenta z deficytem samoopieki w warunkach domowych- II edycje	49
7.	kurs doształcający Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych- III edycje	76
8.	kurs doształcający Podstawowe i zaawansowane zabiegi reanimacyjne oraz postępowanie w stanach zagrożenia życia- III edycje	78
9.	szkolenie Elektroniczna dokumentacja medyczna - nowe obowiązki, zagrożenia oraz proces przygotowawczy informatyzacji placówki zdrowia- II edycje	55
10.	szkolenie Polityka bezpieczeństwa informacji	25
11.	szkolenie Przygotowanie podmiotu działalności leczniczej do przeglądu akredytacyjnego	12
12.	Razem:	422

Całkowita wartość projektu **439 395,72 zł.**

Wydaliśmy 422 zaświadczenia potwierdzające podniesienie wiedzy, umiejętności i kompetencji zawodowych co oznacza, że część mikroprzedsiębiorców brało udział w kilku formach kształcenia.

- rozpoczęło udział w projekcie 198 osób
- zakończyło udział 196 (2 osoby przerwały udział w projekcie)
- 151 osób ukończyło z więcej niż jeden kurs/szkolenie
- osoby w wieku:
 - a) powyżej 50 roku życia - 178
 - b) od 55 do 64 roku życia - 49 osób

- osoby z wykształceniem
 - a) ponadgimnazjalnym – 158
 - b) wyższym 40(w tym 1 mężczyzna)
- zrealizowano:
 - a) 17 186 zajęć teoretycznych
 - c) 9 950 zajęć praktycznych

W imieniu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. składam podziękowanie za udział w projekcie.

Kierownik projektu:
Maria Teresa Ziółkowska

Kwalifikacje wymagane od osób przeprowadzających szczepienia ochronne

Departament Pielęgniarek i Położnych przypomina, że zgodnie z przepisem art. 67 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. póź. 947, z późn. zm.), do dnia 31 grudnia 2015 r. szczepienia ochronne mogą wykonywać lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, nieposiadający kwalifikacji określonych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3, o ile posiadają 2,5-letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych. Po tym czasie, pielęgniarki i położne, które nie ukończą wymaganego kursu, nie będą mogły wykonywać szczepień ochronnych.

Mając na uwadze powyższe regulacje, Departament zwraca się z prośbą o przekazanie informacji pielęgniarkom i położnym wykonującym zawód na terenie działania Państwa okręgowych izb pielęgniarek i położnych o konieczności uzupełnienia kwalifikacji uprawniających do prowadzenia szczepień ochronnych, osobom które nie posiadają wymaganych kwalifikacji, a w ramach kompetencji wykonują to zadanie. Jednocześnie Departament przekazuje *Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie kwalifikacji zawodowych wymaganych od osób przeprowadzających szczepienia ochronne po dniu 31 grudnia 2015 roku.*

Dyrektor

Departamentu Pielęgniarek i Próżnych
dr n o zdr. Beata Cholewka

Warszawa, dnia 24 czerwca 2015 r.

Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie kwalifikacji zawodowych wymaganych od osób przeprowadzających szczepienia ochronne po dniu 31 grudnia 2015 roku

Zgodnie z art. 17 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.) - zwanej dalej „ustawa o z.o.z.z.i ch.z.u l.” - obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne posiadający kwalifikacje określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. Nr 182 poz. 1086, z późn. zm.).

W § 6 tego rozporządzenia wskazano, że obowiązkowe szczepienia ochronne mogą przeprowadzać osoby, jeżeli odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia, lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego określony na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry lub przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej obejmował problematykę szczepień ochronnych. Jednocześnie przepis przejściowy zawarty w art. 67 pkt 3 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u l. umożliwia do dnia 31 grudnia 2015 roku wykonywanie szczepień ochronnych przez lekarzy lub felczerów pielęgniarki, położne i higienistki szkolne nieposiadających tak określonych kwalifikacji zawodowych, o ile posiadają 2,5 letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych. Tym samym z dniem 1 stycznia 2016 roku szczepienia ochronne mogą być wykonywane jedynie przez lekarzy lub felczerów oraz pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, którzy posiadają kwalifikacje zawodowe określone w ww. rozporządzeniu.

Zawarte w ustawie o z.o.z.z.i ch.z.u l. przepisy określające wymóg posiadania przez osoby przeprowadzające szczepienia ochronne odpowiednich i potwierdzonych stosownymi dokumentami kwalifikacji zawodowych uzyskanych w ramach kształcenia podyplomowego i specjalizacji nie określają jednakże szczegółowo rodzaju kursów i szkoleń lub specjalizacji wymaganych od osób wykonujących szczepienia lecz w tym zakresie w całości odsyłają do regulacji dotyczących uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez lekarzy i lekarzy dentystrów oraz pielęgniarki i położne zawartych w przepisach ustawy dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2015 r. poz. 464) oraz ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r. poz. 1435 z późn. zm.). Należy zauważyć, że szczegółowe regulacje prawne dotyczące kształcenia podyplomowego i specjalizacji zawodowych zawarte w tych ustawach, a także określające zakres wymaganych szkoleń i kursów doskonalących i dokumentów potwierdzających ich odbycie oraz same programy szkoleń, kursów i specjalizacji na przestrzeni lat ulegały nieustannym zmianom. Jednocześnie ww. ustawy regulujące wykonywanie zawodu lekarza

i lekarza dentystry oraz zawodów pielęgniarki i położnej zawierają przepisy przejściowe oraz przepisy z zakresu koordynacji, które w konsekwencji z mocy prawa lub w wyniku rozstrzygnięć dokonanych przez właściwe organy sprawujące nadzór nad kwalifikacjami zawodowymi lekarzy, pielęgniarek i położnych prowadzą do uznawania za równorzędne z obecnie uzyskiwanymi kwalifikacji, specjalizacji i tytułów zawodowych uzyskanych na podstawie wcześniej obowiązujących przepisów, uzyskanych w innym przewidzianym prawem trybie lub uzyskanych w innych krajach.

Tym samym w opinii Głównego Inspektora Sanitarnego uznanie kwalifikacji zawodowych uzyskanych na podstawie wcześniej obowiązujących przepisów lub uzyskanych w innym przewidzianym prawem trybie lub w innych krajach - za równorzędne z uzyskiwanymi w wyniku specjalizacji, kursów i szkoleń prowadzonych na podstawie obecnie obowiązujących przepisów, oznacza, że obecnie osoby, które wcześniej uzyskały kwalifikacje zawodowe obecnie uznawane za równorzędne z uzyskiwanymi obecnie, również posiadają kwalifikacje zawodowe wystarczające do wykonywania szczepień ochronnych i kwalifikacje te nie powinny być kwestionowane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2011 r. poz. 212, z późn.zm.) oraz inne ustawy nie przyznają organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej kompetencji do wszczynania i prowadzenia postępowań administracyjnych w sprawie uznania za niedostateczne kwalifikacji zawodowych osób wykonujących szczepienia ochronne. Uregulowanie przez ustawodawcę rodzaju kwalifikacji zawodowych wymaganych od osób (lekarzy lub felczerów pielęgniarki, położne i higienistki szkolne) wykonujących szczepienia ochronne w ustawie o z.o.z.z.i ch.z.u l. nie stanowi bowiem przesłanki wystarczającej dla stwierdzenia posiadania przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej takich kompetencji bądź do sprawowania jakichkolwiek form nadzoru administracyjnego nad kwalifikacjami osób wykonujących szczepienia ochronne.

Kompetencje do wyrażania opinii i rozstrzygania w tym zakresie posiadają bowiem wyłącznie odpowiednie organy samorządów zawodowych lekarzy oraz pielęgniarek i położnych.

W art. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2015 r. poz. 651) wśród zadań samorządu lekarzy zostały bowiem wymienione jego następujące

zadania: sprawowanie pieczy nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu, przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz uznawanie kwalifikacji zawodowych osób będących obywatelami Unii Europejskiej zamierzających wykonywać zawód lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzenie i udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy, prowadzenie postępowań w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu lekarza lub w przedmiocie niedostatecznego przygotowania do wykonywania zawodu.

Podobnie w art. 4 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174 poz. 1038, z późn. zm.) wśród zadań tego samorządu wymieniono m.in.: sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej, ustalanie standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych obowiązujących na poszczególnych stanowiskach pracy, stwierdzanie i przyznawanie prawa wykonywania zawodu, uznawanie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych będących obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej zamierzających wykonywać zawód pielęgniarki lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Odrębną kwestią jest wskazanie właściwego sposobu postępowania organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przypadku stwierdzenia (lub podejrzenia), że szczepienia ochronne są wykonywane przez osobę nieposiadającą niezbędnych wymaganych prawem kwalifikacji zawodowych uprawniających do ich wykonywania (lub nieposiadającą dokumentów potwierdzających uzyskanie stosownych uprawnień), co zgodnie z art. 51 pkt 1 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u l. stanowi wykroczenie zagrożone karą grzywny. Należy zauważyć, że przepis art. 54 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u l. w tym zakresie w całości odsyła do regulacji zawartych w przepisach ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz.U. z 2013 r. poz. 395, z późn.zm.), której przepisy nie przyznają organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej kompetencji w zakresie nakładania grzywien w drodze mandatu karnego lub występowania przed sądami powszechnymi w charakterze oskarżyciela publicznego w związku z wykroczeniem wymienionym w art. 51 pkt 1 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u l. Tym samym w przypadku podejrzenia, że szczepienia są wykonywane przez osoby nieposiadające wymaganych prawem kwalifikacji zawodowych doniesienia w tej sprawie należy wnosić do organów ścigania lub do odpowiednich organów odpowiedzialności zawodowej samorządów zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych.

09.07.2015

Komunikat do fachowych pracowników ochrony zdrowia

Ryzyko wystąpienia kwasicy ketonowej podczas leczenia inhibitorami transportera SGLT2 (JARDIANCE (empagliflozyna), SYNJARDY (empagliflozyna/metformina) FORXIGA (dapagliflozyna), XIGDUO (dapagliflozyna/metformina) INVOKANA (kanagliflozyna), VOKANAMET (kanagliflozyna/metformina)

Streszczenie

- Wśród pacjentów leczonych z powodu cukrzycy typu 2 inhibitorami nerkowego transportera sodu i glukozy SGLT2 (empagliflozyna, dapagliflozyna lub kanagliflozyna) odnotowano występowanie ciężkich i niekiedy zagrażających życiu przypadków kwasicy ketonowej.
- W szeregu tych przypadków ich obraz kliniczny miał charakter atypowy, przebiegający z zaledwie umiarkowanym zwiększeniem stężenia glukozy we krwi. Taki atypowy obraz kwasicy ketonowej u pacjentów z cukrzycą mógł prowadzić do opóźnienia jej rozpoznania i rozpoczęcia leczenia.
- U pacjentów przyjmujących inhibitory SGLT2 stężenie ciał ketonowych powinno być oznaczane, gdy wystąpią u nich objawy podmiotowe kwasicy, aby zapobiec opóźnieniu jej rozpoznania i leczenia.
- Przypadki kwasicy ketonowej odnotowano również u pacjentów z cukrzycą typu I, którzy byli leczeni inhibitorami SGLT2. Wszystkim lekarzom przepisującym te leki przypominamy, że cukrzyca typu I nie jest zarejestrowanym wskazaniem do stosowania tej klasy leków.

Dalsze informacje dotyczące zagrożeń bezpieczeństwa pacjentów oraz zalecenia

U pacjentów leczonych inhibitorami SGLT2 (empagliflozyna, dapagliflozyna lub kanagliflozyna) odnotowano występowanie ciężkich i niekiedy zagrażających życiu przypadków kwasicy ketonowej, i których większość wymagała hospitalizacji. Około połowa z nich wystąpiła podczas pierwszych 2 miesięcy leczenia. Jedna trzecia przypadków była związana ze stosowaniem leków poza zarejestrowanymi wskazaniami, u pacjentów z cukrzycą typu 1. W niektórych przypadkach tuż przed lub podczas trwania kwasicy ketonowej u pacjentów występowało odwodnienie, zmniejszone łaknienie, utrata masy ciała lub zakażenie, pacjenci byli poddawani w tym czasie zabiegowi chirurgicznemu, występowały u nich wymioty, zmniejszenie dawki insuliny lub niedostateczna kontrola cukrzycy. W szeregu przypadków stwierdzano nietypowe, umiarkowanie zwiększone stężenie glukozy we krwi do wartości poniżej 14 mmol/l (250 mg/dl), podczas gdy hipoglikemię stwierdzono w jednym przypadku. Odnotowano również przypadki kwasicy ketonowej krótko

po zaprzestaniu stosowania inhibitorów SGLT2.

Mechanizm rozwoju cukrzycowej kwasicy ketonowej związanej z przyjmowaniem inhibitorów SGLT2 nie został jeszcze ustalony. Cukrzycowa kwasica ketonowa rozwija się zwykle, gdy stężenie insuliny jest zbyt niskie. Kwasica ketonowa w przebiegu cukrzycy występuje najczęściej u pacjentów z cukrzycą typu I i towarzyszy jej zwykle wysokie stężenie glukozy we krwi (>14 mmol/l). Jednakże, w wielu przypadkach opisanych powyżej stężenie glukozy we krwi było zwiększone jedynie umiarkowanie, w przeciwieństwie do typowego przebiegu cukrzycowej kwasicy ketonowej.

Osoby przepisujące leki powinny informować pacjentów o objawach kwasicy metabolicznej (takich jak nudności, wymioty, brak łaknienia, ból brzucha, nadmierne pragnienie, utrudnienie oddychania, splątanie, wyjątkowe zmęczenie lub senność) i zalecić niezwłoczne skonsultowanie się z lekarzem w przypadku wystąpienia jakichkolwiek spośród tych objawów.

Aby zapobiec opóźnieniu rozpoznania i leczenia zaleca się, żeby pacjenci leczeni inhibitorami SGLT2 byli oceniani w kierunku wystąpienia kwasicy ketonowej, jeśli pojawią u nich objawy kwasicy metabolicznej. Jeśli podejrzewane jest wystąpienie u pacjenta kwasicy metabolicznej, należy przerwać leczenie inhibitorami SGLT2. W przypadku potwierdzenia tego podejrzenia, należy wdrożyć odpowiednie działania mające na celu wyrównanie stanu pacjenta oraz monitorować poziom glukozy.

Europejska Agencja as. Leków kontynuuje Dodanie zagrożenia cukrzycową kwasicą ketonową związaną ze stosowaniem inhibitorów SGLT2. Wszelkie nowe wskazówki i zalecenia dotyczące tego problemu będą Państwu niezwłocznie przekazywane.

Zgłaszanie działań niepożądanych:

Wszelkie przypadki podejrzenia wystąpienia działań niepożądanych produktów leczniczych należy zgłaszać zgodnie z zasadami monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych. Zgłoszenia należy przysyłać niezwłocznie z opisem klinicznym oraz numerem serii produktu do przedstawicieli podmiotów odpowiedzialnych:

AstraZeneca Pharma Poland Sp. z o.o.
ul. Postępu 18, 02-676 Warszawa
tel.: +48 (22) 8743500, fax: +48 (22) 87435 10
e-mail: PatientSafety.Poland@astrazeneca.com

Janssen Cilag Polska Sp. z o.o.
Agnieszka Szymchel
ul. ilżecka 24, 02-135 Warszawa
tel.: +48(22)237 63 06, fax: +48 (22) 23760 37
e-mail: JanssenPVPolska@its.jnj.com

Boehringer Ingelheim Sp. z o.o.
ul. Wołoska 5, 02-675 Warsaw, Poland
tel.: +48(22) 699-06-99, fax:+48 (22) 699-06-68
e-mail: info.waw(5)boehringer-ingeiheim.corn

Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań
Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Lecznicych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa
tel.:+48 22 49 21 301, fax.: +482249 21 309
e-mail: ndl@urpl.gov.pl

Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego.

Dodatkowe informacje:

W razie dodatkowych pytań, proszę skontaktować się z ww. przedstawicielami firm.

Z wyrazami szacunku,
Prezes Urzędu Rejestracji
Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych
i Produktów Biobójczych

/-/ Grzegorz Cessak

Komunikat Ostrowsko – Krotoszyńskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Ostrowie Wielkopolskim

Delegatura Ostrowsko – Krotoszyńska Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Ostrowie Wielkopolskim przygotowuje "Ostrowski Almanach Medyczny" obejmujący lata 1837 – 2000.

Almanach będzie obejmował fachowych pracowników lecznictwa związanych z Ostrowem Wielkopolskim, to jest urodzonych, uczących się i pracujących zawodowo w naszym mieście i powiecie.

Podany rok 2000 oznacza rok uzyskania dyplomu lekarza medycyny, lekarza stomatologa, magistra farmacji, magistra pielęgniarstwa i położnictwa, felczera medycyny i zawodów związanych z pracą w jednostkach służby zdrowia, z np. psychologa klinicznego, magistra rehabilitacji leczniczej, magistra biologii.

Osoby zainteresowane prosimy o wypełnienie tabeli i przesłanie na poniższy adres korespondencyjny. Będziemy wdzięczni za szybki, pozytywny odzew ze strony PT Respondentów.

*Redaktorem prowadzącym
jest dr nauk med. Krystian Niełacny – tel 62 591 33 14.*

Adres kontaktowy: Delegatura WIL w Ostrowie
63-400 Ostrów Wlkp., ul. Sienkiewicza 14/4
e-mail: delost@wp.pl, tel. (62) 735 44 80

**Koleżance
Bożenie Niedźwiedź**
**Wyrazy współczucia z powodu
śmierci Mamy**

**Składają koleżanki
z oddziału Rehabilitacji**

**„Jeżeli pomagamy innym, to sam Bóg
nam pomaga i wtedy dokonujemy
rzeczy ponad własne siły”**

Z głębokim żalem

Zawiadamiamy, że dnia 20.07.2015 r.

**Odeszła od nas wspaniała przełożona,
koleżanka, pielęgniarka**

Teresa Szalek

**Pielęgniarki z Przychodni, ul. Towarowa
w Gorzowie Wlkp.**

Z głębokim żalem
Zawiadamiam, że dnia 16.07.2015 r.
**Odeszła od nas nasza koleżanka
położna, pielęgniarka**

**Jadwiga Fischer
(Rogowska)**

Helena Rudaniecka

**Straciliśmy miłą, sympatyczną
Koleżankę**

Alinę Pęczek

**Dziewczynę na której zawsze można
było polegać i której nam
bardzo brakuje.**

Koleżanki i kolega z DPS-1 oddział I

*„ ... Tu ciebie nie ma, lecz jesteś przecież...
i pozostaniesz w jasnym świecie,
jecz coś, co mrokom się opiera,
jest pamięć, a ona nie umiera...”*

17 sierpnia 2015 roku, po krótkiej i ciężkiej chorobie zmarła
nasza Przyjaciółka, Koleżanka, Współpracownik

BOŻENA MIODUSZEWSKA

Położna i ratownik medyczny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego WSzW w Gorzowie Wielkopolskim. Miała 57 lat.
Pracę rozpoczęła w 1982r jako położna w Szpitalu Miejskim przy ulicy Warszawskiej, od 1991r. pracowała w Izbie
Ginekologicznej Działu Pomocy Doraźnej i Przyjęć, SOR SPSzW ul. Dekerta w Gorzowie Wlkp., od 2013 roku
na stanowisku ratownika medycznego SOR.

Życzliwa, uczciwa, radosna, dobra, niekonfliktowa, pełna empatii do wszystkich...

Odchodząc pozostawiła w smutku męża, córkę i syna z rodzinami, najbliższych, przyjaciół, koleżanki, kolegów.

*„ Odeszłaś cicho, bez słów pożegnania.
Tak jakbyś nie chciała, swym odejściem smucić...
tak jak byś wierzyła w godzinę rozstania,
że masz niebawem z dobrą wieścią wrócić”*

Ks. J. Twardowski



**Naszej Koleżance
Marzenie Domaredzkiej**

**Wyrazy głębokiego współczucia
i słowa wsparcia
z powodu
śmierci Mamy**

**Składają koleżanki
z pielęgniarskiej opieki
długoterminowej M.Rubaszewska**

**Naszej Koleżance
Bożenie Nedźwiedź**

**Wyrazy głębokiego współczucia
i słowa wsparcia
z powodu
śmierci Mamy**

**Składają koleżanki
z pielęgniarskiej opieki
długoterminowej M.Rubaszewska**

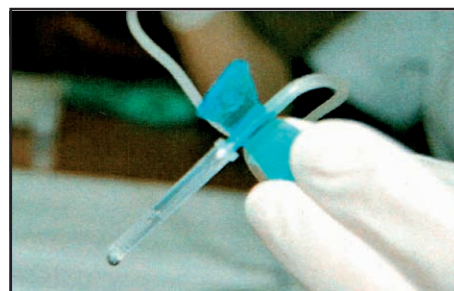
KALENDARIUM

- 01.07.2015 r. – Posiedzenie ORZOZ.
- 02.07.2015 r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 30.07.2015 r. – Konferencja prasowa „Ostatni Dyżur”.
- 03.08.2015 r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 17.08.2015 r. – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 25.08.2015 r. – Udział Przewodniczącej w Nadzwyczajnym Posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 31.08.2015 r. – Udział Przewodniczącej w posiedzeniu Zespołu Interdyscyplinarnego.
- 03.09.2015 r. – Posiedzenie Prezydium ORPiP.
- 08.09.2015 r. – Posiedzenie OSPiP.
- 10.09.2015 r. – Udział Przewodniczącej Aldony Stańko w manifestacji pielęgniarek i położnych pod Sejmem.
- 22.09.2015 r. – Udział Przewodniczącej w szkoleniu Interdyscyplinarnym ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
- 25-26.09.2015 r. – Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 29.09.2015 r. – Egzamin kursu specjalistycznego Szczepienia ochronne dla pielęgniarek.
- 29-30.09.2015 r. – Udział przewodniczącej w Posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 30.09.2015 r. – Szkolenie szczepienia dla położnych środowiskowych i prowadzących szkoły rodzenia.
- 01.10.2015 r. – Posiedzenie Prezydium ORPiP.
- 05.10. 2015 r. – Udział Przewodniczącej w Seminarium edukacyjnym pt. „Podstawowa Opieka Zdrowotna w Polsce gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy?”
- 08.10.2015 r. – Nadzwyczajne Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 21.10.2015 r. – Udział przewodniczącej ORPiP Aldony Stańko w konferencji popularno-naukowej pt. „Wpływ odży-wiania na profilaktykę chorób cywilizacyjnych”, która odbyła się w Wojewódzkiej i Miejskiej Bibliotece Publicznej im. Zbigniewa Herberta w Gorzowie Wlkp.
- 09.10.2015 r. – Konferencja dla Położnych środowiskowych oraz prowadzących szkoły rodzenia.

Zdjęcia z kampanii "Ostatni Dyżur" w województwie lubuskim



IZABELA BĘTKOWSKA



WLEWY

PODSKÓRNE

Książka ta opisuje metodę nawadniania podskórnego (hypodermoclysis) oraz podskórnego podawania leków. Nawadnianie drogą podskórną stosowane jest w leczeniu łagodnie i średnio odwodnionych chorych. Metoda ta zapewnia im większy komfort, jest prostsza i tańsza w stosowaniu, a ponadto powoduje mniej powikłań ogólnych i miejscowych niż droga dożylna.