

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.: (0-95) 729 67 84, fax (0-95)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: *inż. Bartosz Kaczmarek*

ZDJĘCIA: Adam Czabara / Jolanta Czabara

ISSN 1429-9275

INFORMACJE BIURA OIPiP w Gorzowie Wlkp.

BIURO:

ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp.,
tel.: (0-95) 729 67 84, fax (0-95)729 67 83
Izba czynna **poniedziałek, wtorek, środa, piątek od godziny 7.00— 15.00**
czwartek 7.00 – 17.00

PRZEWODNICZĄCA OIPiP

mgr 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 ela722@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

W BIULETYNIE:

Str.4

Zakończenie realizacji projektu „Samodzielna i profesjonalna pielęgniarka, położna”

Str.6

Zarys historyczny pielęgniarstwa psychiatrycznego, jego główny kierunek rozwoju

Str.11

USTAWA

z dnia 22 lipca 2014 r.

o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw

Str. 14

Kroki do e – zdrowia

Str. 16

Informacja dotycząca gorączki wirusowej Ebola (EVD)

Str. 23

Kalendarium

Zakończyliśmy realizację projektu „Samodzielna i profesjonalna pielęgniarka, położna”

Projekt trwał od 01.10.2012r. do 30.09.2014r.

Pierwotnie planowano zorganizowanie 8 kursów dla 200 osób.

Docelowo zorganizowano 13 kursów dla 358 osób, z czego 25 osób ukończyło 2 kursy.

- Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego - 25 kobiet,
- Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego - 38 kobiet,
- Kurs specjalistyczny Żywnienie enteralne i parenteralne - 32 kobiety i 1 mężczyzna,
- Kurs specjalistyczny Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową - 24 kobiety,
- Kurs specjalistyczny Szczepienia ochronne II edycje - 52 kobiety i 1 mężczyzna,
- Kurs specjalistyczny Resuscytacja krążeniowo- oddechowa - II edycje - 41 kobiet i 2 mężczyzn,
- Kurs specjalistyczny Podstawy opieki paliatywnej - 23 kobiety,
- Kurs doształcający Długoterminowe dostępy naczyniowe – Użytkowanie portów naczyniowych - IV edycje 119 kobiet i 1 mężczyzna,
- Poradnictwo zawodowe – 333 osoby.

Wydano 358 zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje do wykonywania określonych czynności i zadań zawodowych oraz kompetencji w dziedzinie pielęgniarstwa.

Zrealizowano: 28 264 godz. zajęć teoretycznych

20 931 godz. zajęć praktycznych

1 665 godz. poradnictwa zawodowego

Uczestnicy projektu zatrudnieni na umowę o pracę, w tym:

w małych przedsiębiorstwach - 5 osób,

w średnich przedsiębiorstwach – 44 osoby,

w dużych przedsiębiorstwach - 76 osób,

w pozostałych (w tym w publicznych ZOZ) - 211 osób.

Z wykształceniem: ponadgimnazjalnym - 271 osób,

wyższym 65 osób.

W wieku powyżej 50 roku życia 62 osoby.

Zamieszkałe na terenach wiejskich 80 osób.

Na realizację projektu OIPiP otrzymała kwotę 468 541,95 zł, z czego zrealizowano 468 508,02 zł. Niewykorzystaną kwotę 33,93 zł zwrócono.

Cel główny: Podwyższenie kwalifikacji zawodowych 333 pielęgniarek/rzy, położnych, w tym 328 kobiet, 5 mężczyzn z powiatów: gorzowski, sulęciński, słubicki, strzelecko-drezdenecki, międzyrzecki.

Cele szczegółowe:

- 1) uzyskanie specjalistycznych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych przez 63 kobiety,
- 2) uzyskanie kwalifikacji do wykonywania czynności zawodowych przez 265 kobiet, 5 mężczyzn,
- 3) nabycie umiejętności projektowania kariery zawodowej przez 328 kobiet, 5 mężczyzn.

Cel główny, cele szczegółowe, wskaźniki, rezultaty, produkty zostały osiągnięte w 100%.

Dzięki zaangażowaniu wielu osób, w tym kierowników kursów, wykładowców, opiekunów zajęć praktycznych, pracowników izby oraz wszystkich uczestników projektu udało się zrealizować projekt zwiększając wartość docelową wskaźnika.

Dziękuję wszystkim

*Maria Teresa Ziółkowska
Kierownik projektu*

Rozpoczęliśmy nowy projekt „Konkurencyjny mikroprzedsiębiorca w branży medycznej”

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych zaprasza do udziału w projekcie „Konkurencyjny mikroprzedsiębiorca w branży medycznej”

Projekt skierowany do:

- 120 mikroprzedsiębiorców- pielęgniarek/pielęgniarzy, położnych (wg PKD i wpisu do ewidencji działalności gospodarczej) mających jednostkę organizacyjną w woj. lubuskim na terenie pow. gorzowskiego, międzyrzeckiego, słubickiego, sulęcińskiego, strzelecko-drezdeneckiego,
- właścieli, wspólników, pracowników (umowa o pracę/zlecenie) mikroprzedsiębiorstw skierowanych do projektu przez właściciela.
- 70% osób z wykształceniem co najwyżej średnim,
- mikroprzedsiębiorców nie korzystający ze wsparcia szkoleniowego EFS 2007-2012



NOWA OFERTA

kursy:

1. **Kurs dokształcający Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych** – dla 30 osób- 13.12.2014r. (kurs trwa 1 dzień).
2. **Kurs dokształcający Pielęgnowanie pacjenta z deficytem samoopieki w warunkach domowych** II edycja dla 60 osób. Kurs trwa 2 dni - 29 i 30 listopada 2014r. dla 30 osób. Druga edycja w 2015r.
3. **Kurs specjalistyczny Edukator w cukrzycy** - 25 osób, rozpoczęcie styczeń 2015r.
4. **Kurs specjalistyczny Leczenie ran**- 25 osób, rozpoczęcie marzec 2015r.
5. **Szkolenia Elektroniczna dokumentacja medyczna - nowe obowiązki, zagrożenia oraz proces przygotowawczy informatyzacji placówki zdrowia** II edycja 44 osób w 2015r.

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 nie biorący jeszcze udziału w projekcie.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Obchody 110-lecia SP Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu

19 września 2014 r. odbyły się obchody 110-lecia SP Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu. . Na uroczystość jubileuszową przybyło ponad 100 zaproszonych gości, wśród nich przedstawiciele administracji samorządowej, służby zdrowia oraz wielu innych instytucji z terenu województwa lubuskiego oraz wielkopolskiego.

Uroczystości jubileuszowe rozpoczęły się mszą świętą w Kościele p.w. Podwyższenia Krzyża Świętego w Międzyrzeczu – Obrzycach koncelebrowaną przez ks. wikariusza Marcina Majewskiego. Msza św. przygotowana została przez pacjentów naszego szpitala. Po mszy Dyrekcja Szpitala, Pracownicy , Pacjenci oraz przybyli Goście udali się pod pomnik upamiętniający 10 tys. ofiar nazistowskiej akcji eutanazja. Pod pomnikiem przybyłe delegacje złożyły wiązanki kwiatów oraz zapalano znicze. Wartę honorową pod pomnikiem wystawiła 6 Drużyna Harcerska WAGABUNDA.



Druga części uroczystości jubileuszowych w konwencji sesji historycznej miała miejsce w Sali Konferencyjnej Szpitala. Rozpoczęła się powitaniem zebranych gości przez Dyrektora Szpitala oraz podziękowaniem skierowanym do wszystkich pracowników oraz osób i instytucji wspierających od wielu lat funkcjonowanie naszego szpitala. Na ręce Dyrektora Szpitala złożono liczne podziękowania za współpracę i życzenia dalszych stuleci pomyślnej działalności obrzyckiej placówki.

Następnie zaprezentowane zostały referaty na temat historii szpitala przez Dr. Oswalda Danielaka, pielęgniarkę oddziałową Agnieszkę Pyśk oraz psychologa Łukasza Paczkowskiego. Część konferencyjną zakończyło wystąpienie Pana Sławomira Koziela prezesa Fundacji „Ja, My , Oni” z Zielonej Góry.



Nie zabrakło również akcentu artystycznego podczas obchodów Jubileuszu. Od godz. 13.00 do godz. 16.00 przy Centrum Terapii odbył się Piknik integracyjny. Na scenie pojawiło się wielu artystów działających przy Międzyrzeczkim Ośrodku Kultury, w Stowarzyszeniu Abstynenckim OAZA z Międzyrzecza oraz pacjenci naszego szpitala, którzy przygotowali przedstawienie w ramach warsztatów prowadzonych w Centrum Terapii .

Podczas Pikniku przy współpracy z Komendą Powiatową Policji z Międzyrzecza prowadzona była kampania edukacyjno-informacyjna dotycząca uzależnień.

Rozstrzygnięto również konkurs plastyczny pt. " Zdrowy i Chory we współczesnym świecie ". Wśród nagrodzony laureatów byli również nasi pacjenci. Impreza zorganizowana została przy współpracy szpitala ze Stowarzyszeniem Abstynenckim OAZA z Międzyrzecza oraz Fundacją „Ja, My, Oni” z Zielonej Góry .Całość Jubileuszu objął honorowym patronatem Starosta Międzyrzecki.

Piknik współfinansowany był z budżetu Województwa Lubuskiego w ramach realizacji zadania publicznego zgodnie z art. 19 a ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Zarys historyczny pielęgniarstwa psychiatrycznego, jego główny kierunek rozwoju

W wyniku zmian zachodzących w Polsce współczesne polskie pielęgniarstwo psychiatryczne przeżywa okres dynamicznego rozwoju. Obecne pielęgniarstwo psychiatryczne z jego wielowymiarowym spojrzeniem w rzeczywistości, stanowi w zreformowanej służbie zdrowia potężną siłę w służbie przede wszystkim zdrowiu i zapobieganiu chorobom. Pielęgniarstwo jest profesją, w której spotykamy się bezpośrednio z cierpieniem i bólem, z radością i szczęściem płynącym od osób, którymi przyszło się nam opiekować. Pielęgniarstwo psychiatryczne jak żadna inna dziedzina medycyny jest zawodem, które w swojej trosce dba o dobro chorych dążąc do pełnego profesjonalizmu. Według Florencji Nightingale pielęgniarstwo jest „nauką i sztuką”. **Sztuką**, gdyż jest to indywidualne dla każdego pacjenta ustalenie metod postępowania w zgodzie z naturą. **Nauką**, gdyż na podstawie podstaw naukowych i przygotowania do opieki ma na celu dostarczenie usług o jak najwyższym poziomie

Historia psychiatrii i pielęgniarstwa psychiatrycznego, mimo że w znacznym stopniu niespójna, sięga już czasów starożytnych myślicieli. Marcus Tullius Cicero jako pierwszy stworzył kwestionariusz przeznaczony dla osób zaburzonych psychicznie, wykorzystując do tego celu dane biograficzne ułatwiające ustalenie odpowiedniego trybu leczenia i opieki psychologicznej.

Pierwsze ośrodki psychiatryczne powstały w VIII wieku na Bliskim Wschodzie. W celu stawiania diagnozy i określania sposobu leczenia średniowieczni muzułmańscy lekarze oraz ich opiekunowie opierali się na obserwacjach klinicznych.

W XII wieku w średniowiecznej Europie były budowane ochronki, aby zapewniać dach nad głową osobom chorym psychicznie. Ci rzekomi opętańcy, czarnoksiężnicy i bluźniercy byli paleni na stosach, pławieni w wodzie, a wreszcie zamykani w więzieniach razem z przestępcami (wielu z nich nie miało już nigdy oglądać światła dziennego). Ci, którzy uniknęli takiego losu, żyli na ulicach miast i wędrowali po traktach, pozbawieni jakiegokolwiek opieki. Taka sytuacja nie podobała się zdrowym na umyśle, takich ludzi zaczęto zamykać, by nie razili swą obecnością. W miejscach tych nie było pielęgniarek ani pielęgniarzy służących pomocą, a samo leczenie było sporadyczne. Obiekty tego typu pełniły raczej funkcję zakwaterowania dla tych osób.

W XVIII w. zaczęto zwracać uwagę na higienę osobistą – kąpiele odbywały się co tydzień, chorzy

otrzymywali czystą bieliznę, obcinano im włosy i paznokcie. Opiekunowie sprawowali ciągły nadzór nad pacjentami.

W czasach apogeum chrześcijaństwa w Europie, w szpitalach dla osób z zaburzeniami psychicznymi wierzono w uzdrawiającą moc interwencji religijnych. Osoby psychicznie chore łączono w pary z ich „duchowymi przyjaciółmi”, co miało pomagać im ponownie zjednoczyć się ze społeczeństwem. Nadrzędnym zadaniem owych towarzyszy było oferowanie przyjaznej pomocy osobom zaburzonym oraz budowanie z nimi bliskich relacji duchowych. Obecnie, funkcję takich duchowych przyjaciół przypisuje się pierwszym współczesnym pielęgniarce i pielęgniarzom psychiatrycznym.

W erze kolonialnej w Stanach Zjednoczonych niektórzy osadnicy wdrażali praktyki pielęgniarstwa w obrębie danej społeczności. Jednostki zaburzone psychicznie, które uznane zostały za groźne dla otoczenia, wtrącane były do więzienia lub zamykane w klatkach, gdzie pozostawały pod opieką i na utrzymaniu opiekunów środowiskowych. Bardziej zamożni osadnicy przetrzymywali swoich psychicznie chorych krewnych na strychach lub w piwnicach, a do opieki nad nimi zatrudniali opiekunów środowiskowych lub personel pielęgniarstwa. W innych społecznościach, chorzy psychicznie byli sprzedawani na licytacjach jako niewolnicy do prac fizycznych. Innych chorych zmuszano natomiast do opuszczania miasta. W miarę wzrostu liczebnej populacji osadniczych, nieformalne formy opieki społecznej zaczęły zawodzić, a w ich miejsce zaczęto zakładać niewielkie placówki.

W 1752 roku w szpitalu Pennsylvania Hospital otwarty został pierwszy „oddział szpitalny dla obłąkanych”, który podjął próbę leczenia psychicznie chorych. Personel wykorzystywał tam najnowocześniejsze w owym czasie techniki, takie jak: przeczyszczanie, upuszczenie krwi, oparzenia skóry czy terapię szokową. Ogólnie, personel opiekujący się chorymi w przytułkach wyznawał zasadę traktowania ich z szacunkiem. Wierzono, że jeżeli pacjenci traktowani będą jak ludzie rozsądni, tak właśnie będą postępować; jeżeli natomiast obdarzy się ich zaufaniem, wówczas rzadko będą go nadużywać. Lata dziewięćdziesiąte osiemnastego wieku to początki moralnego podejścia do leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi. Koncepcja bezpiecznego azylu, zaproponowana przez Phillipe'a Pinela oraz Williama Tuke'a, oferowała ochronę i opiekę w zakładach przeznaczonych dla pacjentów, którzy wcześniej padli ofiarą nadużyć lub niewolnictwa. W Stanach Zjednoczonych, Dorothea Dix przyczyniła się do stworzenia

32 stanowych przytułków sprawujących wysokiej jakości opiekę nad osobami obłąkanymi. Dix jako pielęgniarka oraz rzeczniczka praw ludzi umysłowo chorych, podnosiła problem niewłaściwego traktowania tych ludzi a także wskazała drogę późniejszej psychoterapii. Jako jedna z pierwszych rozpoczęła szkolenie pielęgniarzy psychiatrycznych.

Oficjalne uznanie psychiatrii i pielęgniarstwa psychiatrycznego jako nowoczesnej i usankcjonowanej dziedziny medycyny nastąpiło w roku 1808. W Europie, jednym z głównych orędowników pielęgniarstwa psychiatrycznego, jako formy wsparcia lekarzy psychiatrów, był Dr. William Ellis. To właśnie on wystąpił z propozycją prowadzenia odpowiednich szkoleń, które przyczyniły się do rozwoju pielęgniarstwa psychiatrycznego. W swojej rozprawie o zdrowiu psychicznym z 1836r. zatytułowanej *Treatise on Insanity* (Traktat o niepoczytalności) Ellis otwarcie twierdził, że ugruntowana praktyka pielęgniarstwa działa uspokajająco na pacjentów z depresją i przywraca nadzieję osobom, które ją utraciły. Mimo to pielęgniarstwo psychiatryczne nie zostało w Stanach Zjednoczonych sformalizowane aż do roku 1882, kiedy to Linda Richards założyła uczelnię wyższą Boston City College. Był to pierwszy ośrodek edukacyjny, który powstał specjalnie z myślą o szkoleniach dla pielęgniarzy i pielęgniarek pracujących w obszarze opieki psychiatrycznej. Rozbieżność pomiędzy ugruntowaniem się psychiatrii jako dziedziny nauki a uznaniem roli przeszkolonego personelu pielęgniarstwa w tej sferze medycznej w dużej mierze wynikało z dziewiętnastowiecznego podejścia, które wyraźnie sprzeciwiało się szkoleniu kobiet do pracy w obszarze tej medycyny.

W 1913 roku Uniwersytet im. Johna Hopkinsa był pierwszą uczelnią o profilu pielęgniarstwie, której ogólny program nauczania obejmował szkolenie z zakresu pielęgniarstwa psychiatrycznego. Pierwszy podręcznik do nauki pielęgniarstwa psychiatrycznego zatytułowany *Nursing Mental Diseases* (Pielęgniarstwo Chorób Psychiczych) autorstwa Harriet Bailey opublikowany został jednak dopiero w 1920 roku. Z kolei w roku 1950 Krajowa Liga Pielęgniarstwa (National League for Nursing) nałożyła na wszystkie szkoły pielęgniarstwa obowiązek uwzględnienia doświadczenia klinicznego w zakresie psychiatrii jako warunek uzyskania krajowej akredytacji. Pierwsze pielęgniarki i pielęgniarze psychiatryczni pracowali w bardzo trudnych warunkach. Przeludnienie, niewystarczająca liczba personelu oraz niedostateczne zasoby sprawiały, że długotrwała opieka musiała być świadczona niemal nieustannie. Dodatkowym utrudnieniem była rosnąca liczba pacjentów, która do końca XIX wieku wzrastała drastycznie. W rezultacie, związki zawodowe wzmogły starania o lepsze płace i krótszy wymiar czasu pracy.

W szczytowym okresie, w latach pięćdziesiątych dwudziestego wieku zakładano wielkie przytułki, które były w stanie przyjąć pod opiekę niezliczone rzesze chorych, jak na przykład słynny ośrodek psychiatryczny Kings Park Psychiatric Center na Long Island w Nowym Jorku, odnotowano tam ponad 33 000 pacjentów. Pielęgniarze i pielęgniarki niejednokrotnie określani byli mianem „towarzyszy”, co miało podkreślić bardziej humanitarne podejście do opieki. W tym okresie personel zajmował się głównie utrzymywaniem obiektu w czystości oraz zaprowadzaniem porządku w relacjach między pacjentami.

W 1963 roku, na mocy wspólnotowej ustawy o zdrowiu psychicznym (Community Mental Health Act), prezydent John F. Kennedy przyspieszył trend zmierzający do deinstytucjonalizacji z racji coraz szerszej dostępności leków psychiatrycznych pozwalających chorym prowadzić niezależne życie. Z powodu wysokich kosztów utrzymania przytułków zaczęto zamykać wiele instytucji psychiatrycznych dzięki temu opieka pielęgniarstwa stała się bardziej osobista i holistyczna. W latach sześćdziesiątych dwudziestego wieku zakres obowiązków pełnionych przez pielęgniarki i pielęgniarzy rozszerzył się, dzięki czemu można było także rozwinąć zakres usług ambulatoryjnych o pomoc psychologiczną, konsultacje, wypisywanie recept, a także diagnozowanie i leczenie chorób psychicznych.

Pierwszy rozbudowany standard opieki został stworzony przez dział psychiatryczny Amerykańskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek (ANA) w roku 1973. Standard ten określał zakres obowiązków pielęgniarek i pielęgniarzy oraz oczekiwań wobec jakości świadczonych przez nich usług.

Prekursorką pielęgniarstwa psychiatrycznego była Hildegarda Peplau. Wyjaśniła ona znaczenie relacji terapeutycznej dla pielęgniarstwa psychiatrycznego. Jej książka „*Relacje interpersonalne w pielęgniarstwie*” (*Interpersonal Relations in Nursing*) omawiają znaczenie oraz uzasadniają, dlaczego więź jest podstawowym elementem pracy z pacjentami. Autorka zwróciła w nim uwagę na naukowy charakter pielęgniarstwa i humanizm. Uważała, że rozwój pielęgniarstwa psychiatrycznego wymaga skupienia uwagi na naukowych wyjaśnieniach relacji pacjent - pielęgniarka i ciągłego stawiania pytań oraz pogłębiania koniecznych wyjaśnień w tej sprawie. Jej model pielęgniarstwa psychiatrycznego zakłada, że pielęgniarka powinna być profesjonalistką podejmującą jako swoją podstawową funkcję - funkcję terapeutyczną. Profesjonalna pomoc pielęgniarki, umożliwiająca pacjentowi zrozumienie własnego problemu a później jego aktywne rozwiązywanie przyczynia się do rozwijania zachowań konstruktywnych w stosunku do siebie i w stosunku do innych. Aby pomoc pielęgniarki była efektywna - konieczne jest ciągłe skupianie

się na wzajemnym zrozumieniu oraz identyfikowaniu złożonych czynników. Zapewnienie profesjonalnej pomocy człowiekowi potrzebującemu polega na ułatwieniu mu radzenia sobie z własnymi problemami. Wymaga to od pielęgniarki wiedzy, sprawności, znajomości technik interpersonalnych i metod postępowania w sytuacjach trudnych. Za bardzo istotną uważała sprawę zaakceptowania przez pielęgniarkę każdego pacjenta, okazywanie mu szacunku i zdobywanie jego szacunku. Ten właśnie szacunek warunkuje podejmowanie wspólnych wysiłków w rozwiązywaniu problemów i w dążeniu do osiągnięcia celów. Zależy to także od osobowości pielęgniarki i tego jaki wpływ na nią wywiera samo pielęgniarstwo.

Oddziaływania terapeutyczne są możliwe dzięki właściwej komunikacji, która przebiega w kilku fazach:

- Faza orientacji — dotyczy orientacji pielęgniarki w tym, co jest dla pacjenta niejasne, nieokreślone, niezrozumiałe, co zaburza jego poczucie bezpieczeństwa, co stanowi jego problem wymagający wyjaśnienia wspólnie z pacjentem i jego rodziną i tymi, których ten problem dotyczy. Proces orientacji pacjenta powinien przebiegać tak aby budził u niego akceptację i zaufanie do pielęgniarki oraz świadczył o uznaniu jego autorytetu.

- Faza identyfikacji – to faza w której pacjent uzyskuje możliwość obchodzenia się bez pomocy pielęgniarki i pomaga sam sobie. W tej fazie wyróżnia się 3 rodzaje zachowań:

1. Partycypowanie i współdziałanie.
2. Niezależność lub izolowanie się od pielęgniarki.
3. Bezradność i pełna zależność.

W przebiegu fazy identyfikacji duże znaczenie mają wcześniejsze doświadczenia pacjentów z różnymi ludźmi. Pacjenci łatwiej identyfikują się z tymi pielęgniarkami, które postrzegają jako podobne do kogoś, kto w ich życiu pełnił ważną rolę.

- W fazie eksploatacji - pacjent osiąga zdolność do korzystania w pełni z oferowanej pomocy, wykazuje większe zainteresowanie rozszerzeniem samoopieki, podejmuje samodzielne inicjatywy, ma zwiększone poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie i zachowania zdrowotne.

- Natomiast faza rozwiązania – pozwala pacjentowi formułować nowe cele, przygotowując się psychicznie do powrotu do domu.

Pielęgniarka pełni określone role w relacji z pacjentem:

1. Rolę Obcego - czyli obcym jest ten kogo nie znamy, pacjent spotykając pielęgniarkę, której nie zna pyta: kim jest?, czego mogę od niej oczekiwać?. Jak będzie mnie traktować?
2. Pielęgniarka jako Źródło informacji - zadaniem pielęgniarki

jest rozróżnienie tego, kiedy pacjent odniesie większą korzyść z uzyskania krótkiej, jasnej odpowiedzi, od tych, w którym pacjentowi bardziej pomoże dłuższa rozmowa i pobudzanie do własnych przemyśleń.

3. Pielęgniarka Nauczyciel - która zapewnia pomoc w konstruktywnym uczeniu się, przygotowuje pacjenta do radzenia sobie z problemami i do rozwiązywania tych problemów.
4. Rola pielęgniarki Przywódcy - najbardziej właściwe w pielęgniarstwie jest przywództwo demokratyczne, ponieważ zapewnia aktywny udział wszystkich uczestniczących w danym przedsięwzięciu, tzn. pacjent jest aktywnym uczestnikiem rozpatrywania tego co dotyczy jego leczenia, pielęgnowania i spraw z tym związanych.
5. Rola Zastępcy - pacjent przenosi na pielęgniarkę rolę kogoś kogo kiedyś znał, w sposób nieuświadomiony przenosi na nią swoje uczucia i oczekiwania jakie wcześniej łączył z tamtą osobą a to utrudnia właściwe relacje terapeutyczne. Pielęgniarka powinna uświadomić mu, że jest kimś innym, co pozwoli na kształtowanie dojrzałej relacji pielęgniarka – pacjent.
6. Pielęgniarka jako Konsultant - w podejmowaniu tej roli istotne znaczenie ma wiedza, umiejętność słuchania i obserwacji, gromadzenia informacji, dzięki którym doradztwo umożliwi choremu stopniowe dokonywanie odkryć o sobie samym.

Model relacji międzyludzkich jest teorią rozwoju człowieka i cechuje go wielką przydatność w praktyce pielęgniarskiej. Podstawowymi koncepcjami w tej teorii są: proces międzyludzki, lęk i komunikowanie. W procesie kształtowania relacji pielęgniarka zapewnia taką pomoc jaka jest potrzebna pacjentowi do dynamicznego rozwoju osobowości w kierunku jej dojrzałości. Rozwój ten jest możliwy dzięki siłom jakimi dysponuje każdy człowiek, a który osiąga w procesie rozwiązywania problemów. W tym procesie dochodzi do zmiany wzorców, przyjmowania nowych doświadczeń, myślenia, rozwoju kontroli własnych zachowań. Pielęgniarka praktyk powinna być też naukowcem - w procesie zapewnienia pomocy pielęgniarka sama się rozwija.

Współczesne ujęcie komunikacji pielęgniarka-pacjent potwierdza autentyczność tej teorii, która bazuje na znaczeniu podstawowych pojęć, a mianowicie:

Pielęgnowanie: to proces terapeutycznej i interpersonalnej relacji pielęgniarka - pacjent,
- jego celem jest osiągnięcie zdrowia poprzez wykorzystanie procesu interpersonalnego (czyli dojrzejącej, przemyślanej, kształtującej siły, kierującej rozwojem pacjenta w zakresie umiejętności rozwiązywania problemów) - pielęgnowanie to pomaganie w rozwoju osobowości,

konstruktywnym życiu, w łączności ze środowiskiem, w przywracaniu zdrowia, w zaspokajaniu potrzeb, w radzeniu sobie w rozwiązywaniu trudnych sytuacji i w rozwiązywaniu konfliktów, w radzeniu sobie z frustracją i stresem, w rozumieniu własnych problemów, w rozwijaniu możliwości kontroli własnych zachowań pacjenta, - jest uwarunkowane unikatowością człowieka wynikającą z ogromnej złożoności czynników, które na niego oddziałują (środowiskowych, kulturowych, obyczajowych, religijnych).

Mówiąc o pielęgniarstwie psychiatrycznym i jego modelach należy zwrócić uwagę na przejście od modelu dualistycznego - gdy umysł i ciało są postrzegane jako dwa odrębne podmioty - do holistycznego. Przyjmując postawę holistyczną, pielęgniarki zaczęły zwracać uwagę na wszystkie aspekty życia pacjenta, w tym ich doświadczenia, na znaczenie przypisywane relacji z samym sobą, innymi, środowiskiem społecznym i ogółem społeczeństwa, na budowanie zaufania i poszanowanie praw każdego indywidualnie. W tym podejściu troska i opieka zyskały dla wielu pielęgniarek nowe znaczenie. Jego realizacja nadal jednak stanowi wyzwanie w wielu systemach opieki, zwłaszcza tych zdominowanych przez model medyczny.

Ważnym również w aspekcie pielęgnowania jest też model Od deficytów do modelu mocnych stron, w którym przestano koncentrować się na brakach, a zaczęto pracować nad rozwijaniem mocnych stron. Zgodnie z tym modelem, wszyscy ludzie mają jakieś cele, talenty i zaufanie, a wszystkie środowiska oferują możliwości konieczne do odniesienia sukcesu. Niestety, często nie dostrzega się tych pozytywów, koncentrując na ograniczeniach czy dysfunkcjach danego człowieka. Podejście pozytywne pozwala skoncentrować się raczej na potencjale niż problemach, możliwościach nie przeszkodach, zdrowiu i dobrym samopoczuciu – nie chorobie. To jest ważne w pracy z chorymi psychicznie, którzy najczęściej wolą, aby zajmował się tym, co są w stanie zrobić, aby zmienić swoje życie. Ten model koresponduje z modelem promocji zdrowia.

**Aktualne kierunki rozwoju promocji zdrowia
psychicznego, zapobiegania chorobom i rehabilitacji
– a zadania pielęgniarek**

Pielęgniarki odgrywają kluczową rolę w opiece nad osobami chorymi psychicznie. Cytowany już Atlas WHO twierdzi, że pielęgniarki posiadające odpowiednie przygotowanie mogą wykonywać znacznie więcej zadań niż czynią to obecnie, a rozszerzenie ich ról powinno zostać uwzględnione w planach dotyczących rozwoju opieki psychiatrycznej na całym świecie. Jest to szczególnie ważne w tych krajach, gdzie brakuje specjalistów z innych zawodów. Pamiętając o stopniu zachorowalności na choroby psychiczne na całym świecie, władze w poszczególnych krajach powinny dostrzec potrzebę poprawy wyników tej specjalistycznej opieki.

W efekcie, zamiast koncentrować się na leczeniu, należałoby zacząć zachęcać i działać w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu występowania tego typu problemów, w całym społeczeństwie, a zwłaszcza w grupach ryzyka. Takie stanowisko znalazło poparcie w tekście WHO Investing in Mental Health, w którym stwierdza się, że największy wpływ na zdrowie psychiczne ma nie specjalistyczne leczenie, ale otaczająca pacjentów rzeczywistość. Odpowiedź leży więc w promocji zdrowia psychicznego – działalności, która powinna być realizowana wspólnie przez wielu partnerów, reprezentujących różne dziedziny.

Termin „promocja zdrowia” jest obecnie często stosowany zamiast „edukacji zdrowotnej”, ponieważ w swojej definicji zakłada połączenie tejże edukacji i podstawowych działań związanych z zapobieganiem chorobom, dotyczących zmian w zachowaniu i środowisku. Promocja zdrowia psychicznego ma na celu poprawę zdrowia publicznego, wymaga jednak szerokiego zaangażowania społecznego. Jest realizowana w formie działań i orędownictwa dotyczących wszystkich determinant zdrowia psychicznego, na które możemy mieć wpływ.

Największe problemy, z jakimi mierzą się osoby odpowiedzialne za promocję zdrowia psychicznego, to brak infrastruktury, zasobów ludzkich, materialnych, a także brak poszanowania praw człowieka. Osoby cierpiące na poważne, długoterminowe schorzenia psychiczne, są objęte rehabilitacją. Jej celem jest pomoc w powrocie do takiego funkcjonowania człowieka, jakie realizował on przed wystąpieniem choroby. Pierwszym celem jest reintegracja w środowisku lokalnym, przy czym całkiem niedawno proces jego realizacji koncentruje się na powracaniu do zdrowia, a nie na chorobie. Tak prowadzona rehabilitacja skupia się na indywidualnych celach i wynikach pacjenta, pielęgniarka współpracuje z nim w zakresie planowania terapii – od momentu rozpoznania choroby bądź przyjęcia do szpitala. Powrót do zdrowia jest tu rozumiany inaczej niż w medycynie, jest budowany na nadziei i rozumieniu, że chodzi o permanentnie realizowany proces niż o osiągnięcie planowanego wyniku (co się może nigdy nie wydarzyć). Model rehabilitacji zorientowanej na wyzdrowienie zachęca zarówno chorego, jak i pielęgniarkę, do zachowania nadziei.

Podstawowe zasady praktyki zorientowanej na wyzdrowienie

Zmiana profilu opieki psychiatrycznej. Odejście od koncentracji na realizacji procesu terapeutycznego i reagowania na objawy na rzecz udostępniania zasobów danej społeczności, zwiększających dostęp mieszkańcom do życia i zasobów społecznych oraz wykorzystywanie dostępnych szans i możliwości. Realizatorzy opieki muszą gromadzić informację zwrotną o oferowanych usługach i na

jej podstawie wprowadzać konieczne zmiany. Opieka psychiatryczna musi akceptować fakt, że bycie aktywnym obywatelem i członkiem społeczeństwa jest warunkiem powrotu do zdrowia – a nie odwrotnie.

Referat wygłoszony podczas obchodów 110 – lecia SPSdNiPCH w Międzyrzeczu

*Opracowała
Agnieszka Pyśk
mgr pielęgniarstwa*

Bibliografia

1. Bilikiewicz A., Zarys psychiatrii oraz jej miejsce w kulturze i wśród innych dyscyplin nauki, Psychiatria Podręcznik dla studentów medycyny, Warszawa 2011

2. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia zatwierdzona przez Międzynarodową Konferencję Zdrowia, Nowy Jork, czerwiec-lipiec 1946.

3. Pasieka D., Dawno temu w psychiatrii, art. z dn.: 2011.07.08

4. Pielęgniarstwo psychiatryczne. Problemy i kierunki rozwoju Mental Health Nursing. Trends and issues, Kim Usher, Margaret Grigg, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP) 2010.

5. Psychiatria i Psychoterapia 2012, Tom 8, Nr 3-4

6. Satcher D., tł.: VelChmielo, Satcher discusses MH issues hurting black community, Psychiatric News, Wyd. PEHM, cz.34, NY 1999.

7. Wilczek-Rużyczka E., Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego, Wyd. Czelej, Wyd.1, Lublin 2007.

8. World Health Organization, s.1, Atlas: Mental health resources in the world. Geneva: WHO 2001.

Zakończenie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego

Dnia 03 października 2014 r. w SP Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu odbyło się zakończenie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego.

O godz. 9.00 wszystkie słuchaczki przystąpiły przed komisją egzaminacyjną do egzaminu pisemnego sprawdzającego nabyte podczas kursu umiejętności praktyczne jak i wiedzę teoretyczną. W kursie uczestniczyły 24 pielęgniarki świadczące usługi pielęgniarstwa na terenie województwa lubuskiego w tym 20 z SPSNPCH w Międzyrzeczu.

Kurs Kwalifikacyjny w dziedzinie „Pielęgniarstwa psychiatrycznego” przeznaczony był dla pielęgniarek. Celem kursu jest uzyskanie przez pielęgniarkę specjalistycznych kwalifikacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Łączna liczba godzin przeznaczonych na realizację kształcenia wynosiła 350 godzin dydaktycznych, z podziałem na: -część teoretyczna 84 godzin oraz 21 godzin samokształcenia - część praktyczna 245 godzin.

Dyrekcja Szpitala składa podziękowania za współpracę Przewodniczącej Aldonie Stańko oraz reprezentantom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. ze szczególnym wyróżnieniem Pani Teresy Ziółkowskiej i Haliny Kąkolewskiej. Dziękujemy opiekunom praktyk oraz kadrze wykładowców.

Wszystkim pielęgniarkom, serdecznie gratulujemy zdania egzaminu na bardzo wysokim poziomie !

Dyrekcja Szpitala Współorganizator Maria Rutkowska



USTAWA

z dnia 22 lipca 2014 r.

o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw

Art. 1. W ustawie z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.2) po art. 15 dodaje się art. 15a i art. 15b w brzmieniu:

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

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

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

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

3. Uprawnienia, o których mowa w ust. 1 i 2, obejmują również wystawianie recept osobom, o których mowa w art. 43–46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na zasadach określonych w tej ustawie oraz w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.3)), zwanej dalej „ustawą o refundacji”.

4. W przypadku wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne określone w wykazach, o których mowa w art. 37 ustawy o refundacji, pielęgniarka i położna są obowiązane do odnotowania na receptie, w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie ust. 8, odpłatności, jeżeli lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w tych wykazach w co najmniej dwóch odpłatnościach, o których mowa w art. 6 ust. 2 ustawy o refundacji.

5. Pielęgniarka i położna wystawiając receptę są obowiązane do szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej przyczyn dokonania adnotacji, o której mowa w art. 44 ust. 2 zdanie drugie ustawy o refundacji.

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

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

8. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej określi, w drodze rozporządzenia:

1) wykaz:

a) substancji czynnych zawartych w lekach, o których mowa w ust. 1,

b) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w ust. 1,

c) wyrobów medycznych, o których mowa w ust. 1,

2) wykaz badań diagnostycznych, o których mowa w ust. 6,

3) sposób i tryb wystawiania recept, o których mowa w ust. 1 i 2,

4) wzór recepty, o której mowa w ust. 1 i 2,

5) sposób zaopatrywania w druki recept, o których mowa w ust. 1 i 2, i sposób ich przechowywania,

6) sposób realizacji recept, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz kontroli ich wystawiania i realizacji

– biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania recept, w szczególności w zakresie przepisów ust. 3 i 4, oraz zapewnienia prawidłowej realizacji recepty i zadań kontrolnych podmiotów uprawnionych do kontroli recept.

Art. 15b. 1. Pielęgniarka i położna wykonują czynności zawodowe, o których mowa w art. 15a ust. 1, po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta.

2. Pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 1, mogą, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, recepty lub zlecenia mogą być przekazane:

- 1) osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta;
- 2) osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

4. Upoważnienie lub oświadczenie, o których mowa w ust. 3, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.

5. Informację o wystawieniu recepty lub zlecenia, o których mowa w ust. 2, zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta. Informację o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.”

Art. 2. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.4)) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 32 otrzymuje brzmienie:

„Art. 32. Świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub skierowania pielęgniarki lub położnej, o których mowa w art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.5)), będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego.”;

2) art. 40 otrzymuje brzmienie:

„Art. 40. Zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę lub położną, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie o refundacji. Kontynuacja zabezpieczenia w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom także

na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie o refundacji.”;

3) w art. 44 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1 i 1a, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.”;

4) w art. 45 ust. 2–4 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.

4. Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na recepcie numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.”;

5) w art. 46 ust. 2–4 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na recepcie numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.

4. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.”;

6) w art. 188 w ust. 4 pkt 19 i 20 otrzymują brzmienie:

„19) dane dotyczące lekarza, felczera, pielęgniarki lub położnej wystawiających receptę na refundowane leki lub środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo zaopatrzenie na wyroby medyczne;

20) dane dotyczące świadczeniodawcy zatrudniającego lekarza, felczera, pielęgniarkę lub położną, o których mowa w pkt 19;”

Art. 3. W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.6)) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 w pkt 14 w lit. c średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. d i e w brzmieniu:

„d) pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego i położna ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia

27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.7)),

e) pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, z którymi Fundusz zawarł:

- umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych lub
- umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa;”;

2) w art. 48:

a) w ust. 2 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Umowa upoważniająca osoby, o których mowa w art. 2 pkt 14 lit. b, c oraz e, do wystawiania recept refundowanych zawierana jest na czas nieokreślony.”,

b) w ust. 4 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Umowę zawiera dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza, lekarza dentystę, felczera, starszego felczera, pielęgniarkę lub położną.”.

Art. 4. Recepty na leki zawierające określone substancje czynne oraz na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, recepty i zlecenia na określone wyroby medyczne oraz skierowania na określone badania diagnostyczne, o których mowa w art. 15a ustawy zmienianej w art. 1 niniejszej ustawy, mogą być wystawiane przez uprawnione pielęgniarki i położne nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 r.

Art. 5. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: B. Komorowski

Apel samorządów zawodów medycznych do Prezydenta RP, Premiera RP, Marszałków Sejmu, Marszałków Senatu o pilną debatę w sprawie narastających zagrożeń dla bezpieczeństwa leczenia pacjentów w Polsce

Polski system ochrony zdrowia od lat jest przedmiotem uzasadnionej krytyki ze strony obywateli, organizacji pacjentów, pracowników ochrony zdrowia, zarządzających placówkami medycznymi, samorządów zawodowych, działaczy samorządu terytorialnego, przemysłu medycznego i ekspertów. Wskaźniki dostępu do opieki i jej jakości, a w rezultacie także wskaźniki zdrowia, lokują Polskę na najgorszych miejscach w statystykach europejskich. Najlepiej, obok samych pacjentów korzystających z opieki zdrowotnej, znają te problemy pracownicy ochrony zdrowia udzielający na co dzień tzw. „świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia”.

W związku z narastającym niezadowoleniem społecznym, powodowanym wydłużającymi się kolejkami w placówkach medycznych po uzyskanie tzw. świadczeń „gwarantowanych”, problem ten stał się bodźcem do pospiesznego projektowania i wprowadzania kolejnego „pakietu” zmian w funkcjonowaniu ochrony zdrowia.

Niestety, działania polityków podtrzymują niedofinansowanie systemu, postępującą biurokratyzację i piętrzą utrudnienia w dostępie do leczenia chorych. Są one dobitnymi przykładami na to, że proponowane przez rząd i jego agendy sposoby poprawy sytuacji wywierają efekt odwrotny do oczekiwanego, a jeżeli coś poprawiają, to głównie stan budżetu płatnika, czyli NFZ. Twierdzenia autorów kolejnych niefortunnych zarządzeń, że działają „dla dobra pacjenta” oraz oparte na tym dyskredytowanie osób i środowisk proponujących inne rozwiązania lub sprzeciwiających się złym pomysłom, są w istocie tylko chwytami propagandowymi.

Jeszcze bardziej niepokojący i nie do zaakceptowania jest pośpiech we wprowadzaniu nowych, rzekomo dobrych rozwiązań. W procesie legislacyjnym praktycznie nie uwzględnia się propozycji i uwag samorządów zawodów medycznych. Uchwalanie „pakietu kolejkowego” było pod tym względem szczególnie jaskrawym przykładem postępowania niezgodnego z zasadami obywatelskiego państwa prawa. Pod hasłami skracania kolejek, wprowadzono w ogromnym pośpiechu przepisy podporządkowujące Ministrowi Zdrowia kolejne elementy systemu ochrony zdrowia, zrywając w ten sposób całkowicie z podstawowymi kierunkami reformy ochrony zdrowia, którą miano decentralizować i uniezależnić od polityki.

Za przejaw nieliczenia się z rzeczywistością i faktycznymi potrzebami pacjentów oraz placówek medycznych należy uznać pominięcie zagadnień finansowania świadczeń, które miałyby uzyskać priorytet (np. świadczeń onkologicznych). Organizacje pracowników medycznych od lat wskazują na zbyt niski poziom finansowania ochrony zdrowia. Wiedzą oni z własnego doświadczenia, że system można w nieskończoność „poprawiać”, „uszczelniać”, „racjonalizować”, czy reorganizować, ale bez zwiększenia nakładów na leczenie i ustalenia przejrzystych zasad finansowania, działania te nie przyniosą zadowalających efektów. Współczesna medycyna wymaga coraz liczniejszego wysoko wykwalifikowanego personelu, drogich środków i urządzeń. Nie zastąpi ich rozbudowywana sprawozdawczość i biurokratyczny nadzór.

Ochrona zdrowia nie może być elementem przetargów politycznych ani wyborczego konkursu popularności. Pracownicy ochrony zdrowia oczekują, że ich doświadczenie zostanie wykorzystane w tworzeniu zasad funkcjonowania systemu. Niezrozumiałe i nieuzasadnione przekonanie

administratorów o nieomyślnej trafności niedopracowanych, dyktowanych polityczną potrzebą pośpiesznych rozwiązań, szczególnie widoczne podczas uchwalania ustaw „pakietu kolejowego”, musi ustąpić miejsca rzeczowej dyskusji. Dlatego też apelujemy do Prezydenta RP, Premiera RP, Marszałków Sejmu, Marszałków Senatu o zorganizowanie pilnej debaty z przedstawicielami samorządów zawodów medycznych w sprawie narastających zagrożeń dla bezpieczeństwa leczenia pacjentów w Polsce. Wnosimy także o powołanie grupy ekspertów składającej się z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia oraz samorządów zawodów medycznych.

Samorzady zawodów medycznych, reprezentujące kilkaset tysięcy pracowników ochrony zdrowia, jak zawsze, tak i teraz są gotowe do merytorycznej debaty, która pacjentom zapewni odpowiedni dostęp do bezpiecznej opieki medycznej o wysokiej jakości, a pracownikom medycznym godne warunki leczenia chorych.

Maciej Hamankiewicz
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Grażyna Rogala – Pawelczyk
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Kroki do e - zdrowia

Rada Ministrów przyjęła założenia do projektu nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Jak wygląda kalendarium wprowadzania kolejnych zmian?

Zgodnie z założeniami, od 1 sierpnia 2016 r. recepty będą wystawiane jedynie w postaci elektronicznej. Dla papierowych recept refundowanych „pro auctore” i „pro familia” proponuje się okres przejściowy od 1 sierpnia 2016r. do 1 stycznia 2020 r. Nowe przepisy określają informacje, które powinny znaleźć się na recepcie, tj. m.in.: imię i nazwisko, adres zamieszkania, wiek, data wystawienia recepty, w przypadku pilnej realizacji dopisek „cito”, zastrzeżenie - „nie zamieniać”, imię i nazwisko osoby wystawiającej receptę i numer prawa wykonywania zawodu.

Począwszy od 1 marca 2017r. skierowania na badania i zlecenia, podobnie jak recepty, będą wystawiane elektronicznie.

W założeniach przyjęto, że okres przejściowy na wprowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej będzie wydłużony do 31 lipca 2017 r. Obecnie wynika to również z uchwalonej 26 czerwca 2014r. nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. poz. 998).

Elektroniczna Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ) będzie jednolitym dla wszystkich pacjentów dokumentem potwierdzającym prawo do leczenia oraz potwierdzającym wykonanie świadczenia. Posługiwanie się kartą będzie obowiązkowe. Pacjent, oprócz obowiązku okazania karty, będzie musiał potwierdzić swą tożsamość (karta nie będzie zawierała zdjęć). W rozporządzeniu ministra zdrowia zostanie określony zakres informacji, które karta KUZ będzie zawierać. Obecny system e-WUŚ będzie miał charakter

uzupełniający i ma być wykorzystywany w wyjątkowych przypadkach, np. braku lub uszkodzenia KUZ czy uszkodzenia czytnika. System będzie komponentem docelowego systemu RUM II. Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego będą wydawane na podstawie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, a ich dystrybucja odbywać się będzie poprzez świadczeniodawców. Karty będą wydawane podczas wizyty pacjenta w placówce. Koszty ich dystrybucji zostaną pokryte z budżetu NFZ.

Elektroniczne Karty Specjalisty Medycznego (KSM) będą posiadać wszystkie osoby wykonujące zawód medyczny oraz psycholodzy i psychoterapeuci zatrudnieni przez świadczeniodawców. KSM będzie wydawana: lekarzom, pielęgniarkom, położnym, diagnostom laboratoryjnym, ratownikom medycznym, farmaceutom oraz osobom wykonującym tzw. czynności techniczne, np. rejestratorom, sekretarkom medycznym. Najważniejszą funkcją Karty Specjalisty Medycznego (KSM) będzie zapewnienie wykonania świadczenia poprzez potwierdzenie udziału specjalisty medycznego w leczeniu – złożenie podpisu elektronicznego poświadczonego certyfikatem wydawanym przez uprawniony podmiot. Z chwilą wprowadzenia obowiązkowego potwierdzania świadczeń w systemie RUM II, każde świadczenie powinno być zawsze potwierdzone kartą KSM przez personel je wykonujący. KSM będzie wydawana raz na 10 lat.

Źródło: infonfz.pl, mp.pl

Zgoda na pobranie komórek, tkanek i narządów do celów transplantacyjnych

Przeszczepianie narządów jest rozpowszechnioną praktyką na całym świecie. Organy pobierane od dawców zarówno żywych jak i zmarłych odgrywają znaczącą rolę w ratowaniu ludzkiego zdrowia. Problematykę transplantacji w Polsce, zgodną ze światowymi standardami reguluje ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Ustawa w sposób szczegółowy reguluje zakres legalności przeprowadzanych zabiegów transplantacyjnych. W procesie nie tylko przeszczepów, ale całego procesu leczenia istotne miejsce zajmuje zgoda danej osoby na dokonanie interwencji medycznej.

W świetle polskiego ustawodawstwa kwestię zgody na pobranie komórek, tkanek lub narządów reguluje art. 4 i 5 tzw. ustawy transplantacyjnej. Przepis art. 4 omawianej ustawy stanowi, że komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych, a także dydaktycznych, natomiast w art. 5 ustawodawca przyjął formę tzw. zgody domniemanej. Zgodnie z tą konstrukcją pobrania organów w celu ich przeszczepienia od osoby zmarłej można dokonać, jeśli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu (przeszczep ex mortuo).

Należy przy tym zauważyć, że w tak przyjętym rozwiązaniu wola rodziny zmarłego nie ma znaczenia. Ustawa transplantacyjna nie nałożyła żadnych kompetencji na bliskich zmarłego, aby mogli decydować o oddaniu jego organów po śmierci. Wskazać również przy tym należy na brak normy, która mówiłaby o obowiązku zapytania rodziny zmarłego o zgodę na pośmiertne pobranie organów. Przyjęta praktyka wskazuje, iż w przypadku braku sprzeciwu osoby zmarłej, lekarze pytają rodzinę o zgodę na pobranie narządów. Zgodnie z obowiązującymi przepisami nie muszą tego robić. Brak powyższego obowiązku dotyczącego zapytania rodziny zmarłego nie nakłada na lekarzy konsekwencji prawnych z tego tytułu. Jak wskazuje profesor Nesterowicz, rodzina ma „prawo do pochówku”, natomiast nie jest to równoznaczne z prawem do rozporządzania zwłokami, które nie mają statusu prawnego rzeczy. Lekarz ma obowiązek sprawdzić przed pobraniem transplantów czy nie został zgłoszony sprzeciw, natomiast nie ma obowiązku sprawdzania istnienia sprzeciwu, gdy zamierza w czasie sekcji zwłok pobrać komórki, tkanki i narządy w celu rozpoznania przyczyny zgonu i oceny postępowania leczniczego. W takim przypadku jest uprawniony do pobrania przez ustawę, nawet jeśli istnieje sprzeciw dawcy. Ustawa nie precyzuje jak ma wyglądać procedura sprawdzania istnienia sprzeciwu, nie ma wskazanej formy, w jakiej ma być wystosowane zapytanie do Polstransplantu, jak również kto miałby to zrobić oraz czasu, w którym należy zgłosić zapytanie, w tym czasie na udzielenie odpowiedzi.

Zgoda domniemana polega na możliwości zgłoszenia za życia sprzeciwu wobec pobrania organów i komórek do transplantacji. Osobami uprawnionymi do wyrażenia skutecznego sprzeciwu wobec pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia, są osoby mające pełną zdolność do czynności prawnych (pełnoletnie i nieubezważnione), a także przedstawiciele ustawowi osób małoletnich (lub innej osoby nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych) oraz małoletni mający powyżej lat 16, a poniżej lat 18. W wypadku małoletniego powyżej lat 16 może wystąpić sprzeciw „równoległy” tj. jego samego i przedstawiciela ustawowego. Jednakże ustawowo przyjęto, że sprzeciw jednego z dwóch powyższych uprawnionych jest skuteczny względem pozostałych. Poza określeniem osób uprawnionych do złożenia sprzeciwu, ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów określiła dopuszczalne prawnie formy złożenia sprzeciwu wobec pobrania. Ustawa transplantacyjna przewiduje katalog zamknięty prawnie dopuszczalnych form wyrażenia skutecznego sprzeciwu wobec pobrania. Sprzeciw potencjalnego dawcy lub jego przedstawiciela ustawowego może być skutecznie wyrażony tylko w następujących formach: – wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich; – oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis, lub – oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego.

Sprzeciw ma charakter odwoławczy, czyli może być w każdym czasie skutecznie cofnięty, przy zachowaniu jednak formy przewidzianej dla jego złożenia (np. przez wykreślenie w centralnym rejestrze sprzeciwów). W przypadku nie zachowania wymogów formalnych, sprzeciw jest bezskuteczny. Centralny rejestr sprzeciwów prowadzony jest przez Centrum Organizacyjno – Koordynacyjne do Spraw Transplantacji (Polstransplant). Istotne jest, że sprzeciwu nie można wyrazić w imieniu innej osoby.

Przyjęta w polskim ustawodawstwie transplantacyjnym zgoda domniemana przedstawia wyższość wartości zdrowia i życia biorcy nad wolą rodziny zmarłego w przypadku braku istnienia sprzeciwu. Mając na względzie rozwój polskiej transplantologii oraz kształtującej się od niedawna świadomości potencjalnych dawców na temat transplantacji, powyższa konstrukcja zgody domniemanej zdaniem autora jest słusznym rozwiązaniem. Należy również dodać, iż tak przyjęta przez ustawodawcę konstrukcja zapewnia jednocześnie bezpieczeństwo prawne lekarzom, którzy wbrew woli rodziny pobierają narządy do przeszczepów.

Autor: Aneta Sieradzka

Informacja dotycząca gorączki wirusowej Ebola (EVD)

W związku z trwającą od lutego 2014 r. w 3 krajach Afryki: Gwinei, Liberii i Sierra Leone epidemią gorączki Ebola (EVD), w ostatnim okresie wystąpiły również pojedyncze przypadki zawleczenia tej choroby do krajów umiarkowanej strefy klimatycznej (2 przypadki do USA). W Hiszpanii wystąpił ponadto przypadek zakażenia szpitalnego od chorego przetransportowanego z Afryki na planowe leczenie. Do chwili obecnej nie wystąpiły natomiast przypadki zawleczeń do Anglii, Francji, Belgii tj. krajów, które łączą szczególnie intensywne kontakty społeczno-gospodarczo z krajami objętymi epidemią. Obecne ryzyko zawleczenia Eboli do Polski jest niezwykle niskie, nie może być jednak całkowicie wykluczone.

1. Sytuacja epidemiologiczna w Gwinei, Liberii i Sierra Leone

W 3 krajach Afryki Zachodniej choroba szerzy się obecnie na rozległych obszarach tych państw w rozmiarach epidemicznych. Wg danych WHO (z dnia 17.10.2014 r.) od początku epidemii liczba zachorowań, w tym zgonów była następująca:

	Obszar epidemiczny	Zachorowania	w tym zgony
1.	Gwinea	1519	862
2.	Liberia	4262	2484
3.	Sierra Leone	3410	1200
	Zachorowania lokalne (tereny wiejskie)	Zachorowania	w tym zgony
4.	Demokratyczna Republika Konga	68	49
	Łącznie	9259	4595

W związku z powyższym zdecydowanie odradza się podróżowanie do ww. 3 krajów do czasu ustania w nich epidemii Gorączki Eboli.

Przypadki w Demokratycznej Republice Konga (d. Zair – ze stolicą w Kinszasie, nie mylić z Republiką Konga ze stolicą z Brazzaville) są obecnie ograniczone do terenów wiejskich i nie objęły miast. Są one wywołane przez szczep wirusa Ebola-Sudan i nie są powiązane epidemiologicznie z obecnie trwającą epidemią w ww. 3 krajach Afryki Zachodniej, gdzie występuje szczep Ebola-Zair.

2. Postępowanie w przypadku pobytu na obszarach występowania Eboli

Zdecydowanie odradza się obecnie podróżowanie do 3 krajów objętych występowaniem zachorowań na Ebolę w rozmiarach epidemicznych tj. Gwinei, Liberii i Sierra Leone. W przypadku, gdy przełożenie podróży nie jest możliwe, w celu uzyskania profesjonalnej porady lekarskiej w zakresie zagrożeń epidemiologicznych w tych krajach oraz możliwości profilaktyki przeciw chorobom innym niż Ebola (profilaktyce przeciw malarii oraz szczepieniom przeciw żółtej gorączce), należy przed wyjazdem skontaktować się

z lekarzem medycyny podróży lub lekarzem medycyny tropikalnej, najlepiej nie później niż 4 - 6 tyg. przed planowaną podróżą. Pozwoli to na przyjęcie zalecanej przez lekarza profilaktyki w terminie umożliwiającym osiągnięcie odpowiedniego poziomu odporności przeciw żółtej gorączce i malarii. Nie istnieje natomiast ani szczepionka, ani profilaktyka farmakologiczna przeciw Eboli. W dbałości o bezpieczeństwo w czasie podróży zachęcamy do korzystania z systemu e-konsulat na stronie internetowej Ministerstwa Spraw Zagranicznych <https://secure.e-konsulat.gov.pl/>

Zgodnie z zaleceniami (WHO, ECDC, CDC) podróżujący powinni w najwyższym stopniu zachować następujące środki ostrożności:

- przestrzegać zasad higieny rąk,
- unikać wszelkich kontaktów z osobami chorymi lub ciałami osób zmarłych,
- unikać wszelkich kontaktów z dzikimi zwierzętami (w szczególności z małpami, gatunkami leśnych antylop, gryzoniami, nietoperzami), również z ciałami padłych zwierząt,
- nie spożywać mięsa dzikich zwierząt,
- dokładnie myć i obierać warzywa oraz owoce przed ich spożyciem,
- unikać przygodnych kontaktów płciowych – w przypadku podjęcia związanego z nimi ryzyka stosować zabezpieczenia,
- zrezygnować z odwiedzania miejsc bytowania nietoperzy (np. jaskiń, kopalni, schronów).

W razie zachorowania w trakcie pobytu należy natychmiast poprosić o pomoc lekarską.

3. Postępowanie w przypadku wystąpienia gorączki oraz innych objawów po powrocie z 4 krajów występowania Eboli

W przypadku wystąpienia, w okresie do 21 dni od ostatniego dnia pobytu w 4 krajach: Gwinei, Liberii, Sierra Leone oraz Demokratycznej Republice Konga (d. Zair), co najmniej jednego z następujących objawów: gorączka $>38.5^{\circ}\text{C}$, nasilony, utrzymujący się ból głowy, bóle mięśni, wymioty, biegunka, ból brzucha, nie mające innych przyczyn krwawienia/wylewy krwi (np. podskórne, w obrębie błon śluzowych, siniaki) należy pozostać w domu, unikać kontaktu z innymi domownikami, oraz zadzwonić niezwłocznie pod numer 112 lub 999 w celu uzyskania od dyspozytora medycznego informacji o dalszym postępowaniu (patrz: Procedura postępowania dla dyspozytora medycznego Państwowego Ratownictwa Medycznego).

4. Sposób szerzenia się wirusa

Przeniesienie wirusa Eboli następuje przez bezpośredni kontakt z krwią, wydzielinami i wydaliniami osoby zakażonej. W przypadku bliskiego kontaktu z chorym twarzą w twarz - personel medyczny musi zabezpieczać twarz (błony śluzowe oczu, nos i ust) przed przeniesieniem wirusa na bliską odległość (do 1 m) w wyniku zachlapania lub aerolizacji

wydzielin chorego. Osoba zakażona staje się zakaźna dopiero po wystąpieniu objawów. Natomiast w odróżnieniu od wirusa odry, ospy wietrznej lub grypy wirus Ebola nie szerzy się drogą powietrzną. Transmisja wirusa Ebola możliwa jest również od osoby zmarłej z powodu zakażenia oraz od zakażonych/padłych zwierząt takich jak: małpy czy nietoperze. Maksymalny okres wylegania choroby (inkubacji) wynosi do 21 dni od chwili kontaktu ze źródłem zakażenia.

5. Sytuacja epidemiologiczna w pozostałych krajach regionu

Ostatni przypadek zachorowania na Ebolę w Nigerii i Senegalii odnotowany został 31 sierpnia 2014 r. Ze względu, że od ostatniego zachorowania upłynął już czas równy najdłuższemu okresowi wylegania, należy uznać że transmisja wirusa w tych 2 krajach została przerwana. W okresie wcześniejszym w Nigerii wystąpiło łącznie 20 przypadków, w tym 8 śmiertelnych. W Senegalii odnotowano

1 przypadek. Każdorazowo przy wyjeździe należy mieć na uwadze, że obszary Afryki równikowej są terenem stałego występowania niebezpiecznych chorób tropikalnych: wirusowych gorączek krwotocznych takich jak Lassa, żółta gorączka, a także chorób przenoszonych przez owady (m.in. malaria) oraz drogą pokarmową: dur brzuszny, szigelozę (czerwonka bakteryjna).

Opracowano na podstawie materiałów WHO, CDC, ECDC z dnia 15 października 2014 r.

Więcej informacji nt. bieżącej sytuacji w Gwinei, Liberii, Sierra Leone, Nigerii i Senegalii dostępnych jest tu:

<http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/epidemic-a-pandemic-alert-and-response/outbreak-news.html>

http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola_marburg_febvers/Pages/index.aspx

<http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/guinea/index.html>

Pobrano ze strony internetowej Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Gorączka Ebola informacja dla lekarzy POZ i służb medycznych

Gorączka krwotoczna Ebola (ang. EVD Ebola Virus Disease) jest chorobą wywołaną przez wirus z rodziny Filoviridae rodzaju Ebolavirus (EBOV). Epidemia EVD w Afryce Zachodniej (Gwinea, Sierra Leone, Liberia i Nigeria) wywołana jest przez gatunek Zaire ebolavirus. Informację o aktualnej liczbie przypadków EVD, krajach objętych epidemią oraz sytuacji epidemiologicznej i rekomendacjach znajdują się na stronie NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl) i na stronie GIS (www.gis.gov.pl).

Epidemiologia zakażeń wirusem Ebola:

Ogniska epidemiczne EVD zaczynają się od jednej lub kilku osób zakażonych przez kontakt z rezerwuarem wirusa, a następnie zakażenia szerzą się wśród ludzi. Poprzednie ogniska EVD miały ograniczony charakter, a największe z nich odnotowano w 2000 r. w Ugandzie (425 przypadków). Obecne trwające ognisko w Afryce Zachodniej rozpoczęło się w Gwinei i jest największe pod względem liczby przypadków, obszaru jaki zajmuje oraz rozpowszechnienia wystąpienia zakażeń. Zachorowania na EVD odnotowuje się obecnie również na terenie Demokratycznej Republiki Kongo. Zachorowań tych nie wiąże się jednak z epidemią EVD w Afryce Zachodniej. Ryzyko zawleczenia gorączki Ebola do Europy, w tym Polski jest bardzo niskie.

Objawy EVD. Początkowe objawy są niespecyficzne - gorączka powyżej 38,5°C, znaczne osłabienie, bóle mięśni i stawów. Objawy początkowo przypominają inne znacznie częściej występujące choroby związane z pobytem w tropikach – malaria (zwłaszcza *Pl. falciparum*), dur brzuszny, inwazyjna choroba meningokokowa (IchM), zapalenie płuc. W ciągu około 5 dni od pierwszych objawów może pojawić się znacznie nasiloną wodnista biegunka, z wymiotami, połączona z bólami brzucha. Od 5 do 7 dnia choroby może pojawić się rozszkana wysypka grudkowo-rumieniowa na twarzy, szyi, tułowi i ramionach. W przebiegu choroby może dojść do krwawienia, masywnych krwotoków, niewydolności wielonarządowej i zgonu. U tych chorych

ciężkie objawy pojawiają się wcześniej w trakcie choroby, a do zgonu dochodzi pomiędzy 6 a 16 dniem choroby. Śmiertelność w przebiegu zakażenia EVD w trakcie tej epidemii wynosi około 55%, ale w Gwinei sięga 75%. Leczenie objawowe u pacjentów hospitalizowanych obniża śmiertelność.

Szerzenie się EVD. Okres inkubacji choroby wynosi od 2 do 21 dni. Do zakażenia może dojść w wyniku bezpośredniego kontaktu z: krwią lub innymi płynami ustrojowymi oraz wydzielinami i wydalninami żywych lub martwych osób zakażonych; lub przedmiotami skażonymi wymienionym wyżej materiałem biologicznym, a także przy bezpośrednim kontakcie ze zwłokami chorych na EVD. Mimo iż EBOV nie przenosi się drogą powietrzną, przy bliskim kontakcie (twarzą w twarz) z chorym nie można wykluczyć zakażenia drogą kropelkową. Zakażni mogą być również mężczyźni podczas kontaktów seksualnych w okresie do 7 tygodni po ich wyleczeniu. W krajach, w których stwierdzono obecność EBOV u zwierząt (Afryka Zachodnia, Środkowa i Wschodnia) zakażenie u ludzi może być też następstwem kontaktu z żywymi lub martwymi zwierzętami (najczęściej małpy, antylopy, nietoperze), a także spożyciem ich surowego lub półsurowego mięsa jak również innych produktów bezpośrednio skażonych wydzielinami i wydalninami tych zwierząt.

Środki ochrony. Podczas kontaktu z osobami podejrzanymi o zakażenie EBOV, u których wystąpiły objawy EVD, wymagane jest stosowanie środków ochrony osobistej, które zabezpieczają personel medyczny przed bezpośrednim kontaktem z płynami ustrojowymi, wydzielinami i wydalninami chorego, a w tym także stosowanie środków ochrony dróg oddechowych i oczu (Załącznik A). Należy również ograniczyć kontakt z tymi osobami do niezbędnego minimum. Uważa się, że osoby podejrzone o zakażenie EBOV, u których nie doszło jeszcze do wystąpienia żadnego z objawów choroby nie stwarzają wysokiego ryzyka zakażenia dla osób z otoczenia.

EBOV jest wrażliwy na działanie środków dezynfekcyjnych zarejestrowanych dla obszaru medycznego na podstawie badań potwierdzających ich właściwości wirusobójcze. Informacja o właściwościach wirusobójczych środka dezynfekcyjnego umieszczana jest zazwyczaj na etykietach. Środki dezynfekcyjne muszą być stosowane ściśle z zaleceniami producenta. Dodatkowo można też stosować naświetlanie powierzchni światłem UV.

Klasyfikacja przypadków EVD. Aktualna **definicja przypadku EVD** dostępna jest na stronie NIZP-PZH lub GIS. Definicja ta może podlegać aktualizacji. Każda osoba, która spełnia kryteria przypadku podejrzanego lub potwierzonego o zakażenie EBOV i EVD powinna zostać objęta dochodzeniem epidemiologicznym.

Postępowanie z osobami powracającymi z Afryki Zachodniej Ogólny Schemat postępowania w zależności od rodzaju narażenia osoby na zakażenie EBOV podano w Załączniku 1.

Ze względu na ciężki przebieg zachorowań EVD konieczne jest jak najszybsze poddanie izolacji osób chorych, podejrzanych o zakażenie wirusem EBOV (osoba objawowa), a w przypadku osób zdrowych, u których doszło do narażenia na zakażenie EBOV (osoba bezobjawowa narażana na zakażenie EBOV), wskazane jest poddanie ich indywidualnej kwarantannie. Procedury przesyłania pacjentów do odbycia kwarantanny oraz miejsca odbywania kwarantanny wyznaczone są w każdym województwie i znane są zarówno Centrum Zarządzania Kryzysowego każdego województwa jak i odpowiednim Powiatowym oraz Wojewódzkim Stacjom Sanitarno-Epidemiologicznym.

Osoba zdrowa, u której nie doszło do narażenia na zakażenie EBOV (osoba bezobjawowa bez narażenia na zakażenie EBOV), a która powróciła z kraju w którym odnotowano przypadki EVD nie wymaga kwarantanny i po pouczeniu o konieczności bacznej obserwacji stanu zdrowia i niezwłocznym poinformowaniu o wystąpieniu niepokojących objawów dyspozytora ratownictwa medycznego (tel. 999 / 112) celem uzyskania ewentualnej pomocy medycznej, nie wymaga stosowania ograniczeń swobody przemieszczania się.

W przypadku osoby z objawami, podejrzanej o EVD, która stawiła się w szpitalu/placówce ochrony zdrowia osobiście należy ją niezwłocznie poddać izolacji. Gdy taka osoba zgłosi się telefonicznie do szpitala/placówki medycznej należy przekierować ją bezpośrednio do dyspozytora ratownictwa medycznego i zalecić bezwzględne pozostanie w domu do czasu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego.

W przypadku osób, u których lekarz podejrzewa zakażenie wirusem EBOV konieczne jest przeprowadzenie diagnostycznego badania laboratoryjnego celem uzyskania potwierdzenia zakażenia. Przypadek można uznać za

potwierdzony, gdy u chorego stwierdzi się obecność kwasu nukleinowego EBOV. Gdy wynik badania przypadku prawdopodobnego jest negatywny badanie należy powtórzyć po 3 dniach od pierwszego badania. Negatywny wynik drugiego badania może stanowić podstawę dla lekarza chorób zakaźnych do decyzji czy pacjent nadal powinien pozostać w izolacji (do końca 21 dniowego okresu obserwacji) czy można go umieścić w indywidualnej kwarantannie szpitalnej. Ponadto lekarz niezależnie od rozpoznania innych chorób (np. malarii, dengi, itd.) powinien zdecydować o dalszym badaniu laboratoryjnym pacjenta w kierunku EBOV i częstości wykonywania takich badań (w częstości badań należy uwzględnić: poprawę stanu zdrowia pacjenta poddanego leczeniu etiologicznemu, wystąpienie dodatkowego objawu lub prowadzenie regularnego badania monitorującego).

Badanie diagnostyczne w kierunku EBV. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH wykonuje badania molekularne metodą RT-PCR w kierunku zakażenia wirusem Ebola. **Badania wykonywane są wyłącznie na podstawie skierowania ze szpitala** przesłanego wraz z próbkami materiału klinicznego pobranymi od chorego. Koszt badania to 650 zł, wynik po 24-72 godzinach od dostarczenia próbki. **Badanie może być wykonywane tylko u tych pacjentów, u których wystąpiły objawy kliniczne** zgodne z przyjętą definicją gorączki Ebola, a okres od wystąpienia pierwszego z objawów wynosi 3 lub więcej dni. Przeprowadzenie badania u osoby w okresie inkubacji, u której nie wystąpiły objawy, prowadzi do uzyskania wyniku nierozstrzygującego, co oznacza, że w przypadku wyniku negatywnego nie może on stanowić podstawy do wykluczenia zakażenia wirusem Ebola.

Pobranie i przesłanie materiału w kierunku EBOV. Do chwili ogłoszenia stałego dyżurowania NIZP-PZH wykonuje badania w kierunku EBOV od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-15:00. Przed przesłaniem materiału do badania wymagany jest kontakt telefoniczny z Zakładem Wirusologii NIZP-PZH (tel.22-5421230). Szczegółowy opis zasad pobrania i transportu materiału do badań znajduje się na stronie www.pzh.gov.pl w zakładce EBOLA (Załącznik 3). Przesyłkę z materiałem kierować na adres: Zakład Wirusologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa, z dopiskiem „**Badanie EBOV**” lub „**Badanie Ebola**”.

Informację opracował zespół ekspertów składający się z pracowników NIZP – PZH i GIS pod kierownictwem prof. dr hab. Mirosława J. Wysockiego, Dyrektora NIZP-PZH przy udziale Konsultantów Krajowych: Prof. dr hab. Andrzeja Horbana (choroby zakaźne) i Dr Iwony Paradowskiej – Stankiewicz (epidemiologia).
29.08.2014

Interferony beta: Ryzyko wystąpienia mikroangiopatii zakrzepowej i zespołu nerczycowego

URPL, WM i PB w porozumieniu z Europejską Agencją Leków (EMA) oraz firmami Biogen Odec. Ltd, Bayer Pharma AG, Novartis Europharm Ltd i Merck Serono Europe Ltd, informuje o istotnej kwestii dotyczącej bezpieczeństwa stosowania produktów leczniczych zawierających w swoim składzie interferon beta stosowany w leczeniu pacjentów ze stwardnieniem rozsianym.

- Podczas leczenia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym produktami zawierającymi interferon beta zgłaszano przypadki mikroangiopatii zakrzepowej, w tym przypadki śmiertelne. W większości przypadków mikroangiopatia zakrzepowa występowała pod postacią zakrzepowej plamicy małopłytkowej lub hemolitycznego zespołu mocznicyczowego.
- Zgłaszano także przypadki zespołu nerczycowego wywołanego przez różne rodzaje nefropatii.
- Zarówno TMA, jak i zespół nerczycowy mogą występować po kilku tygodniach, a nawet kilku latach od rozpoczęcia leczenia interferonem beta.
- Konieczne jest uważne obserwowanie pacjentów pod kątem pojawienia się tych powikłań i szybkie ich leczenie, w sposób zgodny z poniższymi zaleceniami.

Zalecenia dotyczące TMA:

- Objawy kliniczne TMA obejmują trombocytopenię, nowo rozpoznane nadciśnienie, gorączkę, objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego (np. splątanie i niedowład) oraz zaburzenie czynności nerek. W razie stwierdzenia objawów klinicznych TMA, należy wykonać badanie liczby płytek, poziomu dehydrogenazy mleczanowej w surowicy oraz badanie czynności nerek. Wykonać należy także rozmaz krwi pod kątem obecności fragmentów erytrocytów.
- W przypadku rozpoznania TMA konieczne jest bezwzględne rozpoczęcie leczenia (w tym rozważenie wymiany osocza) i zalecane jest natychmiastowe przerwanie stosowania interferonu beta.

Zalecenia dotyczące zespołu nerczycowego:

- Zaleca się okresowe monitorowanie czynności nerek i zwrócenie uwagi na wczesne objawy podmiotowe lub przedmiotowe zespołu nerczycowego, takie jak: obrzęki, białkomocz czy zaburzenie czynności nerek u pacjentów z wysokim ryzykiem wystąpienia choroby nerek. W razie wystąpienia zespołu nerczycowego należy szybko podjąć leczenie i rozważyć przerwanie podawania interferonu beta.

Dodatkowe Informacje

Niniejszy komunikat jest wynikiem przeglądu dokonanego przez europejskie władze ds. rejestracji leków po otrzymaniu zgłoszeń przypadków TMA i zespołu nerczycowego związanych ze stosowaniem produktów zawierających interferon beta w leczeniu pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Przegląd ten nie wyklucza związku przyczynowego między podawaniem produktów zawierających interferon beta i wystąpieniem TMA.

Więcej informacji na temat wymienionych wyżej stanów klinicznych :

TMA jest poważnym stanem klinicznym, charakteryzującym się powstaniem zakrzepów blokujących mikrokążenie i wtórną hemolizą. Wczesne objawy kliniczne obejmują trombocytopenię, nowo rozpoznane nadciśnienie i zaburzenie czynności nerek. Do wyników badań laboratoryjnych wskazujących na TMA należą: zmniejszona liczba płytek, podwyższony poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy oraz obecność schistocytów (fragmentów erytrocytów) w rozmazie krwi.

Zespół nerczycowy jest niespecyficznym zaburzeniem nerek, które charakteryzuje białkomocz, upośledzona czynność nerek i obrzęki.

Obecnie dostępne są następujące produkty zawierające interferon beta, zatwierdzone w leczeniu pacjentów ze stwardnieniem rozsianym

- Avonex® (interferon beta-1a) - Biogen Idec Ltd
- Rebif® (interferon beta-1a) - Merck Serono Europe Ltd
- Betaferon® (interferon beta- 1b) - Bayer Pharma AG
- Extavia® (interferon beta- 1b) - Novartis Europharm Ltd
- Plegridy® (peginterferon beta 1a) - Miogen Idec Ltd

Charakterystyki Produktów Leczniczych (ChPL) oraz ulotki dla pacjenta dotyczące produktów leczniczych: Avonex, Betaferon, Extavia i Rebif zostały uzupełnione o informacje na temat TMA i zespołu nerczycowego.

ChPL oraz ulotka dla pacjenta dotycząca produktu leczniczego Plegridy w momencie dopuszczenia produktu do obrotu zawierają ogólną informację na temat bezpieczeństwa stosowania produktu w odniesieniu do ryzyka wystąpienia TMA i zespołu nerczycowego. W celu zapewnienia pełnej zgodności z treścią informacji o produkcie ChPL oraz ulotka dla pacjenta będą dalej aktualizowane.

Wezwanie do zgłaszania działań niepożądanych.

Fachowi Pracownicy ochrony zdrowia powinni zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane związane ze stosowaniem produktów Avonex, Betaferon, Extavia, Rebif i Plegridy. Zgłoszenia należy kierować do przedstawicieli podmiotów odpowiedzialnych.



SZANOWNA PANI/SZANOWNY PANIE,

Trwa kampania społeczna „Położna na medal”. Dzięki nominacjom Pani/Pana pacjentów – którzy oddają swoje głosy na najlepszą ich zdaniem położną – **WYBIERZEMY „POŁOŻNĄ NA MEDAL”**. Przypominamy, że kryteria oceny położnej zostały przygotowane w oparciu o rekomendacje Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.

NAGRODY W KONKURSIE „POŁOŻNA NA MEDAL”:

Voucher wakacyjny o wartości 11 000 zł
Laptop o wartości 5 000 zł
iPad o wartości 3 000 zł

W CIĄGU ZALEDWIE 5 MIESIĘCY OD STARTU KAMPANII „POŁOŻNA NA MEDAL”:

- Pacjenci oddali **PONAD 18 000 GŁOSÓW W KONKURSIE** na najlepszą położną;
- Zgłoszono **PONAD 300 POŁOŻNYCH** z całego kraju;
- Ukazało się ponad **60 INFORMACJI W MEDIACH**, w tym m.in.: wp.pl, dzieci.pl, gazeta.pl, kampaniespoleczne.pl, RynekZdrowia.pl, e-ginekologia, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, nipip.pl, SuperMama, Mam Dziecko, ...

Wkrótce na stronie www.pozoznanamedal.pl powstanie bezpłatna **BAZA POŁOŻNYCH**, które zostały zgłoszone do konkursu, a która pozwoli na promocję najlepszych położnych i ułatwi wybór położnej przyszłym mamom. Aktualnie na bieżąco na stronie można monitorować wyniki konkursu na najlepszą położną, a na portalu edukacja pacjenta.pl **ZAMAWIAĆ BEZPŁATNIE MATERIAŁY PROMUJĄCE KAMPANIĘ**.

DZIĘKUJEMY I ZAPRASZAMY DO DALSZEGO UDZIAŁU W KAMPANII!

Z poważaniem,

Bartłomiej Grzywna
BDM serwisu edukacja pacjenta.pl

Dr n. med. Grażyna Kwanowicz-Palus
Prezes PTFoI

Dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes NRPiP

PATRON MERYTORYCZNY



Fundacja Rodzic po Ludzku



Edukacja pacjenta.pl

ORGANIZATOR



Akademia Malucha Alantant

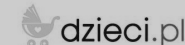
PATRONAT MEDIALNY



www.GdzieRodzić.info
Sprawdź! Wybierz! Oceń!



www.GdzieRodzić.info
Sprawdź! Wybierz! Oceń!



mamazone.pl



gaga

MIESIĘCZNIK

zaskidzkaMama.pl

dzielnica rodzica.pl

zababyboom
www.bobyboom.pl

mama

Familie.pl

maluchy.pl
portal dla rodziców

parenting.pl

miasto DZIECKO.pl

Dziecko

Książki online. Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy dla pielęgniarek i położnych

Dzięki staraniom Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych otrzymaliście Państwo bezpłatny dostęp online do kilkuset wybranych publikacji specjalistycznych, naukowych i popularnonaukowych w języku polskim. Zapraszamy do OIPiP po odbiór kodów niezbędnych do rejestracji na platformie IBUK Libra.

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych informujemy, że już w październiku 2014 r. możecie Państwo uzyskać bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra i księgozbioru online, który zawiera ponad 600 specjalistycznych publikacji w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin nauki. Zgodnie z Uchwałą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 września 2014 r. w sprawie zawarcia umowy z wydawnictwem o świadczenie usług i udzielenie licencji na dostęp do wirtualnej czytelnicy dla członków samorządu pielęgniarek i położnych, będą Państwo mogli skorzystać z tej oferty, składając wniosek o nadanie dostępu do Serwisu IBUK w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych, której jesteście Państwo członkami.

Procedura nadania kodu PIN

- Członek samorządu składa wniosek do OIPiP.
- 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 (instrukcja m.in. na www.nipip.pl)

Wymagany sprzęt

Z zasobów można korzystać za pomocą komputera, laptopa, tabletu czy smartfona. Technologia IBUK Libra nie wymaga instalowania specjalnego oprogramowania i jest bezpieczna dla urządzenia użytkownika. Katalogi dostępne są w każdej przeglądarce internetowej. Dzięki dostępowi online czytelnicy mogą korzystać z serwisu przez całą dobę, z dowolnego miejsca (w domu, w pracy – wszędzie, gdzie jest dostęp do Internetu).

Korzyści

- Platforma umożliwia nie tylko czytanie książek, lecz także zaawansowaną pracę z tekstem. W czytelnicy online można:
 - Skorzystać z szybkiego podglądu pełnych tekstów lub stworzyć własną półkę z książkami.
 - Sprawdzać znaczenie wyrazów w słownikach i encyklopediach PWN.
 - Dodawać zakładki.
 - Robić własne notatki bezpośrednio w książce.
 - Wyszukiwać słowa i frazy.
 - Tagować ważne fragmenty i zaznaczać kolorami.

Zapraszamy do odwiedzania naszej strony internetowej www.oipip.gorzow.pl

Znajdziecie w niej państwo szereg przydatnych informacji:

- aktualności,
- dział PWZ,
- konferencje, szkolenia,
- ośrodek informacyjno edukacyjny,
- wnioski do pobrania,
- ośrodek kształcenia

Gratulacje

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych składa najserdeczniejsze gratulacje oraz wyrazy uznania z okazji mianowania **Pani Małgorzaty Gronowskiej** na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej w Lubuskim Szpitalu Specjalistycznym Pulmonologiczno – Kardiologicznym w Torzymiu. Składamy najserdeczniejsze życzenia sukcesów w pracy zawodowej, siły i uporu w pokonywaniu trudności, realizacji nowych inicjatyw dla podnoszenia prestiżu placówki oraz stale rosnącego grona zadowolonych z Pani pracy pacjentów.



MAMY ZASZCZYT ZAPROSIĆ NA KONFERENCJĘ „Położna wczoraj i dziś”

5 listopada 2014r.

Aula Wyższej Szkoły Biznesu w Gorzowie Wlkp. ul. Myśliborska 30

PROGRAM KONFERENCJI:

9.00 otwarcie konferencji

9.15-10.00 **Pozycje wertykalne 1. i 2. okresie porodu**

mgr położnictwa i socjologii Agnieszka Kamińska Nowak, położna koordynując w SPZOZ w Szamotułach, położna środowiskowa, instruktorka w Szkole Rodzenia.

10.00-10.15 prezentacja firmowa

10.15-11.00 **Jak przygotować kobietę do karmienia naturalnego**

mgr położnictwa i socjologii Agnieszka Kamińska Nowak międzynarodowy i krajowy konsultant laktacyjny (CDL, IBCLC)

11.00 - 11.30 przerwa kawowa

11.30-12.15 **Wyzwanie dla położnych w aspekcie epidemii otyłości kobiet ciężarnych**

prof. dr hab. n. med. Jana Maria Skrzypczak Konsultant Wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii na województwo lubuskie, kierownik Kliniki Rozrodczości w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

12.15-12.30 prezentacja firmowa

12.30-13.15 **Edukacja przedporodowa oraz poród w warunkach domowych - aspekty prawne**

mgr Małgorzata Pięt, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego, absolwentka prawa medycznego, bioetyki, socjologii i medycyny, międzynarodowy i krajowy konsultant laktacyjny (CDL, IBCLC). Wykładowca w Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu.

KONFERENCJA JEST BEZPŁATNA DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ZRZESZONYCH W OIPIPI W GORZOWIE WIELKOPOLSKIM. Opłata dla pozostałych zainteresowanych osób wynosi 30 zł brutto.

Wpisowe na konferencję prosimy wpłacać na konto:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wielkopolskim

PKO BP SA 34 1020 1967 0000 8602 0044 9249 tytułem: Gorzów Wielkopolski; [imię i nazwisko uczestnika]

Zgłoszenia prosimy nadsyłać za pomocą formularza. Możliwe jest również zgłoszenie drogą mailową lub telefoniczną:

mail: konferencje@meducare.pl tel.: (71) 727 16 15

LICZBA MIEJSC OGRANICZONA!

Kalendarium

- 03.09.2014r** – Uczestnictwo Przewodniczącej na konferencji „Zagrożenia epidemiologiczne na stanowisku pracy pielęgniarki i położnej” w Wyższej Szkole Biznesu w Gorzowie Wlkp.
- 04.09.2014r** – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 06.09.2014r** – 07.09.2014r. – Rozpoczęcie i zakończenie kursu dokształcającego „Wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych u dzieci i młodzieży”.
- 08.09.2014r. i 09.09.2014r** – Rozpoczęcie kursu dokształcającego „Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych” .
- 12.09.2014r.** – Przewodnicząca mgr Aldona Stańko uczestniczyła w konferencji „Zdarzenia niepożądane, a odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej”, która odbyła się w Wyższej Szkole Biznesu w Gorzowie Wlkp.
- 12-13.09.2014r.** – Przewodnicząca mgr Aldona Stańko brała udział w X Jubileuszowym Sympozjum Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki w Dźwirzynie.
- 16-17.09.2014r.** – Przewodnicząca ORPiP w Gorzowie Wlkp., uczestniczyła w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.
- 19.09.2014r.** – Przewodnicząca ORPiP w Gorzowie uczestniczyła w Jubileuszu 110-lecia Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczni Chorych w Międzyrzeczu.
- 19.09.2014r.** – Posiedzenie pełnomocników i kadry kierowniczej w OIPiP w Gorzowie Wlkp.
- 20.09.2014r.** – 21.09.2014r – Rozpoczęcie i zakończenie kursu dokształcającego „Podstawowe i zaawansowane zabiegi reanimacyjne oraz postępowanie w stanach zagrożenia życia”.
- 25.09.2014r.** – Rozpoczęcie kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo zachowawcze”.
- 01.10.2014r.** – Przewodnicząca ORPiP brała udział w konferencji pt. „Pielęgniarka POZ profesjonalnym wsparciem dla pacjentów niesamodzielnymi i ich opiekunów” w Hotelu „Mieszko” w Gorzowie Wlkp.
- 02.10.2014r.** – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 02.10.2014r** – Posiedzenie Okręgowego Sądu.
- 07.10.2014r** – Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej
- 08.10.2014r.** – Rozpoczęcie kursu dokształcającego „Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych” .
- 09.10.2014r.** – posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 11.10.2014r.** – Rozpoczęcie szkolenia „Przygotowanie podmiotu działalności leczniczej do przeglądu akredytacyjnego”.
- 15.10.2014r.** – Uczestnictwo przewodniczącej w konferencji naukowo – szkoleniowej „Rehabilitacja fizyczna i psychiczna osób przewlekle chorych” w Wyższej Szkole Biznesu w Gorzowie Wlkp.
- 23.10.2014r.** – Rozpoczęcie kursu specjalistycznego „Leczenie ran – odleżyny