



BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

Nr 4/88/2013



**BIULETYN INFORMACYJNY
OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Wydawca: OIPIP w Białej Podlaskiej
ul. Okopowa 3 pok. 218
21-500 Biała Podlaska
tel.: 83 342 86 28; tel/fax.: 83 343 60 83
e-mail: oiipbp@poczta.onet.pl
www.oiip-bp.pl

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
Czynne pon. - pt. w godz. 8⁰⁰-16⁰⁰

INFORMATOR OIPIP

W biurze OIPIP dyżury pełnią:

Radca Prawny
mgr Irena Hołubowicz
czwartek w godz. 12⁰⁰ - 14⁰⁰

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Pielęgniarek i Położnych
mgr Janina Dziedzic-Płanda
II i IV poniedziałek miesiąca, godz. 15⁰⁰-16⁰⁰

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek
i Położnych
mgr Agnieszka Czekiel
I środa miesiąca w godz. 14⁰⁰-15⁰⁰









Nr konta OIPIP w Białej Podlaskiej:
BANK SPÓŁDZIELCZY
90 8025 0007 0025 2858 2000 0010

Rada Programowa Biuletynu
dr n. med. Aneta Stanisławek
mgr Barbara Cydejko
mgr Dorota Fedoruk
mgr Elżbieta Macech

Redakcja Biuletynu:
Elżbieta Celmer vel Domańska, Iwona Denicka,
Danuta Pawlik, Joanna Głowacka,
Anna Olisiejuk, Ilona Bilko,

Druk: Poligraf Joanna Goś Drelów

Spis treści

	Od redakcji	1
	Kalendarium OIPIP	2
	Uchwały ORPiP	3
	Informacje z NRPiP	4
	Informacje	8
	Dział prawny	19
	Kształcenie podyplomowe	23
	Referaty	25
	Z żałobnej karty	32

ZACHĘCAMY CZŁONKÓW SAMORZĄDU DO KORZYSTANIA Z BIULETYNU.

Biuletyn rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków Samorządu.

Koleżanki, koledzy pielęgniarki i położne jeżeli chcecie złożyć gratulacje, podziękowania, kondolencje, zamieścić prace własne - **NAPISZCIE** - my wydrukujemy.

Redakcja nie zwraca materiałów. Zastrzegamy sobie prawo skracania przesłanych tekstów .

Prosimy dostarczyć artykuły na nośnikach elektronicznych (płyta CD).

OIPIP nie odpowiada za treść ogłoszeń ofert pracy za granicą dla personelu medycznego.



OD REDAKCJI

Szanowni Państwo,

We współczesnej rzeczywistości zawody pielęgniarki i położnej zyskały nowy wymiar i rangę. Są zawodami w pełni samodzielnymi, chronionymi przez korporacyjny samorząd zawodowy. Jednocześnie trzeba zdawać sobie sprawę, iż zmiany w przepisach prawa powodują coraz większą samodzielność, większą odpowiedzialność i stawiają przed osobami wykonującymi zawody pielęgniarki i położnej nowe wyzwania, a także przynoszą konieczność ciągłego doskonalenia zawodowego poprzez różne formy kształcenia podyplomowego.

Stałe podnoszenie kwalifikacji, w tym realizowanie programów specjalistycznych i studiów uzupełniających, należy do naszych obowiązków. Podkreślić należy, że wysokie wymagania dotyczące samokształcenia są niezbędne dla efektywnej współpracy wszystkich uczestniczących w procesie leczenia. A miejsce pielęgniarki, położnej, ze względu na relacje z pacjentami, jest w tym procesie szczególnie.

Ustawicznie zachodzące zmiany we współczesnym pielęgniarstwie, połącznictwie stanowią proces ciągły, stają się swoistą ewolucją zawodów. Następuje zmiana form zatrudnienia z tradycyjnych umów o pracę, w kierunku umów cywilno-prawnych, kontraktów. Kadry pielęgniarskie są lepiej wykształcone niż kilkanaście lat temu a ta tendencja rozwija się. Według danych z Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia, wydawanego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, w szpitalach pracuje 121 tys. pielęgniarek, zatrudnionych głównie na umowę o pracę, jednak już ponad 10 tys. pracuje na podstawie umów cywilno-prawnych i ten odsetek szybko rośnie.

W pielęgniarstwie można zauważyć rosnące zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską w kontekście starzenia się społeczeństwa. Potrzeby rynku zdrowia kształtują zapotrzebowanie na kwalifikacje związane z opieką geriatryczną, opieką nad przewlekle i długotrwale chorymi, opieką nad niepełnosprawnymi. W ten trend wpisuje się m.in. organizowane przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, z wykorzystaniem EFS, w ramach programu Kapitał Ludzki, program szkoleniowy: Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego. Podsumowując - w naszej rzeczywistości zdaje się sprawdzać idea znana w środowisku biznesowym – najlepszą inwestycją jest inwestycja w człowieka, rozwój jego potencjału i posiadanych zasobów – w tym kompetencji zawodowych i społecznych.

*Boże Narodzenie to czas radości,
pokoju, przebaczenia i miłości,
gdzie wśród ludzkiej życzliwości
i w atmosferze domowego świętowania
jesteśmy otwarci na tajemnicę narodzenia Bożej Dzieciny.
Życzę, aby było to również doświadczeniem nadchodzących świąt.*

*Zdrowia, wszelkiej pomyślności, spełnienia osobistych i zawodowych
zamierzeń w Nowym 2014 Roku.*

Niech przyniesie on wiele dobra i satysfakcji każdego dnia.

*Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP*

Bajka o starym i Nowym Roku

*O jednej porze, raz do roku
w zimowej nocy ciemnym mroku,
gdzieś, gdzie nie sięga ludzkiej wzroki,
schodzi się z rokiem rok,*

*Jeden jest wielki z siwą brodą,
drugi jest mały z buzią młodą,
czyli, by rzec innymi słowy:
jeden jest Stary, a drugi Nowy.*

*Gwiazdy jak owieczki lśnią
na niebie,
a oni stają obok siebie,
coś sobie mówią, patrząc w oczy,
ale nikt nie wie o czym.*

*Potem w ciemności słychać kroki...
To się rozchodzą oba roki.
W całkiem przeciwne idą strony:
Stary znużony i zmęczony,
Nowy o jasnym, złotych łokach,
wesoło mknie w podskokach.*

*Po chwili cichnie odgłos kroków
w zimowej nocy ciemnym mroku,
gwiazda za gwiazdą w górze gaśnie
i znikną czarnej nocy cień,
i robi się na świecie jaśniej,
i wstaje nowy, jasny dzień,
i budzisz się, przecierasz wzrok,
i witasz Nowy Rok,*

Ludwik Jerzy Kern





KALENDARIUM OIPiP

02.10.2013r.	XVI Walny Zjazd Delegatów Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Lublinie.
09.10.2013r.	Konferencja „Inteligentna Inwentaryzacja” w Warszawie – uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP
15.10.2013r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów
15.10.2013r.	Szkolenie „Trzymaj Formę” organizowane przez Państwową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Białej Podlaskiej - uczestniczyły Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP, Barbra Santus, Jolanta Ladko, Barbara Kargul, Danuta Kukawska - pielęgniarki medycyny szkolnej.
16.10.2013r.	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
17.10.2013r.	Posiedzenie Komisji Konkursowych na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych Oddziału Ginekologiczno - Położniczego i Rehabilitacyjnego w SP ZOZ w Parczewie
21.10.2013r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia
22.10.2013r.	Szkolenie „Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych – aspekty prawne” Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w NZOZ OMS i Opieki w Domu Chorego Vita w Białej Podlaskiej.
25/26.10.2013r.	Szkolenie „Skuteczna komunikacja z pacjentem w zakresie ograniczania konsekwencji zdrowotnych używania substancji psychoaktywnych” organizowany przez Główny Inspektorat Sanitarny - uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP
28.10.2013r.	Szkolenie organizowane przez firmę Pelargos przy współpracy OIPiP w Białej Podlaskiej
19.11.2013r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów
20.11.2013r.	Konwent Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych - uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP
21.11.2013r.	Szkolenie „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (P1) - uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP
2/3.12. 2013r.	Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP
11.12.2013r.	Spotkanie zespołu Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
	Posiedzenie Komisji Kształcenia
13.12.2013r.	Konferencja „Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa” organizowane przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych – uczestniczyły Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP i Wacława Grażyna Papińska Skarbnik ORPiP.
16.12.2013r.	Szkolenie na temat „Rola pielęgniarki w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi” oraz „Kompleksowe zaopatrzenie pacjenta z różnymi schorzeniami somatycznymi” organizowane przez firmę Pofam i OIPiP w Białej Podlaskiej
17.12.2013r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów
18.12.2013r.	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej



UCHWAŁY ORPiP

Uchwały podjęte podczas posiedzeń Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej

Lp.	Numer i tytuł uchwały
1.	Uchwała Nr 65/VI/13 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 października 2013r. w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
2.	Uchwała Nr 66/VI/13 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 października 2013r. w sprawie wykreślenia wpisu z rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
3.	Uchwała Nr 67/VI/13 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 października 2013r. w sprawie wykreślenia wpisu z rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
4.	Uchwała Nr 68/VI/13 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 października 2013r. w sprawie wykreślenia wpisu z rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
5.	Uchwała Nr 69/VI/13 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 października 2013r. w sprawie wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
6.	Uchwała Nr 70/VI/13 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 października 2013r. w sprawie wytypowania przedstawicieli samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego
7.	Uchwała Nr 71/VI/13 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 października 2013r. w sprawie wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarki i Położnych w Białej Podlaskiej do udziału w pracach komisji konkursowych w celu wyłonienia kandydatów na stanowiska pielęgniarek oddziałowych
8.	Uchwała Nr 72/VI/13 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 października 2013r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
9.	Uchwała Nr 73/VI/13 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 października 2013r. w sprawie przyznania zapomogi losowej
10.	Uchwała Nr 74/VI/13 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 14 października 2013r. w sprawie przyznania zapomogi losowej
11.	Uchwała nr 75/VI/13 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 27 listopada 2013 r. delegowania na szkolenie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Białej Podlaskiej
12.	Uchwała nr 75/VI/13 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie wypłaty wynagrodzenia autorskiego za publikację do Biuletynu Informacyjnego

Na podstawie uchwał Okręgowej Rady i Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej dokonano:

- 3 stwierdzenia prawa wykonywania zawodu dla pielęgniarek,
- 5 wpisów do rejestru pielęgniarek,
- 1 skreślenie z rejestru pielęgniarek,
- 2 wpisy dotyczące zaprzestania wykonywania zawodu pielęgniarki na czas nieokreślony.

Danuta Pawlik
Sekretarz ORPiP



Pielęgniarki krytycznie o zmianie wyceny NFZ w opiece długoterminowej

Proponowane przez NFZ zmiany wyceny świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej mogą doprowadzić do pozostawienia bez opieki wielu pacjentów i ich rodzin - oceniła Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.

Jak wyjaśniła Sekretarz Rady Joanna Walewander, chodzi o przedstawiony do konsultacji przez NFZ projekt zarządzenia dotyczący warunków umów na przyszły rok w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego. - W projekcie Fundusz proponuje podzielenie czynności na dwie grupy: pielęgniarstwo, np. iniekcje, cewnikowanie i tu wycena pozostaje bez zmian, oraz opiekuńcze, np. kąpanie - z wyceną obniżoną o 40 proc. - podkreśliła Walewander.

- Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zgłasza stanowczy sprzeciw wobec proponowanych zmian, które doprowadzą do całkowitej likwidacji świadczeń pielęgnacyjnych i

opiekuńczych, a jednocześnie będą skutkowały pozostawieniem bez opieki tysięcy potrzebujących pacjentów i ich rodzin - podkreśliły pielęgniarki w stanowisku przesłanym PAP w piątek, 6 grudnia.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych wezwał do "natychmiastowego podjęcia działań eliminujących niekorzystne zapisy, które zagrażają właściwej opiece nad pacjentami oraz pielęgniarkom realizującym świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego domowego".

Według Walewander finansowanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki zajmujące się opieką długoterminową już teraz jest zbyt niskie, a NFZ proponuje jeszcze obniżkę wyceny części wykonywanych przez nie świadczeń. Zwróciła uwagę, że to na czynności pielęgnacyjne pielęgniarka przeznacz

znaczną część czasu podczas wizyty u chorego.

- Przy tak niskim finansowaniu istnieje zagrożenie, że ta opieka przestanie funkcjonować, a pacjenci zostaną jej pozbawieni - oceniła. Zaznaczyła, że gdyby nie możliwość sprawowania opieki długoterminowej przez pielęgniarkę w domu pacjenta, osoby te musiałyby korzystać z bardziej kosztownej dla systemu opieki, np. w szpitalach lub zakładach opiekuńczo-leczniczych, do których już dziś trudno się dostać wszystkim potrzebującym.

Sekretarz NRPiP podkreśliła, że opieka długoterminowa powinna być wzmocniana, ponieważ polskie społeczeństwo starzeje się i jest coraz więcej samotnych osób, które nie mogą liczyć na pomoc ze strony rodziny. Wzrasta też liczba osób w różnym wieku, które wymagają takiej opieki po urazach i wypadkach.

<http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Pielęgniarki-krytycznie-o-zmianie-wyceny-NFZ-w-opiece-dlugoterminowej.136378.1.html>

Stanowisko Nr 15 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 grudnia 2013 r.

dotyczące projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zgłasza stanowczy sprzeciw wobec proponowanych w projekcie zmian, które doprowadzą do całkowitej likwidacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, co jednocześnie będzie skutkowało pozostawieniem bez opieki tysiące potrzebujących pacjentów i ich rodzin.

NRPiP domaga się natychmiastowego podjęcia działań w sprawie zmiany zapisów w/w projekcie, w części dotyczącej świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej oraz zasad jej finansowania.

Wejście w życie Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w proponowanej formie będzie przyczyną marginalizacji pielęgniarstwa długoterminowego domowego na rynku usług zdrowotnych lub całkowitego jej upadku. Proponowany projekt Zarządzenia, w części dotyczącej zasad sprawozdawania, rozliczania i finansowania w pielęgniarstwie długoterminowym domowym należy odrzucić i uznać jako skandaliczne pogwałcenie praw pacjenta! Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym przypadku narzuca w trakcie już istniejącej opieki nad pacjentem zmianę zasad rozliczania osobodnia na stawkę rażąco niską, stosuje w ten sposób monopolistyczną praktykę wobec pacjentów i świadczeniodawców!

Jest to czyn społecznie nieakceptowany narusza zasady współżycia społecznego i zasady równego traktowania obywateli wynikające z Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych wzywa do natychmiastowego podjęcia działań eliminujących niekorzystne zapisy, które zagrażają właściwej opiece nad pacjentami oraz pielęgniarce realizującym świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego domowego.

Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

**Stanowisko Nr 16
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 4 grudnia 2013 roku**

dotyczące treści Zarządzenia Nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna skierowane do: Premiera RP, Ministra Zdrowia, Parlamentarzystów, Prezesa NFZ, Przewodniczącej Rady NFZ

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwia się stosowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia praktykom, w których Prezes NFZ dopuszcza się zmian w treści Zarządzenia niezgodnych z wcześniej przekazanym do konsultacji społecznym projektem.

Treść projektu została zmieniona z dnia na dzień bez uzgodnienia z przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych z ogromną stratą dla środowiska.

Naczelna Rada od wielu lat wnioskuje do Prezesa NFZ o wzrost środków na realizację zadań w zakresie pielęgniarstwa POZ.

W związku z faktem, że treść przyjętego Zarządzenia w istotny sposób różni się od treści projektu i uzgodnień w trakcie spotkania z Panią Prezes NFZ w miesiącu sierpniu 2013 roku wnosimy o wprowadzenie do treści Zarządzenia procedur dodatkowo finansowanych zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami.

Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

<http://www.nipip.pl/index.php/prawo/uchwaly/naczelnych-rad/w-roku-2013/stanowiska2013>

NIPiP-NRPiP-DM.0025.230.2013

Warszawa, 21 października 2013 r.

Pani/Pan
Przewodnicząca/y
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,

W załączeniu przesyłam odpowiedź z Ministerstwa Zdrowia dotyczącą możliwości wykonywania zawodu ratownika w systemie ochrony zdrowia. Z pisma z MZ wynika, iż obowiązujące aktualnie regulacje prawne nie przewidują możliwości udzielania świadczeń przez ratowników medycznych w ramach oddziałów szpitala innych niż szpitalny oddział ratunkowy, na co zwracała również uwagę Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.

Jednocześnie w związku z informacją zawartą w piśmie z MZ wskazującą, iż w opinii resortu zdrowia zasadne jest umożliwienie wykonywania zawodu ratownika medycznego również poza systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego i zamiarem wprowadzenia zapisów w powyższej kwestii w nowelizowanej ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym pragnę zaznaczyć, iż w ramach nowelizacji powyższej ustawy NRPiP będzie wnioskowała o utrzymanie dotychczasowych zapisów w przedmiotowej ustawie, które nie przewidują możliwości udzielania świadczeń przez ratowników medycznych w ramach oddziałów szpitala innych niż szpitalny oddział ratunkowy.

Z poważaniem
(-) Joanna Walewander
Sekretarz NRPiP

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament Spraw Obronnych,
Zarządzania Kryzysowego,
Ratownictwa Medycznego
i Ochrony Informacji Niejawnych

Warszawa, 2013-10-15

MZ-OKR-RM-079-4215-328/SZ/13

Pani
Joanna Walewander
Sekretarz
Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78, lok 10
02-757 Warszawa

Szanowana Pani Sekretarz,

W nawiązaniu do pisma z dnia 8 października 2013r., w sprawie możliwości wykonywania zawodu ratownika medycznego w systemie ochrony zdrowia, Departament Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych uprzejmie informuje, co następuje.

Zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757) należy wskazać, że ratownik medyczny wykonuje zawód w warunkach pozaszpitalnych w ramach zespołów ratownictwa medycznego. Ponadto, na podstawie rozporządzenia z dnia 3 listopada 2011r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2011r. Nr 237, poz.1420) ratownik medyczny wchodzi w skład zasobów kadrowych szpitalnych oddziałów ratunkowych. Obowiązujące regulacje prawne nie przewidują możliwości udzielania świadczeń przez ratowników medycznych w ramach oddziałów szpitala innych niż szpitalny oddział ratunkowy.

Dodać jednak trzeba, że zgodnie z brzmieniem art. 12 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011r. o ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. Nr 208, poz. 1241) ratownik górski i ratownik narciarski, posiadający uprawnienia ratownika medycznego, o którym mowa w art. 10 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, przy wykonywaniu działań ratowniczych może wykonywać medyczne czynności ratunkowe w zakresie określonym na podstawie art. 11 ust. 2 tej ustawy. Dodatkowo zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. Nr 208, poz. 1240) ratownik wodny, posiadający uprawnienia ratownika medycznego, przy wykonywaniu działań ratowniczych może wykonywać medyczne czynności ratunkowe w zakresie określonych na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Z powyższego wynika, że ratownik medyczny może wykonywać swój zawód nie tylko w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, ale także w ramach ratownictwa górskiego, narciarskiego i wodnego.

Jednocześnie ratownik medyczny może brać udział w zabezpieczeniu imprez masowych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących zabezpieczeń pod względem medycznych imprez masowej (Dz.U. poz. 181). Na podstawie ww. rozporządzenia ratownik medyczny może być członkiem zespołu wyjazdowego, patrolu ratowniczego oraz punktu pomocy medycznej i w tych jednostkach może udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach posiadanych kwalifikacji zawodowych, z wykorzystaniem określonych w rozporządzeniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

Biorąc pod uwagę zakres umiejętności ratownika medycznego wynikający z toku kształcenia, które już wkrótce (od roku akademickiego 2013/2014) prowadzone będzie jedynie na poziomie szkół wyższych, w opinii resortu zdrowia zasadne jest umożliwienie wykonywania tego zawodu poza systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne i wskazanymi wyżej jednostkami. Prace nad sformułowaniem stosownych przepisów w nowelizowanej obecnie ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym są w toku, a ich ostateczny kształt będzie znany po zakończeniu procedury legislacyjnej i wejściu nowelizacji w życie.

Z poważaniem
DYREKTOR
Departamentu Spraw Obronnych
Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa
Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych
MINISTERSTWA ZDROWIA

Wirtualny magazyn dla pielęgniarek i położnych

Warszawa, 26 listopada 2013 r.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych rekomenduje projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka pt: www.edukacjapacjenta.pl, który adresowany jest do pielęgniarek i położnych chcących poszerzać swoją wiedzę w następujących obszarach terapeutycznych: pediatria, neonatologia, diabetologia, ginekologia, dermatologia.

Innowacyjność projektu polega na wykorzystaniu serwisu internetowego, jako „wirtualnego magazynu” materiałów edukacyjnych. Zainteresowane pielęgniarki i położne za pośrednictwem portalu mogą zapoznać się z dostępnymi na rynku materiałami edukacyjnymi, pomocami szkoleniowymi, wyrobami medycznymi czy próbkami produktów, porównać ich przydatność, a następnie zamawiać je całkowicie bezpłatnie (dostawa również jest bezpłatna). Dzięki temu niezależnie od miejsca zamieszkania czy możliwości uczestniczenia w szkoleniach ma stały dostęp do wiedzy.

Portal zachęca do opiniowania, porównywania między sobą dostępnych na rynku materiałów edukacyjnych i pomocy szkoleniowych, a wnioski i sugestie przekazywane są autorom materiałów w celu poprawy ich jakości. Najbardziej aktywni użytkownicy portalu otrzymują, co miesiąc nagrody. Traktowanie konsultantów (pielęgniarki i położne), jako profesjonalistów i partnerów relacji (a nie tylko biernych użytkowników produktów) jest istotną sprawą dla naszego środowiska zawodowego.

Dodatkowe atuty portalu to:

Doradca Medyczny, który posiada wiedzę z różnych zakresów medycyny spełnia funkcję 24 h wsparcia pielęgniarki, położnej w edukacji, aktywnie zachęca użytkowników do zapoznania się z nowościami ze świata medycyny, oferując prosty i szybki sposób dostęp do niej oraz utrwala wiedzę zdobytą na szkoleniach i konferencjach.

Platforma e-learning - umożliwiająca korzystanie z oferty szkoleniowej z certyfikacją.

Rejestracja i logowanie do portalu jest bardzo proste:

1. Wystarczy wejść na stronę: www.edukacjapacjenta.pl
2. Kliknąć napis: „Jeśli nie posiadasz loginu i hasła zarejestruj się”
3. Wypełnić formularz rejestracyjny
4. Otrzymasz mail lub sms z loginem i hasłem
5. Załogować się i korzystać z serwisu bez ograniczeń i BEZPŁATNIE.

Zachęcam Państwa do odwiedzenia portalu www.edukacjapacjenta.pl oraz aktywnego korzystania z jego zasobów.

Z poważaniem
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes NRPiP

Newsletter NIPiP

Warszawa, 12 listopada 2013 r.

Szanowna Pani Przewodnicząca,

Szanowny Panie Przewodniczący,

Miło mi poinformować, że Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych wychodząc naprzeciw oczekiwaniom naszej grupy zawodowej, od kwietnia br. wydaje **Newsletter**.

Newsletter NIPiP to zaawansowane narzędzie do szybkiej i łatwej komunikacji z pielęgniarkami i położnymi. Dążymy do tego, aby był nośnikiem informacji dotyczących całego środowiska zawodowego.

W związku z powyższym, zapraszam Państwa do współtworzenia kolejnych Newsletterów.

Zachęcam do przesyłania artykułów i informacji związanych z naszymi zawodami (o konferencjach, wydarzeniach, spotkaniach, itp.), które chcielibyście Państwo, aby znalazły się w Newsletterze NIPiP. W tym celu stworzyliśmy nowy dział tematyczny: **Współpraca z okręgowymi izbami pielęgniarek i położnych**.

Jestem przekonana, że Newsletter NIPiP to doskonałe narzędzie do promowania naszych zawodów a przez to budowania pozytywnego wizerunku samorządu pielęgniarek i położnych. Realizując zadania samorządu upowszechniamy w Newsletterze zasady etyki zawodowej, informujemy o kierunkach rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, przedstawiamy zajmowane stanowiska w sprawach dotyczących stanu zdrowia społeczeństwa i polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia.

W Newsletterze znajdują Państwo informację o tym, jak przebiega współpraca samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych z organami administracji publicznej, szkołami wyższymi, samorządami innych zawodów medycznych oraz organizacjami pielęgniarek i położnych w innych krajach, a także wiele innych bieżących spraw dotyczących pielęgniarstwa i położnictwa.

Zapraszam do odwiedzenia Fanpage NIPiP oraz strony internetowej, gdzie można zobaczyć wydane do tej pory newslettery NIPiP.

Zapraszam serdecznie do współtworzenia Newslettera NIPiP.

Z wyrazami szacunku
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes NRPiP



INFORMACJE

UZNAWANIE KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH POLSKICH PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W UNII EUROPEJSKIEJ

9 października Parlament Europejski w Strasburgu przyjął kluczową dla rynku wewnętrznego dyrektywę ws. uznawania kwalifikacji zawodowych, dzięki czemu uznawanie kwalifikacji w Unii Europejskiej stanie się prostsze i szybsze. Nowe przepisy mają ogromne znaczenie szczególnie dla polskich pielęgniarek i położnych, które 10 lat walczyły o automatyczne uznawanie kwalifikacji.

Posel Małgorzata Handzlik złożyła w tej sprawie kluczowe poprawki. Jej zaangażowane na rzecz polskich pielęgniarek

i położnych sprawiło, kwalifikacje zawodowe wszystkich polskich pielęgniarek i położnych będą uznawane na takich samych zasadach jak wszystkich innych pielęgniarek w Unii Europejskiej.

Poniżej prezentujemy list Posel Małgorzaty Handzlik w przedmiotowej sprawie.

Bruksela, 9 października 2013 r.

Koniec 10-Letniego sporu o polskie Pielęgniarki i Położne



Szanowni Państwo!

Drogie Panie!

Kwalifikacje zawodowe wszystkich polskich pielęgniarek i położnych od dzisiaj uznawane są w całej Unii Europejskiej na takich samych zasadach jak wszystkich innych pielęgniarek i położnych w UE!

Po latach niełatwych negocjacji, wszystkie polskie pielęgniarki i położne będą mogły w pełni korzystać ze swobody przemieszczania się i podjęcia pracy w dowolnie wybranym państwie Unii! **To, co nie udało się w 2005 roku, udało się teraz w październiku 2013 roku!**

Z przyjemnością informuję Państwa, że dzisiaj Parlament Europejski podczas sesji plenarnej w Strasburgu przyjął w głosowaniu moje poprawki dotyczące dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, dzięki którym kwalifikacje zawodowe wszystkich polskich pielęgniarek i położnych, włączając absolwentki liceów medycznych czy studium medycznego, będą uznawane na takich samych zasadach jak wszystkich innych pielęgniarek w Unii Europejskiej. A mówimy tutaj o niemałej grupie zawodowej, bo ponad 70% czynnych zawodowo polskich pielęgniarek to właśnie absolwentki liceów medycznych czy studium medycznego.

Cieszy mnie fakt, że te od lat oczekiwane rezultaty udało się osiągnąć dzięki licznym spotkaniom i rozmowom z posłami do Parlamentu Europejskiego, z przedstawicielami Komisji Europejskiej oraz nieustannie przedstawianie naszych postulatów na forum Komisji Rynku Wewnętrznego i Ochrony Konsumentów, a także spotkania z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, w szczególności z zaangażowanymi w sprawę Paniami: z Dyrektorem Danutą Czarnecką oraz z Dyrektorem Beatą Cholewką oraz z przedstawicielami polskich pielęgniarek i położnych, w szczególności z Panią Dorotą Gardias, wiceprzewodniczącą Forum Związków Zawodowych, były przewodniczącą Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz z Panią Marią Brzezińską, ekspertem FZZ, były prze-

wodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach oraz innymi osobami, które również wniosły swój wkład w prace nad dyrektywą.

To ogromny sukces, bo nie tylko daje równe szanse na rynku pracy naszym polskim pielęgniarkom, ale też pokazuje, że ponad 10-letnie członkostwo Polski w Unii Europejskiej przekonało do nas pozostałe państwa członkowskie, które traktują nas jak równego partnera.

Uwzględnienie polskiego postulatu było dla mnie osobiście ogromnie ważne, ponieważ spełnia on oczekiwania naszych obywateli odnośnie do równego traktowania w pełni wykwalifikowanych pracowników na obszarze Unii Europejskiej. Wszystkie nasze pielęgniarki i położne bez wyjątku, posiadają wysokie kwalifikacje zawodowe i walczyłam właśnie o to, aby były docenione w Unii Europejskiej, i to się udało.

Po wdrożeniu tych przepisów do krajowych porządków prawnych wszyscy zainteresowani będą mogli korzystać z możliwości, jakie dają zawody pielęgniarskie.

Kochane Panie, zwracam się do Was z prośbą o przekazanie i udostępnienie powyższych informacji jak najszerszemu gronu pielęgniarek i położnych.

Z poważaniem,



Małgorzata Handzlik
Poseł do Parlamentu Europejskiego

Informacja dla absolwentek liceów medycznych w aspekcie zmienionej dyrektywy 2005/36/WE

Pielęgniarka posiadająca dyplom liceum medycznego, która chciałaby podjąć pracę w państwie Unii Europejskiej po 1 stycznia 2014 r. (czyli po wejściu w życie unowocześnionej dyrektywy 2005/36/WE), powinna przede wszystkim zgłosić się do organu rejestrującego w danym kraju by uzyskać informacje na temat warunków uzyskania rejestracji. W poszczególnych krajach często funkcjonują wewnętrzne przepisy

korporacyjne regulujące tę kwestię w różny sposób.

Pielęgniarka, absolwentka liceum medycznego, przed wyjazdem powinna przetłumaczyć dyplom u tłumacza przysięgłego (niektóre kraje wymagają dodatkowego poświadczenia go w MSZ, MZ lub ambasadzie danego kraju – dlatego ważne jest aby wcześniej poznać wymagania danego organu rejestrującego). Niezbędne jest też uzyskanie zaświadczenia z okręgowej izby pielęgniarek i położnych, wydawanego osobom chcącym podjąć pracę

na terenie UE. Zaświadczenie takie ważne jest 3 miesiące i zawiera informacje m. inn. na temat posiadanego wykształcenia (dyplomu), stażu pracy czy braku prowadzonych postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Należy pamiętać, że zmiany dotyczące uznawania dyplomów liceum pielęgniarskiego nie oznaczają ich automatycznego i bezwarunkowego uznania w innych krajach UE, bez konieczności spełnienia warunków wynikających z przepisów dyrektywy oraz krajowych uregulowań. Ważna u wyjeżdżających absolwentów liceów medycznych powinna być świadomość konieczności spełnienia podstawowego warunku umożliwiającego podjęcie pracy, jakim jest posiadanie co najmniej 3 letniego stażu (pracy) w zawodzie pielęgniarki w ostatnich 5 latach.

W związku z tym absolwentki liceów, które dawno temu wyjechały do innych krajów i podjęły pracę

poza zawodem pielęgniarki (np. opiekuna, asystenta itp.) i w związku z tym nie spełniają powyższego warunku aktualnego wykonywania pracy w zawodzie (3/5), nie będą mogły skorzystać z nowych uregulowań dyrektywy. Uprzejmie proszę też o zamieszczenie w zakładce *Pielęgniarki i Położne*, części *Wykonywanie zawodu* następującej informacji:

W związku z trwającymi pracami nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego oraz koniecznością przedstawienia stanowiska Departamentu Pielęgniarek i Położnych dotyczącego uprawnień położnej do podawania na zlecenie lekarza leków różnymi drogami, w tym z wykorzystaniem analgezji zewnątrzoponowej, zebrano informacje z poszczególnych krajów UE dotyczące tego zagadnienia.

<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=&ma=33001>

Skuteczna komunikacja z pacjentem w zakresie ograniczania konsekwencji zdrowotnych używania substancji psychoaktywnych

W dniu 28 czerwca 2012r. w ramach **Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy (SPPW)** podpisane zostało porozumienie nr 2/P/SPPW/KIK/68 w sprawie realizacji Projektu „**Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych**” pomiędzy Biurem do Spraw Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia, pełniącym funkcję Instytucji Pośredniczącej, a Głównym Inspektoratem Sanitarnym – Instytucją Realizującą.

Projekt będzie realizowany od 1 lipca 2012r. do 31 grudnia 2016r., w partnerstwie 4 instytucji: Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Instytutu Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Program ma zasięg ogólnopolski.

Całkowity budżet Projektu wynosi 4 045 519 CHF, z czego 3 438 691 (85%) finansowane jest przez stronę szwajcarską, pozostałe 606 828 CHF (15%) stanowi wkład krajowy. **Głównym celem projektu jest ograniczenie używania tytoniu, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym, tj. między 15 a 49 rokiem życia.**

W ramach projektu realizowane będą następujące działania:

1. Szkolenia dla kadry medycznej.
2. Programy edukacyjne w zakładach pracy i w szkołach ponadgimnazjalnych.

3. Kampania społeczna.
4. Badania ankietowe kobiet w ciąży.
5. Platforma internetowa - System Elektronicznego Monitorowania i Promocji Zdrowia.

Jedną z głównych grup docelowych Projektu stanowią kobiety aktywne zawodowo, a będące w wieku prokreacyjnym. Wśród metod dotar-

cia do nich w ramach Projektu kluczową rolę odgrywa przeprowadzenie w około 100 zakładach pracy z terenu całego kraju programów edukacyjnych. Mają one na celu dostarczenie przede wszystkim żeńskiemu personelowi tych firm niezbędnej wiedzy oraz wykreowanie motywacji do ograniczania bądź eliminowania konsumpcji substancji psychoaktywnych, a tym samym upowszechnienie działań korzystnych dla stanu ich zdrowia, jak i już posiadanego lub planowanego potomstwa, a w konsekwencji lepsze funkcjonowanie ich rodzin. Zakłady pracy, które zaangażują się w realizację takich programów zyskają równocześnie bardziej świadomy odpowiedzialności za zdrowie personel, ograniczą niekorzystne dla swojego funkcjonowania konsekwencje picia alkoholu, palenia tytoniu, czy nadużywania leków przez pracownice oraz zdobędą niezbędne doświadczenia w zakresie planowania, wdrażania i oceny programów edukacyjno- interwencyjnych.

Odpowiedzialne za realizację w ramach Projektu działań adresowanych do kobiet aktywnych zawodowo jest Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi im. prof. J. Nofera. Przedsięwzięciem tym kieruje dr Elżbieta Korzeniowska. Do współpracy zapraszane są m.in. zainteresowane zakłady pracy, Ogólnopolska Sieć Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, PIP, samorządy, organizacje pracodawców, związki zawodowe, pracowników bhp.

W dniach 25-26 października 2013 roku w Hotelu Huzar w Lublinie odbyło się szkolenie pt. „**Skuteczna komunikacja z pacjentem w zakresie ograniczania konsekwencji zdrowotnych używania substancji psychoaktywnych**” organizowane przez Główny Inspektorat Sanitarny w ramach Projektu KIK/68 „Profilaktyczny program w zakresie

przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” współfinansowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Uczestników szkolenia przywitały: Aleksandra Lusawa i Aleksandra Truś z Departamentu Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz. Ekspertem i wykładowcą głównych bloków tematycznych podczas szkolenia był dr n. med. Krzysztof Liszcz, lekarz psychiatra, absolwent Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi oraz Studium Terapii Uzależnień Instytutu Psychologii Zdrowia.

Według badań GIS z 2012 roku 2,2% polskich kobiet w ciąży przyjmuje środki uspokajające lub nasenne, 7% pali papierosy, a aż 10,1% spożywa alkohol. Dodatkowo 22,5% ciężarnych jest codziennie narażonych na wdychanie dymu tytoniowego w domu.

O ile 90,2% kobiet, jako wysoki czynnik ryzyka dla rozwijającego się płodu, uznaje aktywne palenie tytoniu, świadomość na temat szkodliwości picia alkoholu jest dużo niższa. Nadal wiele Polek uważa, że picie niewielkich ilości alkoholu w trakcie ciąży nie jest szkodliwe dla płodu (2,5%). Niektóre z nich są zdania, że picie dużych ilości alkoholu nie jest w ogóle ryzykowne.

Niepokojącym jest również fakt, że aż 56,5% kobiet ciężarnych nie uzyskało od lekarza informacji na temat skutków spożycia alkoholu w ciąży. Co gorsza, 1,4% Polek dowiadywało się w gabinecie lekarskim, że picie małej ilości alkoholu w ciąży jest dopuszczalne lub nawet zalecane. W konsekwencji w 2012 roku u 0,5% badanych dzieci z wadami wrodzonymi stwierdzano cechy alkoholowego zespołu płodowego (FAS) w postaci m.in.: niedorozwoju płytek paznokciowych, krótkich szpar powiekowych, braku rynienki nosowo-

wargowej, zeza, cienkiej górnej wargi i krótkiej szyi.

Główny Inspektorat Sanitarny oraz pozostali Partnerzy Projektu zakładają, że wielopłaszczyznowe działania edukacyjne w szkołach i zakładach pracy, szkolenia dla przedstawicieli kadry medycznej oraz kil-

kuletnia kampania społeczna przyczynią się do zmiany zachowań zdrowotnych przyszłych matek oraz poprawy zdrowia ich potomstwa.

Na stronie Projektu (www.zdrowiewciazy.pl), na bieżąco zamieszczane są informacje o działa-

niach realizowanych w ramach Projektu.

W szkoleniu uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska – Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej a także Zofia Zarczuk i Renata Witkowska z Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Suchowoli.

Spotkanie otwarte dotyczące projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (P1)

W dniu 21 listopada w Lublinie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia rozpoczęło cykl spotkań poświęconych projektowi „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”.

Marcin Kędziński, dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, zapoznał uczestników przedsięwzięcia z założeniami największego w tej chwili w Europie projektu informatycznego, realizowanego w ochronie zdrowia. W trakcie spotkania przedstawione zostały informacje na temat roli i głównych korzyści produktów Projektu P1:

- Internetowego Konta Pacjenta
- Elektronicznej recepty
- Elektronicznego skierowania
- Elektronicznego zlecenia na zaopatrzenie
- Elektronicznego zwolnienia
- Portalu Publikacyjnego

Spotkanie w Lublinie było pierwszym z cyklicznie zaplanowanych spotkań. Kolejne planowane są w najbliższych tygodniach. W spotkaniu zorganizowanym w Lubelskim Urzędzie Wojewódzkim uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska – Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej. Szczegółowe informacje o realizacji Projektu P1 zamieszczane są na stronie CSIOZ <http://www.csioz.gov.pl/>.

Głównym celem Projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycz-

nych” (P1), jest budowa elektronicznej platformy usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia umożliwiającej organom administracji publicznej i obywatelom gromadzenie, analizę i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych, w zakresie zgodnym z ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. W Systemie P1 będzie znajdowała się informacja o zdarzeniach medycznych wszystkich obywateli Polski niezależnie od płatnika, a także obywateli Unii Europejskiej i innych krajów, którzy skorzystają ze świadczeń zdrowotnych na terenie Polski.

Realizacja Projektu P1 przyniesie poprawę jakości obsługi pacjentów wynikającą z podniesienia jakości i dostępności informacji o stanie zdrowia pacjenta i jego danych medycznych oraz usprawnienia obsługi pacjenta poprzez umożliwienie realizacji elektronicznych usług związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Cele Projektu są zgodne z celami wyznaczonymi dla Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka na lata 2007-2013 – Priorytet VII Społeczeństwo Informacyjne - Budowa elektronicznej administracji "Dotacje na Innowacje" - "Inwestujemy w Waszą przyszłość". Realizacja Projektu stworzy fundament do poprawy jakości i ciągłości usług świadczonych obywatelom, bezpieczeństwa danych obywateli, zwiększenia liczby e-usług oraz wpłynie na rozwój przedsiębiorczości i wzrost

innowacyjności. Uruchomienie kolejnych usług publicznych za pośrednictwem Platformy P1 stanowi kontynuację długofalowej wizji rozszerzania dostępu do usług publicznych świadczonych drogą elektroniczną. Projekt realizowany jest na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, a zasięg terytorialny efektów prac powstałych w wyniku realizacji Projektu będzie miał charakter ogólnopolski.

Zaplanowane do wdrożenia w ramach Projektu P1 rozwiązania zakładają:

- Tworzenie, gromadzenie, analizowanie i udostępnianie elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentów - dzięki temu dane medyczne będą dostępne dla pacjenta i upoważnionych pracowników medycznych w miejscu i czasie, w którym są potrzebne, aby zapewnić pacjentowi możliwie najwyższy poziom opieki zdrowotnej.
- Elektroniczną obsługę recept, skierowań oraz wsparcia rezerwacji na porady lekarskie - pozwoli to na usprawnienie istotnych z perspektywy pacjenta procesów administracyjnych związanych z ochroną zdrowia.
- Udostępnienie podmiotom nadzorującym i kontrolującym sektor ochrony zdrowia w Polsce wiarygodnych i aktualnych informacji statystycznych pozwalających monitorować i planować działania w tej dziedzinie.
- Wymianę niezbędnych danych medycznych pomiędzy różnymi systemami poszczególnych krajów Unii Europejskiej, zgodnie z założeniami

polityki UE o zapewnieniu interoperacyjności systemów w zakresie ochrony zdrowia.

Geneza Projektu P1

Idea Projektu P1 powstała w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, a główną przesłanką do jego opracowania była potrzeba przystosowania funkcjonującego systemu informacyjnego w sektorze ochrony zdrowia w Polsce do wymogów stawianych krajom członkowskim Unii Europejskiej w ramach budowy europejskiego społeczeństwa informacyjnego. Ważnym czynnikiem był także stan rozwiązań informacyjnych w polskiej ochronie zdrowia: ich różnorodność oraz niezależność. Systemy te nie są w stanie dostarczyć odpowiedniego poziomu wsparcia przy obsłudze pacjentów ani zapewnić integralności i kompletności informacji, a stosowane w nich technologie utrudniają, a często uniemożliwiają wymianę informacji i danych. Realizacja Projektu P1 ma umożliwić prostą wymianę danych między wszystkimi podmiotami.

Należy także pamiętać, że Polski system opieki zdrowotnej charakteryzuje się wysokim poziomem skomplikowania związanym z mnogością i różnorodnością współdziałających w jego ramach podmiotów. Dla zobrazowania skali potrzeb, w celu zapewnienia opieki medycznej ponad 38 mln usługobiorcom działa kilkadziesiąt tysięcy placówek ochrony zdrowia o różnej wielkości – od placówek podstawowej opieki zdrowotnej po duże szpitale wojewódzkie, ponad 12 tysięcy aptek, szereg instytucji nadzorujących, finansujących, ubezpieczających i koordynujących.

Wyrazem akceptacji dla idei Projektu P1, a zarazem jego mocną stroną jest wyszczególnienie go w Indykatoryjnym Wykazie Indywidualnych Projektów Kluczowych Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka (POIG) na lata 2007-2013. W uzasadnieniu podkreślony został między innymi fakt, iż Projekt P1 w sposób szczególny przyczyni się do

realizacji celu VII osi priorytetowej polegającego „na poprawie warunków prowadzenia działalności gospodarczej poprzez zwiększenie dostępności zasobów informacyjnych administracji publicznej oraz usług publicznych w formie cyfrowej dla obywateli i przedsiębiorców”. Ponadto należy podkreślić strategiczne znaczenie Projektu P1 dla rozwoju wspieranego w ramach POIG obszaru społeczeństwa informacyjnego.

Główni Odbiorcy Projektu P1

Dla Projektu zostało określonych sześć grup odbiorców ostatecznych zwanych również interesariuszami. Do bezpośrednio zainteresowanych wynikami wdrożenia projektu P1 możemy zaliczyć następujące grupy:

- Usługobiorcy – 38 597 tys. osób.
- Pracownicy medyczni – 511 610 osób.
- Usługodawcy – 126 156 podmiotów.
- Apteki – 12 458 podmiotów.
- Administracja publiczna – 2,9 tys. podmiotów.
- Płatnicy – Narodowy Fundusz Zdrowia, podmioty realizujące świadczenia resortowe (m.in. MON, MSW, ABW).

Cele Projektu P1

W ramach Projektu zostaną uruchomione systemy informatyczne, które będą stanowić elektroniczną platformę danych medycznych. Ich realizacja będzie odzwierciedlała główny cel Projektu tj. budowę elektronicznej platformy usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia umożliwiającej różnym interesariuszom gromadzenie, analizę i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych.

Cele szczegółowe

Realizacja głównego celu Projektu przekłada się bezpośrednio na osiągnięcie sześciu, niżej wymienionych celów szczegółowych. Ponieważ najważniejszym celem budowy elektronicznej platformy z punktu widzenia priorytetu Projektu P1 jest szeroko rozumiana poprawa jakości świadczeń zdrowotnych, szczególnie istotna z punktu widzenia najliczniejszej grupy użytkowników końco-

wych – pacjentów, hierarchia celów szczegółowych jest usystematyzowana pod kątem osiągania tego celu w pierwszej kolejności.

1. Poprawa jakości obsługi pacjentów

Postrzegana przede wszystkim jako wzmocnienie jakości świadczeń zdrowotnych poprzez podniesienie jakości i dostępności informacji o stanie zdrowia pacjenta i jego danych medycznych. Dodatkowo nastąpi również usprawnienie obsługi pacjenta poprzez umożliwienie realizacji elektronicznych usług związanych ze świadczeniem usług medycznych i ich rozliczaniem (np. elektroniczna recepta, elektroniczne skierowanie czy elektroniczne zwolnienie lekarskie) oraz telemedycyną.

2. Planowanie opieki zdrowotnej

Projekt P1 umożliwi administracji publicznej przeprowadzenie kompleksowych analiz statystycznych w sektorze ochrony zdrowia w oparciu o szeroki zakres wiarygodnych danych. Przyczyni się to do sprawnego planowania i rozwoju obszaru e-Zdrowia w Polsce. Realizacja Projektu będzie stanowić również wsparcie dla sprawowania przez administrację publiczną efektywnego monitorowania świadczeń oferowanych i realizowanych przez usługodawców.

3. Elektroniczne rozliczenia

Realizacja Projektu pozwoli na szybsze oraz łatwiejsze dokonywanie rozliczeń pomiędzy usługodawcami (w tym aptekami), a wybranym płatnikiem.

4. Zarządzanie kryzysowe

W wyniku realizacji Projektu podmioty publiczne (w tym przede wszystkim Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji, Główny Inspektorat Farmaceutyczny, Główny Inspektorat Sanitarny, NFZ oraz pozostali płatnicy) uzyskają możliwość pozyskiwania informacji umożliwiających bieżące monitorowanie i reagowanie na zagrożenia.

5. Zapewnienie interoperacyjności z europejskimi platformami elektro-

nicznymi w zakresie obszaru ochrony zdrowia.

Cel ten będzie realizowany zgodnie z założeniami polityki Unii Europejskiej o zapewnieniu interoperacyjności systemów w zakresie ochrony zdrowia. Elektroniczne systemy opieki zdrowotnej mają współpracować ze sobą w taki sposób, aby obywatelom UE zapewnić swobodę w przemieszczaniu się, przy jednoczesnym zachowaniu bezpiecznego dostępu do ich danych medycznych na terenie całej Wspólnoty. Realizacja tego celu będzie elementem wspierającym podjęte przez Komisję Europejską inicjatywy e-Zdrowia ułatwiające pomoc medyczną dla osób podróżujących do innych krajów i mieszkających za granicą.

6. Zapewnienie wiarygodności danych o zdarzeniach medycznych

Realizacja Projektu ma na celu utworzenie rozwiązań informatycznych, które umożliwią gromadzenie i przetwarzane wiarygodnych danych o zdarzeniach medycznych. Dane te będą mogły być dalej wykorzystywane do celów profilaktyki i leczenia pacjenta, jak również do celów planowania opieki zdrowotnej i zarządzania kryzysowego.

Finansowanie projektu

Projekt „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego

Innowacyjna Gospodarka 2007 – 2013, Priorytet VII Społeczeństwo Informacyjne - Budowa elektronicznej administracji "Dotacje na Innowacje" - "Inwestujemy w Waszą przyszłość".

Całkowity koszt realizacji Projektu wynosi 712 640 000,00 PLN

Dofinansowanie na realizację Projektu to 575 314 000,00 PLN, co stanowi 85% kwoty całkowitych wydatków kwalifikowanych. Pozostałe środki w wysokości 101 526 000,00 PLN (stanowiące 15% wartości) pochodzą z budżetu państwa, którego dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Źródło: <http://www.csioz.gov.pl/>.

Kongres Prawa Medycznego

W dniach 03-04 grudnia 2013r. w Krakowie odbył się II Kongres Prawa Medycznego, w którym miałam możliwość uczestniczyć. Wśród wykładowców dominowali specjaliści z dziedziny nauk prawnych i medycyny.

Główne tematy to:

Błąd medyczny – nowości w orzecznictwie europejskim.

Elektroniczna dokumentacja medyczna jako dowód w postępowaniu cywilnym.

Wpływ procesu karnego na postępowanie cywilne.

Dyrektywa transgraniczna – szanse i zagrożenia dla szpitali oraz pacjentów.

Tortury w opiece zdrowotnej w świetle raportu ONZ, który szczególnie mnie zaintrygował.

Prof. Mendez (specjalny sprawozdawca ONZ ds. tortur) twierdzi, że wiele raportów światowych *dokumentuje szeroką skalę nadużyć wobec pacjentów* znajdujących się pod medycznym nadzorem. Zgodnie z informacjami personel medyczny świadomie lub nie – zadaje ostry ból lub cierpienie z medycznie nieuzasadnionych powodów. Opieka medyczna powodująca dotkliwe cierpienie bez uzasadnienia może być uznawana za złe traktowanie, a jeśli jest z zaangażowaniem państwa i przy specyficznych zamiarach - za tortury.

Kolejnym bardzo ważnym tematem były zakażenia szpitalne – czy pacjent jest zawsze na przegranej pozycji oraz stan sanitarny szpitali i jego znaczenie dla postępowania sądowego. W jednym z wyroków Sądu Apelacyjnego (zakażenie HCV) - w uzasadnieniu podniesiono, że podczas kontroli sanitarno-epidemiologicznych szpitala stwierdzono liczne uchybienia w tym dotyczące procesu dezynfekcji i sterylizacji, a placówka medyczna nie dołożyła należytej staranności. Uznano więc, że zaistniał *związek przyczynowy pomiędzy pobytem a zakażeniem*. Ponadto odpowiedzialność szpitala opiera się na tym, że *zakażenie nieprawidłowo diagnozowano i leczono, a brak informacji o możliwym zakażeniu* wpłynął na opóźnienie leczenia i mniejszą jego skuteczność.

Reasumując - pamiętajmy o należytej staranności w działaniu udzielając świadczeń medycznych, aby uniknąć odpowiedzialności karnej, cywilnej czy zawodowej.

Janina Dziedzic-Płanda
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej PiP

NOWY Projekt systemowy *Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa* współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Funduszu Społecznego.

W ramach tego projektu Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych zaprasza pielęgniarki/pielęgniarzy do udziału w kursie specjalistycznym **Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego.**

Celem projektu jest poprawa jakości opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego. Realizacja projektu stanowi rozszerzenie oferty programowej kształcenia podyplomowego i dostosowanie jej do zwiększonego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską nad osobami starszymi oraz umożliwi podniesienie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek/pielęgniarzy w ramach kursu specjalistycznego w zakresie kompleksowej pielęgniarskiej opieki nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego.

Program kursu opracowany w ramach projektu, stanowi kompendium aktualnej wiedzy z zakresu opieki nad pacjentem w starszym wieku. Został on opracowany przez ekspertów z dziedziny pielęgniarstwa geriatrycznego i geriatry, powołanych do tego celu dzięki porozumieniu Dyrektora CKPPiP z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych. Program został opracowany zgodnie z art. 78 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej i zatwierdzony przez Ministra Zdrowia 13 września 2013r.

W wyniku realizacji programu kształcenia kursu specjalistycznego Kompleksowa opieka pielęgniarska nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego pielęgniarka powinna:

1. postawić diagnozę pielęgniarską, zaplanować i zorganizować opiekę nad osobą w wieku starszym,
2. przedstawić system wsparcia dla osoby w wieku starszym oraz dla jej rodziny / opiekunów,
3. stosować różne formy opieki geriatrycznej mającej na celu utrzymanie samodzielności osób w wieku starszym,
4. dobierać techniki pracy z osobą w wieku starszym uwzględniając fizjologię procesu starzenia,
5. przeprowadzić pomiar stanu zdrowia i ocenę funkcjonowania osoby starszej w środowisku z wykorzystaniem określonych narzędzi,
6. komunikować się z osobą starszą uwzględniając jej możliwości sensoryczne i poznawcze,
7. wspierać osobę starszą w korzystaniu ze sprzętu kompensującego deficyty sensoryczne,
8. edukować osobę starszą, jej rodzinę w zakresie wdrażania zasad żywienia dostosowanych do procesu starzenia się organizmu,

9. wspierać osobę w wieku podeszłym w podejmowaniu i kontynuowaniu działań rehabilitacyjnych,
10. rozpoznawać i rozwiązywać problemy pielęgnacyjne u osób starszych,
11. świadczyć specjalistyczną opiekę nad osobą z zaawansowaną, nieuleczalną chorobą,
12. współpracować z lekarzem, rehabilitantem, pracownikiem socjalnym, opiekunem medycznym i innymi profesjonalistami w zapewnieniu profesjonalnej i całościowej opieki nad osobą starszą w warunkach domowych,
13. wspierać osobę starszą i jej rodzinę/opiekunów podczas nieuleczalnej choroby,
14. wspierać rodzinę/opiekunów osoby starszej w okresie żałoby.

W pełnej wersji jest dostępny na stronie internetowej Centrum www.ckppip.edu.pl

Adresaci kursu - o udział w kursie może ubiegać się każda pielęgniarka, pielęgniarz legitymujący się aktualnym zatrudnieniem w zawodzie na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej lub wykonującym ten zawód w ramach grupowej lub indywidualnej praktyki pielęgniarskiej.

Wsparcie dla uczestników kursu - szkolenie bezpłatne, zapewnienie m.in. materiałów dydaktycznych, żywienia, zwrotu wydatków na dojazd.

Organizatorzy kursu – uprawnione podmioty wyłonione w trybie zamówień publicznych. Pierwsze edycje kursu zostały już w III kwartale 2013r. uruchamiane na obszarze poszczególnych województw. W celu zapewnienia jak największej dostępności do kształcenia procedury przetargowe będą tak przygotowane, aby kursy mogły się odbywać na obszarze działania poszczególnych okręgowych izb pielęgniarek i położnych.

Informacje o organizatorach kursu będą dostępne pod nr telefonu (22) 592 34 50 oraz na stronie internetowej Centrum www.ckppip.edu.pl

Udział w kursie jest szansą dostosowania kwalifikacji pielęgniarek/pielęgniarzy do trendów demograficznych, jednoznacznie wskazujących na postępujący proces starzenia się polskiego społeczeństwa.

Zachęcam Państwa do udziału w projekcie.

Wszelkie aktualne informacje zamieszczane będą na naszej stronie: www.oipip-bp.pl



Złoty Jubileusz Szkoły Medycznej w Łukowie



Rok przygotowani i nadszedł ten dzień, 4 października 2013 r. uroczystość z okazji 50-Lecia Szkoły Medycznej w Łukowie i Zjazd Absolwentów – Liceum Medycznego Pielęgniarstwa, Liceum Medycznego, Zespołu Szkół Medycznych i Medycznego Studium Zawodowego. Tak, tak, to Jubileusz tej Szkoły, której nazwa zmieniała się ciągu 50 lat istnienia. Zmienił się również budynek szkoły i całe zaplecze rekreacyjno – sportowe.

Obchody Jubileuszu szkoły trwały 2 dni, przygotowane perfekcyjnie przez obecną dyrekcję szkoły i Komitet Organizacyjny pod kierownictwem mgr Longiny Król, wieloletniej Dyrektorki szkoły i moją wychowawczynią. Przybywający absolwenci i goście przy rejestracji otrzymali pakiet materiałów z pięknie wydaną monografią szkoły, po czym udali się do pobliskiego kościoła Parafii Bł. Brata Alberta na mszę świętą. Główna gala odbyła się w sali gimnastycznej szkoły z udziałem obecnych i byłych nauczycieli, ważnych osobistości, reprezentantów władz wojewódzkich i lokalnych samorządowych, zaprzyjaźnionych przedstawicieli szkół medycznych i zakładów opieki zdrowotnej oraz nas absolwentów, których trudno było uciszyć, gdyż ciągle jeszcze się rozpoznawałyśmy, wyszukiwałyśmy wzrokiem znajomych twarzy nauczycieli, czemu towarzyszyły radosne odgłosy powitań, pytania, czy to Ty?

Dopiero wkroczenie pocztów sztandarowych nadało poważny charakter uroczystości, następnie gratulacje, podziękowania i odznaczenia osób zasłużonych. Występ grupy obecnych, utalentowanych uczniów szkoły zakończył część oficjalną.

Nastąpiła najbardziej oczekiwana część – wspólne spotkania z nauczycielami, opowiadania, co słyhać i wspomnienia... z czasów szkolnych, radosnych a również tych, które wówczas wydawały się nam przykre, niemiłe a teraz wspominane ze wzruszeniem.

Ze szczególnym sentymentem wspominałyśmy naukę w zabytkowym budynku ówczesnej szkoły, gdzie obecnie znajduje się Powiatowy urząd Pracy.

Moja VA to rocznik 1977, czyli już 36 lat minęło, od kiedy opuściłyśmy mury szkoły i rozprzeczłyśmy się po świecie. Mimo, że spotkałyśmy się na zjeździe po 20 latach, to jednak na kolejny zjazd jechałam podekscytowana, kogo spotkam i czy się jeszcze rozpoznamy i czy fryzjer, kosmetyczka, dieta odchudzająca i kreacja coś pomogą?

No, nie było problemu, gdyż tylko 5 osób przyjechało z mojej klasy. Szkoda, że nawet „miejscowe”, czyli mieszkające i pracujące w Łukowie nie przyszły na spotkanie, ale jeśli Mahomet nie przyszedł do góry..., to poszłyśmy po oddziałach szpitala i znalazłyśmy jedną z koleżanek, zaskoczona, wzruszona zobowiązałyśmy do zmobilizowania pozostałych, aby na następne spotkanie na pewno się stawiły.

Obecna „moja szkoła” nosi nazwę Medyczne Studium Zawodowe im. Janusza Korczaka w Łukowie, nadal kształci młodzież, co prawda już nie w zawodzie pielęgniarki, ale na innych kierunkach medycznych, przez wykwalifikowaną kadrę pedagogiczną, w nowoczesnym wyposażonym budynku, nadal, jak dawniej profesjonalnie przygotowuje do zawodu.

Składam serdeczne podziękowania Komitetowi Organizacyjnemu za możliwość spotkania się po latach, za chwile wzruszeń, wspomnień pięknych lat młodości, okazję do podzielenia się swoimi doświadczeniami w życiu osobistym i zawodowym.

Joanna Głowacka
Absolwentka Liceum Medycznego w Łukowie



Podziękowania



Paniom

Helenie Mazurek

Ewie Bryndziuk

Agnieszce Kopiś

Barbarze Maksymiuk

*W związku z przejściem na emeryturę,
najszerzej podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową,
życzliwość, koleżeńskość i serdeczność,
oraz życzenia dobrego zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym
w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
składa Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP*



Pani Danucie Weremczuk

*Zajmującej stanowisko Naczelnej Pielęgniarki
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej w latach 1999-2010
serdeczne podziękowania za profesjonalizm, oddanie, godne reprezentowanie zawodu
pielęgniarki, cierpliwość, wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności
i radości w życiu osobistym w związku z przejściem na emeryturę.*

*Dziękujemy za Pani zaangażowanie,
uczestniczenie we wszystkich inicjatywach samorządu zawodowego.*

*Z nadzieją na dalszą współpracę
Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej*



*...Cicha noc, święta noc,
gdy wiatr zimny śniegiem dmucha,
w serca radosne i smutne
po cichu wstępuje otucha.
właśnie tego wieczoru,
To od bardzo wielu wieków,
przy słowach tkliwej kolędy
Bóg rodzi się w człowieku...*

*Spokojnych, rodzinnych Świąt Bożego Narodzenia
oraz łask Bożych
w zdrowiu, szczęściu, powodzeniu w życiu osobistym i zawodowym
w nadchodzącym Nowym 2014 Roku
Wszystkim byłym i czynnym zawodowo
Pracownikom Ochrony Zdrowia i Ich najbliższych
Życzy
Przewodnicząca ZZPOZ
Eugenia Denicka*

Gratulacje

„Musicie od siebie wymagać, nawet gdyby inni od was nie wymagali”.
Jan Paweł II



**W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
serdeczne gratulacje i słowa uznania dla włożonego wysiłku
z okazji uzyskania tytułu specjalisty Pani/ Panu**

Magdalena Zień

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego



Tomasz Chadaj

Waldemar Chadaj

Bogumiła Chmielarz

Andrzej Duda

Tomasz Kaluszyński

Marta Kasztelańska

Ewa Korniluk

Krzysztof Łajtar

Tomasz Sarzyński

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego



Irena Błędowska

Ewa Chodakowska

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego



Mirosława Ognik

Marta Olichwiruk

Teresa Popielewicz

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego



Beata Gontarczyk

Agnieszka Smolińska

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego



Marzena Frenchowicz

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego

życzę wielu sukcesów, wytrwałości w doskonaleniu zawodowego warsztatu,
powodzenia w realizacji zamierzonych celów, pomyślności w życiu osobistym i zawodowym

Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP

Gratulacje z okazji uzyskania tytułu zawodowego magister pielęgniarstwa

Trzech absolwentów z terenu działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, ukończyło w roku akademickim 2012/2013 studia II stopnia na kierunku Pielęgniarstwo na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym:

Pani Agnieszka Wińska
w Państwowej Wyższej Szkole Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży:

Pan Mirosław Tchórzewski
Pan Stefan Siwek



W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej koleżance i kolegom z okazji ukończenia studiów i obrony pracy magisterskiej składam serdeczne gratulacje oraz życzenia wielu pięknych chwil, radości i dobra płynącego z sukcesów naukowych i zawodowych.

Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP

PODZIĘKOWANIE

Na ręce Pani mgr Barbary Cydejko Oddziałowej oddziału Położnictwa i Ginekologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej pragnę złożyć serdeczne słowa podziękowań.

Dziękuję za świetnie prowadzone zajęcia i przygotowanie do porodu - w Szkole Rodzenia. Cenię sobie wysoką wiedzę i umiejętności Pani Magister oraz położnych prowadzących zajęcia, a także dar podejścia do ciężarnych, zwłaszcza tych, które pierwszy raz będą rodziły i są w stresie i niewiedzy jak to będzie. Jest Pani osobą konkretną i bardzo rzeczową, co nam przyszłym mamom bardzo odpowiada i pomaga.

Za Pani pośrednictwem składam ogromne podziękowania za dar obecności przy mnie Pani Położnej Małgorzaty Serdakowskiej i pomoc w tym trudnym dla mnie etapie porodu.

To jej zawdzięczam właściwe i szczęśliwe rozwiązanie.

Każdej kobiecie rodzącej życzę aby towarzyszyła jej Pani MAŁGOSIA.

Dziękuję i polecam się w przyszłości.

Korzystając z okazji za pośrednictwem Pani Oddziałowej składam Pani i całemu zespołowi Oddziału Położnictwa i Ginekologii najserdeczniejsze życzenia Świąteczne i Noworoczne, odważnych pacjentek i satysfakcji z pracy.

Wszystkiego Dobrego.

Izabela Wojtaszek-Prystupa z Mężem i córcią Nikolą



**Z okazji Świąt Bożego Narodzenia
serdeczne życzenia**

**prawdziwie radosnych chwil w gronie najbliższych,
odpoczynku od codzienności i zadumy nad tym, co naprawdę ważne w życiu.
Nowy Rok niech przyniesie Wszystkim spełnienie marzeń, dużo zdrowia,
nadziei na lepsze jutro oraz siły do podejmowania nowych wyzwań.**

życzy

Teresa Samozuk

*Przewodnicząca Koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
działającego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej*



DZIAŁ PRAWNY

ZGŁASZANIE NIEPOŻĄDANYCH DZIAŁAŃ PRODUKTÓW LECZNICZYCH PRZEZ PACJENTÓW, ICH PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH LUB OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH

Podstawowe informacje i wskazówki

Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2010/84/UE z dnia 15 grudnia 2010r. zmieniającej – w zakresie nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii – dyrektywę 2001/83/WE w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi pacjenci, ich przedstawiciele ustawowi i opiekunowie faktyczni, zyskali uprawnienia do bezpośredniego zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych (zwanymi dalej „ndl”), których doświadczyli lub które obserwowali u osób trzecich.

Do tej pory ważne z prawnego punktu widzenia były jedynie opisy przypadków potwierdzone przez fachowego pracownika opieki zdrowotnej.

W zmianie przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne, mającej na celu transpozycję przepisów ww. dyrektywy, a tym samym usprawnienie systemu nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii, znalazły się liczne nowe rozwiązania, między innymi poszerzenie kręgu osób uprawnionych do przekazywania opisów ndl.

Decyzja o wprowadzeniu możliwości zgłaszania pojedynczych przypadków działań niepożądanych przez samych pacjentów albo ich przedstawicieli bądź opiekunów, oparta została na wieloletnich obserwacjach i prowadzeniu specjalnych programów pilotażowych w kilku państwach (Wielka Brytania, Holandia, kraje skandynawskie). Programy zachęcające pacjentów do zgłaszania ndl wykazały, że informacje od nich, jako osób bezpośrednio i najbardziej zainteresowanych skutkiem leczenia stanowią uzupełnienie danych otrzymywanych od lekarzy czy farma-

ceutów. Co więcej, stwierdzono, że pacjenci wcześniej niż lekarze zgłaszają nowe, dotychczas nieopisane ndl – czyli te informacje, na których wszystkim najbardziej zależy. Zwracają także uwagę na inne objawy niż ich lekarze.

CO ROZUMIEMY POD POJĘCIEM DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO

Dyrektywa 84/2010/UE stanowi, iż działaniem niepożądanym produktu leczniczego jest każde niekorzystne i niezamierzone działanie produktu leczniczego.

Docelowo znowelizowane przepisy ustawy Prawo Farmaceutyczne będą również wskazywały, iż działaniem niepożądanym produktu leczniczego jest działanie, które należy utożsamiać nie tylko z niekorzystnym i niezamierzonym skutkiem stosowania tegoż produktu w sposób dozwolony, ale także ze skutkiem niewłaściwego stosowania, stosowania poza warunkami określonymi w pozwoleniu na dopuszczenie do obrotu, w tym stosowania niezgodnego z przeznaczeniem, wynikającym z przedawkowania produktu leczniczego albo błędu medycznego w stosowaniu produktu leczniczego.

Uwaga: możemy mówić o niepożądanym działaniu leku – gdy rozpatrujemy problem od strony stosowanego produktu leczniczego lub o reakcji niepożądaney gdy rozpatrujemy problem od strony pacjenta (czyli chodzi o działanie leku lub reakcję pacjenta).

Oznacza to, że za działanie niepożądane możemy uważać każdą nieprzyjemną, niepokojącą czy wręcz szkodliwą reakcję, która pojawia się w trakcie, czy na skutek stosowania jednego lub

wielu leków. Niekiedy reakcja taka może wystąpić nawet po zakończeniu leczenia.

Pojęcie to obejmuje więc wiele sytuacji występowania ndl:

1. gdy stosuje się lek zgodnie ze wskazaniami i w zalecanej dawce,
2. gdy stosuje się lek we wskazaniach innych od tych, które zawarte są w ulotce, czyli informacji dla pacjenta,
3. gdy nadużywa się leku,
4. gdy stosuje się lek w celach pozamedycznych,
5. gdy przedawkuje się lek – świadomie lub nieświadomie,
6. w wyniku popełnienia błędu w stosowaniu leku.

Niektóre z tych sytuacji wymagają dodatkowego komentarza - między innymi ta, opisana w punkcie drugim, czyli stosowanie leku poza zatwierdzonymi wskazaniami.

Stosowanie takie bywa, ale nie musi być błędem. Zdarza się, że lekarz na podstawie posiadanej wiedzy, nowszej od tej, na podstawie której napisano ulotkę o leku zaleci stosowanie danego preparatu w innym wskazaniu. Decyzja ta powinna być jednak poparta np. znajomością wyników badań, udowadniających bezpieczeństwo i stosowanie danego leku w takim wskazaniu, faktem istnienia zaleceń towarzystw naukowych o możliwości takiego stosowania leku itd. Dosty często stosowane są leki w innych grupach wiekowych, od tych wymienionych w ulotce o leku. Dotyczy to przede wszystkim stosowania leków u dzieci.

Lekarze przepisują dany lek dziecku na podstawie danych dotyczących leczenia tym lekiem dorosłych. Nie jest to sytuacja prawidłowa, ale gdy jest to jedyna możliwość leczenia, a brak wie-

lu danych o stosowaniu leku w pediatryi, podejmuje się decyzję na podstawie dostępnej wiedzy i jest to akceptowane.

Nie można natomiast dać przyzwolenia na stosowanie leku w odmiennych wskazaniach, gdy brak jest ku temu przesłanek naukowych.

Stosowanie leku poza wskazaniami (tzw. „off label use”) należy odróżnić od stosowania leku w celach pozamedycznych, które oznacza np. zażywanie leku w celach odurzenia, czyli nie mającym nic wspólnego z leczeniem.

Komentarza wymaga też sytuacja opisana w punkcie 6 czyli błąd w stosowaniu leku.

Pod pojęciem tym należy rozumieć nieświadome popełnienie błędu w przepisaniu, wydaniu lub podaniu leku, który stosowany jest pod kontrolą lekarza lub samodzielnie przez pacjenta, a także gdy lek podany jest przez członka rodziny/opiekuna. Mamy więc do czynienia z różnymi błędami np. wydaniem innego leku z apteki w wyniku błędnego odczytania recepty, podaniem leku niewłaściwą drogą np. dożylnie zamiast domięśniowo, błędem w obliczeniu właściwej dawki leku itp. Błąd może popełnić lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny, farmaceuta, pacjent, osoba z rodziny czy opiekun podający lek pacjentowi.

Zgłoszeniu podlegają zatem wszystkie przypadki, gdy lek podany prawidłowo lub nie przyniesie pacjentowi szkodę. Pod pojęciem szkody należy rozumieć zarówno nieznaczne i przemijające objawy jak np. uczucie suchości w jamie ustnej jak i ciężkie powikłania polekowe, takie np. jak uszkodzenie wątroby, wstrząs anafilaktycznych, zatrzymanie moczu, zaburzenia pracy serca i wiele innych.

JAKICH PRODUKTÓW LECZNICZYCH POWINNY DOTYCZYĆ ZGŁOSZENIA REAKCJI NIEPOŻĄDANYCH?

Zgłoszeniu podlegają reakcje niepożądane związane ze stosowaniem jakiegokolwiek leku.

Może być to:

- lek przepisany przez lekarza i stosowany pod jego kontrolą np. insulina,
- lek dostępny bez recepty, stosowany samodzielnie np. aspiryna,
- lek syntetyczny np. ibuprofen,

- preparat ziołowy np. Krople nasercowe, Mięta fix
- preparat jednoskładnikowy np. paracetamol
- preparat wieloskładnikowy np. preparat wielowitaminowy, mieszanka ziołowa
- preparat homeopatyczny.

W kompetencjach i zadaniach Urzędu Rejestracji nienależny zbieranie i ocena niepożądanych działań wynikających ze stosowania suplementów diety, także tych, które dostępne są w aptece.

CIĘŻKIE I POWAŻNE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

Za ciężkie z prawnego punktu widzenia uznaje się działania niepożądane, które powoduje:

- zgon pacjenta
- zagrożenie życia
- konieczność leczenia szpitalnego lub jego przedłużenie
- trwale lub znaczne inwalidztwo
- wady rozwojowe płodu
- inne, które lekarz według swojego stanu wiedzy uzna za ciężkie.

O kwalifikacji działania niepożądanego do działań poważnych decyduje stopień jego nasilenia – tzn. reakcja może być łagodna, o średnim nasileniu, o dużym nasileniu. Reakcja może nie podlegać wymienionym powyżej kryteriom reakcji ciężkiej, ale może występować z dużym nasileniem np. silny ból głowy. Może również wystąpić przypadek, gdy nasilenie reakcji decyduje o tym czy jest ona ciężka np. biegunka o takim przebiegu, że wymaga leczenia szpitalnego.

Zgłaszać można reakcje niepożądane niezależnie od tego, czy uważa się je za ciężkie czy nie. Istotne jest podanie w opisie przypadku stopnia nasilenia reakcji, szczególnie gdy nasilenie jej było duże.

MINIMUM INFORMACJI

Aby zgłoszenie można było uznać za ważne z prawnego punktu widzenia, co przewidują przepisy nowelizowanej ustawy Prawo farmaceutyczne, musi zawierać ono kilka niezbędnych danych takich jak:

- nazwa produktu leczniczego
- opis reakcji niepożądanej (wymienienie co najmniej jednego objawu)

- dane chorego (inicjały, płeć lub inne dane identyfikujące chorego)
- dane osoby zgłaszającej (imię, nazwisko, sposób kontaktu – adres, telefon, faks, e-mail)

Gdy przyjrzymy się zakresowi tych informacji to widać z nich jasno, że uznanie ważności zgłoszenia nie jest jednoznaczne z podaniem wszystkich danych potrzebnych, czy wręcz koniecznych do oceny przypadku. Wśród wymaganych danych brak np. powodu podania leku, postaci leku (tabletki, zastrzyk, syrop itd.), dawki leku, drogi jego stosowania (doustnie, dożylnie, domięśniowo, na skórę itd.), czasu stosowania itd.

Dlatego też zachęcamy do jak najbardziej szczegółowego opisu z podaniem wszystkich dostępnych informacji.

Od osoby zgłaszającej nie oczekujemy dokonywania oceny przypadku, w tym ustalania związku przyczynowo-skutkowego między lekiem a reakcją. Zadanie to leży w obowiązkach Urzędu Rejestracji. Prosimy jednak o podanie pełnego opisu, ażeby w sposób prawidłowy można było wyciągnąć wnioski.

PODSTAWOWE DANE WARTO PRZYTOCZENIA

1. Dane o produkcie leczniczym (leku) – należy podać nazwę leku, który podejrzewa się o wywołanie działania niepożądanego. Może zaistnieć sytuacja, że pacjent przyjmuje więcej niż jeden preparat. Wówczas powinno się wymienić nazwy wszystkich stosowanych leków. Istotna jest informacja o dawce produktu np. tabletki 200 mg lub syrop 5 mg/ml i sposobie stosowania leku – ile razy na dobę, w jakich dawkach. Część leków bywa stosowana przewlekłe. Warto to zaznaczyć. Nie jest konieczne podanie daty rozpoczęcia stosowania leku, o ile nie pamięta się takiej informacji. Wystarczająca jest wiadomość, że lek stosuje się od wielu lat, kilku lat, kilku miesięcy, kilku tygodni itp. Jest to ważne, ponieważ jeżeli chory przyjmuje od lat jakiś lek i nie występują u niego żadne reakcje niepożądane, a pojawiają się one z chwilą rozpoczęcia stosowania kolejnego leku, to można podejrzewać, że to ten nowy lek powoduje działanie

- niepożądane lub reakcja ta wywołana jest np. wzajemnym oddziaływaniem (interakcją) między lekami.
2. Ważne dla pacjenta jest również upewnienie się, czy lek stosowany jest zgodnie z zaleceniem lekarza lub wskazówkami zawartymi w ulotce dla pacjenta. Niektóre działania leków mogą np. występować gdy zażywa się lek na czczo, a nie pojawiają się gdy lek przyjmowany jest po posiłku. Zwykle zaleca się popijanie leków przyjmowanych doustnie co najmniej połową szklanki wody, czasami wskazane jest przebywanie w pozycji siedzącej i wstrzymanie się z położeniem się przez kilkanaście minut po zażyciu leku itd.
 3. Dane o reakcji niepożądaney – należy opisać możliwie dokładnie reakcję, uwzględniając jej nasilenie, czas trwania - i o ile ustąpiła, napisać czy reakcja ustąpiła sama czy w wyniku stosowania leczenia. Ważne jest podanie przyczyny stosowania leku np. ból zęba, dolegliwości żołądkowe, nadciśnienie, zapalenie spojówek itd. Jeżeli reakcja nie ustąpiła, to należy podać czy się zmniejsza czy nasila, czy stosuje się jakieś leczenie ndl, czy lek spowodował trwale następstwa u pacjenta.
 4. Dane pacjenta – należy podać dane identyfikujące pacjenta - inicjały, płeć, wiek. Przydatne do oceny są również informacje o wzroście i masie ciała- szczególnie w przypadku dzieci oraz osobach dorosłych o nietypowym wzroście i masie ciała. Dawkowanie leku u dorosłych zakłada, że przeciętny pacjent ma około 70 kg. W przypadku pacjentów o dużo większej masie ciała nieskuteczność leczenia może wynikać z nieuwzględnienia konieczności zwiększenia dawki, natomiast w przypadku osób niskich, o małej masie ciała przeciętna zalecana dawka może okazać się za duża i w konsekwencji jej przyjęcia może dojść do przedawkowania leku.
 5. Dane osoby zgłaszającej – dane te muszą zostać podane w każdym

- przypadku, z uwzględnieniem imienia, nazwiska, pełnego adresu lub numeru telefonu/faksu/adresu elektronicznego.
6. Dodatkowe informacje Jeżeli dostępne są takie dane, to należy podać, czy lek który wywołał reakcję niepożądaną był już w przeszłości stosowany i czy wówczas też spowodował podobną reakcję. Ważna jest także informacja czy chory jest na coś uczulony. Jeżeli zgłoszenie dotyczy działania niepożądanego u noworodka należy podać nazwy leków przyjmowanych w ciąży przez matkę dziecka. Nie zawsze wszystkie dane są dostępne w chwili przekazywania opisu przypadku. Wówczas po uzyskaniu dodatkowych danych należy je przekazać. Wskazane jest zamieszczenie informacji, że jest to uzupełnienie opisu przypadku już przekazanego.

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Wymóg podania danych osobowych i informacji w jaki sposób można skontaktować się z osobą zgłaszającą wynika z konieczności zapewnienia możliwości uzupełnienia danych o przypadku, niezbędnych do jego oceny.

Urząd Rejestracji zobowiązany jest do zachowania poufności, i dane te nie są udostępniane osobom trzecim.

SPOSÓB POSTĘPOWANIA ZE ZGŁOSZENIEM

Każde zgłoszenie jest oceniane najpierw pod kątem formalnym- czy zawiera wymagane dane, potem merytorycznie.

Opis przypadku po stwierdzeniu istnienia związku przyczynowo-skutkowego między lekiem a reakcją jest tłumaczony na język angielski i przesyłany do centralnej bazy danych Światowej Organizacji Zdrowia oraz do unijnej bazy danych Eudravigilance.

KORZYŚCI WYNIKAJĄCE ZE ZGŁASZANIA NIEPOŻĄDANYCH DZIAŁAŃ LEKÓW

Dane wysłane z Polski , tak jak informacje z pozostałych krajów wzboga-

cają wiedzę o leku, pozwalają na określenie grup pacjentów, dla których dany lek stanowi właściwy wybór i można się spodziewać, że przyniesie im korzyść terapeutyczną przy możliwie najmniejszym zagrożeniu wystąpienia działań niepożądanych.

Dzięki zebranych informacjom można określić dla jakich pacjentów lek jest przeciwwskazany, jakie czynniki ryzyka np. współistniejące choroby zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia działań niepożądanych, którzy pacjenci powinni stosować lek w mniejszych dawkach itd.

Poznanie informacji dodatkowych takich jak np. nawyki żywieniowe stwarza możliwość zidentyfikowania tych składników, które nie powinny być spożywane w przypadku stosowania konkretnych leków. Tak np. jest w przypadku zażywania leków przeciwzakrzepowych acenokumarolu i warfaryny. W czasie ich stosowania nie należy spożywać niektórych zielonych warzyw takich jak kapusta, brukselka, szparagi czy owoców awokado, nie należy też ich popijać sokiem żurawinowym.

Stale uzupełniana wiedza, poznawana i gromadzona dzięki zgłoszeniom opisów przypadków wraca do lekarza i pacjenta w postaci nowej informacji o lekach, w tym wskazówek ich stosowania zapewniających jak największe bezpieczeństwo.

Trzeba być świadomym faktu, że nie ma działającego leku, który nie wywoływałby przynajmniej w niektórych przypadkach i u niektórych pacjentów reakcji niepożądanych.

Pełna wiedza o leku pozwala na świadomy wybór najlepszego leku dla konkretnego pacjenta znajdującego się w danej sytuacji klinicznej.

Świadomość istniejącego ryzyka związanego ze stosowaniem leku powinna warunkować racjonalne działania, w tym wstrzymanie się od zamiany leku na nowszy np. szeroko reklamowany, jeżeli ten który przyjmujemy jest skuteczny i bezpieczny.

Źródło: <http://dzialananiepozadane.urpl.gov.pl/dn-info>

Czy pielęgniarka POZ z ukończonym kursem kwalifikacyjnym pielęgniarki środowiskowej może samodzielnie zdejmować szwy i robić opatrunki jeżeli nie posiada kursu specjalistycznego "Leczenie ran"?

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej z ukończonym kursem kwalifikacyjnym pielęgniarki środowiskowej nie może samodzielnie zdejmować szwów i robić opatrunków, jeżeli nie posiada kursu specjalistycznego "Leczenie ran".

Zasady wykonywania zawodu pielęgniarki regulują przepisy ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) - dalej u.z.p.p. wraz z przepisami wykonawczymi oraz w niektórych zagadnieniach inne przepisy szczególne. W art. 11 ust. 1 u.z.p.p. nałożono na pielęgniarkę obowiązek wykonywania zawodu z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, przy wykorzystaniu wskazań aktualnej wiedzy medycznej. Zgodnie z art. 15 ust. 1 u.z.p.p. pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. Ramowy program kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek nie przewiduje w programie nauczania i wykazie umiejętności czynności polegających na samodzielnym zdejmowaniu szwów i wykonywaniu opatrunków. Natomiast rozporządzenie 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) - dalej r.z.ś.z. w § 1 ust. 1 pkt 3 lit. h stanowi, że pielęgniarka uprawniona jest do doboru sposobów i opatrzywania oparzeń, ran, odleżyn (do III st. włącznie) oraz przetok, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego, oraz zgodnie z § 1 ust. 1 pkt 3 lit. i r.z.ś.z. do zdejmowania szwów, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego. Wskazując na uprawnienia pielęgniarki w zakresie udzielania świadczeń samodzielnie bez zlecenia lekarskiego należy mieć na uwadze treść § 9 r.z.ś.z., w myśl którego pielęgniarka, położna przy podejmowaniu

czynności związanych z samodzielnym wykonywaniem świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych nie powinna wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe, a w szczególności podejmować czynności wymagających umiejętności zawodowych uzyskiwanych w drodze doskonalenia zawodowego w odpowiedniej formie kształcenia podyplomowego.

Ramowy program kursu specjalistycznego "Leczenie ran Nr 11/07 program przeznaczony dla pielęgniarek" w "Celu kształcenia" zawiera zapewnienie opieki choremu z raną, w tym z raną odleżynową do III st. włącznie, oparzeniową, owrzodzeniową i przetoką oraz zdejmowanie szwów.

W wyniku ukończenia kursu pielęgniarka powinna:

- ocenić stan zagrożenia życia chorego z raną;
- dokonać podziału ran;
- zaopatrzyć ranę;
- zaopatrzyć przetokę;
- zorganizować bezpieczny transport chorego z raną;
- scharakteryzować choroby ogólnoustrojowe wpływające na proces gojenia rany;
- omówić fazy gojenia się rany;
- ocenić proces gojenia się rany;
- scharakteryzować ogólnoustrojową reakcję organizmu na ranę;
- omówić metody leczenia ran;
- omówić powikłania w gojeniu się rany;
- zastosować strategię TIME w leczeniu ran przewlekłych;
- ocenić ryzyko odleżyn;
- zastosować działania zapobiegające wystąpieniu odleżyn;
- ocenić stopień odleżyny;
- ocenić stopień i powierzchnię oparzenia;
- przygotować chorego z raną oparzeniową do przeszczepu skóry;
- scharakteryzować rodzaje znieczulenia stosowane w opracowaniu ran;
- zapewnić opiekę choremu, u którego zastosowano znieczulenie;
- ocenić i łagodzić ból u chorego z raną;

- usunąć szwy z rany;
- nauczyć chorego postępowania z raną i blizną;
- zapobiegać zakażeniu rany;
- rozpoznać zakażenie rany;
- postępować w przypadku zakażenia rany;
- pobrać materiał z rany do badania mikrobiologicznego;
- scharakteryzować przewlekłą niewydolność żylną;
- wykonać badanie wskaźnika kostka/ramię;
- zinterpretować wyniki badań biochemicznych w profilaktyce i leczeniu ran;
- założyć opatrunek kompresyjny na kończynę;
- współpracować z zespołem terapeutycznym w zakresie leczenia, rehabilitacji i żywienia chorego z raną;
- prowadzić dokumentację opieki nad chorym z raną;
- powadzić edukację chorego i jego rodziny.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 z późn. zm.) w katalogu świadczeń przewidzianych dla pielęgniarki POZ przewiduje w części I ust. 1 pkt załącznika nr 2 wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816) w załączniku nr 2 zakres zadań pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w części II pkt A zakres zadań pielęgniarki POZ w ust. 6 świadczenia lecznicze zawiera w pkt 3 zakładanie opatrunków na rany, odleżyny, oparzenia, w pkt 8 zdejmowanie szwów.

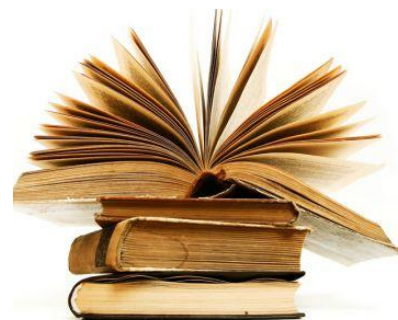
Uwzględniając zatem powyższe przepisy prawa, a w szczególności art. 11 ust. 1 u.z.p.p., pielęgniarka POZ może samodzielnie zdejmować szwy i robić opatrunki, pod warunkiem ukończenia kursu specjalistycznego "Leczenie ran".

Autor Iwona Choromańska
Serwis Prawo i Zdrowie



KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE

Oferty edukacyjne



Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych na Rzecz Rozwoju i Doskonalenia Zawodowego NOSTRUM

Szanowni Państwo,

Uprzejmie informuję, iż Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych na Rzecz Rozwoju i Doskonalenia Zawodowego „NOSTRUM” Białej Podlaskiej w najbliższym czasie planuje uruchomienie następujących form kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:

1. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie **Pielęgniarstwa chirurgicznego**
2. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie **Pielęgniarstwa zachowawczego**
3. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie **Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki**
4. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie **Pielęgniarstwa psychiatrycznego**
5. Kurs specjalistyczny **Podstawy opieki paliatywnej**
6. Kurs specjalistyczny **Leczenie ran** – /dla pielęgniarek

Ponadto oferujemy:

Kursy kwalifikacyjne w dziedzinie:

1. Pielęgniarstwa opieki długoterminowej /dla pielęgniarek
2. Pielęgniarstwa ratunkowego /dla pielęgniarek/
3. Pielęgniarstwa rodzinnego /dla pielęgniarek/
4. Pielęgniarstwa operacyjnego /dla pielęgniarek i położnych/
5. Pielęgniarstwa pediatrycznego /dla pielęgniarek/
6. Pielęgniarstwa kardiologicznego

Kursy specjalistyczne:

1. Resuscytacja krążeniowo oddechowa /dla pielęgniarek i położnych/
2. Wykonywanie i interpretacja zapisu EKG / dla pielęgniarek i położnych/
3. Szczepienia ochronne /dla pielęgniarek /
4. Edukator w cukrzycy /dla pielęgniarek i położnych/
5. Szczepienia ochronne /dla położnych /

Szczegółowe terminy rozpoczęcia kursów uzależnione są od zapotrzebowania środowiska i ilości wpływających wniosków zgłoszeniowych.

Zapraszamy na stronę stowarzyszenia - www.nostrumbp.pl

Anna Kaliszuk
Prezes

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej

Informuję, że w ofercie edukacyjnej kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej posiada:

- 1/. kurs kwalifikacyjny w dziedzinie *organizacji i zarządzania* przeznaczony dla pielęgniarek i położnych,
- 2/. kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa *anestezjologicznego i intensywnej opieki* przeznaczony dla pielęgniarek,
- 3/. kurs specjalistyczny *komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie (Nr 09/07)* przeznaczony dla pielęgniarek i położnych,
- 4/. kurs specjalistyczny *resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka (Nr 01/07)* przeznaczony dla pielęgniarek i położnych,
- 5/. kurs specjalistyczny *szczepienia ochronne (Nr 03/08)* przeznaczony dla pielęgniarek,
- 6/. kurs dokształcający *cewnikowanie pęcherza moczowego* przeznaczony dla pielęgniarek.

Jednocześnie informuję, że w 2014 roku planujemy przeprowadzić kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa *anestezjologicznego i intensywnej opieki* i kurs specjalistyczny *szczepienia ochronne (Nr 03/08)*. Inne kursy w zależności od skompletowania grupy.

Joanna Kozłowiec

INSTYTUT „POMNIK – CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”

zaprasza pielęgniarki / położne do udziału w VIII edycji
specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego

Termin rozpoczęcia specjalizacji kwiecień 2014r

Tryb kształcenia: **mieszany**

Czas realizacji programu: **18 miesięcy**

Warunki kwalifikacji:

1. złożenie u organizatora specjalizacji kompletu wymaganych dokumentów:

- a. wniosek o dopuszczenie do specjalizacji,
- b. dokument potwierdzający staż pracy w zawodzie,
- c. xerokopię prawa wykonywania zawodu,
- d. zgodę zakładu pracy na oddelegowanie na czas szkolenia,
- e. w przypadku ubiegania się o zaliczenie części dydaktycznego materiału programu (dotyczy osób spełniających wymogi Rozporządzenia MZ z dnia 29 października zapisane w § 6 i § 7).
 - xerokopię dokumentu ukończenia specjalizacji w innej dziedzinie.

Koszt całkowity specjalizacji w *dziedzinie* pielęgniarstwa epidemiologicznego wynosi **4 900 zł**.

Możliwość rozłożenia opłaty na dogodne raty

Zgłoszenia udziału w specjalizacji prosimy nadsyłać do dnia 17.03.2014r. na adres:

Dział Organizacji Pracy Pielęgniarki,

Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka”, Al. Dzieci Polskich 20, 04 – 730 Warszawa,

Tel. (22) 815 – 12 – 39, fax. (22) 815 – 12 – 39, e-mail: a.czarnecka@czd.pl

Formularze wniosków znajdują się na stronie internetowej IP CZD : www.czd.pl

Informacje dodatkowe: Kierownik Specjalizacji – 601 360 527 mgr Grażyna Piegoń,

Dział Organizacji Pracy Pielęgniarskiej tel. 815–12–39 (mgr Agnieszka Czarnecka).



REFERATY

Kontynuacja cyklu publikacji pt. *Żywność, żywienie a zdrowie* *Leki a żywność – interakcje (2)*

Tłuszcze a leki

Pożywienie bogate w tłuszcze przedłuża czas przejścia większości leków przez przewód pokarmowy i opóźnia ich dojście do tych odcinków jelita, w których się one wchłaniają, osłabiając ich działanie. Są jednak leki które dobrze rozpuszczają się w tłuszczach

Karoten, czyli prowitamina A, zawarty w soku z marchewki również łatwiej będzie się wchłaniał, jeśli po wypiciu soku zjemy kromkę chleba posmarowanego masłem.

Tłuszcze zawarte w znacznej ilości w niektórych pokarmach (bekonie, smażonych jajkach, smalcu, dużej ilości masła, pełnotłustym mleku) nasilają i przyspieszają wchłanianie leków o dużej lipofilności, co wpływa na bardzo dobrą rozpuszczalność tych leków w tłuszczach emulgowanych przez kwasy żółciowe. Emulsja tłuszczowa, która staje się nosicielem dla leku, zwiększa jego wchłanianie. Zjawisko to zachodzi nie tylko w czasie posiłku, lecz nawet w czasie krótszym niż godzina przed i 2 godz. po spożyciu pokarmu bogatotłuszczowego.

Do leków, których wchłanianie zwiększa się podczas jednoczesnego spożycia tłuszczu pokarmowego, należą:

- leki przeciwgrzybicze (gryzeofulwina)
- leki przeciwpierwotniakowe (atokawon)
- leki przeciw pasożytnicze (albendazol, mebendazol)
- trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne
- leki beta-adrenolityczne (atenolol, metoprolol, propranolol)
- preparaty teofiliny

Zwiększone wchłanianie wymienionych leków zastosowanych w standardowych dawkach może stać się przyczyną nasilenia ich działania oraz wystąpienia działań niepożądanych i toksycznych. Dlatego należy zawsze przestrzegać chorych przed tą niebezpieczną interakcją, przedstawiając jak temu zapobiec.

Wpływ białek na działanie leków.

Białka zawarte w dużych ilościach w jednostronnej diecie bogatobiałkowej mogą utrudniać wchłanianie niektórych leków, ponieważ mogą tworzyć z nimi trudno rozpuszczalne połączenia, z których leki są uwalniane bardzo powoli lub wcale. Kofeina zawarta w lekach przeciwbólowych lub pobudzających, przyjętych po posiłku bogatym w białka, na przykład po wypiciu mleka ma działanie 30% słabsze, niż wtedy gdy jest przyjęta na pusty żołądek.

Oddziaływanie składników mineralnych na leki.

Składniki mineralne takie jak: wapń, magnez, żelazo, zawarte w produktach spożywczych, łatwo tworzą trudno rozpuszczalne połączenia z których leki są bardzo powoli lub nie są uwalniane wcale.

Mleko jest bogatym źródłem wapnia i stwierdzono, że utrudnia wchłanianie przyjętych jednocześnie leków należących do grupy tetracyklin. Stosowane są one w leczeniu ostrych stanów zapalnych i łatwo tworzą połączenia z wapniem, co bardzo osłabia ich oddziaływanie na organizm.

Błonnik pokarmowy a leki.

Błonnik nie jest trawiony w przewodzie pokarmowym człowieka, przyspiesza perystaltykę jelit i wydalanie kału, ale w żołądku pokarm za-

wierający duże ilości błonnika zalega dłużej. Ma to jednak niekorzystny wpływ na wchłanianie wielu leków, które zalegają dłużej w żołądku i później dostają się do miejsc wchłaniania w jelitach, a wydalane są stamtąd szybciej.

Błonnik ma działanie absorpcyjne i pochłania wiele substancji w p. pokarmowym, m.in. leki które są z niego szybciej usuwane, a działanie ich jest słabsze.

Leki, które zostały przyjęte na pusty żołądek bardzo drażnią błonę śluzową, pobudzają owrzodzenia żołądka i jelit. Takie leki należy przyjmować zawsze po posiłku, chociaż sam pokarm lub jego poszczególne składniki osłabiają lub opóźniają ich wchłanianie a tym samym i ich oddziaływanie na organizm

Interakcje leków z żywnością

Na szczególną uwagę zasługują niektóre leki, których wchłanianie może być upośledzone przez wiele składników pokarmowych i napojów oraz tzw. suplementów, jak sole mineralne i witaminy.

Bifosfoniany, np.: kwas alendronowy stosowane w leczeniu osteoporozy powinny być zażywane na pusty żołądek i popijane czystą wodą, a spożycie jakiegokolwiek posiłku nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 30-60 min od zażycia leku, ponieważ wchłanianie tej grupy leków może być znacznie zmniejszone przez różne składniki pokarmowe, zwłaszcza zawierające wapń, oraz napoje, takie jak sok pomarańczowy, herbata i kawa.

Suplementy zawierające witaminy (E, C, B6, kwas foliowy), zawierające wapń, magnez, cynk, mogą utrudniać wchłanianie z przewodu pokarmowego wielu leków, zwłaszcza antybioty-

ków tetracyklinowych, wit E natomiast, zmniejszająca lepkość krwi, może nasilić działanie leków hamujących krzepnięcie krwi (warfaryny, acenokumarolu), narażając chorego na niebezpieczne następstwo w postaci krwawień.

Bardzo ważnym dla praktyki lekarskiej spostrzeżeniem było odkrycie ponad piętnaście lat temu interakcji soku grejpfrutowego z niektórymi lekami. Okazało się, że składniki soku grejpfrutowego, takie jak flawonoidy, zwiększają wchłanianie z jelit, zatem i dostępność biologiczną, leków podlegających metabolizmowi pierwszego przejścia w ścianie jelita. Dodatkowym mechanizmem jest zahamowanie przez składniki soku grejpfrutowego aktywności P-glikoproteiny, która na zasadzie pompy wyrzuca leki z komórek zapobiegając ich kumulacji.

Charakterystyczną cechą leków, których wchłanianie jest zwiększone pod wpływem soku grejpfrutowego, jest ich niewielka dostępność biologiczna, związana ze znacznym efektem pierwszego przejścia.

Do tych leków należą: leki, których metabolizm pierwszego przejścia w ścianie jelita jest zahamowany przez składniki soku grejpfrutowego

- leki blokujące kanał wapniowy (felodypina, nimodypina, nitrendypina, werapamil)
- leki immunosupresyjne (cyklosporyna, takrolimus)
- leki hipolipemiczne (statyny – atorwastatyna, simwastatyna)
- leki przeciwhistaminowe (loratydyna)
- leki działające na OUN (karbamazepina, diazepam, midazolam)
- inne (metadon, sildenafil)

Popicie wymienionych leków, stosowanych w standardowych dawkach, 1 szklanką soku grejpfrutowego może ujawnić niebezpieczne skutki toksyczne, jak np.: działanie nefrotoksyczne, wystąpienie wieloosobowego ciężostkurczu komorowego i inne

W świetle tych obserwacji konieczne jest poinformowanie chorego, żeby leki popijał tylko zwykłą wodą.

Zarówno jakościowy jak i ilościowy niedobór białek zmniejsza aktywność enzymów mikrosomalnych wątroby, zwiększając toksyczność wielu leków i innych ksenobiotyków.

Kwas foliowy zawarty w jarzynach liściastych i drożdżach nasila metabolizm sulfonamidów.

Zahamowanie dezaminacji tyraminy, zawartej w pokarmach poddanych fermentacji (dojrzałe sery, marynowane śledzie, kurze wątróbki), wywołane przez zastosowanie inhibitorów MAO – może spowodować na skutek kumulacji przełom nadciśnieniowy.

Jednoczesne spożycie dużej ilości alkoholu powoduje zahamowanie, a przewlekłe nadużywanie alkoholu – indukcję aktywności enzymów rozkładających leki.

Obecność pożywienia w przewodzie pokarmowym osłabia efekt pierwszego przejścia propranololu, metoprololu, lidokainy, paracetamolu, hydrochlorotiazidu, czyli metabolizm leków w świetle jelit i w wątrobie przed ich dotarciem do krążenia ogólnego.

Spożywanie produktów bogatych w witaminę K (brokułów, fasoli, kalafiora, kapusty, otrębów, sałaty zielonej, szpinaku, wątroby) może osłabiać działanie doustnych leków przeciwkrzepliwych (warfaryna, acenokumarol)

Dieta mającą wpływ na pH moczu – za pośrednictwem tego mechanizmu reguluje się wydalanie nerkowe leków.

Dieta zakwaszająca mocz – mięso, jaja, ryby, sery, chleb, makaron, rabarbar, owoce cytrusowe, śliwki – zmniejsza wydalanie leków o odczynie kwaśnym jak: salicylany, barbiturany, pochodne kumaryny, ampicylina, atropina; zwiększa natomiast wydalanie leków o odczynie zasadowym jak amfetamina, chinidyna, prokaina, teofilina, erytromycyna.

Dieta alkalizująca mocz – mleko, jarzyny, większość owoców – wywołuje efekt przeciwny do opisanego powyżej.

Korzeń lukrecji, stosowany jako lek wykrztuśny i przeczyszczający, oraz dodatek w browarnictwie, cukrownictwie i przemyśle tytoniowym, może w nadmiarze spowodować zaburzenia różnych czynności organizmu (niedowład, senność, wzrost RR, zaburzenia hormonalne), a przede wszystkim niedobór potasu w organizmie.

Ta właściwość stwarza ogromne niebezpieczeństwo groźnych interakcji z glikozydami naparstnicy, powodujących nasilenie jej działania oraz zwiększenie niedoboru potasu u osób stosujących diuretyki pętlowe co może być przyczyną osłabienia, bolesnych skurczów mięśni, zaburzeń przewodzenia i rytmu serca, a nawet śmierci.

Podobnie niebezpieczny może być nadmiar potasu w organizmie spowodowany łącznym stosowaniem substytutów soli kuchennej (NaCl), zawierających sole potasowe, z diuretykami oszczędzającymi potas. Ta kumulacja potasu może wywołać groźne dla życia powikłania w postaci zaburzeń przewodzenia i rytmu, a nawet zatrzymanie akcji serca

Leki należy popijać czystą wodą (1 szklanką). Inne napoje, takie jak mleko, soki owocowe, zwłaszcza sok grejpfrutowy, kawa, herbata mogą powodować zaburzenia działania leków.

Leki, których działanie ulega zaburzeniu pod wpływem pokarmu, należy zażywać 1-2 godz. przed posiłkiem lub 2 godz. po posiłku nie należy zażywać suplementów zawierających witaminy i sole mineralne oraz substytutów soli kuchennej, zawierających potas w tym samym czasie co leki ponieważ mogą zmienić ich działanie

Nie należy zażywać leków jednocześnie z alkoholem.

opracowała
dr n. med. Aneta Stanisławek

STANY ZAGROŻENIA ŻYCIA W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM

Sytuacje, w których dochodzi do zagrożenia życia ciężarnej i rodzącej są zwykle zaskoczeniem zarówno dla personelu sali porodowej, wezwanego lekarza, rodziny pacjentki, jak i samej ciężarnej. Zdarzają się na szczęście niezwykle rzadko, ale związane są z dużym stresem i napięciem emocjonalnym personelu biorącego bezpośredni udział w leczeniu pacjentki w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Ta trudna sytuacja wynika z faktu, iż do szpitala położniczego zwykle przyjmuje się zdrową ciężarną po to, aby urodziła zdrowe dziecko.

Personel, pracujący w oddziale położniczym zawsze musi być świadomy, że każdy poród fizjologiczny, w danej chwili może stać się porodem patologicznym. W każdym momencie ciąży, porodu i połogu, możemy mieć do czynienia ze stanem zagrożenia życia. Stany zagrożenia życia w położnictwie z uwagi na towarzyszące objawy można podzielić na dwie grupy.

Do pierwszej zalicza się wszystkie sytuacje związane z krwotokiem z dróg rodnych. Krwotok jest w tych stanach objawem głównym i wiodącym.

Druga grupa obejmuje stany zagrożenia życia bez krwawienia z dróg rodnych. Krwawienie z dróg rodnych może pojawić się w ich przebiegu lub być ich powikłaniem.

W pierwszym trymestrze ciąży z krwawieniem z dróg rodnych przebiega poronienie i ciąża szyjkowa. W drugim i trzecim trymestrze ciąży do stanów związanych z krwawieniem z dróg rodnych zalicza się:

- przedwczesne oddzielenie łożyska prawidłowo usadowionego
- łożysko przodujące oraz
- pęknięcie macicy

Śródporodowe krwawienia i krwotoki z dróg rodnych są także

najczęściej związane z wymienionymi sytuacjami.

Po porodzie do krwawienia z dróg rodnych predysponują:

- pozostawienie fragmentów tkanki łożyskowej
- poporodowa atonia macicy
- uszkodzenia kanału rodniego pod postacią rozerwania szyjki macicy lub pochwy
- w wyjątkowych sytuacjach - wynicowanie macicy.

W drugim i trzecim trymestrze ciąży, zagrożenie życia często związane jest z ciężkimi postaciami nadciśnienia indukowanego ciążą pod postacią stanu przedzruciawkowego i zrzucawki.

Bez krwawienia z dróg rodnych przebiega niekiedy nieme oddzielenie łożyska prawidłowo usadowionego, a także pęknięcie mięśnia macicy. W przypadku stosowania leków tokolitycznych może wystąpić niekardiogeny obrzęk płuc. Zator tętnicy płucnej oraz wstrząs septyczny, mogą wystąpić w każdym momencie ciąży. Stany zagrożenia życia związane z nadciśnieniem indukowanym ciążą oraz zatorem płynem owodniowym mają na ogół przyczynowy związek z wystąpieniem czynności skurczowej i rozpoczęciem akcji porodowej. Personel sali porodowej musi mieć pełną świadomość, że poród znieczulany zewnątrzoponowo to poród o wzmożonym nadzorze. Każde znieczulenie zewnątrzoponowe może być powikłane przypadkowym donaczyniowym podaniem leku miejscowo znieczulającego lub przypadkowym nakłuciem przestrzeni podpajęczynówkowej. Zrzucawka, zator tętnicy płucnej oraz wstrząs septyczny są stanami zagrożenia życia, które mogą wystąpić także w połogu.

KRWOTOKI POŁOŻNICZE

Krwotoki położnicze są jedną z najczęstszych przyczyn umieralności ciężarnych i rodzących.

Przedwczesne oddzielenie łożyska.

Przedwczesne oddzielenie łożyska polega na oddzieleniu prawidłowo usadowionej tkanki łożyskowej. Zwykle jest związane z nieprawidłowym unaczynieniem płyty łożyska. Przedwczesne oddzielenie prawidłowo usadowionego łożyska jest odpowiedzialne za jedną trzecią wszystkich krwotoków przedporodowych.

Śmiertelność matek z tego powodu wynosi od 0,5 do 5%, zaś śmiertelność okołoporodowa noworodków aż 60%.

Do głównych czynników ryzyka przedwczesnego oddzielenia prawidłowo usadowionego łożyska zalicza się nadciśnienie tętnicze i to zarówno indukowane ciążą, jak i chorobę nadciśnieniową istniejącą wcześniej. Częściej występuje w przypadku zaawansowanego wieku ciężarnej i u wieloródek. Przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego i odpłynięcie większej ilości płynu owodniowego, a także urodzenie jednego z płodów w ciąży wielopłodowej predysponuje do oddzielenia się łożyska. Przyczyną tego stanu mogą być także nieprawidłowości anatomiczne macicy i niekiedy patologie związane z pępowiną, przede wszystkim krótka pępowina. Do oddzielenia łożyska prawidłowo usadowionego może dojść w przypadku indukcji porodu oxytocyną lub prostoglandynami, a także stymulacji czynności skurczowej wlewem oxytocyny. Silne obkurczenie mięśnia macicy przy istniejącej niewspółmierności jest także odpowiedzialne za wystąpienie tego powikłania. Nawroty zdarzają się aż w 9% przypadków. Prawie połowa wszystkich przypadków oddzielenia prawidłowo usadowionego łożyska występuje przed 36 tyg. ciąży.

Objawem klinicznym jest przede wszystkim ból brzucha, występujący u ok. 90% wszystkich ciężar-

nych oraz wzmożone napięcie mięśnia macicy (34%). W 80% pojawia się krwawienie z dróg rodnych. Pozostałe 20% stanowią tzw. nieme oddzielenia, w których przy zachowanej ciągłości błon płodowych, pacjentka krwawi do jamy macicy. U matki stwierdza się hipotensję i cechy pokrwotocznego wstrząsu hipowolemicznego. Utrata krwi może być znaczna i zwykle w ocenie bywa zaniżana. W donoszonej ciąży przepływ krwi przez łożysko wynosi ok. 600-700ml/min. W krótkim czasie w jamie macicy może zgromadzić się dość duża objętość krwi. Przedwczesne oddzielenie łożyska w jednej piątej wszystkich przypadków, wikła zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC). Stopień rozwoju i dynamika DIC zależą od wielkości krwiaka pozałożyskowego, szybkości oddzielania się łożyska oraz wieku ciążowego. Bardziej dramatycznie przebiegają stany oddzielenia się prawidłowo usadowionego łożyska przed 36 tyg. ciąży i są one częściej powikłane hipofibrinogenią i afibrinogenią. W przypadku przedwczesnego oddzielenia się łożyska zawsze występują cechy zagrożenia życia płodu – bradykardia, zanik tętna płodu.

Łożysko przodujące

Kolejną przyczyną jednej trzeciej wszystkich krwawień w trzecim trymestrze ciąży jest łożysko przodujące. W przypadku tej patologii płyta łożyska znajduje się zawsze przed płodem. W zależności od umiejscowienia tkanki łożyskowej w stosunku do ujścia wewnętrznego szyjki macicy, wyróżnia się łożysko przodujące centralnie (47%), częściowo lub brzeźnie (11%). Patologia ta występuje od 0,4 do 0,6% wszystkich ciąż w trzecim trymestrze. Śmiertelność matek wynosi ok. 10%, zaś noworodków aż 67%. Do czynników ryzyka związanych z wystąpieniem łożyska przodującego zalicza się wielorództwo i zaawansowany wiek matki. Po 35 r.ż. patologia ta zdarza się trzy razy częściej. Zabiegi chirurgiczne przebyte uprzednio na macicy lub przebyte cięcia cesarskie w dolnym odcinku są stanami, które pre-

dysponują do nieprawidłowego usadowienia tkanki łożyskowej. Blizna w obrębie m. macicy w kolejnej ciąży zakotwicza tkankę łożyskową i uniemożliwia wraz ze wzrostem ciąży migrację płyty łożyska do dna miednicy.

Objawy kliniczne są związane przede wszystkim z krwawieniem z dróg rodnych, zwykle bez towarzyszących dolegliwości bólowych. Napięcie mięśnia macicy jest na ogół prawidłowe. W badaniu klinicznym pacjentki zwraca uwagę hipotensja, cechy wstrząsu pokrwotocznego lub objawy rozwijającego się zespołu DIC.

Pęknięcie macicy

Do pęknięcia macicy może dojść przed porodem, w trakcie porodu lub po porodzie. Samoistne pęknięcie m. macicy występuje od 0,08 do 0,1% wszystkich ciąż. Umieralność matek wynosi od 5% do 60%.

Do wystąpienia tego powikłania predysponuje przede wszystkim blizna po przebytym cięciu cesarskim. W przypadku niskiego poprzecznego cięcia cesarskiego, powikłanie to zdarza się w 0,5% przypadków. Klasyczne pionowe cięcie cesarskie jest odpowiadające aż za 2,1% wszystkich pęknięć. Indukcja porodu oxytocyną lub prostoglandynami, a także stymulacja czynności skurczowej wlewem oxytocyny mogą być przyczyną pęknięcia zdrowego mięśnia macicy.

Do czynników ryzyka zalicza się także szybki, gwałtowny poród lub wręcz przeciwnie – poród przedłużony. Wielowodzie, zwłaszcza nałożone na nieprawidłowości anatomiczne macicy, również predysponuje do tej patologii.

Objawem klinicznym pęknięcia m. macicy jest przede wszystkim wystąpienie ostrego, nagłego, rozdzierającego bólu brzucha. Po tym prawie natychmiast dochodzi do ustania czynności skurczowej macicy. Zwykle pojawiają się cechy podrażnienia otrzewnej oraz okolicy podprzeponowej pod postacią bólu barku. W badaniu fizykalnym w obrębie jamy brzusznej, stwierdza się dwa guzy: płód i macicę.

Zawsze występują ostre cechy zagrożenia życia płodu pod postacią bradykardii, zaniku tętna płodu.

Postępowanie ogólne w krwotokach położniczych

Postępowanie ogólne w krwotokach położniczych niezależnie od ich etiologii jest zbliżone. Podstawową zasadą jest ciągła obserwacja i monitorowanie czynności życiowych pacjentki (pomiar parametrów życiowych, czynności serca, wysycenia krwi tętniczej tlenem, diurezy minutowej/godzinowej). Obwodowo należy umieścić dwie duże kaniule i pobrać krew na badania dodatkowe – wg zleceń. Ocenia się utratę objętości krwi krążącej i równocześnie należy rozpocząć przetaczanie płynów i tlenoterapię. Na każde 1000 ml przetoczonych płynów należy podać dożylnie 20 mmol wodorowęglanu, niezależnie od leczenia kwasicy. Współistniejące zaburzenia krzepnięcia pod postacią DIC leczy się czterostopniowo wg przyjętych zasad (opróżnienie j. macicy, podaż osocza świeżo mrożonego, koncentratu krwinek płytkowych, antytrombiny III lub rekombinowanego VII czynnika krzepnięcia).

Postępowanie położnicze w krwotokach

Postępowanie położnicze w przypadku krwotoku polega na opróżnieniu jamy macicy. W miarę szybko należy urodzić płód i usunąć pozostawione fragmenty tkanki łożyskowej. W celu obkurczenia m. macicy stosuje się oxytocynę, meterginę lub prostoglandyny. Po urodzeniu płodu wykonuje się dwuręczny masaż macicy. W jak najkrótszym czasie położnik powinien dokonać napraw uszkodzeń kanału rodowego. W przypadku postępowania zachowawczego, w utrzymującym się krwawieniu z dróg rodnych, należy wytamponować macicę. Niekiedy w sytuacjach dramatycznych można wykonać embolizację lub podwiązać naczynia maciczne bądź biodrowe.

Kiedy zawiodą wyżej opisane sposoby postępowania i krwawienie z dróg rodnych nadal się utrzymuje, powinno się usunąć macicę.

Wstrząs septyczny

Zakażenie i wstrząs septyczny u ciężarnych z uwagi na duże stężenie progesteronu, cechuje się bardzo dużą dynamiką, ciężkim przebiegiem klinicznym oraz dużo poważniejszym rokowaniem niż u pacjentek niepołożniczych. Do patogenów należą: *Escherichia coli*, *Klebsilla sp.*, *Enterobacter sp.*, *Proteus sp.*, *Pseudomonas sp.*, *Streptococcus sp.*

Z ogniska zakażenia, drogą krwi, dochodzi do rozsiewu bakterii, endotoksyn lub egzotoksyn. Uwalniają się mediatory zapalenia, które wpływają niekorzystnie między innymi na mięsień sercowy i naczynia obwodowe, wynikiem czego jest hipotensja oporna na leczenie. Mediatorzy zapalne uszkodzają śródbłonek płucny, co prowadzi do zespołu ALI lub ARDS. W przypadku niekorzystnego przebiegu występuje niewydolność wielonarządowa i zgon pacjentki.

Kryteria wstrząsu septycznego są powszechnie znane. Źródłem wstrząsu septycznego w położnictwie najczęściej jest przedwczesne pęknięcie błon płodowych z następowym ich zakażeniem. Do zakażenia jaja płodowego dochodzi drogą wstępującą przez kanał szyjki macicy. Rzadziej jest to zakażenie zstępujące, krwiopochodne. Drugą, co do częstości przyczyną jest zakażenie dróg moczowych. Wszystkie inwazyjne zabiegi diagnostyczne i lecznicze związane z naruszeniem ciągłości błon płodowych (amniocenteza, drenaż płynu owodniowego, amniotomia), a także wewnątrzmaciczne zabiegi położnicze jak: obrót, ręczne wydobycie łożyska, wyłyżeczkowanie j. macicy – mogą być źródłem zakażenia. Niekiedy źródłem wstrząsu septycznego jest uszkodzenie kanału rodowego, związane z porodem, infekcje przyranne lub zakrzepowe zapalenie żył.

Wstrząs septyczny w położnictwie może być powikłany zaburzeniami krzepnięcia, niewydolnością nerek oraz niewydolnością krążeniowo-oddechową.

Zasady leczenia wstrząsu septycznego

U każdej pacjentki położniczej we wstrząsie należy monitorować parametry życiowe (RR, temp. ciała, tętno, czynność serca, saturację, diurezę). Zasady leczenia wstrząsu septycznego to: po pierwsze- opróżnić j. macicy i pobrać posiewy. Przed pierwszą dawką antybiotyku można podać steroidy. Steroidy mają korzystny ochronny wpływ na śródbłonek naczyń płucnych i łożysko trzewne. Rozpoczyna się antybiotykoterapię lekiem o szerokim spektrum a po otrzymaniu wyników posiewów, obowiązuje antybiotykoterapia celowana. Zawsze stosuje się tlenoterapię a w przypadku niewydolności oddechowej - leczenie respiratorem. Resuscytacja płynowa jest jedną z głównych zasad leczenia hipotensji w przebiegu wstrząsu septycznego. Należy zwalczać objawy kwasicy, uzupełniać elektrolity oraz leczyć towarzyszącą niewydolność nerek.

W przypadku zaburzeń w układzie krzepnięcia podaje się osocze świeżo mrożone, preparaty płytkowe, antytrombinę III. Stosowanie heparyn zarówno drobnocząsteczkowych, jak i klasycznych w położnictwie pozostaje nadal kontrowersyjne.

W ciężkim wstrząsie septycznym niereagującym na klasycznie prowadzone leczenie podaje się preparat białka – C. W przypadku utrzymującego się wstrząsu, mimo kontroli jamy macicy i prowadzonego leczenia, należy usunąć macicę.

Powikłania związane z podażą leków tokolitycznych

Najbardziej popularnymi i najczęściej stosowanymi lekami tokolitycznymi są środki betaadrenergiczne. U ciężarnych, u których stosowana jest tokoliza, występuje najczęściej znaczna tachykardia, nawet powyżej 120u/min. U ok.4-6% pacjentek może dojść do niekardiogenego obrzęku płuc. Rozwija się on w ciągu 24 – 48 h od rozpoczęcia terapii. Częściej występuje u pacjentek z istniejącymi uprzednio chorobami serca, niedokrwistością oraz ciążą mnogą. Stosowanie glikokortykosteroidów, celem przyspieszenia dojrzenia płuc płodu, predysponuje do wystąpienia

obrzęku płuc. Powikłanie to może wystąpić także u pacjentek z przedwcześnie pękniętym pęcherzem płodowym i następowym zakażeniem.

Powikłania nadciśnienia indukowanego ciążą

Do ciężkich powikłań nadciśnienia indukowanego ciążą należy stan przedrzucawkowy i rzucawka. U pacjentki występuje podwyższone ciśnienie tętnicze, często powyżej 160/110 mm Hg, które nie reaguje na rutynowo stosowane leczenie hipotensyjne. Ponadto stwierdza się znaczny białkomocz. W przebiegu stanu przedrzucawkowego i rzucawki mogą pojawiać się drgawki, świadczące o obrzęku OUN oraz zaburzenia widzenia. Zaburzenia hemodynamiczne predysponują do obrzęku płuc i ostrej niewydolności lewokomorowej. Niekiedy występuje krwiałk śródmózgowy. Krwiałk podtorebkowy wątroby zdarza się rzadko, ale jeśli wystąpi to często prowadzi do śmierci.

Zespół HELLP jest ciężką postacią nadciśnienia indukowanego ciążą. Może wystąpić bez wzrostu ciśnienia tętniczego. W przebiegu tego zespołu obserwuje się zmniejszenie liczby krwinek płytkowych poniżej 100, cechy niewydolności wątroby i hemolizę.

Zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC) może wikać zarówno rzucawkę jak i HELLP.

Zator wodami płodowymi

Zator wodami płodowymi jest zdarzeniem niemożliwym do przewidzenia i nie można mu zapobiec. Należy go podejrzewać w każdym przypadku wystąpienia duszności, sinicy z niewyjaśnionej przyczyny oraz wstrząsu w przebiegu porodu.

Występuje raz na 8 – 80 tys. porodów. Śmiertelność wynosi aż 86%. Jedna czwarta wszystkich zgonów występuje w ciągu pierwszej godziny od wystąpienia pierwszych objawów i to pomimo prawidłowo podjętego leczenia.

Zator wodami płodowymi częściej występuje u wieloródek, zwłaszcza w przypadku ciąży w zaawansowanym wieku matki. Do czynników

predysponujących należą: szybki, samoistny poród, poród indukowany oxytocyną, prostoglandynami lub poród stymulowany wlewem oxytocyny. Ciąża powikłana nadciśnieniem, a także wewnątrzmaciczne obumarcie płodu, sprzyjają wystąpieniu zatoru wodami płodowymi. Amniotomia, amniocenteza lub wprowadzenie cewnika do pomiaru ciśnienia śródmacicznego, mogą zainicjować zator.

W zatorze wodami płodowymi zapaść sercowo – naczyniowa oraz zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrzmacicznego mogą występować kolejno lub równocześnie.

Wniknięcie płynu owodniowego do krążenia matki może się zdarzyć w trzech sytuacjach: amniotomii, rozrywaniu naczyń kanału szyjki macicy lub powstania gradientu ciśnień wystarzczających do wtłoczenia płynu owodniowego do krwioobiegu matki.

Zator wodami płodowymi występuje w zaawansowanym I okresie porodu lub na początku II-go. W 45% istnieje związek z odklejeniem się łożyska.

Do objawów należy nagle pojawienie się dreszczy, pocenie się, niepokój, kaszel. Objawami klinicznymi są: utrudnione oddychanie, duszność, sinica. Niekiedy występują cechy kurczu oskrzeli lub obrzęku płuc. W badaniu przedmiotowym stwierdza się nagły spadek ciśnienia tętniczego krwi, tachykardię, zaburzenia rytmu. Występują zaburzenia przytomności, drgawki lub utrata przytomności.

Leczenie zatoru wodami płodowymi polega przede wszystkim na resuscytacji krążeniowo – oddechowej, uzupełnianiu objętości krwi krążącej oraz przeciwdziałaniu koagulopatii.

Pacjentkę należy zaintubować i wentylować 100% tlenem z zastoso-

waniem dodatkowego ciśnienia końcowo – wydechowego. W niektórych ośrodkach możliwa jest tlenoterapia hiperbaryczna. Obowiązuje pełne monitorowanie hemodynamiczne, wkłucie dwóch dużych kaniul obwodowych, pobranie krwi na badania. Monitoruje się RR, tętno, czynność serca, saturację krwi tętniczej, diurezę minutową/godzinową. Dalsze postępowanie w zależności od stanu pacjentki.

Stany bezpośredniego zagrożenia życia w oddziale położniczym pojawiają się w najmniej spodziewanym momencie. Dlatego tak ważne jest, aby personel pracujący w oddziale położniczym znał je i umiał je leczyć.

Materiały pochodzące z opracowań Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Kliniki Położnictwa i Ginekologii UM w Warszawie.

Opracowała
Anna Migasiuk



Zdrowie z natury – rośliny lecznicze

Z inicjatywy Komisji ds. Emerytów działającej przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej powstał cykl artykułów "Zdrowie z natury – rośliny lecznicze".

BURAK CZERWONY



Historia buraka sięga czasów starożytnych. Grecka bogini miłości - zawdzięczała im swą urodę.

Już 2000 lat p.n.e. w Babilonie stosowano liście buraka w celach leczniczych. W Polsce jadano buraki na dworze króla Władysława Jagiełły.

Buraki zawierają duże ilości **witamiны C, B1, karotenu i witamiны**

P, zawiera wiele makro- i mikroelementów; jest w nich dużo wapnia, magnezu, sodu, potasu oraz dwa rzadkie metale: rubid i cez.

Ten skład chemiczny buraka ma bardzo duże znaczenie w zwalczaniu nowotworów. Czerwony kolor buraków pochodzi od antocyjanu, działającego leczniczo na nowotwory złośliwe.

Burak ma wysoką zawartość **betacjanów** (odmiana flawonoidów). Betacjany mają duże znaczenie dla wszystkich podstawowych funkcji biologicznych i fizjologicznych. Biorą one udział, jako nośnik wodoru, w procesach utleniania w komórkach, a tym samym przyspieszają oddychanie komórkowe. Zapobiegają niszczeniu witamiны C przez tlen i dlatego są naturalnymi antyoksydantami.

Flawonoidy znacznie zmniejszają toksyczne działanie antybiotyków, bakterii, toksyn, pomagają w procesach chelatacyjnych. Działają **bakteriobójczo i przeciwnowotworowo**. Aby osiągnąć pożądany efekt przeciwnowotworowy, pacjent musi wypić codziennie sok z 1 kilograma świeżych buraków. Jest to 700-750 ml świeżego soku. Ten sok podzielony na trzy porcje należy pić przed jedzeniem. Aby wywołać pożądany skutek należy pić sok z buraka stale przez 2-3 miesiące w roku.

Oprócz profilaktyki i leczenia uzupełniającego raka, burak służy do detoksykacji i zwalczania infekcji. Bardzo dobre wyniki uzyskuje się po długiej chorobie w celu wzmocnienia, także w przypadku chorych na raka, którzy przebyli radioterapię i leczenie cytostatyczne.

Burak stymuluje dobry nastrój

Burak zawiera bardzo dużo kwasu foliowego. Porcja tego warzywa (100g) pokrywa np. około 20% dziennej, zalecanej normy spożycia dla kobiet między 19-60 rokiem życia. Zatem jeżeli jesteś zmęczony, miewasz stany niepo-

koju i lęku, cierpisz na bezsenność, brak ci poczucia radości życia, jesteś roztargniony i masz kłopoty z pamięcią, a do tego zaburzenia w trawieniu - być może w twoim organizmie brakuje kwasu foliowego. Kwas foliowy jest witaminą z grupy B. Jest ważny w produkcji naszych "hormonów szczęścia". Z udziałem kwasu foliowego powstają substancje neurostymulujące - serotonina i noradrenalina. Serotonina działa kojąco i uspokajająco, zapewnia też zdrowy sen. Natomiast noradrenalina uszczęśliwia. Jest odpowiedzialna za aktywność i dynamikę w ciągu dnia.

Burak jest źródłem zdrowia

Należy podkreślić, że wśród schorzeń, za których występowanie obarcza się niedobór folianów w diecie wymienić można niedokrwistość megaloblastyczną i zwiększoną podatność komórek na transformacje nowotworowe. Niedobory folianów stwierdza się u kobiet w ciąży, alkoholików, osób w wieku podeszłym, a także młodzieży w wieku dojrzewania. Burak właśnie, został uznany przez medycynę naturalną za godny polecenia środek krwiotwórczy, zapobiegający anemii i wspomagający leczenie białaczki.

Roślina ta ponadto należy do warzyw pobudzających apetyt, jest odświeżająca i lekkostrawna. Poza folianami, na tle innych produktów roślinnych w polskim jadłospisie, burak charakteryzuje się wysoką zawartością składników mineralnych alkalizujących (sód, żelazo, wapń, magnez, potas). Jego przetwory mogą przywracać równowagę kwasowo-zasadową po zakwaszającym działaniu produktów mięsnych i zbożowych w diecie. W medycynie naturalnej jest stosowany w leczeniu nerwicy, grypy, gruźlicy, niektórych nowotworów, przeciw zapaleniu nerwów i wątroby oraz przy niedoborach składników mineralnych. Ćwikła (utarty gotowany burak z chrzanem i kminkiem) poprawia pracę wątroby, odkwasza i ułatwia trawienie. Dzięki wysokiej zawartości potasu i magnezu jest skuteczny w leczeniu nadciśnienia i chorób układu krążenia.

Buraczkowa Kuracja Oczyszczająca

Jabłka i buraki należą do najlepszych, naturalnych środków czyszczących w królestwie owoców i warzyw. Picie surowego soku z buraków jest wskazane dla wszystkich, bowiem ma on właściwości oczyszczające krew i pomagające w wydalaniu kwasu moczowego z organizmu. Pobudza też krążenie i bardzo pomaga przy złej przemianie materii. Sok z buraczka lepiej jest pić w rozcieńczeniu, z dodatkiem soku marchewkowego, jabłkowego i cytrynowego - wspaniale wspomaga oczyszczanie jelit, wątroby, nerek i krew, poprawia krążenie krwi i wzmacnia serce.



Z żałobnej karty

„Ludzie, których kochamy, zostają na zawsze bo zostawili ślady w naszych sercach”

Pani Danucie Wieczorek
głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci Mamy i Taty
składają koleżanki
z Oddziału Ftyzjopulmonologii
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej

„Najtrudniej rozstać się z kimś bliskim, Najdroższym...”

Położnej Alinie Lewandowskiej
głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci Męża
składają koleżanki
z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Pani Barbarze Kulenta
głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci Mamy
składa NZOZ „Seni-Vita”
Zespół Długoterminowej Opieki Domowej

„Umarłych wieczność dotąd trwa, dokąd pamięcią się im płaci.”

Panu Jackowi Bartoszkowi
głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci Mamy
składają
współpracownicy SP ZOZ w Parczewie

„Człowiek odchodzi, pamięć zostaje”

Pielęgniarce Joannie Kowalczyk
wyrazy współczucia
z powodu śmierci Mamy
składają koleżanki
z Oddziału Urazowo-Ortopedycznego
SP ZOZ w Radzynie Podlaskim

„Najtrudniej rozstać się z kimś bliskim, Najdroższym...”

Pielęgniarce Krystynie Waszczuk
wyrazy współczucia
z powodu śmierci Taty
składają koleżanki
z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
SP ZOZ w Parczewie

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Koleżance Annie Domańskiej
serdeczne wyrazy współczucia
z powodu śmierci Taty
składają współpracownicy
z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej

„Najtrudniej rozstać się z kimś bliskim, Najdroższym...”

Pani Elżbiecie Stockiej
głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci Mamy
składają członkowie
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

