




# OKRĘGOWA IZBA Pielęgniarek i Położnych

POZNAŃ  
BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-1029



Wyszeptane w biegu,  
Zapisane w śniegu,  
Złożone przy choince,  
Niech się spełnią wszystkie,  
Te dalekie i te bliskie.  
Bo wszystkie życzenia  
Są przecież do spełnienia.

Czytelnikom Biuletynu -  
Zespół Redakcyjny





Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych  
ul. Grunwaldzka 65, 60-311 Poznań  
www.oipip-poznan.pl

e-mail: sekretariat@oipip-poznan.pl  
sekretariat: tel. 618620950  
fax 618620951  
rejestr: tel. 618620954, 618620955  
księgowość: tel. 618620953

Bank Zachodni WBK III Oddział Poznań  
50 1090 1359 0000 0000 3501 8602

Przewodnicząca Okręgowej Rady  
– **Teresa Kruczkowska**

Wiceprzewodniczący Okręgowej Rady  
– **Tomasz Kaczmarek**  
– poniedziałki i środy godz. 14.00-19.00

– **Marzena Skalska-Spychała**  
– wtorki i czwartki godz. 14.00-19.00

Sekretarz Okręgowej Rady  
– **Jolanta Plens-Gałąska**

Skarbnik Okręgowej Rady  
– **Wiesław Morek**

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej  
– **Magdalena Krajewska**

Zastępcy Okręgowego Rzecznika:  
**Barbara Kulesza, Wiesława Piotrowska,**  
**Barbara Stefaniak, Renata Szafranek,**  
**Katarzyna Kaja**  
Dyżury II i IV środa miesiąca

Okręgowy Sąd  
Przewodnicząca – **Małgorzata Pięt**  
Członkowie – **Marzena Banach, Małgorzata**  
**Gawlik, Ewa Kuszta, Alla Rejniak, Maria**  
**Chmielewska, Elżbieta Mikołajewska**  
Dyżury I i III środa miesiąca

Okręgowa Komisja Rewizyjna  
Przewodnicząca – **Teresa Przewoźna**  
Członkowie – **Danuta Budna, Emilia Marcinkow-**  
**ska, Beata Skokowska, Mirosława Skrzypczak,**  
**Jadwiga Drabowicz, Renata Witkowska**

Dział Merytoryczny OIPIP  
– **Teresa Wiśniewska**  
– **Małgorzata Nosal**  
– poniedziałek-piątek 7.30-16.00  
tel. 618620952, 618620969

## MOIM ZDANIEM

Czas ludzkiej życzliwości .....str.1

## WOKÓŁ ZAWODU

Stanowisko Prezydium ORPIP .....str.2

Stanowisko Ministerstwa Zdrowia..... str.3-4

Ocena rozwoju dziecka jako działania profilaktyczne pielęgniarki.....str.5-6

## KONFERENCJE

Flora fizjologiczna pochwy u kobiety .....str.7-10

Notatka z konferencji organizowanej przez OIPIP w Poznaniu .....str.10

„Pełny dostęp - edukacja dla sektora ochrony zdrowia” .....str.11-12

## INFORMACJE

Dział Rejestru OIPIP przypomina .....str.13

Wirtualne czytelnice – dostęp do IBUK LIBRA .....str.13

## KONKURSY

Konkurs Pielęgniarka Roku 2014 - PTP informuje.....str.14

Podziękowania, gratulacje .....str.14

## DZIAŁALNOŚĆ OKRĘGOWEJ RADY

Procedura poświadczania deklaracji o dobrym zdrowiu .....str.15

Protokoły posiedzeń Komisji Refundacji Kosztów .....str.15

Wydarzenia .....str.16-17

**Informujemy, że w dniach**

**24.12.2014r.**

**oraz 2.01.2015r.**

**Biuro Okręgowej Izby  
Pielęgniarek i Położnych  
będzie nieczynne.**

*Za utrudnienia przepraszamy.*

## Biuro

### Sekretariat OIPIP

Przyjmowanie i wydawanie wniosków o refundację,  
pomoc socjalną

– poniedziałki, wtorki i piątki w godz. 8.00-16.00  
oraz środy i czwartki 10.00-18.00

– Katarzyna Walas-Grossmann

### Dział Prawa Wykonywania Zawodu

Przyjmowanie wniosków i wydawanie zaświadczeń o prawie  
wykonywania zawodu oraz zezwoleń na wykonywanie indy-

widualnej/grupowej praktyki pielęgniarek i położnych

– poniedziałek-piątek w godz. 7.30-16.00

– Agnieszka Urbaniak, Anna Piekarska, Estera Stanisławiak

### Księgowość

Poniedziałek 10.30-19.00 – p. D. Skorys

Wtorek 8.00-16.00 – p. D. Skorys

16.00-19.00 – p. M. Waligóra

Środa 8.00-15.30 – p. D. Skorys

15.30-19.00 – p. M. Waligóra

Czwartek 15.30-19.00 – p. M. Waligóra

### Kasa

– czynna poniedziałek-piątek w godz. 8.30-15.30

### Radca Prawny OIPIP

Udziela porad w zakresie prawa pracy oraz przepisów  
związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki/położnej  
w czwartki od godz. 17.00-18.00

po przednim uzgodnieniu telefonicznym (618620 950)

### Biblioteka

– czynna poniedziałek-piątek w godz. 9.00-15.00

tel. 618620952, 618620969



## CZAS LUDZKIEJ ŻYCZLIWOŚCI

Wigilijny wieczór, czas Świąt Bożego Narodzenia, to dla wielu z nas jedno z najważniejszych dni w roku, tak bardzo oczekiwane. Piękno i zapach choinki, migocące płomie- nie świec, aromat siana pod obrusem, a przede wszystkim mistyka wigilijnej wiecze- rzy tworzą z niczym nieporównywalny klimat. Lecz zanim nadejdzie czas ludzkiej mi- łości, życzliwości i radości związanej ze Świątami Bożego Narodzenia musimy stawić czoła mediom ostatnio nieprzychylnym pielęgniarcom i położnym.

Pogarszające się warunki pracy i płacy pielęgniarek i położnych, arogancja władzy wobec nas, brak dialogu spowodowały, że w wielu regionach Polski zawarto Porozumie- nia dla Obrony Pielęgniarek i Położnych. Zewsząd słychać słowa rozsądku, że czas naj- wyższy na wprowadzenie wielu zmian dla poprawy warunków wykonywania naszych za- wodów, dla większego zainteresowania nauką w szkołach pielęgniarstwie.

Stopień objęcia społeczeństwa opieką pielęgniarską obrazują konkretne cyfry.

W krajach Unii Europejskiej średnio na 1000 mieszkańców przypada ok. 10 pielę- gniarek, w Szwajcarii - 16, a w Polsce - 5,4 (najgorzej w Województwie Wielkopolskim 4,4 pielęgniarki).

I zamiast uświadomić społeczeństwo w tym względzie, media od kilku tygodni serwu- ją artykuły stawiające nasze środowisko w złym świetle. Doszło do tego, że jesteśmy odpowiedzialni nawet za brak konkretnych pomieszczeń w placówkach ochrony zdrowia. Liczę na zjednoczenie się w działaniu, stawienie czoła przeciwnościom, a na świątecz- ny czas dedykuję wszystkim Czytelnikom Biuletynu słowa o. Franciszka Czarnowskiego:

*„Czekając, kiedy wszędzie wigilijna gwiazda,  
Do wpół zmarzniętej szyby przywarł chłopiec mały.  
Patrzył - zimowe ptaki wracały do gniazda,  
Jakby tego wieczoru też świętować chciały.  
Niegdyś gwiazdka z Betlejem mędrców prowadziła,  
Dziś znak daje, by zasiąść do świętej wieczerzy  
By biel opłatka ludzkie waśnie pogodziła,  
A sercu znów zamieszkał Ten, co w „żłobie leży”.  
Chwilo jedna, przy Tobie nikną odległości  
Co szare - zmienia się w odświeżone, tajemnicze.  
Daj nam więcej dni takich, spragnionych miłości  
Niech świat przy żłóbku Twoim odmienia oblicze.”*

*Nadziei – by nie opuszczała  
Radości – by rozwesela  
Miłości – by obrodziła  
Dobroci – by zawsze była*

życzy

**Przewodnicząca ORPiP  
Teresa Kruczkowska**



**STANOWISKO  
PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W POZNANIU  
podjęte na posiedzeniu w dniu 8.10.2014r.**

**w sprawie:** treści artykułu pt. „Obnażając formalizmy: pielęgniarski wypis”, zamieszczonego w Biuletynie Informacyjnym Nr 10/2014 Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

W artykule zatytułowanym „Obnażając formalizmy: pielęgniarski wypis” dr Szczepan Cofta – Naczelnny Lekarz Szpitala Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu podważa zasadność sporządzania wypisów pielęgniarskich dla pacjentów po zakończeniu leczenia szpitalnego.

Według autora wypowiedzi, wypis pielęgniarski to nie tylko przesada, ale nawet śmieszność czy absurd nie mający podstaw prawnych, wręcz przeczący zdrowemu rozsądkowi. Apeluje do lekarzy by „...rozprzestrzeniającą się epidemię pielęgniarskich wypisów zatrzymać, dopóki nie jest za późno...” i ogłasza mobilizację środowiska lekarskiego do takich działań. Natomiast wykonywanie zawodu pielęgniarskiego uznaje za posługę i podkreśla, że nasza grupa zawodowa „...stanowi też na pewno najbardziej karną część personelu placówki...”, stąd „...nie jest w stanie „wywinąć się” z sytuacji niewygodnych...” w przeciwieństwie

do lekarzy. Niezrozumiałym jest również stwierdzenie, że im wyższe wykształcenie, tym mniejsze są sprawności zawodowe oraz mniejsza gotowość niesienia pomocy chorym.

Członkowie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu wyrażają oburzenie z powodu tychże treści i protestują przeciwko nakłanianiu lekarzy do podejmowania działań mających na celu ograniczenie naszej samodzielności zawodowej.

Zdziwienie budzi fakt, że Naczelnny Lekarz Szpitala, będąc członkiem Dyrekcji wykazuje nieznajomość lub złą interpretację zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej, które według §22 ust. 3 pkt, 4 określa, że elementem dokumentacji jest karta wpisu, a w niej „...wskazówki dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia.”

Pielęgniarki wywiązując się rzetelnie z nałożonych obowiązków przygotowują zalecenia co do dalszej pielęgnacji

jako odrębny dokument, ponieważ nie mają możliwości zamieszczenia tych informacji w karcie wypisu, a są one niezbędne dla pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, opieki długoterminowej czy paliatywnej, także (a może przede wszystkim) dla pacjenta i jego rodziny. Ponadto, ostatnim punktem procesu pielęgnowania nauczonego w toku przygotowania zawodowego pielęgniarek są zalecenia do dalszej pielęgnacji. Zasadnym jest wiązanie teorii z praktyką.

Nawoływanie do mobilizacji przeciwko „zagrożeniu” jakim są wypisy pielęgniarskie i sprowadzanie ich do absurdu jest kolejnym przejawem lekceważenia naszego środowiska przez lekarzy i próbą ograniczenia samodzielności zawodowej gwarantowanej m.in. zapisami ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Nie dajemy przyzwolenia na działania sprzeczne z zasadami poszanowania współpracownika – pielęgniarki.

Sekretarz ORPiP w Poznaniu  
mgr Jolanta Plens-Gałąska

Przewodnicząca ORPiP w Poznaniu  
mgr Teresa Kruczkowska



## Stanowisko Ministerstwa Zdrowia

w sprawie nadania nowych uprawnień pielęgniarkom i położnym ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarkom oraz położnym wykonującym zawód poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

Ministerstwo Zdrowia  
Departament Pielęgniarek i Położnych

Warszawa 28.10.2014

Szanowni Państwo!

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

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

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

### Stanowisko

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

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

Zgodnie z nowym przepisem art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.) w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, pielęgniarki i położne posiadające dyplom

ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarki i położne posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa będą miały prawo samodzielnie:

- 1) ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,
- 2) ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty, – jeżeli ukończą kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Natomiast w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo będą miały prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środków odurzających i sub-

stancji psychotropowych, oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończą kurs specjalistyczny w tym zakresie (art. 15a ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej).

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

Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ww. ustawy, nie będzie dotyczył



pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarskich i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego zdobędą wiedzę objętą takim kursem (art. 15a ust. 7 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej).

Ponadto, pielęgniarki i położne przed wykonaniem czynności zawodowych określonych w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej będą musiały dokonać osobistego badania fizykalnego pacjenta. Natomiast pielęgniarki i położne będą mogły - bez dokonania osobistego badania pacjenta - wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli będzie to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. W takim jednak przypadku, recepty lub zlecenia mogą być przekazane osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób. Samo upoważnienie lub oświadczenie będzie odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączone do tej dokumentacji. Ponadto informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia będą zamieszczane w dokumentacji medycznej pacjenta, a informacja o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, będzie odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączona do tej dokumentacji.

Jednocześnie, na podstawie delegacji ustawowej, o której mowa w art. 15a ust. 8 ustawy z

dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Minister Zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi w drodze rozporządzenia:

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

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

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

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

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

*Z upoważnienia  
Ministra Zdrowia  
Podsekretarz Stanu  
Aleksander Sopiński*



# Ocena rozwoju dziecka jako działania profilaktyczne pielęgniarki

mgr Emilia Kłós

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego

W dobie przemian w ochronie zdrowia działania oceniające rozwój psycho-fizyczny dziecka mogą stać się domeną – zadaniem pielęgniarki, szczególnie w POZ i wpisywać się w tak ważne dla zdrowia działania profilaktyczne. Ogrom zadań jaki co roku dokładany jest lekarzowi rodzinnemu powoduje coraz krótszy czas wizyty pacjenta w gabinecie lekarza i nie zawsze dokładną ocenę rozwoju dziecka. Dlatego wspólne działania pielęgniarki i lekarza na rzecz profilaktyki są jak najbardziej zasadne. Osoba, która jako pierwsza „widzi” i może ocenić poziom roz-

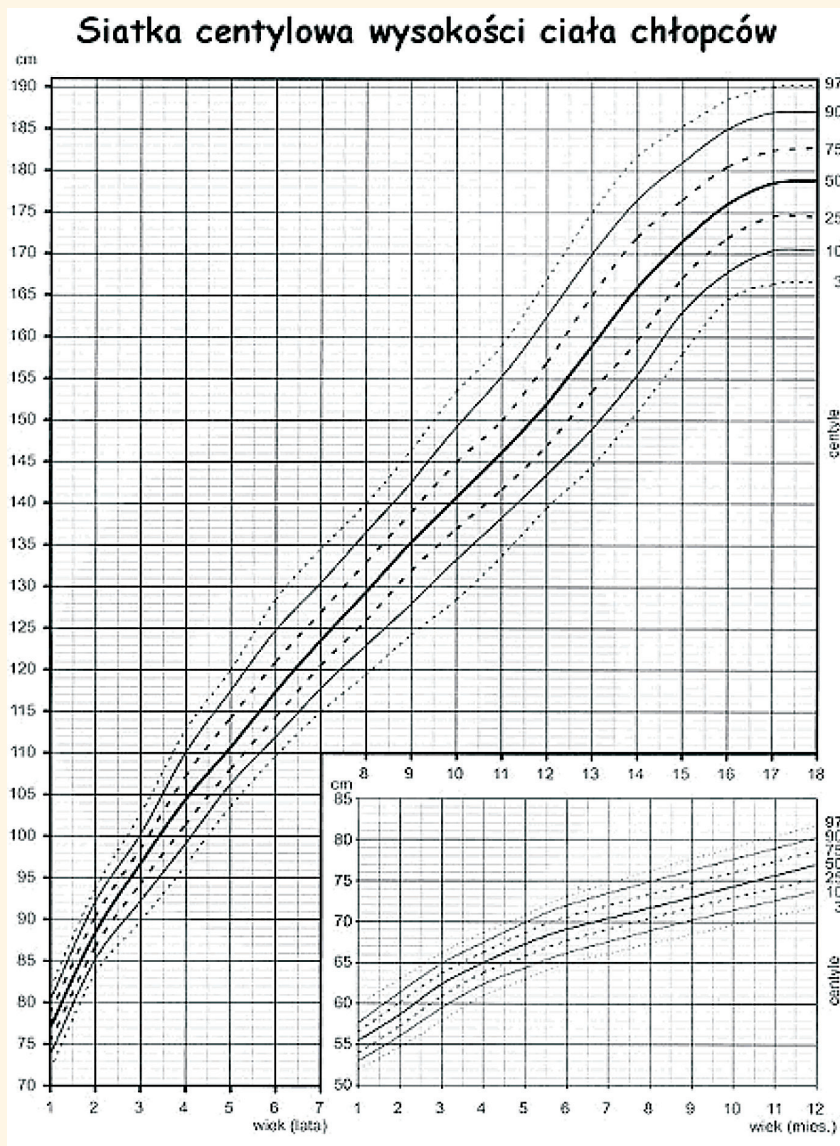
woju malucha przed badaniem lekarskim jest pielęgniarka, dokonująca pomiarów masy ciała, wzrostu, czy obwodu głowy. Dane te służą do ustalenia wartości centyla na siatce centylowej i postawienie wniosku o stopniu rozwoju dziecka w stosunku do poziomu rozwoju rówieśników. Siatka centylowa to jedna z metod oceny rozwoju dziecka w zależności od płci, uwzględniająca wiek i określony parametr. Na siatce centylowej norma rozwojowa mieści się pomiędzy 3 a 97 centylem bez względu na to, czy dotyczy wzrostu, masy ciała czy obwodów głowy. 3 centyl ozna-

cza, że jest to dziecko niskie, szczupłe a 97 centyl dziecko wysokie, z większą masą ciała. Tzw „średnia populacyjna”, to 50 centyl. Oznacza, że połowa rówieśników posiada większą ocenę a połowa mniejszą niż 50 centyl. Ocenę rozwoju dziecka wg siatki centylowej dokonuje się okresowo do 18 roku życia. Harmonijny rozwój oznacza, że dziecko podczas rozwoju osiąga tę samą wartość centyla przez cały okres adolescencji. W sytuacji gdy podczas kolejnego pomiaru okazują się, że dziecko przeskoczyło więcej niż jeden kanał na siatce centylowej, jego rozwój może być z różnych przyczyn zaburzony. Ocena taka pozwala podjąć kroki do rozpoznania patologii i wdrożenia ewentualnych zachowań korekcyjnych wskazanych przez specjalistów.

Do oceny rozwoju dziecka poza siatkami centylowymi służy ocena osiągnięcia **kroków milowych** rozwoju w pierwszych 12 miesiącach życia malucha. Ten pierwszy rok życia dziecka, to okres szczególnie rozwoju małej i dużej motoryki, która daje podwaliny do prawidłowego funkcjonowania dziecka w przedszkolu, szkole a później w dorosłym życiu.

- 1 krok** – reagowanie na otoczenie, pierwszy uśmiech społeczny- 2 miesiąc życia
- 2 krok** – głuzenie – dźwięki gardłowe typu: gu, gla , klu , ku – 3-4 miesiąc
- 3 krok** – podnoszenie głowy i klatki piersiowej – układanie dziecka na brzuszku powoduje ciągle ćwiczenie mięśni karku ,klatki piersiowej i kończyn górnych, w wyniku którego około 3-4 miesiąca dziecko potrafi wspierać się na przedramionach i wysoko unieść głowę do góry by dokładnie obserwować otoczenie
- 4 krok** – chwytywanie, początkowo chwyt nakrywkowy, czyli chwytanie przedmiotu bez przeciwstawiania kciuka, dziecko chwytając nakrywa palcami przedmiot, później chwyt z użyciem kciuka ok 6 miesiąca życia, a w dalszej kolejności chwyt pensetkowy, z użyciem palca wskazującego i kciuka

## Przykład siatki centylowej





- 5 krok** – przewrotki – od 6 miesiąca życia dziecko poruszając się nieświadomie dokonuje przewrotów z pleców na brzuszki i odwrotnie, najpierw jest zdziwione swoją sprawnością, a później udoskonala ją czyni wszystko aby przejąć się do interesującej zabawki czy innego przedmiotu leżącego w polu jego zainteresowania
- 6 krok** – dziecko udoskonala swój własny aparat dźwiękowy około 6 miesiąca życia przekształca głozenie w gaworzenie zaczynając naśladować otoczenie i składać dźwięki np. ma-ma-ma, ba-ba, ta-ta ale jeszcze nie potrafi przyporządkować słów do konkretnych osób. Natomiast obserwuje się jego wspaniałą zabawę dźwiękami.
- 7 krok** – raczkowanie – najpierw dziecko około 6 miesiąca życia rozpoczyna pełzanie czyli wykorzystuje do przemieszczania się ramiona rąk, a z upływem czasu zdaje sobie sprawę, że można dodatkowo pomóc sobie pracą nie tylko rąk, ale i nóg naprzemiennie i szybciej uzyskać to, co znajduje się w jego polu widzenia np. błyszczący przedmiot. To naprzemiennie ćwiczenie rąk i nóg powoduje prawidłowe wykształcenie się połączeń mózgowych, prawidłową koordynację widzenia obuocznego oraz słuchu. Jest to podstawa do wykształcenia prawidłowych umiejętności szkolnych.
- 8 krok** - około 8-9 miesiąca życia dziecko uczy się samodzielnie siadać. Nie należy przyspieszać tej umiejętności (wszystko zależy od wykształcenia siły mięśniowej). Jest to pozycja, która daje dziecku wiele satysfakcji. Wszystko jest widoczne a dodatkowo siedząc można wykorzystać ręce do zapoznania się np. z nową zabawką lub podjąć próbę samodzielnego zjedzenia kawałka jabłka, ciasteczka, chleba czy trzymać kubeczek z piciem.
- 9 krok** – przyjmowanie pozycji stojącej przy np. meblach, w łóżeczku. Dziecko zaczyna wstawać trzymając się rączkami, próbuje przemieszczać się stawiając nóżkę do nóżki bokiem. Jest to przedsmak pierwszych kroków.
- 10 krok** – około 9 - 10 miesiąca życia dziecko zaczyna reagować na własne imię oraz wypowiada pojedyncze słowa ze zrozumieniem, rozpoznaje siebie w lustrze.

**11 krok** – około 12 - 13 miesiąca życia dziecko stawia pierwsze kroki, które początkowo są nieporadne, ale z każdym dniem coraz bardziej doskonałe, aż niespodziewanie maluch zaczyna samodzielnie bez pomocy chodzić. Specjaliści podają, że dziecko samodzielnie doskonali chodzenie do 18 miesiąca życia, i samo nabędzie tę umiejętność gdy będzie gotowe i dojrzałe.

Każde osiągnięcie kamienia milowego jest ważną informacją o rozwoju dziecka.

4 kamienie milowe rozwojowe dotyczące: podnoszenia głowy, raczkowania, siadania i wstawania powodują kształtowanie się poprawnych krzywizn kręgosłupa u dziecka. Dziecko rodzi się z kręgosłupem w kształcie litery C, a uzyskanie kolejnych kamieni milowych rozwoju powoduje prawidłowe ukształtowanie kręgosłupa w literę S.

Kolejna ocena rozwoju dziecka dotyczy stwierdzenia występowania prawidłowości lub patologii odruchów pierwotnych. Ich obecność oraz zanikanie w określonych miesiącach życia, pozwala ocenić prawidłowości wykształcenia i funkcjonowania układu nerwowego dziecka. Odruchy pierwotne powinny zaniknąć ok 6 miesiąca życia i są podstawą do dalszego rozwoju oraz powstawania nawyków kontrolnych. Kiedy odruchy pierwotne nie zanikają, może to świadczyć o patologii w obrębie układu nerwowego oraz w późniejszym okresie trudności w funkcjonowaniu dziecka w przedszkolu, szkole i życiu dorosłym.

- 1. Odruch Moro** (przestrachu, lub inaczej nazywany odruchem obejmowania) - to gwałtowna reakcja dziecka na bodziec powoduje wyrzut rąk na boki a później przygięcie do klatki piersiowej z zaciskaniem palców. Przetwały odruch powoduje, że dziecko będzie wrażliwe na hałasy, załęknione.
- 2. Odruch Palmara** (dłoniowochwytny), polega na tym, że dziecko zaciska dłoń pod wpływem naszego dotyku. Odruch ten przygotowuje dłoń dziecka do chwytania i trzymania przedmiotów. Przetwały odruch może skutkować zaburzeniem rozwoju małej motoryki.
- 3. Asymetryczny toniczny odruch szyjny** – ATOS (szermierczy) Odruch ten polega na tym, że gdy dziecko odwróci głowę w jedną ze stron, to po tej samej stronie pro-

stuje kończyny, a po stronie przeciwnej pozostawia ugięte. Odruch ten zanikając umożliwia rozwój takich umiejętności jak pełzanie i raczkowanie. Przetwały odruch ATOS może powodować trudności z równowagą i chodzeniem.

**4. Odruch szukania.** Podczas delikatnego podrażnienia kącika ust, dziecko odwraca głowę w kierunku bodźca oraz wysuwa języczek. Pozwala mu to na prawidłowe spożywanie mleka. Przetwały odruch szukania może powodować nadwrażliwość okolic ust oraz nadmierne ślinienie się nawet do okresu szkolnego.

**5. Odruch grzbietowy** - Galanta. Polega na tym, że dziecko leżące na brzuszku odwraca biodra o ok. 45° w stronę, gdzie czuje nasz dotyk. Przetwały odruch może skutkować skrzywieniem kręgosłupa oraz trudnościami z prawidłową postawą.

**6. Odruch kroczenia** - gdy podtrzymamy dziecko pod pachy, prostuje nóżki i wykonuje ruchy podobne do stawiania kroków. Odruch ten zanikając daje podwaliny do umiejętności chodzenia.

**7. Odruch Babińskiego.** - Drażniąc dziecko pod stopą, prostuje i wachlarzowo rozczapierza palce u stóp. Odruch zanika do 2 roku życia, a jego pozostałość to łaskotki pod stopą.

Wymienione wyżej sposoby oceny rozwoju dziecka są proste i nie wymagają nakładów finansowych. Może je wykorzystać każda pielęgniarka, która ma kontakt z dziećmi w okresie adolescencji. Jesteśmy grupą zawodową tzw. zaufania publicznego, do której często zwracają się ludzie po poradę w każdej sytuacji zdrowia i choroby. Dlatego też powinniśmy jako wysokiej klasy profesjonaliści określać prawidłowości lub rozpoznawać patologię rozwojową w okresie adolescencji wszystkich pociech, a tym samym aktywnie uczestniczyć w działaniach profilaktycznych. Mam nadzieję, że moje wskazówki okażą się drogowskazem i pozwolą pielęgniarkom na samodzielną ocenę okresu rozwojowego dzieci. Każde rozpoznanie patologii i szybka interwencja może zapobiec poważnym konsekwencjom w dalszym funkcjonowaniu dziecka. Życzymy sobie i każde dziecko rozwijało się prawidłowo, bez zaburzeń, a działania profilaktyczne pielęgniarki przyczyniały się do potęgowania zdrowia w populacji dziecięcej.

*Literatura u autora*



## „Flora fizjologiczna pochwy u kobiety. Udział wybranych patogenów alarmowych w zakażeniach szpitalnych”

**mgr Małgorzata Pilawska**

specj. Mikrobiologii Klinicznej

Obecnie największe zagrożenie epidemiologiczne stanowią:

**Pałeczki z rodziny Enterobacteriaceae wytwarzające karbapenemazy klasy A KPC, Klebsiella pneumoniae KPC, klasy D OXA-48, metalo-beta-laktamazy klasy B MBL typu NDM, VIM lub IMP**

### DEFINICJA karbapenemazy

Są to enzymy mające zdolność hydrolizy karbapenemów ( imipenem, meropenem, ertapenem, doripenem) tzw. leków „ostatniej szansy” w leczeniu ciężkich zakażeń wywołanych przez pałeczki Gram-ujemne. Ponadto beta – laktamazy typu KPC rozkładają wszystkie a MBL niemal wszystkie pozostałe antybiotyki beta-laktamowe.

**KPC stanowią najniebezpieczniejszy z dotychczas opisanych mechanizmów oporności bakterii chorobotwórczych na leki, ponieważ:**

Brak jest antybiotyków o udowodnionej skuteczności w leczeniu zakażeń wywołanych przez szczepy wytwarzające KPC.

Brak jest antybiotyków w II i III fazie badań klinicznych, które mogłyby być skuteczne w leczeniu tych zakażeń.

Oprócz KPC szczepy bakterii często wytwarzają też inne β-laktamazy, np. ESBL co podnosi ich poziom oporności na β-laktamy.

Oporności na β-laktamy z reguły towarzyszy oporność na inne antybiotyki -większość aminoglikozydów, fluorochinolony, kotrimoksazol, tetracykliny.

Zakażeniom wywołanym przez szczepy KPC+ towarzyszy wysoka śmiertelność (np. w przypadku Klebsiella pneumoniae KPC+ może sięgać 50%).

Szczepy K. pneumoniae KPC+ mogą posiadać podwyższony potencjał epidemiczny; zidentyfikowano szczep, tzw. K. pneumoniae ST258 KPC+, szybko rozprzestrzeniający się w USA, Izraelu, Grecji, Polsce, krajach skandynawskich - określany mianem szczepu „hiperepidemicznego”.

Geny kodujące karbapenemazy KPC są zlokalizowane na plazmidach, co ułatwia ich przekazywanie od szczepu do szczepu bakteryjnego.

K. pneumoniae i inne pałeczki En-

terobacteriaceae KPC+ są trudne do eradykacji ze względu na rezerwuar w przewodzie pokarmowym, w którym mogą utrzymywać się niezauważone przez długi czas.

K. pneumoniae jest drobnoustrojem otoczkowym, a więc szczególnie niebezpiecznym u noworodków i niemowląt a także u osób w podeszłym wieku.

Trudna jest identyfikacja szczepów Enterobacteriaceae KPC+ w laboratorium mikrobiologicznym w rutynowej diagnostyce.

Karbapenemazy KPC najczęściej obserwujemy u K. pneumoniae, a następnie u Klebsiella oxytoca, Enterobacter spp., rzadziej u innych pałeczek Enterobacteriaceae (np. Escherichia coli, Citrobacter freundii, Serratia marcescens, Salmonella enterica). Ostatnio opisano pojawienie się KPC też u pałeczek Pseudomonas (P. aeruginosa i P. putida).

Wiele informacji podanych wyżej odnosi się również do szczepów pałeczek Gram-ujemnych wytwarzających inny rodzaj karbapenemaz, tzw. MBL.

W szpitalu najczęstszą drogą transmisji Kl. pneumoniae od osób zakażonych/skolonizowanych do innych pacjentów są ręce personelu; mniejsze znaczenie środowiska szpitalnego.

**Działania, które należy podjąć w każdym szpitalu w celu niedopuszczenia do szerzenia się szczepów bakteryjnych wytwarzających karbapenemazy to:**

1. Wczesne wykrywanie
2. Kontrola zakażeń

**Obejmują one:**

**Laboratorium mikrobiologiczne:**

1. Wdraża procedury oznaczania wrażliwości pałeczek Gram-ujemnych na karbapenemy, w tym wykrywania KPC i MBL u Enterobacteriaceae, zgodnie z zaleceniami ośrodka referencyjnego ([www.korl.d.edu.pl](http://www.korl.d.edu.pl)).

Wszystkie procedury diagnostyczne, a także sposób działania, w przypadku izolacji szczepu Enterobacteriaceae z karbapenemazą, tzn. powiadomienie Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych, powinny być w formie pisemnej.

2. W przypadku podejrzenia izolacji szczepu Enterobacteriaceae wy-

tworzącego KPC+ lub inne karbapenemazy niezwłocznie powinno:

- powiadomić Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
- powiadomić oddział, którego problem dotyczy celem wdrożenia izolacji pacjenta do czasu wykluczenia obecności tego mechanizmu oporności,
- przesłać szczep do ośrodka referencyjnego celem potwierdzenia oznaczenia mikrobiologicznego
- niezwłocznie zgłosić wykrycie szczepu KPC+ lub wytwarzającego inne karbapenemazy do PPIS na formularzu zgłoszenia wyniku badania laboratoryjnego, w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych.

**Oddział na którym przebywa pacjent:**

W przypadku potwierdzenia (genotypowo) wykrycia szczepu wytwarzającego KPC+ lub inne karbapenemazy zaleca się:

1. Niezwłoczną izolację kontaktową chorego zakażonego lub skolonizowanego szczepem KPC+ lub wytwarzającym inne karbapenemazy, polegającą na:
  - umieszczeniu pacjenta w osobnej sali z węzłem sanitarnym,
  - zakładaniu przez personel rękawiczek jednorazowych i jednorazowego fartucha ochronnego przed wejściem na salę,
  - zdejmowaniu ubrania ochronnego tuż przed wyjściem z sali pacjenta, i następczym bezwzględny przestrzeganiu zasad aseptyki rąk przy zastosowaniu środka alkoholowego, wydzieleniu osobnego sprzętu medycznego wymienianego między pacjentami, takiego jak np.: stetoskop, termometr, mankiet do pomiaru RR oraz niezwłocznej dekontaminacji sprzętu, który będzie stosowany u innych pacjentów,
  - kontrolowanym opuszczaniu sali przez pacjenta na wykonywane badania,
  - jeżeli to możliwe, wydzieleniu osobnego personelu pielęgniarskiego do pielęgnacji pacjenta ze szczepem KPC+ lub wytwarzającym inne karbapenemazy.
2. Prowadzeniu badań przesiewowych:
  - u pacjentów przebywających na tym samym oddziale, co pa-

cent ze szczepem KPC+ lub wytwarzającym inne karbapenemazy lub będących pod opieką tego samego personelu.

- u osób z kontaktu

**Badanie należy przeprowadzić niezwłocznie – pobrać wymazy okołoodbytnicze.**

3. W przypadku, gdy nie stwierdza się szczepów KPC+ lub wytwarzających inne karbapenemazy u innych pacjentów w badaniu przesiewowym, zalecane jest kontynuowanie badań przesiewowych u pacjentów z oddziału, w którym stwierdzono szczep KPC+ lub wytwarzający inne karbapenemazy oraz u pacjentów pielęgowanych przez ten sam personel

Badania powinno wykonywać się także u pacjentów wysokiego ryzyka kolonizacji/zakażenia szczepem KPC+ lub wytwarzającym inne karbapenemazy, zalecane jest prowadzenie badania przesiewowego 1 raz w tygodniu, przez okres 2 miesięcy

**W przypadku kolonizacji pacjenta nie należy stosować antybiotyków!**

4. Przeprowadzenie wywiadu epidemiologicznego dotyczącego zakażonego lub skolonizowanego pacjenta, którego celem jest określenie pochodzenia szczepu KPC+ lub wytwarzającego inne karbapenemazy, tj. jego ewentualnego przeniesienia z innego ośrodka opieki medycznej.
5. W przypadku wypisywania lub przenoszenia do innego szpitala pacjenta ze szczepem KPC+ lub wytwarzającego inne karbapenemazy w jego karcie informacyjnej w rubryce „rozpoznanie”, należy umieścić informację o stwierdzeniu zakażenia lub kolonizacji szczepem KPC+ lub wytwarzającym inne karbapenemazy.
6. Pacjent wypisywany ze szpitala do domu powinien otrzymać kartę informacyjną postępowania w warunkach ambulatoryjnych.

**W przypadku konieczności ponownej hospitalizacji**

7. W przypadku ponownego przyjęcia do szpitala pacjenta, który był skolonizowany lub zakażony szczepem KPC+ lub wytwarzającym inne karbapenemazy zalecane jest:
  - wykonanie wymazów przesiewowych- okołoodbytniczych wg zaleceń
  - izolacja pacjenta do czasu uzyskania wyników tych badań
  - w przypadku ujemnych wyników tego pacjenta powtórzenie badania w trakcie antybiotykoterapii
8. Wskazane jest badanie pacjentów przy przyjmowaniu z innych szpi-

tali, w których zaistniał problem epidemicznego lub endemicznego rozprzestrzeniania się szczepu KPC+ lub wytwarzającego inne karbapenemazy oraz pacjentów z Domów Opieki Społecznej i Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych.

**Sytuacja epidemiologiczna w Wielkopolsce:**

Regionalna epidemia szczepem Kl. pneumoniae MBL NDM

- 140 potwierdzonych przypadków
- 7 zakażeń krwi w 3 szpitalach
- 4 zgłoszone ogniska epidemiczne w 3 szpitalach
- sporadyczne izolacje w 6 szpitalach
- przypadki ambulatoryjne

W związku z rozprzestrzenianiem się Kl. pneumoniae MBL NDM w Wielkopolsce powstał Zespół do spraw ograniczenia rozprzestrzeniania się Kl. pneumoniae wytwarzających karbapenemazy typu NDM przy WSSE w Poznaniu, który opracował zasady postępowania w przypadku identyfikacji takich szczepów.

**Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych:**

1. Przeprowadzenie we współpracy z Laboratorium Mikrobiologii analizy retrospektywnej dotyczącej możliwości wcześniejszego wystąpienia szczepów KPC+ lub wytwarzających inne karbapenemazy u hospitalizowanych pacjentów, w szczególności w tym oddziale, w okresie ostatnich 6 miesięcy.
2. W przypadku stwierdzenia szczepów KPC+ lub wytwarzających inne karbapenemazy u kolejnych pacjentów, należy wdrożyć procedury wygaszania ogniska epidemicznego.

**Clostridium difficile (beztlenowa zarodnikująca laseczka Gram-dodatnia) - jako istotny patogen biorący udział w zakażeniach szpitalnych**

**Czynniki zjadliwości C. difficile**

- enterotoksyna A (egzotoksyna) - odgrywa ważną rolę w pierwszej fazie zakażenia, mechanizm jej działania nie jest do końca poznany; powoduje przerwanie ciągłości błony komórkowej, zaburza syntezę białek, ma działanie letalne i jest odpowiedzialna za krwawienia i nadmierne wydzielanie płynów
- toksyna B (cytotoksyna) - wnika do uszkodzonej śluzówki i powoduje krwawienia, stymuluje stan zapalny
- toksyna binarna CDT ( 10 % izolatów klinicznych C. difficile związanych z ciężką postacią rzekomobłoniastego zapalenia jelit)

**Definicja CZDC** - choroba związana z Clostridium difficile: biegunka

lub megacolon toxicum ( okrężnica olbrzymia-patologiczne poszerzenie jelita grubego potwierdzone radiologicznie) bez innej ustalonej przyczyny oraz spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:

1. stwierdzenia obecności toksyn A i/lub B lub wykazanie obecności szczepu C.difficile produkującego toksynę w posiewie lub przy zastosowaniu innych metod
2. stwierdzenie w badaniu endoskopowym lub w trakcie zabiegu rzekomobłoniastego zapalenia jelita
3. stwierdzenie rzekomobłoniastego zapalenia jelita w badaniu histopatologicznym

**Źródła zakażenia**

1. Nosiciele
  - 3% populacji osób zdrowych
  - 50-60% noworodków i niemowląt
  - 20-40% hospitalizowanych pacjentów
2. Środowisko szpitalne
 

Zarodniki C.difficile zachowują żywotność przez wiele miesięcy ze względu na znaczną oporność na działanie czynników fizycznych i chemicznych w tym na podwyższoną temperaturę, wysychanie i działanie środków dezynfekcyjnych.

Szpitalne lepiej niż 10 lat temu kontrolują pacjentów objawowych, dlatego też pacjenci bezobjawowi - nosiciele zaczynają odgrywać większą rolę w epidemiologii zakażeń, więc pacjenci objawowi nie są jedynym źródłem zakażeń C. difficile w szpitalu.

**Czynniki sprzyjające zakażeniu:**

1. Stosowanie antybiotyków
  - największe ryzyko stanowi stosowanie antybiotyków o szerokim spektrum działania, które znacząco niszczą mikroflorę jelitową i na które C.difficile wykazuje oporność (cefalosporyny II i III generacji, klindamycyna, fluorochinolony, penicyliny oszerokim spektrum działania z inhibitorami oprócz tykarcyliny z klawulanianem i piperacyliny z tazobaktamem)
  - w szpitalach z wysoką endemiczną zapadalnością na C.difficile, nawet jednorazowa dawka antybiotyku podawana jako profilaktyka okołoooperacyjna może prowadzić do rozwoju zakażenia
2. Stosowanie leków zobojętniających pH soku żołądkowego - Rola inhibitorów pompy protonowej (PPI) i antagonistów receptorów H2
3. Wiek pacjenta
  - szczególnie predysponowane są osoby > 65 roku życia, u których zakażenia występują 20- częściej niż < 20 roku życia
  - zapadalność u dzieci < 1 roku życia jest trudna do oceny ze



względu na bardzo wysoki odsetek nosicielstwa *C.difficile* (także szczepy toksynotwórcze)

#### 4. Hospitalizacja

- stanowi wysoki czynnik ryzyka kolonizacji szczepami *C.difficile* (20-40% pacjentów leczonych w szpitalu)
  - wykazano wysoki stopień skażenia środowiska szpitalnego (w szczególności toalet i rąk personelu)
  - najbardziej narażeni są chorzy z ciężkimi chorobami podstawowymi (np. mocznica, oparzenia, cukrzyca, niedobory odporności, po operacjach w obrębie jamy brzusznej)
- Przypadki zakażeń stwierdzane są teraz częściej wśród osób młodszych, zdrowych, niestosujących antybiotykoterapii. Czynniki mogące tłumaczyć takie zmiany demograficzne wywołują duże zainteresowanie lekarzy i mikrobiologów.

#### Postacie kliniczne zakażeń:

1. Biegunka poantybiotykowa (CDAD)
  - ciężka postać o gwałtownym i niepomyślnym zejściu
  - łagodna postać manifestująca się biegunką
2. Rzekomobłoniaste zapalenie jelita grubego

#### Klasyfikacja objawów zakażenia

- kurczowe bóle brzucha
- śluzowa lub wodnista biegunka (o nieprzyjemnym zapachu)
- nieznacznie podwyższona temperatura ciała
- leukocytoza

Ciężkie i powikłane CZDC w 37% przypadków przebiega bez biegunki i może mieć charakter „ostrego brzucha”

Bardzo ciężka postać CZDC występuje u około 3% chorych i aż 11% zakażonych hiperwirulentnym szczepem NAP1

Powikłania: odwodnienie, zaburzenia elektrolitowe, perforacja jelita, enteropatia wysiękowa, powikłania pozajelitowa zdarzają się bardzo rzadko (bakteriemia, ropień śledziony, zapalenie kości)

Nawroty występują u około 20% chorych

Obecnie problem epidemiologiczny stanowi szybko rozprzestrzeniający się szczep *C.difficile* o rybotypie 027- B1/NAP1/027 o wyjątkowej zjadliwości; charakteryzuje się on:

- zwiększonym wytwarzaniem toksyn A i B (16-23 x więcej niż inne szczepy)
- wytwarzaniem toksyny przez dłuższy czas
- produkcją dodatkowej binarnej toksyny
- większą zdolnością do tworzenia spor
- wysoką opornością na fluorochinolony

- powodowaniem zakażeń o znacznie cięższym przebiegu klinicznym
- Pobieranie materiału do badania
- Zgodnie z zaleceniami SHEA/IDSA oraz ESCMID badanie powinno być wykonywane tylko w przypadku nieufornowanego, biegunkowego kału (występującego u pacjenta  $\geq 3$  razy w przeciągu 24 godzin) z wyjątkiem przypadku podejrzenia niedrożności jelit.

Badanie kału w kierunku *C.difficile* u osób bez objawów oraz jako kontrola leczenia jest nieuzasadnione za wyjątkiem niektórych wskazań epidemiologicznych.

#### Zasady pobierania:

1. Pacjent powinien oddać kał do czystego naczynia (basen) lub do wysuszonej i wyłożonej papierem toaletowym muszli klozetowej. Upřednio po całkowitym opróżnieniu pęcherza moczowego.
2. Za pomocą łopatki z pojemnika transportowego (kałówka) pobrać próbkę kału (min. 1-2 ml)
3. W przypadku badania genetycznego możliwe jest pobranie wymazu z odbytu.
4. Kał jak najszybciej po pobraniu przekazać do laboratorium, jeżeli to niemożliwe to po pobraniu materiału do 2 h do czasu transportu należy przechowywać go w temp. pokojowej lub w temp. 2-8 st. C max od 24 godz.

Powyżej 24 h należy próbkę można zamrozić w -20 st. C

#### Diagnostyka zakażeń

Diagnostyka *C.difficile* polega na wykonaniu posiewu (w celach epidemiologicznych i oceny lekowrażliwości) lub najczęściej na wykrywaniu antygeny (GDH – dehydrogenazy glutaminianowej) i produktów metabolizmu bakterii (toksyny A i B)

Obecnie na rynku dostępne są testy immunoenzymatyczne i lateksowe do wykrywania toksyn w kale. Metody genetyczne PCR umożliwiają jednocześnie wykrywanie toksyn jak i umożliwiają identyfikację szczepu hiperepidemicznego 027/NAP1/BI.

#### Postępowanie w przypadku stwierdzenia zakażenia *C.difficile* u pacjenta hospitalizowanego

- należy wdrożyć izolację kontaktową pacjenta (osobna sala z toaletą)
- przed wejściem na salę personel medyczny oraz osoby odwiedzające zakładają rękawiczki i jednorazowy fartuch
- po kontakcie z pacjentem należy umyć ręce bieżącą wodą z zastosowaniem mydła (nie wystarczy samo wcieranie środka dezynfekcyjnego)
- należy wydzielić osobny sprzęt medyczny
- pacjent powinien być izolowany na okres 48 h od ustąpienia bie-

gunki i uzyskania uformowanego stolca (należy rozważyć izolację pacjenta przez cały okres hospitalizacji)

- należy przeprowadzić dokładną dezynfekcję powierzchni, sprzętu medycznego i przedmiotów stosowanych przez pacjenta (zalecane są środki chlorowe)
- należy przeprowadzić dekontaminację sali chorego po ukończonej hospitalizacji (zalecany nadtlenek wodoru w postaci gazowej)
- należy poinformować pacjenta

#### Leczenie zakażeń wywołanych *C.difficile*

Ważnym elementem leczenia jest odstawienie dotychczas podawanego antybiotyku. Niekiedy strategia ta wystarcza do opanowania CZCD

Jeżeli nie można przerwać antybiotykoterapii, która doprowadziła do CZCD zalecana jest zmiana antybiotyku na jeden z grupy niskiego ryzyka.

Lekiem pierwszego rzutu jest metronidazol lub wankomycyna podawane doustnie przez okres 10-14 dni.

Skuteczność kliniczna metronidazalu i wankomycyny jest porównywalna w łagodnych i umiarkowanych CZCD, natomiast wankomycyna jest skuteczniejsza w ciężkich postaciach choroby (ryzyko nawrotów choroby jest porównywalne dla leczonych jednym jak i drugim antybiotykiem)

W leczeniu bardzo ciężkiej postaci CZCD, przebiegającej z niedrożnością jelit należy podawać wankomycynę doustnie i metronidazol dożylnie, ponadto wankomycynę można podać przez cewnik bezpośrednio do jelita grubego.

Inne antybiotyki stosowane w leczeniu to

- teikoplanina (skuteczność porównywalna z wankomycyną)
- fidaxomicyna – makrolid, który nie wchłania się z przewodu pokarmowego, skutecznie działa na szczepy *C.difficile*. W odróżnieniu od wankomycyny nie niszczy fizjologicznej mikroflory jelitowej, wykazano porównywalną z wankomycyną skuteczność kliniczną i mniejsze ryzyko nawrotu z zakażeniami powodowanymi przez inne szczepy niż NAP1.

#### Leczenie nawrotów

Do nawrotu dochodzi w około 20% przypadków. Z reguły następuje po 3-21 dniach od zakończenia leczenia. Nawrót w połowie przypadków jest powodowany przez ten sam szczep.

Zalecane jest zastosowanie tego samego leku, za pomocą którego wyleczono pierwszy epizod, z wyjątkiem sytuacji gdy nawrót ma cięższy przebieg, w tej sytuacji należy stosować wankomycynę. Wspomagające leczenie jest podawanie probiotyków.

W przypadku mnogich nawrotów zakażeń *C. difficile* zalecana jest fidaksozynowa, a najlepszym rozwiązaniem w przypadku takich zakażeń jest przeszczep kału „fecal transplant” od dorosłej zdrowej osoby. Opracowywane są także preparaty do immunoterapii zakażeń (biernej surowicy i czynnej - szczepionki).

#### Fizjologiczna flora pochwy

Błona śluzowa pochwy jest miejscem bytowania licznych mikroorganizmów. W ciągu życia kobiety skład mikroflory pochwy ulega zmianie i jest ściśle powiązany z aktywnością hormonów płciowych, głównie estrogenów.

W jamie macicy pochwa płodu jest jałowa. W pierwszych 2-3 tygodniach życia w organizmie noworodka utrzymuje się wysoki poziom estrogenów pochodzących od matki. Sprawia to, że pochwa dziewczynki zasiedlana jest przez grupę pałeczek kwasu mlekowego z rodzaju *Lactobacillus* nazywanych pałeczkami Doederleina.

Rola pałeczek Doederleina jest bardzo istotna w mechanizmie obronnym w środowisku pochwy.

– fermentują one glikogen wytwa-

rzany przez komórki nabłonka

- powstający dzięki temu kwas mlekowy zakwasza środowisko pochwy do pH 3,6 -4,6 , co uniemożliwia osiedlanie się i nadmierny rozwój innych drobnoustrojów
- produkują również inne substancje warunkujące utrzymanie prawidłowego ekosystemu pochwy, jak inhibitory proteaz, laktocydynę, nadtlenek wodoru

Po tym krótkim okresie poziom estrogenów obniża się, co powoduje spadek poziomu glikogenu w komórkach nabłonka pochwy, pH staje się obojętne a florę fizjologiczną tworzą bakterie tlenowe i beztlenowe takie jak: *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus* spp., *Corynebacterium* spp., *Bacteroides*, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Porphyromonas* i *Gardnerella vaginalis*.

W okresie dojrzewania poziom estrogenów ponownie wzrasta zapewniając odpowiednią ilość glikogenu w komórkach nabłonka pochwy i znowu pojawiają się pałeczki kwasu mlekowego. Stanowią one 96% składu prawidłowej mikroflory pochwy kobiet w okresie rozrodczym. W okresie po-

menopauzalnym flora pochwy przypomina środowisko pochwy u dziewczynki przed okresem dojrzewania płciowego.

#### Stała i przejściowa flora pochwy dorosłej kobiety

**Pałeczki gramdodatnie:** *Lactobacillus* spp., *Corynebacterium* spp., *Eubacterium* spp., *Clostridium* spp.

**Ziarniaki gramdodatnie:** *Staphylococcus* spp. koagulazoujemny, *Enterococcus* spp., paciorkowce a hemolizujące, *Streptococcus agalactiae*, *Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp.

**Pałeczki gramujemne:** *Bacteroides* spp., *Prevotella* spp., *Porphyromonas* spp., *Fusobacterium* spp., *Enterobacteriaceae*, *Acinetobacter* spp., *Gardnerella vaginalis*

**Ziarniaki gramujemne:** *Veillonella* spp.

**Grzyby drożdżopodobne:** *Candida* spp.

(Wykład wygłoszony na szkoleniu w OIPIP w Poznaniu 17.11.2014 r.)

## KONFERENCJA 09.10.2014

W dniu 09.10.2014 r. w Instytucie Chemii Bioorganicznej PAN w Poznaniu odbyła się zorganizowana przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych Konferencja Naukowa pod tytułem „Schorzenia narządów ruchu – powrót do sprawności”. Konferencja poruszała tematy z dziedziny ortopedii. Wystąpiło sześciu prelegentów:

1. dr Juliusz Rager „Kwalifikacja i przygotowanie pacjentów do endoprotezoplastyk stawów kończyn dolnych”
2. piel. Justyna Matuszczak „Kompleksowa opieka pielęgniarska nad pacjentem po protezoplastyce stawu kolanowego i biodrowego”
3. mgr reh. Aleksander Krawczyński „Profilaktyka i leczenie bólu dolnego odcinka kręgosłupa”
4. Ewelina Garncarz „Współczesne rozwiązania chirurgii kręgosłupa – biomateriały. Podział i klasyfikacja oraz ich praktyczne zastosowanie w medycynie”
5. mgr Małgorzata Mendyka „Replantacja i inne urazy kończyny górnej”
6. lek. reh. Joanna Dudzińska „Leczenie usprawniające po urazach rdzenia kręgowego”, „Leczenie usprawniające w dyskopatiach i zwyrodnieniach kręgosłupa”



Fot: M. Krajewski

Od lewej: J. Woźniak, K. Kuszta, T. Kruczkowska

Rozwój cywilizacji, starzejące się społeczeństwa powoduje, że schorzenia związane z narządami ruchu coraz częściej stanowią problem w codziennej egzystencji. Konferencja zapoznała nas i przybliżyła wiedzę na temat schorzeń narządów ruchu.

Cieszyła się bardzo dużym zainteresowaniem. Sponsorem konferencji była firma NOVA SPINE, OPEL SZPOT, TU INTERPOLSKA

Wśród uczestników konferencji rozlosowano nagrody książkowe.

(Zdjęcia z konferencji na okładce)

Przewodnicząca Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego  
Krystyna Kuszta



## „Pełny dostęp – edukacja dla sektora ochrony zdrowia”

Warszawa 30 października 2014 roku

W siedzibie Rzecznika Praw Obywatelskich w Warszawie, przy ul. Długiej 23/25 odbyło się sympozjum poświęcone specyficznym potrzebom zdrowotnym osób LGTB.

Przedstawiane prezentacje były owocem badań prowadzonych przez Kampanię Przeciw Homofobii (KPH), Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO) oraz Fundację Watch Health Care (WHC). Badania były współfinansowane przez Fundusz EOG w ramach programu Obywatele dla Demokracji.

Celem projektu „Pełny dostęp- edukacja dla sektora ochrony zdrowia” jest zwiększenie wiedzy pracowników służby zdrowia na temat orientacji seksualnej i tożsamości płciowej, m.in. poprzez opracowanie materiałów edukacyjnych oraz pilotażowe szkolenia dla studentów medycyny, a w przyszłości- pielęgniarstwa, położnictwa oraz ratownictwa medycznego.

Z racji reprezentowania najliczniejszej grupy zawodowej do udziału w pracach projektu zostały zaproszone również Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych z terenu całego kraju. Ponadto w spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia (Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego), Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Izby Lekarskiej, Uniwersytetów Medycznych (studenci, kadra nauczycielska) oraz KPH, WHC, Biura RPO oraz środowiska LGTB.

Spotkanie inauguracyjne odbyło się 30.10.2014r. i miało przede wszystkim charakter informacyjny – nagłośnienia problemu i przygotowania podwalin do dalszych badań.

Prelegenci przedstawili prezentacje na następujące tematy:

1. Międzynarodowe standardy ochrony prawa do zdrowia dla osób nieheteroseksualnych.
2. Specyficzne potrzeby zdrowotne osób nieheteroseksualnych
3. Analiza systemu kształcenia studentów medycyny i lekarzy pod kątem treści dotyczących orientacji seksualnych i tożsamości płciowej.
4. Próba oceny wiedzy studentów uniwersytetu medycznego na

temat homoseksualizmu w kontekście potrzeb zdrowotnych osób LGTB.

5. Transinkluzywna opieka zdrowotna – stan obecny i wyzwania
6. Dyskryminacja ze względu na orientację seksualną w obszarze opieki zdrowotnej w badaniach RPO.

Podsumowania sympozjum dokonał Marek Balicki – jako były Minister Zdrowia, lekarz, dyrektor placówki medycznej, nauczyciel akademicki, pozwolił mógł sobie na szeroką ocenę przedstawianych prezentacji, potwierdzających niestety smutną rzeczywistość o dyskryminowaniu osób nieheteroseksualnych przez personel medyczny.

Prelegenci i uczestnicy seminarium dopatrywali się przyczyn takiej sytuacji już na etapie kształcenia przeddyplomowego pracowników ochrony zdrowia.

Wskazywano małą liczbę godzin z zakresu psychologii, socjologii medycyny czy seksuologii. Obejmuje jedynie 30 godzin lekcyjnych na ok. 6000 godzin całego okresu nauki. Sytuację taką potwierdzili studenci medycyny z kół naukowych Uniwersytetów Medycznych – przedmioty takie na Wydziałach Lekarskich traktowane są po macoszemu. Prowadzący je nauczyciele akademicy nie są przygotowani do zmiernienia się z tematyką LGTB, a jeśli nawet ją podejmują to nie potrafią oprzeć się stereotypom ogółu społeczeństwa, które negatywnie naznacza osoby nieheteroseksualne. Nic dziwnego zatem, że owocami takiej edukacji są negatywne reakcje na pacjentów LGTB w gabinetach lekarskich. Z negatywną reakcją spotykają się również studenci i studentki medycyny, jeśli na zajęciach ujawnią swoją orientację LGTB.

Ataki słowne i ostracyzm spotykają ich ze strony nauczycieli oraz innych studentów.

Przenosi się to także nie tylko na zachowania personelu medycznego, ale także poziom ich wiedzy (ok.80% badanych uważało np., że homoseksualizm jest chorobą wymagającą leczenia).

Szczególnie newralgiczne obszary dla pacjentów LGTB to wizyty u ginekologów, dermatologów, psychiatrów, stomatologów oraz procedury związane z pobieraniem krwi, te-

stawianiem w kierunku HIV, pobyty w szpitalu oraz traktowanie w czasie wizyt medycznych w domu pacjenta. Z badań społecznych wynikało, że ponad 11% respondentów i respondentek spotkało się z nierównym traktowaniem podczas korzystania ze świadczeń medycznych, a blisko 80% czuło lęk przed ujawnieniem swojej orientacji seksualnej

Podawano liczne przykłady przejawów dyskryminacji, jakie spotykają osoby LGTB jako pacjentów placówek medycznych w Polsce:

- wymuszanie dodatkowych opłat za wizytę
- żądanie dodatkowych opłat od ubezpieczonych za badania diagnostyczne
- wyzwiska i epitety słowne
- odmowa leczenia
- pobieranie krwi w kierunku HIV bez zgody pacjenta
- zastraszanie ujawnieniem orientacji seksualnej u członków rodziny
- odmowa wypisania recept na leki
- odmowa badania ginekologicznego u transseksualisty
- wymuszanie do wypełniania dodatkowych formularzy zawierających pytania o życie seksualne – bez związku z przyczyną zjawienia się u lekarza
- bezprawne fotografowanie narządów płciowych
- „przesłuchiwanie” na temat preferencji seksualnych
- przeprowadzanie wywiadu lekarskiego w obecności osób postronnych
- odmowa pobierania krwi na badania diagnostyczne
- żartowanie z wyglądu, ubioru
- wzbudzanie poczucia winy za niszczenie własnej rodziny poprzez ujawnienie „chorej” orientacji seksualnej
- zastraszanie ujawnieniem preferencji w miejscu pracy/nauki
- odmowa podania leków drogą dożylną z obawą przed rzekomym zakażeniem HIV (mimo, że pacjent nie miał potwierdzonego nosicielstwa)
- nieudzielanie informacji partnerom życiowym na temat stanu zdrowia osoby LGTB – nawet, gdy zostały upoważnione w dokumentacji medycznej

- udzielanie informacji osobom nieupoważnionym przez osobę LGTB, np.: pracodawcy, sąsiadowi, współpacjentowi
- kierowanie na przymusowe leczenie psychiatryczne „pod dyktando rodziny” (niepełnoletni)

\*\*\*

Podsumowując sympozjum prelegenci wyrazili nadzieję na poprawę traktowania pacjentów LGTB. Wspominali, że zmiana kształcenia personelu medycznego zarówno przed-, jaki i - podyplomowego zmieniła zachowania personelu medycznego wobec pacjentów heteroseksualnych, które kiedyś przejawiały się dużą przedmiotowością.

Kilka lat edukowania (komunikacja werbalna i pozawerbalna, psychologia zachowań, skutki socjologiczne choroby i leczenia itd.) sprawiło wyraźną poprawę w kierunku upodmiotowienia chorego człowieka.

Należy więc mieć nadzieję, że osoby LGTB także będą traktowane przez personel medyczny zgodnie ze swoimi ustawowymi prawami, które są takie same, jak w przypadku osób heteroseksualnych.

#### Wskazano następujące wnioski dla sektora ochrony zdrowia:

1. Każdy pacjent bez względu na swoją orientację seksualną czy tożsamość płciową ma prawo żądać respektowania swoich praw wynikających z Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159-tekst jednolity z późn. zmianami).
2. Respektowanie praw pacjentów zależy od kultury prawnej pracowników ochrony zdrowia, a nie tylko od ich wiedzy.
3. Ujawnienie swojej orientacji seksualnej czy tożsamości płciowej może spowodować częstsze narażenie się pacjenta LGTB na wykluczenie, niż sama choroba (w tym psychiatryczna czy zakaźna).
4. Nie wolno racjonalizować negatywnych zachowań pracowników ochrony zdrowia uzasadniając je „powszechnymi stereotypami”, „stygmatyzacją społeczną”, „wpisywaniem się w tendencyjne zachowania współpacjentów heteroseksualnych” itp.
5. Respektowanie praw osób LGTB musi wynikać z przepisów prawnych, a te nie mogą wynikać z obietnic politycznych, a osoby nieheteroseksualne nie mogą być

zakładnikami politycznymi decydentów.

6. Konieczne są zmiany kształcenia przyszłych pracowników ochrony zdrowia w trakcie kształcenia przeddyplomowego, a przekazywana wiedza antydiscryminacyjna musi opierać się na najnowszej wiedzy medycznej i aktualnych przepisach prawnych.
7. Za zmianę zachowań pracowników służby zdrowia wobec osób LGTB odpowiadają także ich pracodawcy, którzy powinni w cyklicznych kształceniach podyplomowych na terenie placówki medycznej uaktualniać wiedzę, zaznajamiać z przepisami prawnymi nt. praw pacjenta.
8. Zmiana nastawienia personelu medycznego wobec osób LGTB nie pojawi się po zmianie samych przepisów prawnych, ale musi stanowić proces, jak każde inne działania zmierzające do wyeliminowania patologicznych zachowań w danym obszarze życia społecznego.

\*\*\*

**LGBT** (z ang. Lesbians, Gays, Bisexuals, Transgenders) – skrót odnoszący się do lesbijek, gejów, osób biseksualnych oraz osób transgenderycznych jako do całości. Do grupy osób transgenderycznych wlicza się również osoby transseksualne. W ogólnej definicji terminem tym określa się ogół osób, które tworzą mniejszości o odmiennej od heteroseksualnej orientacji seksualnej oraz osób o tożsamości płciowej niezgodnej z płcią biologiczną (osoby transgenderyczne i transseksualne).

Termin powstał w latach 60 XX w. w USA. Do powszechnego użycia wszedł w latach 90.

\*\*\*

**Tożsamość płciowa** (ang. gender identity) lub tożsamość płci – termin, przez który rozumie się gender – psychologiczną, kulturową płęć – z którą jednostka się identyfikuje. Kulturowo i społecznie zdeterminowane wyobrażenie własnej osoby – koncepcja samej lub samego siebie – jako kobiety (dziewczyny) lub mężczyzny (chłopca). Jest to forma tożsamości społecznej.

\*\*\*

**Orientacja seksualna** – trwałe emocjonalny, romantyczny i seksualny pociąg do osób określonej płci. Orientacja seksualna rozciąga się na kontinuum, od wyłącznego heteroseksualizmu do wyłącznego homoseksualizmu

Rozbieżności w definicjach orientacji seksualnej są przyczyną zamieszania pojęciowego. Różnice w definiowaniu i pomiarze sięgają lat 60. XIX wieku, kiedy naukowcy po raz pierwszy szerzej zainteresowali się orientacjami seksualnymi.

#### Wyróżnia się 3 orientacje seksualne:

1. **heteroseksualizm** – pociąg do osób przeciwnej płci.
  2. **homoseksualizm** – pociąg do osób tej samej płci.
  3. **biseksualizm** – pociąg do osób obu płci.
- Możliwy jest również brak orientacji seksualnej – aseksualizm.

\*\*\*

**Kampania Przeciw Homofobii** – ogólnopolska organizacja pozarządowa działająca od 11 września 2001r. Stowarzyszenie zajmuje się przeciwdziałaniem dyskryminacji ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową w polskim społeczeństwie, organizowaniem akcji mających na celu przeciwdziałanie homofobii, transfobii oraz walką o prawa osób LGTB. Posiada status organizacji pożytku publicznego.

Stowarzyszenie prowadzi bezpłatną pomoc psychologiczną dla ofiar przemocy i dyskryminacji. Natomiast grupa prawnicza KPH prowadzi stacjonarne poradnictwo prawne dla ofiar dyskryminacji na tle orientacji seksualnej oraz litygację strategiczną. KPH prowadzi także Queer Studies – studia z zakresu tożsamości nieheteroseksualnych

\*\*\*

**Rzecznik Praw Obywatelskich (RPO)** – jednoosobowy organ władzy państwowej, pełniący funkcję ombudsmans.

Urząd został ustanowiony w Polsce z dniem 1 stycznia 1988. Pierwszym RPO została prof. Ewa Łętowska. Obecnie urząd ten pełni prof. Irena Lipowicz. Działalność Rzecznika reguluje Konstytucja RP (art. 208–2012) oraz ustawa z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

Jednostką pomocniczą Rzecznika Praw Obywatelskich jest Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Siedziba Biura znajduje się przy al. Solidarności 77 w Warszawie.

(Wyjaśnienie pojęć zaczerpnięto z Wikipedii)

Przygotował:  
Tomasz Kaczmarek  
(Wiceprzewodniczący ORPiP w Poznaniu)



## DZIAŁ REJESTRU OIPIP W POZNANIU PRZYPOMINA

Zgodnie z danymi przekazanymi przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia na dzień 24-11-2014 r. nadal w kilkuset praktykach Pielęgniarek i Położnych wpisanych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie odnotowano aktualnego wpisu o obowiązkowym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej indywidualnych/grupowych praktyk.

### UWAGA!!!!

Polisy należy przysyłać wyłącznie w formie elektronicznej (skan dokumentu) poprzez stronę internetową rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (<http://rpwdl.csioz.gov.pl>).

**Osoby, które w latach 2011/2012 składały w OIPIP w Poznaniu wnioski o wpis do w/w rejestru w formie papierowej muszą założyć konto użytkownika, a następnie przesłać do OIPIP wnioski o nadanie uprawnień do księgi rejestrowej.**

(instrukcja oraz wnioski o nadanie uprawnień dostępne są na stronie <http://www.oipip-poznan.pl> - „jak załatwić sprawę”- PRAKTYKA ZAWODOWA).

Prosimy o nie przysyłanie polis w formie papierowej, z uwagi na brak miejsca do ich gromadzenia.

### Rejestr praktyk zawodowych jest wyłącznie rejestrem elektronicznym.

Zgłaszanie zmian przez pielęgniarki/położne wykonujące działalność leczniczą (w tym informacje o ubezpieczeniu) jest OBOWIĄZKIEM wynikającym z Ustawy o działalności Leczniczej.

Zmiany należy zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr w terminie 14 dni od daty ich powstania.

W przypadku nie zgłoszenia zmian danych objętych rejestrem w w/w terminie Okręgowa Rada może w drodze decyzji administracyjnej nałożyć karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę, określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

Zgodnie z art. 107 Ustawy o Działalności Leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. decyzji tej nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

**WZYWAMY ZATEM WSZYSTKIE PIELEŃNIARKI/POŁOŻNE, KTÓRYCH SPRAWA DOTYCZY O BEZZWŁOCZNE UZUPEŁNIENIE POWSTAŁYCH BRAKÓW.**

## Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra

### Szanowni Państwo

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

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

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

Zgodnie z podjętą Uchwałą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 września 2014 r. w sprawie zawarcia umowy z wydawnictwem o świadczenie usług i udzielenie licencji na dostęp do wirtualnej czytelnicy dla członków samorządu pielęgniarek i położnych, z powyższej oferty będą Państwo mogli skorzystać składając wniosek o nadanie dostępu do Serwisu IBUK do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, której Państwo jesteście członkami.

Procedura nadania kodu PIN:

### Procedura nadania kodu PIN:

1. członek samorządu składa wniosek do OIPIP (do pobrania na stronie NIPiP)

2. kod PIN zostanie przesyłany na adres poczty elektronicznej.

Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych należy go uaktywnić w koncie serwisu [www.libra.ibuk.pl](http://www.libra.ibuk.pl)

**Instrukcja dodania kodu  
PIN – na stronie NIPiP**

\* Informacji udziela Dział Rejestru OIPIP w Poznaniu



Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego  
zaprasza do udziału w ogólnopolskim konkursie

## Pielęgniarka Roku 2014



Beata Jurkiewicz  
Pielęgniarka Roku 2013

### Podziel się swoimi sukcesami – zostań Pielęgniarką Roku 2014

Aplikacje pielęgniarek rekomendowanych przez pracodawców należy zgłosić do właściwego terytorialnie Zarządu Oddziału Wojewódzkiego PTP do dnia 31 stycznia 2015 r.  
Szczegółowe informacje i formularze aplikacyjne dostępne na stronie ZG PTP – <http://www.ptp.na1.pl/>

### Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego rozpoczyna przygotowania do jubileuszowej X edycji Konkursu „Pielęgniarka Roku 2014”.

Zapraszamy wszystkich zainteresowanych: pielęgniarki i pielęgniarzy do udziału w tym wydarzeniu.

Tegoroczna edycja Konkursu będzie miała zmieniony harmonogram i przebieg Finału, zapraszamy do sprawdzania informacji o Konkursie (regulaminy oraz karty zgłoszeń) na stronie internetowej PTP <http://www.ptp.na1.pl>.

Zgłoszenia uczestników należy przesyłać do dnia 31 stycznia 2015 roku na adres: Aleksandra Kopińska, Przewodnicząca Zarządu Oddziału PTP im. Stefanii Wołynki w Poznaniu ul. Wojskowa 3k/28, 60-792 Poznań.

Celem konkursu jest: wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów o wysokim przygotowaniu zawodowym, etycznym i aktywnym zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego.

Konkurs ma charakter ogólnopolski. Patronat nad konkursem od chwili jego uruchomienia obejmują: Minister Zdrowia oraz Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

## PODZIĘKOWANIA

### „Cieszymy się każdym dniem”

#### Koleżance Marii Roszczak

w związku z przejściem na emeryturę.

Emerytura - droga Mario kolejny etap przeznaczenia, czas odpoczynku, twoja łaba.

Przyjmij od wszystkich więc życzenia zdrowia i zdrowia, pogody ducha, radości z życia od ucha do ucha, ciekawych książek, marzeń spełnienia, byśmy zostali w Twoich wspomnieniach

Z najlepszymi życzeniami wraz z podziękowaniem za wieloletnią współpracę Koleżanki i Koledzy z Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Szamotułach



#### Koleżance, Alicji Andrzejczak

z powodu przejścia na rentę serdeczne podziękowanie za lata wspólnej pracy, dobroć, życzliwość, wsparcie, za wszystkie kubki z ciepłą herbatą – dziękują Koleżanki Oddziału IIA Szpitala

Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego im. Degi w Poznaniu.

Alicjo, życzymy Ci zdrowia, życzliwych ludzi wokół, odkrywania na nowo uroków wolnego czasu.

Nie zapomnij o nas.  
Pielęgniarki Oddziału IIA



## PODZIĘKOWANIA

#### Pani Krystynie Sikorskiej

w związku z przejściem na zasłużoną emeryturę z podziękowaniami za długoletnią, sumienną i pełną poświęceń pracę. Wyjątkowe oddanie, rzetelność, cierpliwość, którymi zawsze wyróżniała się w pracy.

Serdeczne życzenia, gratulacje i podziękowania składają koleżanki pielęgniarki Kliniki Neurologii M1 Szpitala Klinicznego U.M ul. Przybyszewskiego w Poznaniu



Serdecznie gratulacje

powodu zdanej specjalizacji w pielęgniarstwie neurologicznym dla koleżanek Agnieszki Patrzykont i Agnieszki Ratajczak

Składają koleżanki z Oddziału Leczenia Udarów Mózgu Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. J. Strusia z ZOL -em w Poznaniu.  
Dziewczyny jesteśmy z Was dumne!





W związku z różną interpretacją kto powinien poświadczyć deklarację o dobrym zdrowiu pielęgniarek/położnych ubiegających się o zatrudnienie w Wielkiej Brytanii, Naczelna Rada podjęła Uchwałę w sprawie ujednoczenia procedury poświadczenia deklaracji o dobrym zdrowiu. Treść procedury przedstawiamy poniżej.

*Załącznik nr 1 do Uchwały nr 216/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 września 2014r. w sprawie ujednoczenia procedury poświadczenia deklaracji o dobrym zdrowiu i dobrej opinii*

## PROCEDURA POŚWIADCZANIA DEKLARACJI O DOBRYM ZDROWIU

*Procedura dotyczy zasad poświadczenia deklaracji o dobrym zdrowiu (ang. supporting declaration of good health) przez Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych. Zgodnie z art. 51 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych, na wniosek pielęgniarki lub położnej będącej członkiem tej izby, wydaje inne zaświadczenia wymagane przez odpowiednie władze lub organizacje państw członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej.*

### CEL:

**Ujednoczenie procedury poświadczenia deklaracji o dobrym zdrowiu.**

**W odniesieniu do deklaracji o dobrym zdrowiu osoby, ubiegającej się o prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w Wielkiej Brytanii, Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, której członkiem jest wnioskodawca:**

- a. poświadcza deklarację o dobrym zdrowiu, składając na niej podpis wraz z datą i opatrując ją pieczęcią, jeżeli nie upłynął termin ważności orzeczenia lekarskiego stwierdzającego zdolność wnioskodawcy do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, które przedłożono w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych,
- b. nie poświadcza deklaracji o dobrym zdrowiu, jeżeli upłynął termin ważności orzeczenia lekarskiego stwierdzającego zdolność wnioskodawcy do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, które przedłożono w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych. Równocześnie informuje, że zgodnie z Instruction notes for applicants (pl. wskazówki dla wnioskodawcy) „jeżeli kompetentne władze nie mogą wypełnić deklaracji o dobrym zdrowiu, może tego dokonać specjalista medycyny pracy (ang. occupational health advisor) lub lekarz ogólny (ang. medical practitioner), wypełniając formularz na odwrotnej stronie.

### PODSTAWA PRAWNA

*Ustawa z dnia 15 lipca 2011r.  
o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174,  
poz. 1039 z późn. zm.)*

## PROTOKÓŁY POSIEDZENIA KOMISJI DS. REFUNDACJI KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO Z DNIA 20 PAŹDZIERNIKA 2014r.

1. Komisja rozpatrzyła pozytywnie:
  - a) 3 wnioski dotyczące specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, na ogólną kwotę 7 550 zł (słownie: siedem tysięcy pięćset pięćdziesiąt złotych),
  - b) 3 wnioski dotyczące kursów kwalifikacyjnych, na ogólną kwotę 2 650 zł (słownie: dwa tysiące sześćset pięćdziesiąt złotych),
  - c) 5 wniosków dotyczących kursów specjalistycznych, na ogólną kwotę 957 zł (słownie: dziewięćset pięćdziesiąt siedem złotych),
  - d) 14 wniosków dotyczących egzaminu państwowego ze specjalizacji dla pielęgniarek/położnych, na kwotę 2100 zł (słownie: dwa tysiące sto złotych),
  - e) 22 wnioski dotyczące konferencji, seminariów, zjazdów, na ogólną kwotę 8 447 zł (słownie: osiem tysięcy czterysta czterdzieści siedem złotych).
2. Ogółem Komisja rozpatrzyła pozytywnie 47 wniosków na ogólną kwotę 21 704 zł (słownie: dwadzieścia jeden tysięcy siedemset cztery złote).

### Z DNIA 17 LISTOPADA 2014r.

1. Komisja rozpatrzyła pozytywnie:
  - a) 1 wniosek dotyczący studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo / położnictwo, na kwotę 1 800 zł (słownie: jeden tysiąc osiemset złotych),
  - b) 58 wniosków dotyczących specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, na ogólną kwotę 16 006 zł (słownie: szesnaście tysięcy sześć złotych),
  - c) 16 wniosków dotyczących kursów kwalifikacyjnych, na ogólną kwotę 13 850 zł (słownie: trzynaście tysięcy osiemset pięćdziesiąt złotych),
  - d) 43 wnioski dotyczące kursów specjalistycznych, na ogólną kwotę 9 240 zł (słownie: dziewięć tysięcy dwieście czterdzieści złotych),
  - e) 38 wniosków dotyczących konferencji, seminariów, zjazdów, na ogólną kwotę 7 517 zł (słownie: siedem tysięcy pięćset siedemnaście złotych).
2. Ogółem Komisja rozpatrzyła pozytywnie 156 wniosków na ogólną kwotę 48 413 zł (słownie: czterdzieści osiem tysięcy czterysta trzynaście złotych).

*Członkowie Komisji:  
Grażyna Adamska-Galemba  
Tomasz Kaczmarek  
Arleta Łuczak  
Wiesław Morek  
Jolanta Henka  
Janusz Woźniak*

*Przewodnicząca Komisji:  
Iwona Pawlicka*

### Redakcja Biuletynu

**Zespół Redakcyjny:** Tomasz Kaczmarek, Teresa Kruczkowska, Jolanta Plens-Gałęska, Wiesław Morek, Teresa Wiśniewska **Korekta:** Jolanta Plens-Gałęska  
**Wydawca:** Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu Wszystkie materiały są objęte prawem autorskim. Przedruk materiałów w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody jest zabroniony. Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i redagowania dostarczonych materiałów.

**Nakład** 3500 egz.; **Data wydania:** 16 grudnia 2014 r.; **Wirtualne wydanie Biuletynu:** www.oipip-poznan.pl

**Skład i łamanie:** „I&M Studio”, ul. F. Skarbka 31, 60-348 Poznań, tel. 618614181, e-mail: im-studio@post.pl;



## WYDARZENIA OD 7.10.14r. - 29.11.2014r.

- 7.10.14r. - Posiedzenie Komisji ds. Przeszkoleń po przerwie w wykonywaniu zawodu, na którym po przeprowadzonym egzaminie sprawdzającym wiedzę Komisja wystąpiła z wnioskiem do Prezydium OR o wydanie zaświadczenia o przeszkoleniu 1 pielęgniarki.
- 8.10.14r. - Posiedzenie Prezydium OR, na którym podjęto m. in. 24 uchwały/dostępne na stronie internetowej/.
- 9.10.14r. - W PAN przy ul. Wieniawskiego odbyła się konferencja organizowana przez Komisję ds. kształcenia i Doskonalenia Zawodowego ORPiP w Poznaniu pt. „Schorzenia narządów ruchu - powrót do sprawności”/notatka wew. numeru/.
- 10.10.14r. - W siedzibie OIPIP odbyło się kolejne szkolenie w zakresie prawa pracy po zmianach przepisów, które prowadził p. P. Ciborski - Ekspert Prawa Pracy.
- Rozpoczęcie kursów specjalistycznych „Szczepienia ochronne” dla pielęgniarek oraz „Szczepienia ochronne noworodków” dla położnych, w którym udział wzięło 27 pielęgniarek i 9 położnych.
- 11.10.14r. - Przewodnicząca Okręgowej Rady uczestniczyła w IV Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Transplantacja komórek krwiotwórczych w leczeniu nowotworów mieloproliferacyjnych” organizowanej przez Katedrę i Klinikę Hematologii i Transplantacji Szpiku.
- 13.10.14r. - Posiedzenie Komisji Socjalnej. Zapomogi przyznano 5 pielęgniarkom i położnym na ogólną kwotę 5 500 zł.
- 14.10.14r. - Posiedzenie Komisji ds. Indywidualnych Praktyk Pielęgniarek i Położnych, na którym rozpatrzono 2 wnioski o wykreślenie wpisu z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek oraz 2 wnioski o wykreślenie podmiotów prowadzących działalność leczniczą.
- Posiedzenie Komisji ds. Polityki Szpitalnej.
  - Spotkanie Zespołu Pielęgniarek Środowiska Nauczania i Wychowania.
- 16.10.14r. - Spotkanie Zespołu Położnych Środowiskowych Rodziny połączone ze szkoleniem prowadzonym przez firmę Mustella pt. „Masaż niemowląt i kobiet w ciąży”.
- 18.10.14r. - W Gnieźnie rozpoczęła się III edycja kursu specjalistycznego „Leczenie ran” dla pielęgniarek, w którym uczestniczyło 31 pielęgniarek i 1 pielęgniarski.
- 19.10.14r. - Rozpoczęcie IV edycji kursu dokształcającego „Porty donaczyniowe” dla pielęgniarek i położnych, w którym uczestniczy 22 osoby.
- 20.10.14r. - Posiedzenie Komisji ds. Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego, na którym przyznano refundację na ogólną kwotę 21 704 zł dla 60 pielęgniarek i położnych.
- 21.10.14r. - Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym m.in. podjęto 17 uchwał oraz omówiono stanowisko Prezydium OR w sprawie artykułu autorstwa dr Sz. Cofty/ treść stanowiska wew. numeru/.
- Posiedzenie Komisji Budżetowej.
- 22.10.14r. - Spotkanie Zespołu Pielęgniarek Środowiskowych Rodziny połączone ze szkoleniem nt. profilaktyki raka piersi prowadzone przez specjalistów z WCO w Poznaniu.
- 27.10.14r. - Przewodnicząca Okręgowej Rady uczestniczyła w spotkaniu przedstawicieli samorządów zawodowych zawodów regulowanych.
- 29.10.14r. - T. Kruczkowska brała udział w posiedzeniu Rady Społecznej Szpitala Klinicznego im. Przemienienia Pańskiego w Poznaniu.
- 30.10.14r. - Spotkanie Zespołu Pielęgniarek/Położnych Operacyjnych, na którym omówiono prace nad standardami w pielęgniarstwie operacyjnym oraz wnioski z międzynarodowej konferencji/ więcej informacji na stronie internetowej - aktualności-zespół piel. oper. - więcej.../.
- w siedzibie OIPIP odbył się egzamin na zakończenie IV edycji kursu dokształcającego „Porty donaczyniowe” dla pielęgniarek i położnych, do którego przystąpiło 21 osób.
- 4.11.14r. - Posiedzenie Komisji ds. Przeszkoleń po przerwie w wykonywaniu zawodu, na którym po przeprowadzonym egzaminie sprawdzającym wiedzę Komisja wystąpiła z wnioskiem do Prezydium OR o wydanie zaświadczenia o przeszkoleniu 1 pielęgniarski.
- 5.11.14r. - Posiedzenie Prezydium OR, na którym m.in. podjęto 29 uchwał / dostępne na stronie internetowej/.
- W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie pielęgniarek i położnych z p. Z. Nowodworską, która kandyduje do Rady Miasta Poznania.
- 6.11.14r. - Spotkanie Zespołu Położnych Środowiskowych Rodziny połączone ze szkoleniem nt. aspektów prawnych w pracy położnej prowadzone przez p. M. Pięt - Przewodniczącą Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych.
- Komisja Rewizyjna przeprowadziła kontrolę finansową OIPIP.
- 7.11.14r. - w Szpitalu Powiatowym we Wrześni odbył się egzamin na zakończenie kursu specjalistycznego „Kompleksowa pielęgniarstwa opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego”, do którego przystąpiło 29 pielęgniarek i 1 pielęgniarski.
- 7-8.11.14r. - Przewodnicząca Okręgowej Rady uczestniczyła w konferencji organizowanej przez UM w Poznaniu pt. „Wyzwanie XXI wieku - stopa cukrzycowa”.
- 12.11.14r. - Spotkanie zespołu ds. Indywidualnych Praktyk Pielęgniarek i Położnych.
- 13.11.14r. - W siedzibie OIPIP w Poznaniu odbyło się spotkanie pielęgniarek i położnych z kandydatem na Prezydenta Miasta Poznania p. J. Jaśkowiakiem.
- Spotkanie Komisji ds. Polityki Szpitalnej, na którym wskazano członków Okręgowej Rady do prac w komisjach konkursowych, konkursów na kierownicze stanowiska pielęgniarskie.
- 14.11.14r. - Rozpoczęcie kursu specjalistycznego „Resuscytacja Krążeniowo- Oddechowa” dla pielęgniarek i położnych, w którym udział bierze 20 uczestników.
- 14.11.14r. - Rozpoczęcie III edycji szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej opieki” dla pielęgniarek, którego organizatorem jest OIPIP w Poznaniu.
- 22.10.14r. - Spotkanie Zespołu Pielęgniarek Środowiskowych Rodziny.
- 13.10.14r. - Posiedzenie Komisji Socjalnej. Zapomogi przyznano 5 pielęgniarkom i położnym na ogólną kwotę 6 000 zł.
- 14-15.11.14r. - Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych uczestniczyła w VII Międzynarodowej Konferencji Naukowo- Szkoleniowej pt. „ Zdrowa rodzina-zdrowe dziecko”, którą organizowała Katedra Zdrowia Matki i Dziecka - Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa UM w Poznaniu.
- 17.11.14r. - W siedzibie OIPIP odbyło się szkolenie pt. „Profilaktyka zakażeń bakteryjnych u pacjenta”, którego organizatorem jest Zespół Pielęgniarek Epidemiologicznych ORPiP w Poznaniu.
- 18.11.14r. - Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym m. in. podjęto 25 uchwał/ dostępne na stronie internetowej/.
- Posiedzenie Komisji Budżetowej.
  - Spotkanie Zespołu Pielęgniarek Centralnych Sterylizatori.
- 20.11.14r. - Spotkanie Przewodniczącej Okręgowej Rady z Konsultantami Wojewódzkimi w Dziedzinach Pielęgniarstwa.
- 20-21.11.14r. - T. Kruczkowska uczestniczyła w XIII Forum Szpitali Specjalistycznych, wygłaszając wykład na sesji pielęgniarskiej nt. kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.
- 23.11.14r. - Rozpoczęcie V edycji kursu dokształcającego „Porty donaczyniowe” dla pielęgniarek i położnych, którego organizatorem jest OIPIP w Poznaniu.



24.11.14r. – Spotkanie z Dyrektorem WOW NFZ, w którym uczestniczyła Zofia Piasecka - Prezes Zarządu Oddziału Terenowego Kolegium Pielęgniarek i Położnych Środowiskowych Rodzinnych, Przewodnicząca ORPIP w Poznaniu Teresa Kruczkowska, Przewodnicząca Zespołu Pielęgniarek Środowiskowych Rodzinnych – Alicja Stanikowska oraz Przewodnicząca Zespołu Położnych Środowiskowych Rodzinnych – Irena Skrzypczak.

25.11.14r. – Spotkanie Zespołu Pielęgniarek Opieki Długoterminowej i Geriatrycznej.

27.11.14r. - W siedzibie OIPIP w Poznaniu odbyły się egzaminy na zakończenie kursów specjalistycznych „Szczepienia ochronne” dla pielęgniarek oraz „Szczepienia ochronne noworodków” dla położnych, do których przystąpiło 36 osób.

28.11.14r. – Rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, którego organizatorem jest OIPIP w Poznaniu. Szkolenie jest dofinansowane z budżetu państwa i przekazane przez Ministra Zdrowia.

28.11.14r. – Egzamin na zakończenie kursu specjalistycznego „Wykonanie i interpretacja zapisu EKG” dla pielęgniarek i położnych, organizowanego przez OIPIP w Poznaniu, do którego przystąpiło 26 osób.

29.11.14r. – Rozpoczęcie VI edycji kursu dokształcającego „Porty do naczyniowe” dla pielęgniarek i położnych, którego organizatorem jest OIPIP w Poznaniu.

Opracowała : J. Plens-Gałęska

## KONDOLENCJE

Z sercem pełnym bólu i smutku zawiadamiamy, że dnia 01.12.2014r. odeszła od nas nasza koleżanka

**Renata Marcinkowska I. 39**

pielęgniarka oddziału chirurgicznego Szpitala Średzkiego Sp.zo.o w Środzie Wlkp.



*Pogrążone w głębokim żalu  
Przełożona pielęgniarek i położnych  
Pielęgniarki i Położne  
oraz Pracownicy Szpitala Średzkiego  
Sp.zo.o w Środzie Wlkp.*

*„Człowiek tak długo żyje, dopóki żyje w naszej pamięci”*

Z głębokim smutkiem i żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszej koleżanki

**Krystyny Cierzyńskiej**

emerytowanej pielęgniarki Pogotowia Ratunkowego w Szamotułach.



*Wyrazy szczerego i głębokiego współczucia  
Rodzinie oraz Najbliższym  
Składają Pracownicy  
Pogotowia Ratunkowego  
i Dyrekcja SP ZOZ w Szamotułach*

## REKLAMA

**cura  
SWISS**  
healthcare schools

**Nabór do  
szwajcarskiego programu  
szkoleniowo-stażowego**



## REKLAMA

w celu podjęcia pracy  
w SZPITALACH W SZWAJCARII na stanowisku

**Pielęgniarka, Pielęgniarski (Szwajcaria)**

**Zapewniamy:**

- naukę języka niemieckiego od podstaw (w tym dialekt szwajcarski),
- szkolenia na najwyższym światowym poziomie (teoria i praktyka),
- wynagrodzenie, zakwaterowanie i wyżywienie w czasie nauki,
- stałą opiekę koordynatorów programu,
- uznanie kwalifikacji zawodowych przez Szwajcarski Czerwony Krzyż,
- staż i pracę na wybranych oddziałach w szpitalach w Szwajcarii.

**Wymagania:**

- wykształcenie pielęgniarskie (licencjat, magister),
- doświadczenie zawodowe,
- gotowość do wzięcia udziału w trzyletnim programie szkoleniowo-stażowym,
- gotowość do zmiany miejsca zamieszkania (Warszawa, Berlin, Lucerna),
- chęć intensywnej nauki języka niemieckiego,
- entuzjastyczne i pozytywne nastawienie, odporność na stres.

Zamów bezpłatny katalog informacyjny!

ONTOS – partner CURASWISS w Polsce  
tel. 58 781 93 81, 502 154 951  
e-mail: szwajcaria@ontos.pl



# KONFERENCJA – „SCHORZENIA NARZĄDÓW RUCHU – POWRÓT DO SPRAWNOŚCI”

9 PAŹDZIERNIK



Wręczenie nagród książkowych



Uczestnicy konferencji



Lekarz rehabilitacji J. Dudzińska

O  
R  
G  
A  
N  
I  
Z  
A  
T  
O  
R



mgr rehabilitacji A. Krawczyński

OIPIP  
W POZNANIU



Uczestnicy konferencji