



BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W GORZOWIE WIELKOPOLSKIM
Gorzów Wlkp., Marzec 2015r., Nr 2 (122)'15 ISSN 1429-9275

Wesołych Świąt



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

List otwarty do Premier Rządu Rzeczypospolitej Polskiej.....	3
Szpital Przyjazny Dziecku	4
Położna na Medal	5
NAJLEPSZE POŁOŻNE W POLSCE	5
PRACUJĄ WE WROCŁAWIU,	5
NAKLE NAD NOTECIĄ I PUŁTUSKU	5
Standard opieki okołoporodowej	7
PORÓD W DOMU w Warszawie - praktyczne informacje.....	9
Szkoła Rodzenia dla Każdej Mamy - bezpieczeństwo matki i dziecka, bezpieczeństwo pracy położnej	11
29 listopada 2014 roku odeszła od nas Pani Joanna Draniccka	11
OPIEKUN FAKTYCZNY	13
Ustawa o transgranicznej opiece zdrowotnej obowiązuje	15
Czy pielęgniarka może wykonać zabieg cewnikowania pęcherza moczowego mężczyzn?	16
W jakich przypadkach położna może wykonywać obowiązkowe szczepienia ochronne?	16
Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarki/położnej	17
Wojewoda lubuski powołał konsultantów wojewódzkich	19
OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH PRZEDSTAWIA OFERTĘ KURSÓW KOMERCYJNYCH NA 2015 r.	21
szkolenia i konferencje	22
Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra	23

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



Drogie Koleżanki i Koledzy!

Rok 2015 jest dla naszego samorządu rokiem wyborczym. W najbliższych miesiącach będziemy wybierali w okręgach delegatów na Okręgowy Zjazd, podczas którego będą wybierani członkowie organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych na następną VII Kadencję. Zwracam się z prośbą do wszystkich członków naszej izby o aktywny udział w wyborach do samorządu. Kalendarz wyborczy oraz wszystkie informacje dotyczące przebiegu wyborów znajdziecie Państwo na naszej stronie internetowej www.oipip.gorzow.pl oraz w specjalnym wydaniu naszego Biuletynu informacyjnego.

W maju będziemy obchodzili Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej. Już teraz zapraszamy wszystkie Koleżanki i Kolegów 20 maja 2015 roku o godz. 16:00 do Teatru im. Juliusza Osterwy w Gorzowie Wlkp. na wspólne świętowanie.

Z okazji zbliżających się dni świątecznych w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz pracowników Izby życzę Państwu oraz wszystkim Waszym bliskim przeżywania Świąt Wielkanocnych w atmosferze spokoju z radością w sercach, uśmiechem na twarzach oraz aby po rodzinnych biesiadach przy suto zastawionym stole, wiosenne, ciepłe słońce towarzyszyło Wam podczas świątecznych spacerów.

*Aldona Stańko
Przewodnicząca OIPiP w Gorzowie Wlkp.*

Warszawa, 21 stycznia 2015r.

List otwarty do Premier Rządu Rzeczypospolitej Polskiej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych - reprezentujący grupę zawodową pielęgniarek i położnych - dostrzegają zagrożenia dla społeczeństwa polskiego, które wynikają z braku:

- reakcji Rządu RP na stale zmniejszającą się liczbę pielęgniarek i położnych,
- dialogu Rządu RP ze środowiskiem pielęgniarek i położnych na temat sposobów uniknięcia skutków nadciągającej katastrofy, która będzie wynikiem drastycznego ograniczenia świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarki i położne,
- strategii Rządu RP dotyczącej zabezpieczenia społeczeństwa w świadczeniach pielęgniarskich i położniczych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych ostrzegają, iż dalsze bagatelizowanie problemu grozi załamaniem się systemu opieki zdrowotnej.

Żądamy:

1. Określenia docelowego wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek na 1 tysiąc mieszkańców.
2. Zabezpieczenia kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych.
3. Wdrożenia polityki zatrudniania pielęgniarek i położnych:
 - zgodnie z przygotowaniem zawodowym;
 - zgodnie z uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym.

4. Wdrożenia mechanizmów gwarantujących wynagrodzenie pielęgniarek i położnych:
 - zgodnie z przygotowaniem zawodowym;
 - zgodnie z uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym;
 - zgodnie z zakresem zadań realizowanych w praktyce zawodowej oraz zgodnie z zakresem odpowiedzialności jaką ponoszą,
5. Zabezpieczenia możliwości realizacji obowiązku kształcenia ustawicznego pielęgniarek i położnych.
6. Uregulowania kwestii norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wymaganych przy udzielaniu świadczeń w poszczególnych zakresach, które są przedmiotem kontraktowania przez NFZ (w szczególności świadczeń udzielanych w trybie całodobowym) oraz ich ujednoczenia dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.
7. Przeprowadzenia analizy zapotrzebowania na liczbę pielęgniarek i położnych w określonych spe-

cialnościach, które wynikają z wymagań kwalifikacyjnych określonych przepisami prawa w sprawie świadczeń gwarantowanych, będących podstawą do wypracowywania „Katalogu priorytetowych dziedzin szkolenia specjalizacyjnego”.

8. Ustalenia liczby specjalistów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa/położnictwa dla każdego województwa.
9. Pełne; informacji na temat działań Rządu RP prowadzących do niwelowania skutków braku pielęgniarek i położnych i jego negatywnego wpływu na zabezpieczenie społeczeństwa w świadczenia zdrowotne.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych uznają, iż powaga sytuacji wymaga natychmiastowych działań.

*Przewodnicząca ZK OZZPiP Prezes NRPiP
Lucyna Dargiewicz dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk*

Szpital Przyjazny Dziecku

Szpital Międzyrzecki Sp.z.o.o. został uznany za Szpital Przyjazny Dziecku i na lata 2014-2018 realizuje „10 kroków do udanego karmienia piersią”.

Ten prestiżowy certyfikat został wręczony szpitalowi 6. lutego bieżącego roku na ręce pielęgniarki oddziałowej oddziału ginekologiczno - położniczego Małgorzaty Glinki w asyście ordynatora oddziału Andrzeja Ostrowskiego oraz ordynator oddziału neona-

tologicznego Barbary Marszalskiej i prezesa szpitala Kamila Jakubowskiego.

Uroczystego wręczenia certyfikatu dokonał Marek Krupiński dyrektor Polskiego Komitetu Narodowego UNICEF wraz z dr Ewą Baum - Chróścicką przewodniczącą Komitetu Ocen, Reocen i Monitoringu Szpitali Przyjaznych Dziecku.

W uroczystości wzięło udział wielu zaproszonych gości: dyrektor Wydziału Zdrowia Lubuskiego Urzędu Woje-



wódzkiego -Janusz Dreczka, Wiesława Kandefer i Marta Powchowicz z Wojewódzkiego Nadzoru w Opiece Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem. Aldona Stańko Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. Przedstawiciele władz samorządu lokalnego: Grzegorz Gabryelski starosta międzyrzecki, wiceburmistrz Międzyrzecza Agnieszka Śnieg, poprzedni dyrektor szpitala Leszek Kołodziejczak oraz była Pielęgniarka Naczelna szpitala międzyrzeckiego Ludwika Kaczmarczyk, ks. dziekan Marek Walczak oraz wielu innych nie wymienionych gości.

Uroczystość uświetnił występ zespołu akordeonistów, absolwentów PSM w Świebodzinie.

Szczerze gratuluje osiągniętego sukcesu zwłaszcza pielęgniarką i położnym, które mają największy wkład w zdobycie tego wyróżnienia, jedyne w województwie lubuskim i nieliczne z grona 150 szpitali w Polsce.

Pomijając wszelkie medyczno- naukowe niezaprzeczalne wartości - dlaczego karmienie piersią jest dobre? **Bo mleko jest we wspaniałym opakowaniu.....**

Wszystkiego dobrego i kolejnych sukcesów w następnych latach!

Tekst: i fot. Zofia Zielińska

Położna na Medal

Zakończyła się **kampania społeczna Położna na medal** zorganizowana pod patronatem Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Położnych, Fundacji Rodzic po Ludzku oraz portalu edukacjapacjenta.pl. **Celem kampanii był wzrost świadomości położnych nowoczesnych standardów opieki okołoporodowej** i podniesienie standardów pracy w zgodzie z przyjętymi wymaganiami środowiska i oczekiwaniami pacjentów oraz uświadomienie roli położnej, jej kompetencji i odpowiedzialności w

oparciu o przyjęte standardy pracy jaką na co dzień wykonuje.

W konkursie, który został przeprowadzony w ramach kampanii **na najlepszą położną w Polsce oddano 43 115 głosów, zgłoszono 705 położnych** (najwięcej z województwa śląskiego, wielkopolskiego i mazowieckiego). **Kryteria oceny położnej zostały przygotowane w oparciu o rekomendacje konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.**

NAJLEPSZE POŁOŻNE W POLSCE PRACUJĄ WE WROCŁAWIU, NAKLE NAD NOTECIĄ I PUŁTUSKU

Profesjonalizm, opanowanie, służenie pomocą, gdy jest to potrzebne. Z drugiej strony delikatność, wyrozumiałość to cechy najlepszej położnej w Polsce – Położnej na medal wg uzasadnienia jednej z decydek konkursu.

Zakończyła się I edycja kampanii społecznej zorganizowanej przez Akademię Malucha Alantan, pod patronatem Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Położnych, Fundacji Rodzic po Ludzku oraz portalu edukacjapacjenta.pl. Celem kampanii był wzrost świadomości położnych nowoczesnych standardów opieki okołoporodowej i podniesienie standardów pracy w zgodzie z przyjętymi wymaganiami środowiska i oczekiwaniami pacjentów oraz uświadomienie roli położnej, jej kompetencji i odpowiedzialności w oparciu o przyjęte standardy pracy jaką na co dzień wykonuje.

Położnictwo na przestrzeni ostatnich lat zmieniło swoje oblicze, a wraz z nim zmieniło się społeczne

widzenie porodu i opieki okołoporodowej. Odradzająca się idea traktowania ciąży i porodu jako fizjologicznego procesu – wchodząca w program prokreacji ekologicznej – spowodowała konieczność wprowadzenia zmian w systemie opieki nad kobietą, matką i dzieckiem z uwzględnieniem standardów opieki okołoporodowej. Obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2012 r. poz. 1100) nakłada na położną realizację określonych zadań podczas sprawowania opieki nad ciężarną, w tym edukację przedporodową uwzględniającą praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, karmienia piersią, pielęgnowania noworodka i rodzicielstwa.

Stosowanie standardów przez położną w okresie porodu fizjologicznego obejmuje m.in.: monitorowanie stanu rodzącej, wsparcie kobiety w wyborze i zastoso-

waniu technik oddechowych i relaksacyjnych, niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu, pozycji, które uznaje za najwygodniejsze. Umożliwienie dziecku – bezpośrednio po porodzie – nieprzerwany i co najmniej dwugodzinny kontakt z matką „skóra do skóry”.

W kolejnych godzinach pomoc i edukacja w zakresie prawidłowego karmienia piersią oraz tworzenie

warunków do prawidłowej laktacji. Takie postępowanie powoduje, że rodząca staje się ważną, a przede wszystkim świadomą całego procesu osobą. W wyniku dokonujących się zmian w opiece okołoporodowej oraz przemiany kulturowej w postrzeganiu narodzin, które z wydarzenia medycznego stają się także wydarzeniem rodzinnym, niezbędnym jest zachęcanie rodzących do korzystania podczas porodu ze wsparcia wybranej przez nią bliskiej osoby.

W opiece nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, położna rodzinna obejmuje opieką i edukacją kobietę pomiędzy 21. a 26. tygodniem ciąży i prowadzi edukację do czasu porodu. Po porodzie realizuje nie mniej niż cztery wizyty, podczas których diagnozuje i monitoruje stan zdrowia matki i dziecka wg ustalonych kryteriów, ocenia relacje w rodzinie, wspiera w sytuacjach trudnych. Promuje karmienie piersią i rozwiązuje problemy laktacyjne oraz umacnianie w rodzicielstwie.

Położna w swojej praktyce traktuje kobietę oraz jej rodzinę z szacunkiem i na zasadach partnerskich, stara się poznać jej preferencje i potrzeby w zakresie sprawowanej opieki oraz uzyskuje każdorazowo zgodę na wykonanie realizowanych świadczeń medycznych.

Dla uzyskania dobrych relacji z kobietą niezbędna jest otwartość na współpracę i współdziałanie, empatia, cierpliwość i wyrozumiałość, które powinny stać się wyznacznikami przyjaznego położnictwa. Spokojna i wzbudzająca zaufanie postawa położnej z pewnością pomoże kobiecie złagodzić lęk i stres związany z ciążą, porodem i położeniem i spowoduje, że narodziny dziecka staną się najważniejszym a zarazem najpiękniejszym wydarzeniem rodzinnym.

W konkursie, który został przeprowadzony w ramach kampanii na najlepszą położną w Polsce oddano 43 115 głosów, zgłoszono 705 położnych (najwięcej z województwa śląskiego, wielkopolskiego i mazowieckiego). Kryteria oceny położnej zostały przygotowane w oparciu o rekomendacje konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego. Do udziału w konkursie zgłoszono zarówno położne, które prowadzą szkoły rodzenia, jak i te które przyjmują porody czy pracują na oddziałach noworodkowych.

Najwięcej głosów, aż 9 333 otrzymała i tym samym konkurs na najlepszą położną w Polsce wygrała położna z 11-letnim stażem Pani Edyta Szumska z Wrocławia. Pracę zawodową rozpoczęła w Wojewódzkim Szpitalu im. J. Babińskiego, obecnie pracuje w Przychodni Staromed Staromiejskie Centrum Medyczne we Wrocławiu oraz jest położną środowiskową.

II miejsce zajęła położna z 35-letnim stażem pracy Pani Halina Biedroń z Nakła nad Notecią (8 368 głosów).

Pracę zawodową rozpoczęła w Klinice Ginekologii i Położnictwa szpitala przy ul. Polnej w Poznaniu (obecnie Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny nr 3 Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu) u prof. Witolda Michałkiewicza. Obecnie pracuje jako położna środowiskowo-rodzinna i położna w Poradni Ginekologiczno-Położniczej Medicus w Nakle nad Notecią.

III miejsce zajęła Pani Katarzyna Adamczyk z Pułtusza (8 100 głosów), położna z 26-letnim doświadczeniem.

Pracę rozpoczęła na sali porodowej Szpitala Rejonowego w Pułtusku, obecnie pracuje na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym tego samego szpitala.

Najlepsze położne w województwach:

Dolnośląskie – Edyta Szumska, Wrocław

Kujawsko-pomorskie – Halina Biedroń, Nakło nad Notecią

Lubelskie – Elżbieta Szybista, Chełm

Lubuskie – Joanna Habura, Zielona Góra

Łódzkie – Agnieszka Małolepszy, Łódź

Małopolskie – Maria Kaczmarczyk, Kraków

Mazowieckie – Katarzyna Adamczyk, Pułtusk

Opolskie – Beata Sajboth, Nysa

Podkarpackie – Danuta Dąbrowska, Przemyśl

Podlaskie – Anna Reszuta, Białystok

Pomorskie – Teresa Konkol, Kwidzyn

Śląskie – Dorota Kuca, Tychy

Świętokrzyskie – Zofia Otwinowska, Kielce

Warmińsko-mazurskie – Ewa Czajkowska, Olecko

Wielkopolskie – Izabela Okońska, Rzgów

Zachodniopomorskie – Bożena Agata Pawlak-Matujzo, Choszczno

Wszystkim uczestnikom gratulujemy i zapraszamy do udziału w 2. edycji kampanii i konkursu, który startuje już 1 kwietnia 2015.

Więcej informacji o konkursie dostępnych na stronie poloznanamedal.pl.

Mamy nadzieję, że dzięki takim właśnie akcjom, polskie położnictwo dalej będzie się zmieniać.

Standard opieki okołoporodowej

Tzw. standard okołoporodowy jest to rozporządzenie Ministra Zdrowia (Dziennik Ustaw Nr 187 z dn. 7.10.2010 poz. 1259), określające procedury postępowania w opiece nad kobietą i dzieckiem podczas ciąży fizjologicznej, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem, które weszło w życie od 7 kwietnia 2011 r.

Jest to pierwszy tego typu dokument w Polsce, a celem jego wprowadzenia jest poprawa jakości opieki okołoporodowej przez uporządkowanie i ujednoczenie dotychczasowych praktyk, a także wdrożenie nowych procedur, znacznie zmieniających dotychczasowe sposoby działania. Dotyczy to przede wszystkim tych procedur, które dotyczą przebiegu porodu oraz pierwszego kontaktu mamy z dzieckiem.

Poniżej wymieniamy najważniejsze punkty standardu:

- Osobami uprawnionymi do sprawowania opieki nad kobietą i dzieckiem, zarówno podczas ciąży fizjologicznej, jak i trakcie porodu są lekarz ginekolog-położnik lub położna. Już w czasie ciąży kobieta może zdecydować, kto będzie sprawować nad nią opiekę, ciążę może prowadzić również położna.
- Poród fizjologiczny określony jest jako spontaniczny poród niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania porodu, w wyniku którego noworodek rodzi się z położenia główkowego, pomiędzy ukończonym 37. a 42. tygodniem ciąży, i po którym matka i noworodek są w dobrym stanie.
- Interwencje medyczne w poród fizjologiczny (takie jak np. przebicie pęcherza płodowego, podanie kroplówki z oksytocyną, nacięcie krocza, które obecnie w wielu placówkach są stosowane rutynowo i nadużywane) mogą być zastosowane tylko w uzasadnionej indywidualną sytuacją matki i/lub dziecka przypadkach.
- W przypadku wystąpienia objawów patologicznych, zarówno w czasie ciąży, jak i porodu, opiekę nad pacjentką przejmuje lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii.
- Podczas opieki w ciąży, kobieta razem z lekarzem/położną powinni ustalić „plan opieki prenatalnej” oraz „plan porodu”. Te dokumenty zawierają plan wizyt kontrolnych oraz zalecanych badań podczas ciąży oraz opis preferencji, dotyczących miejsca porodu (szpital czy dom) oraz przebiegu porodu (np. preferowane pozycje porodowe, obecność bliskiej osoby itp.). Ma to na celu dostosowanie opieki do potrzeb i oczekiwań kobiety. Zarówno „plan opieki prenatalnej”, jak i „plan porodu” mogą być modyfikowane odpowiednio do sytuacji zdrowotnej.
Ciężarna powinna otrzymać wyczerpującą informację, dotyczącą wybranego miejsca porodu, obejmującą wskazania i przeciwwskazania.
- Osoby, sprawujące opiekę, mają obowiązek zadbać o przestrzeganie praw pacjenta, a w szczególności:
 - respektować prawo do decydowania o zakresie podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych w trakcie porodu;
 - respektować prawo wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych;
 - respektować prawo do korzystania ze wsparcia wybranej bliskiej osoby;
 - personel medyczny powinien odnosić się rodzącej z szacunkiem, szanować prywatność i poczucie intymności, umożliwić podejmowanie świadomych decyzji, związanych z porodem, pytać o zgodę przed każdym zabiegiem lub badaniem, informować o postępie porodu.
- Standard wprowadza kilka ważnych rekomendacji, odnośnie przebiegu porodu:
 - Personel medyczny powinien omówić „plan porodu” i dostosować opiekę, w miarę możliwości organizacyjnych, do indywidualnych potrzeb i aktualnej sytuacji zdrowotnej.
 - Lewatywę i golenie owłosienia łonowego wykonuje się jedynie na życzenie rodzącej.
 - Założenie wenflonu (wkłucia do żyły obwodowej) powinno być wykonane tylko w sytuacji tego wymagającej.
 - Od osoby, która sprawuje opiekę, powinna udzielić wyczerpującą informację o niefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia bólu porodowego. Preferencje

- odnośnie wyboru metod (np. masaż, aktywność fizyczna, relaksacja w wodzie) powinny być respektowane.
- Ważne! Standard nie odnosi się do metod znieczulenia farmakologicznego, takiego jak znieczulenie zewnątrzoponowe, ponieważ jest to interwencja medyczna, wymagająca zastosowania innych procedur niż podczas porodu fizjologicznego.
 - Badanie wewnętrzne w celu ustalenia postępu porodu powinno być wykonywane nie częściej niż co 2 godziny, chyba że sytuacja medyczna tego wymaga.
 - Dokonywanie oceny stanu płodu przez osłuchiwanie i oceny czynności serca powinno być przeprowadzane co 15-30 minut. Ciągłe monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiografu należy prowadzić jedynie w medycznie uzasadnionych przypadkach.
 - Osoba, przyjmująca poród, powinna zachęcać rodzącą do aktywności fizycznej, przyjmowania dogodnych, wertykalnych pozycji, stosowania różnych udogodnień (piłka, worek sako, drabinki).
 - Przez cały okres porodu rodząca może spożywać przejrzyste płyny.
 - W 2. okresie porodu rodząca może przyjąć dowolną, wygodną pozycję (także wertykalną) i przeć zgodnie z własną potrzebą, niekoniecznie „na komendę”. Nacięcie krocza może być stosowane tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach.
 - Czas trwania 3. okresu porodu – czyli do momentu urodzenia łożyska – nie powinien przekroczyć 1 godziny.
8. Standard wprowadza ważne zalecenia, dotyczące kontaktu mamy z dzieckiem tuż po porodzie oraz sposobu przeprowadzania pierwszych oględzin noworodka:
- Zaraz po narodzinach, dziecko (jeśli jego stan i samopoczucie rodzącej pozwalają na to) powinno być położone na brzuchu, osuszone i zabezpieczone przed utratą ciepła. Pępowina powinna być zaciśnięta i przecięta po ustaniu tętnienia. Taki nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry” powinien trwać co najmniej dwie godziny po porodzie. W tym czasie matka może przystawić dziecko do piersi. Personel powinien służyć pomocą i informacją, jak to zrobić w sposób prawidłowy.
 - Wstępna ocena stanu noworodka na podstawie skali Apgar może być dokonana na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne. Kontakt mamy z dzieckiem może zostać przerwany tylko w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka.
 - Standard zaleca, aby opieka pielęgnacyjna nad położnicą i zdrowym noworodkiem była sprawowana przez tę samą osobę. Położna jest osobą uprawnioną do dokonania pierwszej oceny noworodka.
 - Dopiero po zakończeniu pierwszego kontaktu z matką noworodek jest badany, ważony i mierzony.
 - W ciągu pierwszych 12 godzin życia noworodka dokładne badanie dziecka powinien przeprowadzić lekarz neonatolog lub lekarz pediatra, w obecności matki.
9. Standard podkreśla znaczenie odpowiedniego wsparcia matki w zakresie laktacji. Powinna otrzymać pomoc w przystawianiu dziecka do piersi i dokładną informację na temat karmienia naturalnego. Noworodki karmione piersią nie powinny być pojone na oddziale wodą (lub roztworem glukozy) ani nie powinny być dokarmiane mieszanką, chyba że wynika to ze wskazań medycznych. Również w okresie stabilizowania się laktacji nie powinny być stosowane smoczki w celu uspokajania noworodka.
10. Noworodki, u których stwierdzono zaburzenia, mogące stanowić zagrożenie dla ich życia i zdrowia, powinny zostać niezwłocznie przekazane do oddziału patologii noworodka o odpowiednim poziomie referencyjnym.
11. Noworodek powinien zostać objęty obowiązkowymi czynnościami profilaktycznymi, w tym: profilaktyką krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K, profilaktyką zakażenia przedniego odcinka oka, rozpoczęciem profilaktyki krzywicy, szczepieniami ochronnymi, zgodnie z odrębnymi przepisami i aktualnymi zaleceniami. Dodatkowo należy podać immunoglobuliny anty-HBs dzieciom matek HBs dodatnim (uodpornienie czynnościowe).
12. U noworodka należy wykonać obowiązuje badania przesiewowe, w szczególności w kierunku fenyloketonurii, mukowiscydozy, wrodzonej nie-

doczynności tarczycy oraz badanie przesiewowe słuchu. Dodatkowo zaleca się, aby u każdego noworodka zostało wykonane przesiewowe badanie pulsoksymetryczne, w celu wczesnego wykrycia bezobjawowych, krytycznych wad serca.

13. Standard rekomenduje, aby każda kobieta w położu była otoczona odpowiednią opieką w swoim miejscu zamieszkania lub pobytu przez położną rodzinną, powiadomioną przez szpital. Położna powinna odbyć nie mniej niż 4 wizyty (pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin

od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka), zgodnie z indywidualnymi potrzebami matki i dziecka. Położna rodzinna powinna m.in. ocenić stan zdrowia matki i dziecka, ocenić rozwój fizyczny dziecka i przyrost masy ciała, udzielić rad i wskazówek na temat opieki i pielęgnacji noworodka, wspierać ją w przypadku problemów z laktacją i innych sytuacji trudnych, a w razie potrzeby wskazać instytucje, w których może uzyskać stosowną pomoc. Po osiągnięciu przez dziecko 2 miesięcy życia, położna powinna przekazać opiekę nad nim pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej.

PORÓD W DOMU w Warszawie - praktyczne informacje

Obecnie w Warszawie pracuje, prowadząc samodzielnie porody domowe, pięć-sześć położnych. Jesteśmy zespołem i wspólnie sprawujemy opiekę nad naszymi podopiecznymi.

Kobiety zgłaszają się do nas na różnych etapach trwania ciąży. Często jest to już sam jej początek i to właśnie my ciążę prowadzimy, co pozwala nam nawiązać bliską relację z ciężarną i na prawdę dobrze się poznać. Jeśli ciąża prowadzona jest przez lekarza, spotykamy się z klientką przynajmniej raz na konsultacji w gabinecie, następnie bardzo często w prowadzonych przez nas szkołach rodzenia i około 36-37 tygodnia ciąży na ostatniej wizycie przedporodowej w domu, gdzie ma się narodzić dziecko.

Ta wizyta nie ma na celu kontrolowania przez nas warunków sanitarnych, bo wymagania nasze prowadzą się do bieżącej wody i odpowiedniej temperatury w pomieszczeniach. Pozwala nam spokojnie sprawdzić jaki jest dojazd do miejsca porodu oraz wystąpić w roli gościa rodziny, która zaprasza nas do udziału w tym intymnym wydarzeniu. Bardzo zależy nam na tym, aby nasza podopieczna i bliscy towarzyszący jej w porodzie poznali jak najwięcej położnych należących do zespołu. Zazwyczaj jedna z nas jest tak zwaną „położną prowadzącą” i to do niej kobieta dzwoni w każdej ważnej sprawie oraz gdy zaczyna się poród. Zdarza się jednak, że położna prowadząca jest właśnie przy innym porodzie i wtedy zastępuje ją koleżanka.

Prawie wszystkie położne warszawskie przyjmujące porody domowe współpracują ze Szpitalem Specjalistycznym Św. Zofii przy ul. Żelaznej 90 w Warszawie, z którym mają podpisaną umowę transferową na wypadek powikłań. Dzięki takiemu rozwiązaniu jesteśmy w kontakcie ze szpitalem od samego początku porodu. Dzwonimy tam, jadąc do podopiecznej, zawiadamiamy zespół dyżurny o rozpoczynającym się porodzie, a po jego zakończeniu w domu „odwołujemy się”. Jeśli zapada decyzja o transferze, telefonicznie informujemy o sytuacji położniczej, sposobie transportu i spodziewanym czasie przybycia.

Dzięki takiej współpracy w sytuacjach ekstremalnych czekać może na nas nawet gotowy zespół bloku operacyjnego. Najczęściej jednak kontynuując poród w szpitalu nadal prowadzimy go drogami natury a rodząca pozostaje pod opieką położnej, która dotychczas zajmowała się nią w domu. Daje to bardzo duże poczucie bezpieczeństwa wynikające z ciągłości opieki. Większość porodów, które należało przenieść do szpitala kończy się drogami natury. Wynika to z faktu, że w domu reagujemy zawsze na drobne nieprawidłowości o krok wcześniej niż zrobilibyśmy to w szpitalu. Jeśli transfer odbywa się po porodzie z powodu powikłań w przebiegu III lub IV okresu porodu, noworodek hospitalizowany jest zawsze wraz z matką.

Sposób transferu zależy od tego, czy jest on pilny czy tzw. „na spokojnie”. W przypadku powikłań takich jak przedłużający się poród, odpłynięcie zielonego płynu owodniowego przy niewielkim zaawansowaniu poro-

du czy nieprawidłowe badania laboratoryjne możemy jechać prywatnym samochodem, ale położna nigdy nie jest kierowcą i towarzyszy pacjentce w czasie przejazdu. W sytuacjach nagłych jak krwotok, zaburzenia tętna płodu, zły stan kliniczny matki lub noworodka czy rozpoznanie nieprawidłowego ułożenia czy położenia płodu, przejazd do szpitala odbywa się karetką a pacjentce zawsze towarzyszy położna prowadząca poród. W godzinach szczytu decydujemy się też na ten transport, aby ominąć korki i oszczędzić rodzącej długiej jazdy samochodem. Współpraca z pogotowiem ratunkowym układa się z reguły bardzo dobrze. Załogi karetek zazwyczaj chętnie przystają na naszą obecność w ich pojeździe i pomagają zgodnie z naszymi oczekiwaniami.

Współpracujemy z laboratorium, do którego możemy przywieźć materiał do badań przez całą dobę i telefonicznie uzyskać wyniki. Laboratorium jest naszym głównym partnerem, bo badań pobieramy sporo. U matki są to przeciwciała przy ujemnym czynniku Rh, parametry infekcyjne przy długim odpływaniu płynu owodniowego, czasem morfologia po porodzie. U noworodków pobieramy posiew z ucha i parametry infekcyjne, krew pępowinową na grupę krwi, bilirubinę. **Diagnostyka laboratoryjna nie jest rutynowa lecz uzależniona od potrzeb, przebiegu porodu i wyników badań wykonanych w trakcie ciąży.**

Wymagamy, aby każdy noworodek urodzony w domu był zbadany przez pediatrę w ciągu pierwszej doby życia. Współpracujemy z lekarzami, którzy przyjeżdżają na wizyty domowe. Po narodzinach, pierwszym kontakcie „skóra do skóry” i karmieniu piersią, wykonujemy badanie oraz ważymy i mierzymy dziecko ale typowe badanie pediatryczne pozostaje poza naszymi kompetencjami. Noworodek oceniany jest wg skali Apgar przez położną przyjmującą poród w pierwszych minutach życia.

Każda położna prowadząca porody domowe ma również podpisane umowy na sterylizację narzędzi i materiału opatrunkowego oraz utylizację odpadów medycznych. Po porodzie wywozimy materiał potencjalnie zakaźny (łożysko i odpady krwiste).

Do domu rodzącej przyjeżdżamy zazwyczaj w tym momencie, w którym zaleciłybyśmy kobiecie udać się do szpitala gdyby planowała tam rodzić albo zawsze wtedy, gdy ona wyrazi taką potrzebę. Położna prowadząca przybywa pierwsza i na bardziej zaawansowanym etapie porodu wzywa do asysty druga położną. Mimo, że pracujemy w kilkuosobowym zespole, jako asysta często towarzyszą nam koleżanki położne spoza zespołu. Zawsze są to osoby doświadczone, z długoletnią praktyką zawodową, najczęściej w bloku po-

rodowym. Asysta w przebiegu porodu prawidłowego jest pomocą rodzącej, jej rodzinie oraz położnej prowadzącej poród. W przypadku powikłań i konieczności szybkich działań, druga para doświadczonych rąk jest nieoceniona, a wręcz niezbędna. Na szczęście nasze statystyki pokazują, że takich sytuacji jest bardzo niewiele ale mimo wszystko nie chcemy rezygnować z pracy zespołowej i dwuosobowej obsługi porodu.

Prowadzenie porodu domowego różni się od szpitalnego. Nie wykonujemy zapisów KTG ale też nieco inaczej monitorujemy tętno rodzącego się dziecka. Używamy detektora serca płodu (tzw „udetka”). Tętno osłuchiwane jest zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami. Wykonujemy też okresowo coś, co nazywam „wirtualnym zapisem KTG”, czyli ciągły nasłuch przez około dziesięć minut, pozwalający ocenić prawidłowość rytmu serca dziecka przed, w trakcie i po skurczu czyli ocenić jak maluch radzi sobie w drodze na świat. Taka metoda w żaden sposób nie ogranicza rodzącej i nie wpływa na przyjmowaną przez nią pozycję.

Jeśli uznajemy, że sytuacja wymaga jakiegokolwiek medycznej stymulacji porodu, np. podłączenia kroplówki naskurczowej z Oxytocyny lub wykonania amniocentezy (czyli przebicia pęcherza płodowego), najpierw jedziemy do szpitala, a dopiero tam podejmujemy konieczne działania. Pamiętamy o tym, że każda ingerencja pociągnać może za sobą powikłania i nie chcemy mieć z nimi do czynienia poza warunkami szpitalnymi. W przebiegu porodu domowego stosujemy wyłącznie naturalne metody łagodzenia bólu. Staramy się zapewnić matce optymalne warunki i poczucie bezpieczeństwa.

Taką współpracę z kobietą i jej rodziną umożliwia nam w ogromnym stopniu fakt, że dobrze się znamy, mieliśmy okazję omówić wzajemne oczekiwania przed porodem, ocenić poczucie bezpieczeństwa i wzajemne zaufanie oraz to, że opieka położnej jest zindywidualizowana.

Po porodzie odwiedzamy matkę i dziecko przynajmniej dwa razy lub więcej, jeśli zachodzi taka konieczność. W trakcie tych wizyt oceniamy stan ogólny, położniczy i emocjonalny położnicy, przebieg laktacji, pomagamy rozwiązywać ewentualne problemy, wspieramy rodziców, pomagamy w pielęgnacji dziecka. W razie potrzeby podajemy matce immunoglobulinę anti-Rh. Noworodek jest w trakcie każdej wizyty badany i ważony, podajemy mu witaminę K, pobieramy testy przesiewowe.

Po zakończonej współpracy wydajemy takie same dokumenty jak po odbyciu porodu w szpitalu.

Maria Romanowska

Szkoła Rodzenia dla Każdej Mamy

- bezpieczeństwo matki i dziecka, bezpieczeństwo pracy położnej

Z przyjemnością informuję, że ruszył nabór na **Konferencje Regionalne „Szkoła Rodzenia dla Każdej Mamy”** w tym roku będziemy zajmować się bezpieczeństwem matki i dziecka oraz bezpieczeństwem pracy położnej i pielęgniarki.

Zachęcam na te spotkania szczególnie te Panie, które z różnych przyczyn zawodowych czy rodzinnych nie mogą pozwolić sobie na kilkudniowy wyjazd na Konferencje Ogólnopolskie.

Opłata za Konferencje **tylko 28 zł** dla położnych, położnych pracujących na oddziałach, w przychodniach, położnych i pielęgniarek pracujących w szkołach rodzenia, położnych rodzinnych i środowiskowych, neonatologicznych

Więcej informacji

http://pce.com.pl/program_regionalne_2015.php



29 listopada 2014 roku odeszła od nas Pani Joanna Dranicka

Urodziła się 14 września 1939 roku w Baranowiczach, na kresach wschodnich. Do Gorzowa przyjechała z rodziną w 1945 roku. Po ukończeniu liceum ogólnokształcącego kształciła się w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa, a następnie w Studium Nauczycielskim Średnich Szkół Medycznych w Poznaniu.

Pracę rozpoczęła w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa w Poznaniu w 1965 roku. Przez rok pracowała w szkole PCK w Gdańsku. Od 1967 roku była zatrudniona w Liceum Medycznym w Gorzowie Wlkp.

W 1978 roku ukończyła studia w Akademii Medycznej w Lublinie, gdzie uzyskała dyplom magistra pielęgniarstwa. Systematycznie podnosiła swoje kwalifikacje w zakresie zdrowia publicznego.



Była nauczycielką zawodu, kierownikiem szkolenia praktycznego. Na pierwszym miejscu stawiała zarówno dobro młodzieży jak również właściwe przygotowanie do wykonywania zawodu. W latach 1991-94 pełniła funkcję dyrektora Zespołu Szkół Medycznych w Gorzowie Wlkp.

Wielokrotnie została nagrodzona za osiągnięcia dydaktyczno-wychowawcze i działalność społeczną, min otrzymała odznakę honorową „Zasłużony dla Samorządu Pielęgniarek i Położnych”

oraz odznakę honorową „Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia”. W 1985 roku otrzymała odznaczenie Złoty Krzyż Zasługi.

**W pracy zawodowej
zawsze oddana pielęgniarstwu,
wykształciła wiele pielęgniarek.**

Po opublikowaniu 3 września 1989 roku w 36. numerze „Służby Zdrowia” projektu ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, Pani Joanna Dranicka została członkiem Komitetu Organizacyjnego, którego celem było rozpropagowanie idei Samorządu Pielęgniarskiego. Była również, między innymi, współautorem pisma wysłanego do Prezydenta RP Lecha Wałęsy z prośbą o przychylność i akceptację ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych.

Wiele pielęgniarek i położnych w tamtych czasach angażowało się w tworzenie samorządu. Chociaż od wielu lat same byłyśmy już pielęgniarkami to Panią Joannę bardzo szanowałyśmy – nadal była naszą nauczycielką. Radziła, wspierała i pomagała w tworzeniu samorządu zawodowego, a później ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej - wspomina Teresa Ziółkowska ówczesny członek Komitetu Organizacyjnego.

Przyjechała z Gdańska i rozpoczęła pracę w Liceum Medycznym w Gorzowie przy ulicy Łokietka. Pamiętam, że z wielką uwagą słuchałam jej wykładów, bo byłam pewna, że uczy nas nowoczesnych metod pielęgnowania chorych, nowoczesnego pielęgniarstwa.

**Była wymagająca i ostra w ocenie uczniów
- po prostu uczyła nas zawodu -
była dobrym nauczycielem !**

Zaszczepiła we mnie pasję do działalności społecznej, najpierw w PTP, a później w samorządzie zawodowym wspomina Teresa Ziółkowska.

Po uchwaleniu 19 kwietnia 1991 roku ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, podczas I Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp., który odbył się 27 czerwca 1991 roku została wybrana przez delegatów na członka

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. I Kadencji.

Pani Joanna była moją wychowawczynią - wspomina Krystyna Wiernicka Przewodnicząca OIPIP w I Kadencji – dyrektorem szkoły, członkiem Rady i starszą koleżanką. Zawsze była otwarta na sprawy osoby z którą aktualnie rozmawiała, poświęcała jej tyle czasu ile wymagała sytuacja. Jako nauczyciel zawodu, była w pełni profesjonalistką, odpowiedzialną za „swoje” uczennice. Pamiętam jak w trakcie studiów przyjechałam do „naszej” szkoły odbyć miesięczną praktykę pedagogiczną, otrzymałam pomoc jaka była mi potrzebna, ale praktyka trwała równo miesiąc, ani jednej godziny mniej, taka właśnie była Pani Dranicka, wymagająca od siebie i innych.

Była zawsze chętna do pomocy, dlatego gdy tworzyliśmy samorząd, to Ona w tym uczestniczyła, a jak szukałyśmy pielęgniarek, chętnych do startu w wyborach do parlamentu, to Pani Joanna wyraziła zgodę i uczestniczyła w wyborach.

**Dla mnie zawsze była i będzie wzorem
pielęgniarki i człowieka.**

Wiesia Kandefer, położna związana z samorządem od jego początku, zapytana o to jaka była Pani Dranicka? Wspominana: ona żyła samorządem! Była bardzo zaangażowana szczególnie w tworzenie samorządu i pracę podczas I Kadencji. Bardzo dobrze się z Nią współpracowało, nie była osobą konfliktową, miała szacunek do osób, które miały inne zdanie i nie była osobą, która uważała, że tylko ona ma rację.

Jednak, mówi Pani Wiesia moje pierwsze wspomnienia sięgają jeszcze czasów nauki w Szkole Położnych, a najbardziej czasu spędzonego w internacie, gdzie Pani Dranicka była wychowawczynią. Pomimo, że nie miała własnych dzieci, miała niesamowite podejście do młodzieży, matkowała nam. Nie było sytuacji z której nie znajdowała wyjścia.

Fantastycznie umiała rozmawiać z uczniami.

Odszedł od nas mądry, życzliwy, dobry człowiek, zasługujący na szacunek i pamięć.



OPIEKUN FAKTYCZNY

I.

Opiekun faktyczny - jest to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga (art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

W literaturze prawniczej uważa się, że za opiekuna faktycznego nie można uznać małżonka, rodziców lub dzieci pacjenta, gdyż sprawują oni opiekę nad nim w ramach obowiązku ustawowego. Zgodnie z art. 23 k.r.o. małżonkowie są zobowiązani do wzajemnej pomocy, przez co rozumie się nie tylko pomoc w czynnościach codziennych, ale także w sytuacji nadzwyczajnej, np. choroby. Natomiast art. 87 k.r.o. stanowi, że rodzice i dzieci powinni wspierać się nawzajem, przez co przyjmuje się, że nakłada na te osoby obowiązek opieki. W obu przywołanych przepisach sprawowanie opieki wynika z „ustawowego obowiązku”, a zatem osób sprawujących opiekę nie można uznać, w świetle przytoczonej definicji, za opiekunów faktycznych. Jednakże w świetle prawa polskiego osób tych nie można uznać za przedstawicieli ustawowych pacjenta.

Problem jest niezwykle istotny, ponieważ dotyczy delikatnych relacji międzyludzkich i zakresu kompetencji tych osób względem np. nieprzytomnego pacjenta. Na gruncie prawa medycznego wymaga to niewątpliwie odpowiedniej ingerencji ustawodawcy, albowiem kwestia uprawnień opiekuna faktycznego nie jest w żadnym akcie prawnym szczegółowo uregulowana. Z drugiej strony jeśli osoby nie są przedstawicielami ustawowymi, a spełniają kryteria opiekuna faktycznego, czyli sprawują stałą opiekę nad pacjentem, to mogą być uznane za takiego.

W poszczególnych aktach prawnych znajdują się przepisy, które dotyczą sytuacji związanych z działaniem opiekuna faktycznego w imieniu pacjenta np. :

a) Art. 32. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry

1. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta.

2. Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sadu opiekuńczego.
3. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust. 2, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny.

b) Art. 12. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

1. Pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.
2. Pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności, o których mowa w ust. 1.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, pielęgniarka i położna mają obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym.
4. W przypadku odstąpienia od realizacji świadczeń zdrowotnych z przyczyn, o których mowa w ust. 2, pielęgniarka i położna mają obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

c) Art. 17. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

1. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza.

2. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.

II. DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZEZ OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

Zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Pacjenta podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. W przepisie tym nie ma mowy o udostępnianiu dokumentacji medycznej bezpośrednio opiekunowi faktycznemu. Pacjent musi upoważniać opiekuna faktycznego do dostępu do takiej dokumentacji medycznej. W braku stosownego upoważnienia nie powinno się udostępniać dokumentacji medycznej opiekunowi faktycznemu.

Przepis mówi o „przedstawicielu ustawowym”. Zgodnie z przepisami prawa przedstawicielstwo ustawowe jest związane z określonym stosunkiem prawnym, z którego wynika umocowanie dla przedstawiciela. W związku z tym zagadnienia przedstawicielstwa ustawowego analizować należy na tle tego właśnie stosunku prawnego (np. przedstawicielstwo ustawowe rodziców w stosunku do dziecka pozostającego pod ich władzą rodzicielską, przedstawicielstwo ustawowe opiekuna oraz kuratora względem osób ubezwłasnowolnionych oddanych pod opiekę lub kuratelę)

Wskazanie określonej osoby jako pełniącej rolę przedstawiciela ustawowego wynikać może bezpośrednio z ustawy (np. rodzice), jak i z orzeczenia sądu (opiekun, kurator). Charakterystyczne dla stosunków rodzących przedstawicielstwo ustawowe jest to, że przedstawiciel ustawowy jest z reguły nie tylko uprawniony, ale i zobowiązany do działania w imieniu reprezentowanego. Opiekun faktyczny nie jest przedstawicielem ustawowym.

W przypadku pacjenta, który nie jest w stanie udzielić upoważnienia do wglądu do dokumentacji medycznej

dla opiekuna faktycznego (np. nie jest sprawny umysłowo, nie rozumie co się do niego mówi) to nie powinno się udostępniać dokumentacji medycznej opiekunowi faktycznemu. Taki pacjent powinien mieć przedstawiciela ustawowego w postaci kuratora (ubezwłasnowolnienie częściowe, a także osoba niepełnosprawna art. 183 kro) lub opiekuna (ubezwłasnowolnienie całkowite).

Należy mieć na względzie także art. 82 kodeksu cywilnego, że nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego, innego chociażby przemijającego zaburzenia czynności psychicznych. Gdyby taki pacjent podpisał upoważnienie do udostępnienia dokumentacji medycznej nie rozumiejąc jego znaczenia to wówczas może być ono uznane za nieważne.

Jeśli chodzi o osoby nie mogące pisać, lecz mogące czytać, to zgodnie z art. 79 kodeksu cywilnego, osoba taka może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej (np. upoważnienie do udostępnienia dokumentacji dla określonej osoby) bądź w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis, bądź też w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się inna osoba, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

Co do kwestii informowania opiekuna faktycznego o stanie zdrowia pacjenta to zgodnie z art. 9 ust. 8 ustawy o prawach pacjenta - to pacjent w tym małoletni który uczył 16 lat lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki i położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgnacyjnych. Podobnie w tej kwestii nie ma wprost regulacji prawnej wskazującej na możliwość informowania opiekuna faktycznego o stanie zdrowia pacjenta bez jego zgody. W przypadku lekarzy stosuje się analogicznie art. 31 ust. 6 ustawy o zawodzie lekarza, który zezwala lekarzowi udzielić informacji osobie bliskiej jeśli pacjent jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia treści informacji. Osoba bliska (małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia

w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osób pozostającą we wspólnym pożyciu lub osoba wskazaną przez pacjenta).

W przepisach regulujących wykonywanie zawodu przez pielęgniarki i położne nie ma wprost takich regulacji.

Podobnie ma się kwestia podejmowania jakichkolwiek decyzji za pacjenta, który nie jest w stanie wy-

razić swojej woli. W świetle prawa nie ma też wprost regulacji dotyczącej pielęgniarek, ale można by analogicznie stosować art. 17 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta, który dotyczy badania lekarskiego, gdzie w braku przedstawiciela ustawowego zgodę na badanie i inne świadczenia zdrowotne może wyrazić opiekun faktyczny. Przy czym zgoda taka może być wyrażona ustnie lub poprzez takie zachowanie, które w sposób nie budzący żadnych wątpliwości wyraża wolę poddania się określonym świadczeniom. Jedynie w przypadku zabiegu operacyjnego, czy o podwyższonym ryzyku zgoda musi być na piśmie.

Ustawa o transgranicznej opiece zdrowotnej obowiązuje

Pacjent ubezpieczony w Polsce, który był leczony w innym państwie Unii Europejskiej, będzie mógł otrzymać zwrot kosztów według stawek stosowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i do wysokości wynikającej z wystawionego rachunku. Refundacji będą podlegały także produkty lecznicze i wyroby medyczne.

Ustawa z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. póź. 1491) obowiązuje od 15 listopada za wyjątkiem jej art. 1 pkt 8, który wejdzie w życie 2 kwietnia 2015 r.

Nowelizacja wdraża do polskiego prawa dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Polska miała to uczynić najpóźniej do 25 października 2013 r., jednak Ministerstwo Zdrowia z opóźnieniem przygotowało projekt nowelizacji.

Zwrot kosztów będzie dotyczył tylko tych świadczeń, które są w Polsce zagwarantowane ustawowo. Pacjent, który skorzystał z odpłatnych świadczeń zdrowotnych

w innym państwie UE, aby otrzymać zwrot poniesionych kosztów, będzie musiał wystąpić z wnioskiem do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Podstawą zwrotu będzie rachunek wystawiony przez zagraniczny podmiot wykonujący działalność leczniczą, a także skierowanie, recepta lub zlecenie na wyroby medyczne. Nowe przepisy przyznają też pacjentom prawo do zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych, z których korzystali pomiędzy wejściem w życie dyrektywy a wejściem w życie nowelizacji. Dla zapewnienia równowagi finansowej NFZ ustawa przewiduje też regułę ostrożnościową i określa maksymalną kwotę wydatków przeznaczonych na zwrot kosztów leczenia pacjentów za granicą.

Należy również zwrócić uwagę na obowiązujące także od 15 listopada trzy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r.: w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń, opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju (Dz. U. póź. 1538), w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. póź. 1545) i w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. póź. 1551).

Źródło: mfonfz.pl

Czy pielęgniarka może wykonać zabieg cewnikowania pęcherza moczowego u mężczyzn?

Zgodnie z aktualnym rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. z 2012 r., poz. 631) absolwent studiów na kierunku pielęgniarstwo na poziomie licencjackim w trakcie realizacji programu kształcenia zawodowego nabywa umiejętności dotyczące zakładania cewnika do pęcherza moczowego oraz usuwania cewnika. Powyższe przepisy nie zawierają również żadnych ograniczeń powodujących, iż osoba, która ukończy licencjat na kierunku pielęgniarstwo nie mogłaby wykonać zabiegu cewnikowania u mężczyzny.

Na chwilę obecną zatem pielęgniarka może w ramach kształcenia zawodowego (podstawowego) nabyć umiejętności niezbędne do wykonywania zabiegu cewnikowania pęcherza moczowego u mężczyzny.

Tym samym może ona wykonać zabieg cewnikowania pęcherza moczowego u mężczyzny.

Jednocześnie należy wskazać, iż inne obowiązujące przepisy prawa dopuszczają możliwość wykonania przez pielęgniarkę zabiegu cewnikowania każdemu pacjentowi (samodzielnie, bez zlecenia lekarza) i nie ograniczają uprawnień pielęgniarki wyłącznie do pacjenta w osobie kobiety. Zgodnie bowiem z § 1 ust. 1 pkt 3 lit. e rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego m.in. świadczeń leczniczych obejmujących „zakładanie cewnika do pęcherza moczowego i usuwanie założonego cewnika”.

W jakich przypadkach położna może wykonywać obowiązkowe szczepienia ochronne?

Zgodnie z art. 17. ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (j.t. Dz. U. z 2013r. poz. 947 ze zm.), obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, **położne** i higienistki szkolne, posiadający kwalifikacje, określone na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3 ww. ustawy. Przepis ten stanowi, że lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, **położne** i higienistki szkolne mogą przeprowadzać obowiązkowe szczepienia ochronne, 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 obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.

Zasady kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych określa rozdział 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039 ze zm.). Położna może wyko-

nywać szczepienia ochronne noworodków po ukończeniu kursu specjalistycznego w zakresie szczepień ochronnych noworodków (program przeznaczony dla położnych). Uprawnienia położnej (a więc także położnej POZ) w zakresie wykonywania szczepień ochronnych dotyczą tylko i wyłącznie noworodków, zatem położna (również położna POZ) nie będzie miała kompetencji do realizacji tych świadczeń wobec dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym oraz osób dorosłych.

Jednocześnie należy pamiętać, że zgodnie z art. 67 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, **do dnia 31 grudnia 2015 r. szczepienia ochronne mogą wykonywać** lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, **położne** i higienistki szkolne, nieposiadający ww. kwalifikacji, o ile posiadają 2,5-letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych. Niemniej jednak należy uznać, iż w takim przypadku położna będzie mogła wykonać szczepienia ochronne w ramach własnych kompetencji zawodowych czyli de facto tylko u noworodków.

Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarki/położnej

Opinia na temat samodzielnego wykonywania badania fizykalnego w praktyce pielęgniarki/położnej w tym ustosunkowania się do uprawnień uzyskiwanych przez absolwentów szkół licencjackich oraz magisterskich w powyższym zakresie

Kraków, dnia 2012-10-18

Dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa
31-501 Kraków, ul. Kopernika 25
tel. 600062588;
e-mail:makozka@cm-uj.krakow.pl

Pani
Jolanta Skolimowska
Zastępca Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Dyrektor,

W odpowiedzi na pismo z dnia 11.10.2012 roku (MZ-PP-875-8306-2/BW/12) w sprawie opinii na temat samodzielnego wykonywania badania fizykalnego w praktyce pielęgniarki/położnej, w tym ustosunkowania się do uprawnień uzyskiwanych przez absolwentów szkół licencjackich oraz magisterskich w powyższym zakresie przedstawiam stanowisko w przedmiotowej sprawie.

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi (ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej - Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz.1039 oraz rozporządzenie MZ z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego – Dz. U. Nr 210, poz. 1540) pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego badania fizykalnego umożliwiającego wczesne wykrywanie chorób sutka, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego i badania fizykalnego, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Przytoczonych regulacji prawnych wynika, że wykonywanie badania fizykalnego przez pielęgniarkę/położną w ramach świadczeń diagnostycznych bez zlecenia lekarskiego wymaga ukończenia szkolenia podyplomowego. Zasadność wprowadzenia takiego uregulowania wynikała z braku przygotowania pielęgniarek/położnych do realizacji tych świadczeń w ramach kształcenia zawodowego.

Transformacja kształcenia pielęgniarek/położnych, a z nią związane zmiany w standardach kształcenia na

tych kierunkach studiów umożliwiły wprowadzenie zajęć przygotowujących absolwentów do badania fizykalnego.

Od roku akademickiego 2007/2008 na kierunkach studiów pielęgniarstwo i położnictwo – studia I stopnia, uczelnie są zobowiązane do realizacji 45 godzin zajęć dydaktycznych z przedmiotu *Badanie fizykalne*.

Treści przedmiotu na kierunku pielęgniarstwo obejmują: badanie przedmiotowe i podmiotowe niemowląt i dzieci oraz osób dorosłych - stanu psychicznego, stanu ogólnego, skóry, oczu, uszu, jamy ustnej, gardła, szyi, klatki piersiowej, płuc, gruczołów piersiowych, układu sercowo-naczyniowego, brzucha, męskich narządów płciowych, żeńskich narządów płciowych, obwodowego układu krążenia, układu mięśniowo-szkieletowego oraz układu nerwowego. Dokumentacja kliniczna pacjenta.

Po realizacji zajęć z wymienionego przedmiotu absolwent studiów pielęgniarstwa posiada umiejętności i kompetencje w zakresie; rozumienia i rozpoznawania odrębności w badaniu dziecka i niemowlęcia; wykorzystywania metod i technik w badaniu przedmiotowym i podmiotowym; przeprowadzenia wywiadu; interpretowania dostępnych wyników w badaniu fizykalnym; wykorzystywania wyników do rozpoznawania problemów zdrowotnych; dokumentowania przeprowadzonego badania.

Treści kształcenia na kierunku położnictwo z przedmiotu badanie fizykalne obejmują: badanie przedmiotowe noworodków, niemowląt oraz osób do-

rosłych - stan psychiczny, stan ogólny, skóra, oczy, uszy, jama ustna, gardło, szyja, klatka piersiowa, płuca, gruczoły piersiowe, układ sercowo-naczyniowy, brzuch, męskie narządy płciowe, żeńskie narządy płciowe, obwodowy układ krążenia, układ mięśniowo-szkieletowy, układ nerwowy. Dokumentacja kliniczna pacjenta.

Po realizacji zajęć z wymienionego przedmiotu absolwent położnictwa posiada umiejętności i kompetencje w zakresie: przeprowadzenia badania fizykalnego u pacjenta - noworodka, niemowlęcia, osoby dorosłej - zgodnie z obowiązującymi zasadami; interpretowania uzyskanych wyników badań.

Zarówno treści jak i efekty kształcenia na studiach I stopnia – kierunek pielęgniarstwo i położnictwo zostały określone w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 roku w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki – Dz. 2007, U. 2007,164,1166.

W związku z wprowadzeniem Krajowych Ram Kwalifikacji od roku akademickiego 2012/2013 na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo realizowany jest program zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku (Dz. U. z dnia 5.06.2012 r, poz. 631). Efekty kształcenia w ramach badania fizykalnego dla absolwenta studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo obejmują:

- w zakresie wiedzy: omawia badanie podmiotowe ogólne i szczegółowe, zasady jego prowadzenia i dokumentowania; charakteryzowanie technik badania fizykalnego i kompleksowego badania fizykalnego pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej; określa znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego w formułowaniu oceny stanu zdrowia pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej,
- w zakresie umiejętności; przeprowadza badanie podmiotowe pacjenta, analizuje i interpretuje wyniki dla potrzeb diagnozy pielęgniarskiej i jej dokumentowania; rozpoznaje i interpretuje podstawowe odrębności w badaniu noworodka, niemowlęcia, osoby dorosłej i w wieku geriatrycznym; wykorzystuje techniki badania fizykalnego do oceny fizjologicznych funkcji skóry, zmysłów, głowy, klatki piersiowej, jamy brzusznej, narządów płciowych, obwodowego układu krążenia, układu

mięśniowo –szkieletowego i układu nerwowego; dokumentuje wyniki badania fizykalnego i ich wykorzystywanie w zakresie oceny stanu zdrowia pacjenta; wykonuje badanie fizykalne umożliwiające wczesne wykrycie chorób sutka i uczy pacjentów samobadania piersi.

Efekty kształcenia w ramach badania fizykalnego dla absolwenta studiów I stopnia na kierunku położnictwo obejmują:

- w zakresie wiedzy: omawia badanie podmiotowe ogólne i szczegółowe, zasady jego prowadzenia i dokumentowania; charakteryzowanie technik badania fizykalnego i kompleksowego badania fizykalnego pacjenta dla potrzeb opieki położniczej; określa znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego przy dokonywaniu oceny stanu zdrowia podopiecznej,
- w zakresie umiejętności; przeprowadza badanie fizykalne, rozpoznaje i interpretuje podstawowe odrębności w badaniu noworodka, kobiety w okresie rozrodczym, dojrzałej i w senu; rozpoznaje proces chorobowy i nieprawidłowości w budowie morfologicznej i anatomicznej w trakcie badania fizykalnego; dokumentuje wyniki badania fizykalnego i wykorzystuje do oceny stanu zdrowia noworodka, kobiety w okresie rozrodczym, dojrzałej i w senu; stosuje odpowiednie metody i techniki badania fizykalnego w zależności od stanu podopiecznej oraz różnic kulturowych i religijnych.

Z przedstawionej analizy wynika, że absolwenci kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, którzy ukończyli studia I stopnia są przygotowani do realizacji świadczeń diagnostycznych obejmujących badanie fizykalne w zakresie określonym dla tych kierunków studiów, które można określić jako świadczenia podstawowe. Zakres tych świadczeń powinien być uwzględniony z przygotowywanej przez Ministerstwo Zdrowia nowej wersji rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Specjalistyczne świadczenia diagnostyczne powinny być realizowane przez pielęgniarki/położne po ukończeniu kształcenia podyplomowego. Ich rodzaj i zakres wymaga analizy i uwzględnienia w nowych programach kształcenia podyplomowego.

Wojewoda lubuski powołał konsultantów wojewódzkich

- Konsultanci wojewódzcy w ochronie zdrowia to jednostki wybitne w swoich dziedzinach. Jest to bardzo ważna funkcja uzależniona od doświadczenia, dorobku, akceptacji izb pielęgniarskich, konsultanta krajowego i mi-

nistra zdrowia. Konsultanci nie tylko sprawdzają, jaki jest poziom usług medycznych w regionie i jakie metody stosują pielęgniarki. Także inspirują do nowych form niesienia pomocy chorym.

Wojewoda lubuski Jerzy Ostroch powołał do pełnienia funkcji konsultantów w dziedzinach: pielęgniarstwo, pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki, pielęgniarstwo psychiatryczne.



Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa mgr **BOGUSŁAWA BUSKO**, zatrudniona w Szpital Wojewódzki SPZOZ Oddział Zakaźny ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra, tel. 68 3296482, fax. 68 3296479



Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki **ALINA HOFFMANN**, zatrudniona w Szpitalu Międzyrzeckim Sp. z o. o. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii ul. Konstytucji 3 Maja 35, 66-300 Międzyrzecz tel. 95 7428268



Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego dr nauk o zdrowiu **JOLANTA CHMIELOWIEC**, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Ciborzu 66-213 Skąpe, Cibórz, tel. tel. 683419255 wew. 237 fax. 683419494.

Aktualny wykaz konsultantów w ochronie zdrowia powołanych dla województwa lubuskiego znajduje się na stronie Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego

Projekt „Konkurencyjny mikroprzedsiębiorca w branży medycznej”

realizowany przez

Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp., ul. Obrońców Pokoju 60/1-2 66-400 Gorzów Wlkp.
tel. 095-729-67-84 fax. 095-729-67-83

OIPiP w Gorzowie Wlkp. zaprasza pielęgniarki, położne prowadzące działalność gospodarczą lub pracujące w mikroprzedsiębiorstwie do udziału w bezpłatnych kursach.

Jedyna możliwość ukończenia bezpłatnie kursu.

Projekt z pomocą de minimis.

Uczestnik otrzyma książkę z zakresu kursu, kawę, herbatę dwudaniowy obiad, zwrot kosztów dojazdu na kurs.

Aktualna oferta kursów w ramach projektu „Konkurencyjny mikroprzedsiębiorca w branży medycznej”

1) SZKOLENIA „ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA MEDYCZNA - NOWE OBOWIĄZKI, ZAGROŻENIA ORAZ PROCES PRZYGOTOWAWCZY INFORMATYZACJI PLACÓWKI ZDROWIA”

- II edycja dla pielęgniarek i położnych dla 58 osób.

Kurs trwa 1 dzień:

I edycja 23 maja 2015r.

II edycja 24 maja 2015r.

Prezydent Bronisław Komorowski podpisał 23 lipca 2014r. nowelizację ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Celem uchwalonej ustawy jest wydłużenie do 31 lipca 2017r. terminu, w którym dokumentacja medyczna może być prowadzona zarówno w postaci papierowej, jak i elektronicznej. Wydłużenie terminu wejścia w życie przepisu dotyczącego prowadzenia dokumentacji medycznej jedynie w formie elektronicznej umożliwi wszystkim podmiotom, które udzielają świadczeń zdrowotnych, na kompleksowe wdrożenie tego obowiązku.

Celem szkolenia będzie nabycie wiedzy w zakresie:

- prawidłowo prowadzonej dokumentacji papierowej i dostosowywanie się do nowych przepisów,
- w jaki sposób opisywać zmiany w leczeniu oraz dokumentować działania nagłe i niestandardowe,
- jak uzupełniać dokumentację, aby mogła być dowodem podjętych prawidłowo działań i jak ją przechowywać,

- jakie są nowe wytyczne w zakresie udostępniania i przechowywania dokumentacji, komu i na jakiej podstawie można ją udostępniać - jak powinny wyglądać zgody pacjenta i załączniki do dokumentacji,

Proponujemy szkolenie prowadzone w formie warsztatów, podczas których na konkretnych przykładach omawiane będzie, jak przygotować wymagane dokumenty, uniknąć najczęstszych błędów w dokumentacji i na co zwrócić szczególną uwagę.

2) KURS DOKSZTAŁCAJĄCY PODSTAWOWE I ZA- AWANSOWANE ZABIEGI REANIMACYJNE ORAZ POSTĘPOWANIE W STANACH ZAGROŻENIA ŻYCIA

- dla pielęgniarek i położnych dla 33 osób.

Czas trwania kursu dwa dni:

od 18-19 kwietnia 2015 r.

Osoby zainteresowane prosimy o jak najszybsze składanie wniosków w siedzibie izby.

Informacja nt. rekrutacji na kursy zamieszczona jest na stronie internetowej www.oipip.gorzow.pl Przyjmowane będą kompletne wnioski tj. wniosek + załączniki (zamieszczone w zakładce- rekrutacja).

Uwaga: w pierwszej kolejności przyjmowani będą mikroprzedsiębiorcy (osoby prowadzące działalność gospodarczą) nie biorący jeszcze udziału w projekcie.

Wszystkie osoby zakwalifikowane do projektu zostaną powiadomione listownie lub telefonicznie o zakwalifikowaniu, dacie i godzinie rozpoczęcia kursu/szkolenia.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH PRZEDSTAWIA OFERTĘ KURSÓW KOMERCYJNYCH NA 2015 r.

- 1. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego**
- dla pielęgniarek

Wymiar godzinowy
- zajęcia teoretyczne 233 godzin- ok. 20 dni
- zajęcia stażowe 203 godziny

Członkowie OIPiP w Gorzowie Wlkp. - 750,00 zł,
pozostali - 1500,00 zł,
możliwość wpłaty w 3 ratach.

Planowane rozpoczęcie kursu – 14 maja 2015r.,
po zrekrutowaniu ok. 25 osób.
- 2. Kurs specjalistyczny Szczepienia ochronne**
- dla pielęgniarek

Wymiar godzinowy
- zajęcia teoretyczne– 35 godzin- 4 dni
- zajęcia praktyczne – 45 godzin

Członkowie OIPiP w Gorzowie Wlkp. - 170,00 zł,
pozostali - 340,00 zł.,

Planowane rozpoczęcie kursu – kwiecień 2015r.,
po zrekrutowaniu ok. 25 osób.
- 3. Kurs specjalistyczny Szczepienia ochronne noworodków (nr 04/08)**
- dla położnych

Wymiar godzinowy
- zajęcia teoretyczne – 25 godzin – 3 dni
- zajęcia praktyczne – 15 godzin – 2 dni

Członkowie OIPiP w Gorzowie Wlkp. - 140,00 zł,
pozostali 280,00 zł.,

Planowane rozpoczęcie kursu – kwiecień 2015r.,
po zrekrutowaniu ok. 25 osób.
- 4. Kurs specjalistyczny Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów**
- dla pielęgniarek i położnych

Wymiar godzinowy zajęcia teoretyczne
- 35 godzin - 3 dni w Torzymiu
- zajęcia praktyczne - 35 godzin w Torzymiu i Gorzowie.

Członkowie OIPiP w Gorzowie Wlkp. - 135,00 zł,
pozostali - 270,00 zł.,

Planowane rozpoczęcie kursu – 10 kwiecień 2015r.
w Szpitalu w Torzymiu.
- 5. Kurs dokształcający Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych kurs**
- dla pielęgniarek i położnych
I edycja (Słubice) dla pielęgniarek i położnych

Wymiar godzinowy:
11 godzin dydaktycznych (1 dzień)

Członkowie OIPiP w Gorzowie Wlkp. - 40,00 zł,
pozostali - 80,00 zł

Planowane rozpoczęcie kursu – wrzesień 2015r.,
po zrekrutowaniu ok. 30 osób.
- 6. Kurs dokształcający Wstęp do pielęgniarstwa infuzyjnego - procedury terapii infuzyjnej - bezpieczeństwo farmakoterapii (w tym bezpieczna linia naczyniowa) – II edycje**
- dla pielęgniarek i położnych

Wymiar godzinowy:
10 godzin dydaktycznych (1 dzień)

Członkowie OIPiP w Gorzowie Wlkp. - 40,00 zł,
pozostali 80,00 zł.,

Planowane rozpoczęcie kursu – 2015r.,
po zrekrutowaniu ok. 30 osób na każdą edycję
- 7. Kurs dokształcający „Przymus bezpośredni” - 1 dzień - II edycje (Międzyrzecz, Obrzyce i Gorzów)**
- dla pielęgniarek i położnych

Członkowie OIPiP w Gorzowie Wlkp. - 34,00 zł,
pozostali 68,00 zł.

Planowane rozpoczęcie kursu – luty 2015r.,
po zrekrutowaniu ok. 30 osób na każdą edycję.

Wniosek na kursy zamieszczony jest na stronie internetowej www.oipip.gorzow.pl w zakładce „kursy organizowane przez OIPiP. Przyjmowane będą kompletne wnioski tj. wniosek + załączniki.

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 e-mail: oipip_gorzow@wp.pl



ZAPRASZA

na szkolenia i konferencje

TEMAT	TERMIN	ZGŁOSZENIE
<p>BEZPŁATNY KURS DOKSZTAŁCAJĄCY W ZAKRESIE LAKTACJI dla pielęgniarek i położnych (35 osób)</p> <p>Cel kształcenia</p> <p>Przygotowanie kobiety w ciąży do laktacji. Przebieg procedury pierwszego kontaktu matki z dzieckiem po porodzie.</p> <p>Zasady postępowania w karmieniu piersią w pierwszych dobach po porodzie.</p> <p>Wspieranie matek karmiących piersią w ciągu pierwszych miesięcy laktacji.</p> <p>Zajęcia teoretyczne 12 godzin/dwa dni</p>	<p>8-9 maja 2015 roku</p> <p>Uniwersytet Szczeciński Zamiejscowy Wydział Społeczno-Ekonomiczny w Gorzowie Wlkp. ul. Myśliborska 30</p>	<p>Wniosek o przyjęcie na kurs zamieszczony jest na stronie internetowej www.oipip.gorzow.pl</p> <p>Wniosek prosimy przelać: e-mail oipip_gorzow@wp.pl</p> <p>lub na adres</p> <p>Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych ul. Obr. Pokoju 60/1-2 66-400 Gorzów Wlkp.</p>
<p>Szkolenie dla pielęgniarek i położnych w ramach projektu</p> <p>„Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców”</p> <p>„Jak skutecznie wyrobić u swoich podopiecznych prawidłowe nawyki zdrowotne” Każdy uczestnik szkolenia otrzyma certyfikat oraz materiały edukacyjne</p>	<p>17 czerwiec 2015 r.</p> <p>Qubus Hotel Gorzów Wlkp. ul. Orłąt Lwowskich 3 66-410 Gorzów Wlkp.</p>	<p>Formularz zgłoszeniowy znajduje się na stronie internetowej www.oipip.gorzow.pl</p> <p>Podpisany wniosek prosimy dostarczyć lub przelać do: Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Obrońców Pokoju 60/1-2 66-400 Gorzów Wlkp.</p>
<p>„Pacjent – rany, blizny i żywienie”</p>	<p>28 marzec 2015 r. godz. 9:30</p> <p>Restauracja „Symfonia” ul. Marcinkowskiego 90 Gorzów Wlkp.</p>	<p>Zgłoszenia przyjmujemy do 24 marca 2015 r.</p> <p>e-mail: rafal.sakowski@convate.co</p> <p>Informacja pod telefonem: 608 698 048</p>
<p>XI Konferencja pielęgniarek anestezjologicznych, intensywnej opieki i ratownictwa medycznego.</p>	<p>28-29 sierpnia 2015 r. Łagów</p>	<p>Zgłoszenia przyjmujemy telefonicznie</p> <p>95 729 67 84 lub e-mail: oipip_gorzow@wp.pl</p>



Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra

Szanowni Państwo

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych informuję, że od października 2014 r. uzyskają Państwo bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra.

Księgozbiór online zawiera specjalistyczne, naukowe i popularnonaukowe publikacje w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin, wydane przez renomowane polskie oficyny.

Dzięki zaawansowanej technologii i dostępowi online będzie można bezpłatnie korzystać z serwisu przez całą dobę z dowolnego miejsca. Platforma umożliwia nie tylko czytanie książek ale również zaawansowaną pracę z tekstem.

Zgodnie z podjętą Uchwałą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 września 2014 r. w sprawie zawarcia umowy z wydawcą o świadczenie usług i udzielenie licencji na dostęp do wirtualnej czytelnicy dla

członków samorządu pielęgniarek i położnych, z powyższej oferty będą Państwo mogli skorzystać składając wniosek o nadanie dostępu do Serwisu IBUK do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, której Państwo jesteście członkami.

Procedura nadania kodu PIN:

1. członek samorządu składa wniosek do OIPIp,
2. kod PIN zostanie przesyłany na adres poczty elektronicznej.

Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych należy go uaktywnić w koncie serwisu

www.libra.ibuk.pl

Pielęgniarki

Mireli Lelek

**Szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci
TATY**

**składają koleżanki
z oddziału medycyny
paliatywnej w SPZOZ w Sulęciniu**

Pielęgniarki

Barbarze Ludniewskiej

**Szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci
TATY**

**składają koleżanki
z medycyny szkolnej**

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Gorzowie Wlkp.

serdecznie zaprasza

wszystkie koleżanki i kolegów

na obchody

Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki

i

Dnia Położnej

które odbędą się 20 maja 2015r.

o godz. 16⁰⁰ w Teatrze im. Juliusza Osterwy w Gorzowie Wlkp.

Zapraszamy!