



ISSN 1898-9519

BIULETYN

INFORMACYJNY

*Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej*

Nr 1/73/2010



Święto Wielkiej Nocy to czas otuchy i nadziei.

Czas odradzania się wiary w siłę Chrystusa i w siłę człowieka.

*Życzymy, aby Święta Wielkanocne przyniosły radość, pokój
oraz wzajemną życzliwość.*

*Aby stały się źródłem wzmacniania ducha,
przykryły kamienie zwątpienia i uniosły serca ponad przemijanie.*

**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. : 083 342 86 28

te/fax.: 083 343 60 83

e-mail: oiqipbp@poczta.onet.pl

www.oiqip-bp.pl

Biuro Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych

Czynne pon.-pt. 8⁰⁰-16⁰⁰

**INFORMATOR OIPIP
W BIURZE OIPIP
DYŻURY PEŁNIA:**

Radca Prawny

mgr Irena Hołubowicz

Czwartek w godz. 12⁰⁰ - 14⁰⁰

Okręgowy Rzecznik

Odpowiedzialności Zawodowej

Pielęgniarek i Położnych

mgr Janina Dziejcz-Planda

drugi piątek miesiąca

w godz. 15⁰⁰-16⁰⁰

Przewodnicząca

Okręgowego Sądu

Pielęgniarek i Położnych

Cecylia Kiełczewska

pierwszy poniedziałek 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. Ewa Czeczewska

dr n. med. Aneta Stanisławek

mgr Dorota Fedoruk

mgr Małgorzata Smeđra

Redakcja Biuletynu:

Joanna Głowacka, Anna Olisiejuk

Elżbieta Celmer vel Domańska

Iwona Denicka, Ilona Bilko

Druk: Zakład Poligraficzny

tel. 83 342 03 53, 83 343 51 51

W NUMERZE:

- I. Głos Przewodniczącej Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych1
- II. Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych.....2
- III. Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych.....5
- III. Okręgowa Izba Informuje.....13
- VI. Warto przeczytać.....14
- VI. Dział prawny.....16
- VII. Referaty.....17
- VIII. Z żałobnej karty.....30

**ZACHĘCAMY CZŁONKÓW
SAMORZĄDU DO KORZYSTANIA
Z BIULETYNU.**

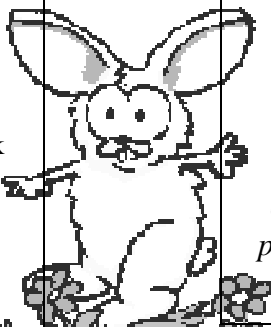
*Biuletyn rozprowadzany jest bezpłatnie wśród
członków Samorządu*

**Koleżanki pielęgniarki i położne jeżeli chcecie
złożyć gratulacje, podziękowania, kondolencje,
zamięścić 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!!!*





*Głos Przewodniczącej
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej*

**„Optymizm jest prawdziwym kamieniem filozoficznym,
który zmienia w złoto wszystko, czego się dotknie”.**

Tym razem swoje słowa do Was drogie koleżanki i koledzy rozpoczęłam nieco inaczej. Jest pielęgniarka wśród Was, która z pewnością rozpozna te słowa. To właśnie od Niej wraz z piękną książką – „Wielka Księga Złotych Myśli Jana Pawła II” - otrzymałam te słowa ponad dwa lata temu.

Tak, to prawda zawsze kierowałam się optymizmem – i dziś z optymizmem patrzę w pielęgniarską przyszłość. Nie jest łatwo pielęgniarkom i położnym wdrażać nowe strategie, aby zwiększyć naszą skuteczność. Jednak dzięki działaniom wielu organizacji pielęgniarskich dużo udało się zrobić. Wierzę, że niedługo na dobre uda się wprowadzić min. Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP), która umożliwi na całym świecie porozumiewanie się i wymianę informacji o potrzebach i problemach pacjentów. W przyszłości umożliwi to również wycenę naszej pracy przez NFZ.

Patrząc w przyszłość, musimy pamiętać o historii naszych zawodów, a zwłaszcza o ludziach którzy ją tworzyli. W lutym gościliśmy mgr Annę Ginalską – pielęgniarkę, jedną z najgorętszych orędowniczek organizacji pierwszego Wydziału Pielęgniarstwa w Polsce. Po 40 latach pani Ania opublikowała swój pamiętnik z pobytu na rocznym stypendium w Kalifornii. Książka pt. „Rok za Atlantykiem... wspomnienia stypendystki WHO” jest w bibliotece izby, zachęcam do przeczytania.

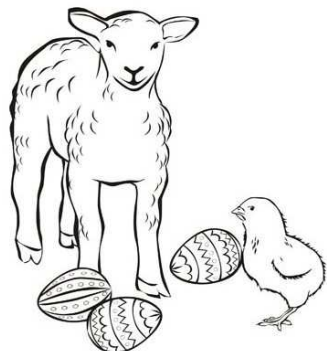
Prawdziwego optymizmu, możemy się uczyć od Autorki tej książki uhonorowanej medalem Florencji Nightigale. W tym miejscu pragnę podziękować pani mgr Alicji Kozawskiej – przewodniczącej komisji ds. emerytów pielęgniarek i położnych oraz wszystkim członkom komisji, za współorganizowanie wieczoru autorskiego poświęconego promocji książki.

Z innymi wydarzeniami z ostatnich trzech miesięcy, możecie się zapoznać na łamach tego biuletynu, do czego zachęcam w imieniu zespołu redakcyjnego i rady programowej.

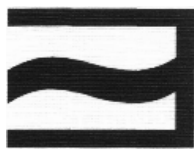
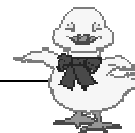
Kończąc, z dużą radością informuję, że w miesiącu kwietniu wzbogacimy naszą bibliotekę o nowe pozycje książkowe. Wszystkich zachęcam do korzystania z księgozbioru naszej biblioteki, co prawda jeszcze niewielkiego, ale dostępnego co dziennie w godzinach pracy biura tj. 8.00 – 16.00

Jeszcze niezorientowanych członków naszej izby informuję, że na stronie internetowej, są w całości zamieszczane wszystkie numery biuletynów, w których w szczególności zachęcam do zapoznania się z działem „Z prac Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych”.

**W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz własnym składam serdeczne
Wielkanoc
Wesołych Świąt !
życzenia z okazji Świąt Wielkanocnych, aby Zmartwychwstały
Chrystus obdarzył Was i Waszych bliskich radością, miłością
i wszelkimi potrzebnymi łaskami.**



Ewa Czeczewska
Przewodnicząca Okręgowej
Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej



Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

NIPiP/NRPiP/DM/0055/2/2010

Warszawa, 4 stycznia 2010r.

Pan/Pani
Przewodnicząca/Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,

W załączeniu przesyłam pismo z Ministerstwa Edukacji Narodowej stanowiące odpowiedź na wniosek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie wprowadzenia rozwiązań prawnych w zakresie nieodpłatnego użyczenia pielęgniarkom gabinetów pielęgniarskich w placówkach oświatowo-wychowawczych.

Uprzejmie informuje, iż powyższe pismo znajduje się również na stronie internetowej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych – www.izbapiel.org.pl – link Aktualności.

Z poważaniem
(-) Elżbieta Buczkowska
Prezes NRPiP

**MINISTERSTWO EDUKACJI
NARODOWEJ**

Departament Zwiększania Szans
Edukacyjnych
DZSE-EŁ-045-16(2)/09

Warszawa, 2009-12-22

Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

nawiązując do Pani pisma z dnia 15 czerwca br. (znak NIPiP/NRPiP/DM/0055/179/09), dotyczącego wprowadzenia rozwiązań prawnych w zakresie nieodpłatnego użyczenia pielęgniarkom gabinetów pielęgniarskich w placówkach oświatowo-wychowawczych, po uzyskaniu wyjaśnień z Narodowego Funduszu Zdrowia, uprzejmie informuję co następuje.

Organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych od ich ukończenia określa w sposób szczegółowy rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 roku w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1133) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139).

Wykaz świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji oraz wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania oraz warunki ich realizacji zamieszczone są w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Na podstawie art. 67 ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (Dz. U. z 2004r., Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.) szkoła publiczna powinna zapewnić uczniom możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej.

Zgodnie z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 roku w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej pielęgniarka, higienistka szkolna albo położna sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. W sytuacjach o których mowa w § 12 ww. rozporządzenia, w przypadku braku na terenie szkoły gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, o którym mowa powyżej profilaktyczną opiekę zdrowotną sprawują lekarze i pielęgniarki spełniający wymogi określone w tymże rozporządzeniu, w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia pielęgniarki szkolnej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także zasady i tryb finansowania tych świadczeń określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027. ze zm.) oraz akty wykonawcze do tej ustawy i zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczące postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach.

Kwestie dotyczące postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, a także warunki wymagane od świadczeniodawców reguluje Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 105/2008/DSOZ z dnia 5 listopada 2008 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna* (ze zmianami). Przepis § 26 ww. zarządzenia wskazuje, iż finansowanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego, realizowane jest według ustalonej stawki kapitałowej. W stosunku do konkretnego ucznia roczna stawka kapitałowa korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla typu szkoły i populacji uczniów, zgodnie z tabelą zamieszczoną w § 24 ww. zarządzenia.

Ponadto Narodowy Fundusz Zdrowia, po zawarciu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, zgodnie z § 11 cytowanego wcześniej rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 roku *w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej* zobowiązany jest do przekazania właściwemu wojewodzie danych umożliwiających ocenę poziomu ich zabezpieczenia.

Funkcje związane z tworzeniem i utrzymaniem na terenach szkół gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej należą, na podstawie przepisów odrębnych, do władz samorządowych (organów prowadzących szkoły) i dyrektorów szkół. Zasada ta dotyczy także (poza sytuacją opisaną w § 12 ww. rozporządzenia) doboru realizatora świadczeń udzielanych w ramach tworzenia gabinetów.

Narodowy Fundusz Zdrowia nie posiada kompetencji, zgodnie z którymi mógłby ingerować w decyzje podejmowane przez podmioty administracji publicznej oraz osoby kierujące szkołami i placówkami systemu oświaty. Zawierając umowy ze świadczeniodawcami uwzględnia ryzyko zmian w odniesieniu do wielkości populacji objętej opieką danego świadczeniodawcy. W tym przypadku jest ono ryzykiem świadczeniodawcy i w celu jego minimalizacji powinno być regulowane na drodze umowy cywilnoprawnej lub porozumienia zawieranego przez świadczeniodawców z dyrektorami szkół lub organami założycielskimi szkół.

Jednocześnie uprzejmie przepraszam za zwłokę w udzieleniu odpowiedzi.

Z poważaniem

 EMILIA WOJDYŁA
 DZIAŁALNOŚĆ ZWIĄZANA
 Emilia Wojdyła

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zorganizowała Konferencję Szkoleniową „Czy i jak ustalać normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych?”, która odbyła się w dniach 23 – 24 lutego 2010 roku, w Warszawie. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej oddelegowała do udziału w konferencji Pielęgniarkę Naczelną WSzS w Białej Podlaskiej mgr Danutę Weremczuk oraz Pielęgniarkę Naczelną SP ZOZ w Radzynie Podlaskiej mgr Grażynę Kondraszuk.

Podczas konferencji przedstawiono m. in. sytuację prawną w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, rozważano czy praca pielęgniarki jest pracą niebezpieczną, jak również, kto powinien ponieść odpowiedzialność za błędy popełnione z powodu nieprzestrzegania przepisów. (przyp.red.)

Poniżej przedstawiamy wnioski końcowe z konferencji.

W celu zapewnienia właściwego poziomu jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych stosownie do stanu zdrowia pacjentów oraz zmniejszaniu zdarzeń niepożądanych - uczestnicy konferencji szkoleniowej nt. „Czy i jak ustalać normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych?” wnoszą do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ministra Zdrowia o podjęcie działań prowadzących do zmiany regulacji prawnych w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, a w szczególności:

1. Akty prawne regulujące warunki realizacji świadczeń gwarantowanych udzielanych przez zakłady opieki zdrowotnej powinny szczegółowo określać normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w poszczególnych komórkach organizacyjnych zakładu.
2. Wprowadzenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia wymogu stosowania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w kontraktowaniu świadczeń medycznych przez zakłady opieki zdrowotnej.
3. Pilne przygotowanie przez Konsultantów Krajowych w dziedzinach pielęgniarstwa, przy wsparciu NRPiP, propozycji norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w poszczególnych zakresach opieki zdrowotnej.
4. Zobowiązanie Ministerstwa Zdrowia do poparcia stanowiska PTP i NRPiP w sprawie zawodu zamawianego – kierunek pielęgniarstwo oraz przygotowanie programu zwiększającego rekrutację studentów pielęgniarstwa.

W ramach konferencji odbyła się konferencja prasowa „*Szpital bez pielęgniarek, pacjenci bez opieki, rząd bez pomysłów - a leczyć i pielęgnować trzeba po ludzku*”, zorganizowana przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Problematyka prezentowana przez przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i zaproszonych gości (wykładowców na konferencji):

1. Niepokojące statystyki - Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - Elżbieta Buczkowska,
2. Jak aktualnie przedstawia się sytuacja prawna w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych? - Zofia Małas.
3. Jak obliczać zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską? - Ewa Zawilińska,
4. Czy praca pielęgniarki jest pracą niebezpieczną? – Wiceprezes NRPiP Elżbieta Garwacka-Czachor,
5. Kto powinien ponieść odpowiedzialność za błędy popełnione z powodu nieprzestrzegania przepisów prawa pracy? - Maria Smalec,
6. Czy normy zatrudnienia wpływają na jakość opieki pielęgniarskiej? - Teresa Gwizdak,
7. Jaka jest aktualna sytuacja zawodowa pielęgniarek i położnych? - Hanna Gutowska.

Źródło: http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=47&n_id=2296

Opieka pielęgniarska a bezpieczeństwo zdrowotne obywateli

Przedstawiciele Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych zorganizowali spotkanie w sprawie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

W dniu 2 marca br., z inicjatywy Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Biurze Bezpieczeństwa Narodowego odbyło się spotkanie na temat zabezpieczenia społeczeństwa w opiekę pielęgniarską. Uczestniczyli w nim m. in.: Aleksander Szczygło, Szef BBN, Elżbieta Buczkowska, Prezes NIPiP, Lucjan Bełza, Dyrektor DBW BBN oraz Albert Taras - naczelnik DBW BBN. Spotkanie odbyło się w związku obecną sytuacją pielęgniarek i położnych oraz wystąpieniem Szefa BBN do dyrektorów szpitali w sprawie stanu finansów służby zdrowia.

Izba Pielęgniarek i Położnych wskazała na najpoważniejsze zagrożenie związane z przyszłością zawodu pielęgniarki i położnej, tj. coraz mniejszą liczbę pielęgniarek i położnych oraz związany z tym coraz większy ich niedobór w systemie udzielania świadczeń pacjentom. Jak informowano, jeżeli polityka Rządu w powyższym zakresie nie ulegnie szybkiej zmianie, w ciągu najbliższych kilku lat nastąpi całkowita zapaść w systemie opieki pielęgniarskiej.

Przedstawiono również problem związany z opieką długoterminową w kontekście opieki pielęgniarskiej nad osobami obłożnie i przewlekle chorymi udzielanej w domach. Zwrócono także uwagę na nierówne traktowanie usług medycznych udzielanych w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej i leczenia szpitalnego oraz na brak zabezpieczenia na usługi świadczone w ramach niektórych specjalizacji, np. radiologii, geriatry, anestezjologii.

Na koniec Izba Pielęgniarek wyraziła gotowość podjęcia współpracy przy opracowywaniu wyników ankiety skierowanej do dyrektorów szpitali w sprawie stanu finansowego służby zdrowia, jak również przedstawiła propozycję podjęcia próby wspólnego opracowania dotyczącego zabezpieczenia społeczeństwa w opiekę pielęgniarską.

Źródło: www.izbapiel.org.pl, 4 marca 2010 r.

http://www.abc.com.pl/w_newsletter.php?action=showNews&idn=23394&k=4

1 % TWOJEGO PODATKU



Federacja podejmuje problematykę promowania profesjonalnej roli zespołów terapeutycznych w edukacji i opiece diabetologicznej w Polsce – lekarzy, pielęgniarek, dietetyków, psychologów, rehabilitantów, pracowników socjalnych oraz konsultantów innych specjalności. Stowarzyszenie szkoli personel medyczny w zakresie zachowań prozdrowotnych, zdrowego odżywiania, terapii cukrzycy oraz przekazuje wiedzę z zakresu diabetologii.

Wypełnij rubryki w Rocznym Zeznaniu Podatkowym następującymi informacjami:

124 – Polska Federacja Edukacji w Diabetologii

125 – Nr KRS 0000249075

126 –1% Twojego podatku (obliczona kwota)

Poradnia Diabetologiczna

Kliniki Chorób Metabolicznych, Endokrynologii i Diabetologii

Al. Dzieci Polskich 20 04-730 Warszawa

Nr konta: 98 1050 1025 2000 0023 0294 1964, Oddział Warszawa 169

ul. F. Zamoyskiego 51 A, 03-801 Warszawa

Poznaj nas:

www.pfed.org.pl

e-mail: pfed@pfed.org.pl

Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Uchwały podjęte podczas posiedzeń Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

Lp.	Nr uchwały	Data posiedzenia	w sprawie:
1.	68-74/V/2010	4 marca 2010r.	wpisania do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i wydania zaświadczenia
2.	75/V/2010		zmieniająca uchwałę w sprawie: zasad wynagradzania pracowników Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
3.	76/V/2010		zmieniająca uchwałę w sprawie: zmiany wynagrodzenia radcy prawnego zatrudnionego na umowę zlecenia
4.	77/V/2010		zmieniająca uchwałę nr 9/V/07 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 17 grudnia 2007r. w sprawie powołania komisji problemowych działających przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych i ustalenia ich składu osobowego
5.	78/V/2010		zakupu dyktafonu cyfrowego na potrzeby Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
6.	79/V/2010		zmieniająca uchwałę w sprawie zatwierdzenia Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
7.	80-81/V/2010		zmiany wynagrodzenia pracownika biura
Stanowisko Nr 1/V/2010 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 4 marca 2010r.			
8.	1/V/2010	4 marca 2010r.	kontraktowania świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

Uchwały podjęte podczas posiedzeń Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

Lp.	Nr uchwały	Data posiedzenia	w sprawie:
1.	155/V/2010	28 stycznia 2010r.	wypłaty wynagrodzenia autorskiego za publikacje do Biuletynu Informacyjnego
2.	156/V/2010		refundacji kosztów kształcenia
3.	157-158 /V/2010		premię uznaniową za miesiąc styczeń 2010r.
4.	159/V/2010		zakupu i montażu żaluzji okiennych do biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
5.	160/V/2010		wyposażenia apteczki pierwszej pomocy w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

6.	161/V/2010		delegowania na szkolenie przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
7.	R/1/V/10		stwierdzenia prawa wykonywania zawodu
8.	R/2/V/10 – R/5/V/10		wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych
9.	R/3/V/10		skreślenia z rejestru pielęgniarek i położnych
10.	162-166 /V/2010		wykreślenia wpisu w rejestrze indywidualnych praktyk pielęgniarek
11.	167/V/2010	4 marca 2010r.	refundacji kosztów kształcenia
12.	168-169 /V/2010r.		premię uznaniową za miesiąc luty 2010r.
13.	170-172 /V/2010		przyznania zapomogi losowej
14.	R/6/V/10 – R/8/V/10		skreślenia z rejestru pielęgniarek i położnych

Kalendarium OIPiP w Białej Podlaskiej

14.01.2010r.	Spotkanie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych OIPiP.
20.01.2010r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego OIPiP w Białej Podlaskiej.
25.01.2010r.	Posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Urazowo-Ortopedycznego SP ZOZ w Radzynie Podlaskim.
28.01.2010r.	Posiedzenie Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej.
29.01.2010r.	Konferencja informacyjno-promocyjna organizowana przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie – uczestniczy Ewa Czeczewska - Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
01.02.2010r.	Posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Bloku Operacyjnego SP ZOZ w Radzynie Podlaskim. Egzamin po 5 letniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki Iwony Matejuk odbywającej przeszkolenie w SP ZOZ w Radzynie Podlaskim.
11.02.2010r.	Wieczór autorski Anny Ginalskiej promujący książkę: „ Rok za Atlantykiem... wspomnienia stypendystki WHO ” zorganizowany w <i>Galerii Staroświeckiej-Antyki</i> ; Biała Podlaska, ul. Brzeska 14.
16.02.2010r.	Szkolenie „ <i>Przeciwdziałanie dyskryminacji w teorii i praktyce</i> ” zorganizowane przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej - uczestniczy Ewa Czeczewska - Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
17.02.2010r.	„ <i>Płodność matżeńska w różnych aspektach możliwości leczenia</i> ” - konferencja zorganizowana przez Urząd Miasta Siedlce, Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Siedlcach, Duszpasterstwo Służby Zdrowia Diecezji Siedleckiej. W konferencji uczestniczą: Krystyna Bunia – Wiceprzewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej i Iwona Marciniuk z SP ZOZ w Międzyrzeczu Podlaskim.
22.02.2010r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego OIPiP w Białej Podlaskiej.

23-24.02.2010r.	Konferencja „ <i>Czy i jak ustalać normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych</i> ” – do udziału w konferencji delegowano Danutę Weremczuk – Naczelną Pielęgniarkę WSzS w Białej Podlaskiej i Grażynę Kondraszuk – Naczelną Pielęgniarkę SP ZOZ w Radzynie Podlaskim.
25.02.2010r.	II rocznica powstania Ośrodka Misericordia Caritas – w uroczystości uczestniczy Krystyna Bunia – Wiceprzewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej.
26.02.2010r.	Posiedzenie Komisji Konkursowych: <ul style="list-style-type: none"> • na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej; • na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Białej Podlaskiej; - w obu uczestniczy Ewa Czezelewska - Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej.
04.03.2010r.	Posiedzenie Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej.
08.03.2010r.	Spotkanie Komisji Informacji OIPiP w Białej Podlaskiej.
09.03.2010r.	Spotkanie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych OIPiP.
10.03.2010r.	Kompleksowa kontrola działalności OIPiP przeprowadzona przez Okręgową Komisję Rewizyjną w Białej Podlaskiej.
15.03.2010r.	„ <i>W zdrowej skórze, zdrowy duch</i> ” – warsztaty edukacyjne dla położnych, pielęgniarek i położnych środowiskowych/rodzinnych współorganizowane przez OIPiP w Białej Podlaskiej i firmę PELARGOS.
16-18.03.2010r.	Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – uczestniczy Ewa Czezelewska - Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej.
24.03.2010r.	Spotkanie Przewodniczącej ORPiP w Białej Podlaskiej ze studentami Kierunku Pielęgniarstwa PSzW w Białej Podlaskiej.
25.03.2010r.	XXIII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Stanowisko Nr 1/V/2010
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej
z dnia 04.03.2010r.

w sprawie: kontraktowania świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

Skierowane do:

- Ministra Zdrowia
- Prezesa NFZ
- Dyrektora Lubelskiego OW NFZ
- Wojewody Lubelskiego
- Prezesa NRPiP

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej reprezentując środowisko pielęgniarek i położnych oraz świadczeniobiorców usług pielęgniarstwa, a są to pacjenci głównie obłożnie chorzy, **stanowczo sprzeciwia się ograniczeniom wprowadzonym przez Lubelski OW NFZ dostępności do świadczeń z zakresu opieki długoterminowej dla pacjentów, którym dotychczas gwarantowano opiekę w ramach świadczeń pielęgniarki POZ – forma zadaniowa.**

Z dniem 01 marca 2010r. Lubelski OW NFZ zakontraktował w/w świadczenia na poziomie 80% pacjentów kwalifikujących się do opieki długoterminowej.

Brak opieki spowoduje, iż pacjenci objęci dotychczas opieką domową długoterminową będą zmuszeni znacznie częściej korzystać z pomocy doraźnej, czy też leczenia szpitalnego, co doprowadzi do dalszego wzrostu kosztów poniesionych również przez NFZ. Ponadto takie działanie łamie konstytucyjne prawo do opieki medycznej.

Pielęgniarki nie pozostawiły tych pacjentów bez opieki, sprawują ją nadal nad wszystkimi pacjentami kwalifikującymi się do OPD pomimo nie otrzymania środków finansowych. Ich moralny obowiązek nie pozwala pozostawić tych ludzi bez opieki.

Jednak obniżenie liczby zawartych świadczeń na opiekę domową długoterminową doprowadzi do likwidacji większości podmiotów udzielających tego rodzaju świadczeń. Jest to kolejny rok w życiu pielęgniarek spędzony na walce

zarówno o dobro pacjenta, jak i o utrzymanie miejsc pracy. Nasuwa się pytanie, jak długo ten proces będzie jeszcze trwał?

Apelujemy do Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ o zwiększenie środków finansowych na świadczenia z zakresu opieki długoterminowej i weryfikację już zawartych umów.

Oczekujemy szybkiego rozwiązania tego problemu.

Sekretarz
ORPiP w Białej Podlaskiej
Elżbieta Celmer vel Domańska

Przewodnicząca
ORPiP w Białej Podlaskiej
Ewa Czezelewska

KOMUNIKAT

Informuję, że uchwałą Nr 79/V/2010 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dn. 4.03.2010r. został zmieniony Regulamin refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej wraz z wnioskiem o refundację kosztów doskonalenia stanowiącymi załącznik do regulaminu.

***Uwaga! Od 1 kwietnia 2010 r. będziemy przyjmować wnioski o refundacje tylko na aktualnym druku, jest on dostępny na stronie internetowej izby w zakładce kształcenia
W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych i Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego***

Przewodnicząca ORPiP
Ewa Czezelewska

Regulamin refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

Przepisy wstępne

§ 1

1. Członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej podnoszący kwalifikacje zawodowe w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa ma prawo ubiegać się o częściową refundację poniesionych kosztów z tego tytułu.
2. Wysokość funduszu przeznaczanego na dofinansowanie kształcenia określa, na każdy rok kalendarzowy, uchwała budżetowa Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.
3. Dofinansowanie kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego może być zawieszona w chwili wykorzystania środków budżetowych w danym roku kalendarzowym a zobowiązania finansowe przeniesione do realizacji na rok kolejny.

§ 2

1. Członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, który ubiega się o otrzymanie refundacji winien złożyć do Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego wnioski o refundację, przed rozpoczęciem szkolenia, nie później niż 3 miesiące po zakończeniu kształcenia.
2. Decyzję o przyznaniu lub odmowie refundacji kosztów kształcenia lub doskonalenia zawodowego podejmuje Komisja na podstawie Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej.
3. Wnioski o dofinansowanie Komisja rozpatruje raz w miesiącu.
4. Zaopiniowane przez Komisję wnioski przekazane są do zatwierdzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
5. Wnioski składane są w biurze Izby osobiście lub korespondencyjnie, gdzie również można uzyskać informacje o podjętej decyzji.
6. Jeżeli wniosek jest wypełniony nieczytelnie lub zawiera braki formalne wzywa się wnioskodawcę do uzupełnienia lub poprawienia wniosku w terminie 7 dni od daty otrzymania pisma. Wniosek, którego braków wnioskodawca nie uzupełnił w w/w terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Wzór wniosku stanowi załącznik do uchwały zatwierdzającej niniejszy regulamin.

Warunki uzyskania refundacji**§ 3**

1. O dofinansowanie danej formy kształcenia i doskonalenia zawodowego mają prawo ubiegać się członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, jeżeli regularnie opłacają składki członkowskie zgodnie z uchwałą nr 13 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 10 grudnia 2003r. w sprawie wysokości składek członkowskich i nie mają zaległości przez okres 24 miesięcy.
2. Refundacji podlegają następujące formy kształcenia i doskonalenia zawodowego:
 - a) szkolenie specjalizacyjne (specjalizacja),
 - b) kursy kwalifikacyjne,
 - c) kursy specjalistyczne (doksztalcające),
 - d) konferencje, sympozja,
 - e) studia pomostowe dla pielęgniarek i położnych,
 - f) magisterskie studia pielęgniarskie i położnicze ukończone na wydziale pielęgniarskim/ położniczym,
 - g) studia doktorskie,
 - h) studia podyplomowe z zakresu ochrony zdrowia.
3. Refundacja może być wypłacona wyłącznie po zakończeniu kształcenia na podstawie:
 - a) zaświadczenia lub dyplomu ukończenia danej formy kształcenia
 - b) oryginału rachunku wniesionej opłaty kosztów kształcenia

§ 4

1. Członkowi samorządu delegowanemu na szkolenie, kurs, konferencję przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych, przysługuje zwrot kosztów w wysokości ustalonej przez Prezydium lub Okręgową Radę i jest on zobowiązany do napisania referatu do Biuletynu Informacyjnego lub przeprowadzenia szkolenia z zakresu tematyki szkolenia.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem decyzję podejmować będzie Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Wysokość refundacji**§ 5**

1. Wysokość refundacji związanych z ukończeniem form kształcenia wymienionych w § 3 ust 2 wynosi 35 % faktycznie poniesionych kosztów, jednak nie więcej niż:
 - 1) szkolenia specjalizacyjne (specjalizacje)- nie więcej niż 2 000 zł
 - 2) kursy kwalifikacyjne- nie więcej niż 500 zł
 - 3) kursy specjalistyczne (doksztalcające)- nie więcej niż 150 zł
 - 4) konferencje, sympozja - nie więcej niż 200 zł
 - 5) studia pomostowe – nie więcej niż 500 zł
 - 6) magisterskie studia pielęgniarskie/ położnicze- nie więcej niż 2 000 zł
 - 7) studia doktorskie (stopień naukowy dr n. med.)- nie więcej niż 2 500 zł
 - 8) studia podyplomowe z zakresu ochrony zdrowia – nie więcej niż 1 000 zł**
2. Refundacja kształcenia przyznana na podstawie fałszywych dowodów, podlega natychmiastowemu zwrotowi.
3. Suma wysokości refundacji uzyskanej przez jedną osobę w ciągu 5 lat, od chwili otrzymania pierwszej refundacji, nie może przekroczyć najwyższej kwoty dofinansowania przyznanego przez OIPIP w Białej Podlaskiej tj. 2 000 zł
4. Wyjątek stanowią pielęgniarki/położne, które ukończą studia pomostowe i magisterskie bezpośrednio po sobie oraz osoby, które ukończyły studia doktorskie. Osoby te otrzymają refundację w ciągu 5 lat w wysokości 2 500 zł.

Odwołanie się od negatywnie zaopiniowanego wniosku**§ 6**

1. Pisemne uzasadnienie odmownej decyzji, członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej otrzymują w terminie 14 dni od posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
2. Wnioskodawca, którego wniosek o dofinansowanie kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego, został zaopiniowany negatywnie, może odwołać się od decyzji Prezydium do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej w terminie 14 dni od daty otrzymania decyzji. Odwołanie rozpatruje się na najbliższym posiedzeniu Rady.
3. Decyzja Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej jest ostateczna.

Przepisy przejściowe**§ 7**

Postanowienia niniejszego regulaminu mają zastosowanie do refundacji przyznanych od dnia 1 stycznia 2010r.

W N I O S E K
o refundację kosztów doskonalenia zawodowego

1. Imię i Nazwisko
2. Imiona rodziców
3. Data i miejsce urodzenia
4. PESEL 5. NIP.....
6. Urząd Skarbowy właściwy do odprowadzenia podatku
7. Adres zamieszkania
8. Miejsce pracy, nazwa i adres zakładu pracy, tel. kontaktowy
-
9. Staż pracy.....
10. Forma kształcenia –
11. Przewidywany termin rozpoczęcia kształcenia
- termin zakończenia kształcenia
13. Określenie udziału zakładu pracy w kosztach kształcenia
14. Potwierdzenie zakładu pracy o odprowadzaniu składek na rzecz OIPiP w Białej Podlaskiej
.....
- 15. Ostatnia uzyskana refundacja. Kiedy?.....W jakiej wysokości?.....**
Z jakiego tytułu?
16. W przypadku przyznania refundacji środki proszę przekazać na moje osobiste konto
Nr Konta i nazwa banku
- Miejscowość, data Podpis osoby składającej wniosek

Decyzja Komisji o przyznaniu refundacji

1. Komisja Kształcenia przyznaje refundację w kwocie
- (słownie)
2. Komisja nie przyznaje refundacji. Uzasadnienie decyzji odmownej:
.....

Podpisy członków Komisji

Biała Podlaska, dnia

W dniu 25 marca 2010r. w sali konferencyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej odbył się XXIII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

Na zjeździe przewodnicząca ORPiP i przewodniczące organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej (Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowego Sądu) złożyli sprawozdania z działalności za rok 2009.

Komplet materiałów zjazdowych zostanie zamieszczony w następnym numerze naszego biuletynu.

Tymczasem prezentujemy fotoreportaż ze zjazdu







Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych informuje

W dniu 11.02.2010 roku w Galerii Staroświeckiej – Antyki w Białej Podlaskiej odbył się wieczór autorski Pani Anny Ginalskiej autorki książki pt.: „*Rok za Atlantykiem... wspomnienia stypendystki WHO*”, wydanej przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Lublinie.

Spotkanie zorganizowała Komisja ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych wspólnie z Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Swoją obecnością na promocji książki zaszczyliła nas Wiceprezes NRPiP Elżbieta Garwacka –Czachor. W spotkaniu wzięli udział również przedstawiciele Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie: przewodnicząca Monika Kowalska, sekretarz Andrzej Tytuła oraz skarbnik Alicja Kołodziejczyk.

Natomiast patronat medialny objął Magazyn Pielęgniarki i Położnej oraz Tygodnik Podlaski.

Dzięki uprzejmości ORPiP w Lublinie książka wzbogaciła księgozbiór biblioteki OIPiP w Białej Podlaskiej. Słowa, które zostały wypowiedziane na temat książki podczas promocji nie odzwierciedlają w pełni jej treści. Zatem zachęcam do przeczytania i osobistych doznań, a tą zachętą niech będzie galeria zdjęć ze spotkania.

Składam serdeczne podziękowania Pani Danucie Dunajko - Andrzejuk za goszczenie nas w Galerii Staroświeckiej – Antyki oraz Przewodniczącej Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych Pani Alicji Kozawskiej za inicjatywę i organizację promocji książki.

Słowa podziękowania składam także studentkom pielęgniarstwa Państwowej Szkoły Wyższej w Białej Podlaskiej za pomoc podczas uroczystości.

Ewa Czezelewska
Przewodnicząca
ORPiP w Białej Podlaskiej



W dniu 15.03.2010r. w hotelu Delfin w Białej Podlaskiej odbyły się warsztaty edukacyjne dla położnych i pielęgniarek i położnych środowiskowo – rodzinnych zorganizowane przez firmę PELAGROS we współpracy z OIPiP w Białej Podlaskiej.

Wykład „**W zdrowej skórze zdrowy duch...**” wygłosiła lek. med. Anna Deres. Tematyka szkolenia obejmowała choroby skóry bakteryjne, wirusowe, grzybicze, ogólnoustrojowe, kontaktowe alergiczne/niealergiczne.



Warto przeczytać

Przynależę!

Pomyślałam, że muszę o tym napisać, aby pocieszyć tych, którzy się zasmucili historią kobiety, która bezskutecznie prosi o pozwolenie na pracę jako pielęgniarka w UK i ciągle otrzymuje odpowiedź odmowną. Mnie nareszcie powiedziano tak. Okazuje się, że nie jest to takie oczywiste. Spotkałam wiele pielęgniarek w mojej nowej pracy w domu opieki pracujących jako opiekunki. Pochodzą z Zambii i są po dwuletniej szkole pielęgniarskiej. Angielskie NMC wymaga dłuższego szkolenia. Zambijki świetnie znają język angielski, gdyż uczą się go od pierwszych lat nauki w szkole, ale szkolenie zawodowe mają niedostateczne. Najstarsze są w Anglii od 7 lat. Kontakt z rodzimą organizacją pielęgniarską utrzymują poprzez opłacanie składki członkowskiej i wciąż myślą o powrocie do ciepłej Zambii. Bardziej skomplikowana sytuacja jest tych, które przybyły tu z dziećmi, a ja tą sytuację podzielałam. Pracuję też z kobietami z Filipin, które przebywają w UK na mocy wizy studenckiej. Ich angielski też jest na wysokim poziomie, gdyż mają podobną sytuację jak Zambijki. Filipińska pielęgniarka zarabia 200 funtów na miesiąc, a jak pracuje jako opiekun w Anglii to 1000. Czuję się do nich bardzo podobna, chociaż w niedługim czasie, to jest, jak tylko otrzymam kartę z numerem PIN, zamierzam rozpocząć poszukiwania pracy w szpitalu. W promieniu 15 mil są dwa duże szpitale, gdzie spodziewam się uzyskać wymarzoną pracę. Pracuje tutaj w domu opieki także polska pielęgniarka, która 15 lat pracowała w Polsce na oddziale neurologicznym i twierdzi, że zostanie w domu opieki na zawsze i nie ma zamiaru ubiegać się o rejestrację. Umiejętności językowe ma o wiele mniejsze niż moje, chociaż jest tu o wiele dużej. Jest też położna krajanka, przebywająca od czterech miesięcy z ogromnym problemem z komunikacją werbalną. Jest to sytuacja karykaturalna. Może zachwiać słabym poczuciem własnej wartości. No cóż, jak widać powyżej, mam bardzo interesujące koleżanki. Oczywiście są również Angielki, ale bardzo niewiele ich chce pracować w opiece. One są najcenniejsze dla mnie, gdyż przebywanie z nimi daje mi szansę na naukę w miarę prawidłowego angielskiego gdyż ten z zambijskim akcentem bądź z filipińskim brzmi czasami mało zrozumiale. Przebywanie z Anglikami to najlepsze lekcje angielskiego, szczególnie tego potocznego, który jest niezbędny do zrozumienia zwykłych ludzi. Podopiecznych mamy 29, ale tych z szansą na porozmawianie jest niewielu. Większość z nich jest dotknięta dolegliwościami wieku podeszłego, uniemożliwiającymi konwersację, a czasami komunikację. Ale jedna stuletnia pani o imieniu Nancy, ale o tym następnym razem.



Mira



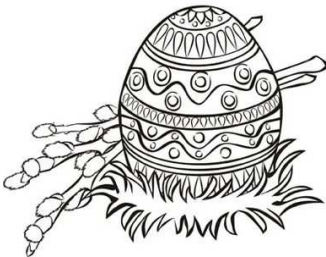
Życzenia Świąteczne

Niech te Święta Wielkanocne będą pełne nadziei i wiary.

**Niech Chrystus Zmartwychwstały przyniesie wiosenne kwiaty
nadziei, miłości, spokoju i szczęścia.**

**Ciepłych, pełnych radosnej nadziei Świąt Zmartwychwstania Pańskiego,
rodzinnego ciepła, radosnych spotkań przy wielkanocnym stole oraz smacznego jajka –
życzy wszystkim Pielęgniarkom, Pielęgniarzom i Położnym,**

*Wielkanoc
Wesołych Świąt!*



**Przewodnicząca Koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
w Białej Podlaskiej Małgorzata Aleksandruk.**



Pielęgniarki pracujące w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii!

Pokonując wiele problemów natury formalnej, związanych z rejestracją towarzystwa na terenie województwa lubelskiego, działa Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki. Siedziba oddziału mieści się w Lublinie w PSK 4. Obecnie towarzystwo liczy ok. 90 członków, pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii szpitali: Lublina, Białej Podlaskiej, Chełma, Zamościa, Puław, Lubartowa, stąd pochodzą również członkowie zarządu i komisji rewizyjnej. Głównym celem działalności towarzystwa jest działalność naukowa, podnoszenie kwalifikacji, szerzenie wiadomości z zakresu pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Podczas organizowanych przez towarzystwo szkoleń, konferencji i zebrań mamy okazję do wymiany doświadczeń, do wspólnego przedyskutowania i rozwiązania problemów związanych z pracą w specyficznej dziedzinie pielęgniarstwa, nawiązania kontaktów. Zachęcam Koleżanki i Kolegów do złożenia deklaracji przynależności do towarzystwa. Jesteśmy w przededniu IV Walnego Zebrania Członków Towarzystwa, na którym będzie wybrany Zarząd Główny, Komisja Rewizyjna i Sąd Koleżeński na następną kadencję, naniesione będą zmiany do Statutu Towarzystwa z naszego oddziału wybraliśmy 16 delegatów.

Szczegółowych informacji na temat przynależności do Oddziału Lubelskiego PTPAiO udzieli J. Głowacka (a.glowacka@autograf.pl), a więcej wiadomości na temat działalności PTPAiO na terenie Polski znajdziecie na stronie www.ptpaio.pl, gdzie też można pobrać deklarację członkowską.

Joanna Głowacka



DZIAŁ PRAWNY §

MINISTERSTWO ZDROWIA
RZECZNIK PRASOWY

Warszawa, 23 lutego 2010 r.

Komunikat w sprawie obowiązków personelu medycznego w związku z aktami przemocy

W związku z „Tygodniem pomocy ofiarom przestępstw” przypominamy, że zgodnie z art. 3 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2005 r. Nr 180, poz. 1493) osobie dotkniętej przemocą w rodzinie udziela się pomocy, w szczególności w formie poradnictwa medycznego, psychologicznego, prawnego i socjalnego. Art. 12 ww. ustawy nakłada na osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych **powzięły podejrzenie o popełnieniu przestępstwa z użyciem przemocy wobec członków rodziny**, obowiązek niezwłocznego zawiadomienia Policji lub prokuratora. Do osób, na których ciąży ww. obowiązek zalicza się lekarzy i pielęgniarki. Zawiadomienie Policji lub prokuratora o możliwości popełnienia przestępstwa nie narusza obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej. Lekarze, nie chcąc zawiadomić Policji, nie mogą powoływać się na obowiązek dochowania tajemnicy zawodowej, gdyż art. 40 ust. 2 pkt 3 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 z późn. zm.), zwalnia lekarzy z zachowania tajemnicy zawodowej, gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób.

*/-/ Piotr Olechno
Rzecznik Prasowy*



Komunikat w sprawie pielęgniarstwa długoterminowego w domu pacjenta

W związku z licznymi pytaniami dotyczącymi pielęgniarstwa długoterminowego w domu pacjenta wyjaśniamy, co następuje:

Pacjent obłożnie długotrwale chory wymagający zabiegów pielęgniarstwa może być zakwalifikowany do:

- opieki długoterminowej realizowanej w domu przez pielęgniarkę, finansowaną w ramach opieki długoterminowej domowej,
- stacjonarnego zakładu opieki długoterminowej lub
- objęty opieką przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej.

Niezbędnym uzupełnieniem powyższych zadań pielęgniarstwa są usługi opiekuńcze, do zapewnienia których zobowiązane są rodzina, opiekunowie prawni lub - w razie takiej konieczności - instytucje opieki społecznej.

W 2009 r. na ogólną liczbę 34 565 629 zadeklarowanych osób do opieki pielęgniarki POZ, opieką pielęgniarki POZ - zadaniowej objętych było według klasyfikacji Barthel 0-40 pkt 13 726 osób. Ogólnie w całym zakresie podstawowej opieki zdrowotnej 21 612 pielęgniarek POZ zrealizowało w 2009 r. 29 696 209 świadczeń.

Działania podejmowane przez pielęgniarki POZ mają również na celu przygotowanie pacjentów w możliwie najkrótszym czasie do samodzielności w chorobie lub niepełnosprawności, jak również edukację rodziny i opiekunów w celu zapewnienia pacjentowi pomocy w realizacji czynności życia codziennego. Czynnościami pozostającymi do realizacji przez pielęgniarkę POZ, ale także przez pielęgniarkę opieki długoterminowej, są te świadczenia, do których są upoważnione zgodnie z kompetencjami zawodowymi. W szczególności chodzi o takie, których wykonanie ze względu na bezpieczeństwo pacjenta nie może być realizowane przez rodzinę lub opiekunów pomocy społecznej. Czynności, o których mowa są świadczeniami medycznymi, a nie opiekuńczymi.

Od 1 marca nastąpiła zmiana sposobu finansowania dotychczasowych świadczeń pielęgniarki POZ - zadaniowej. Zgodnie z obowiązującym w Polsce systemem opieki zdrowotnej realizacja tych świadczeń będzie się odbywać w ramach realizacji umów pielęgniarstwa długoterminowego w domu pacjenta. Pielęgniarka opieki długoterminowej może objąć opieką sześć osób obłożnie chorych (w POZ było to 8 osób). Dla zapewnienia realizacji tych świadczeń NFZ zabezpieczył 115 mln zł.

*źródło - Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej
<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=0&dzialnr=2&artnr=4026&b=1>*

REFERATY

PRZEMOC W RODZINIE – PRZEMOC DOMOWA

Dom rodzinny spostrzegamy, jako środowisko miłości i opieki, bezpieczne i ciepłe miejsce domowego ogniska, schronienie przed całym złem zewnętrznego świata. Jednak dla wielu ludzi dom rodzinny jest miejscem terroru i cierpienia, zagrożenia i poniżenia, lęku i rozpacz. Przemoc domowa występuje we wszystkich środowiskach. Nie zależy od statusu społecznego, poziomu wykształcenia, ani od kondycji materialnej domowników. W rodzinach patologicznych częściej mamy do czynienia z tzw. *przemocą gorącą*, przepełnioną wybuchami agresji, wściekłością i brutalnością. W środowiskach o wysokim statusie społecznym częściej można spotkać tzw. *przemoc chłodną*, bardziej wyrafinowaną, niepozostawiającą widocznych śladów, dokonywaną w „białych rękawiczkach”.

CECHY PRZEMOCY W RODZINIE

1. **JEST INTENCJONALNA** - Przemoc jest zamierzonym działaniem i ma na celu kontrolowanie i podporządkowanie ofiary.
2. **SIŁY SĄ NIERÓWNOMIERNE** - Jedna ze stron ma przewagę nad drugą. Ofiara jest słabsza, a sprawca silniejszy.
3. **NARUSZA PRAWA I DOBRA OSOBISTE** - Sprawca wykorzystuje przewagę siły, narusza podstawowe prawa ofiary- prawo do nietykalności fizycznej, godności, szacunku.
4. **POWODUJE CIERPIENIE I BÓL** - Sprawca naraża zdrowie i życie ofiary na poważne szkody. Doświadczenie bólu i cierpienia sprawia, że ofiara ma mniejszą zdolność do samoobrony.

Przemoc narusza podstawowe prawo każdego człowieka –prawo do życia w poczuciu bezpieczeństwa.

- Ma miejsce wówczas, gdy osoba atakująca jest silniejsza fizycznie lub psychicznie, albo jest starsza.
- Zawsze wiąże się z emocjami, które najtrudniej jest kontrolować, mianowicie ze złością, gniewem, nienawiścią.
- Poprzez wyrządzenie szkody, krzywdy, straty, bólu rozumie się każde zamierzone działanie, mające na celu fizyczne lub psychiczne cierpienia.
- Przemoc stosowana jest wtedy, gdy oprawcy niszczą swoje lub cudze rzeczy i wyposażenie pomieszczenia.

Czynniki sprzyjające stosowaniu przemocy.

- ❖ Szybkie tempo życia – postęp cywilizacyjny, urbanistyczny, a z drugiej strony brak czasu dla domu, dla dziecka, dla najbliższych, zastępowanie dialogu telefonem i komputerem.
- ❖ Wpływ grupy rówieśniczej (naśladowanie osób ważnych w grupie, a zachowujących się agresywnie).
- ❖ Przekazany wzorzec zachowania się wobec osoby słabszej.
- ❖ Moda na tzw. „wygodne” i łatwe życie, bez odpowiedzialności i konsekwencji za swoje postępowanie.
- ❖ Wzory bezkarności i bezsilności prawa wobec świata przestępczości, pokazywane publicznie.
- ❖ Kreowanie okrucieństwa i przemocy w mediach.
- ❖ Doświadczenie przemocy w dzieciństwie.
- ❖ Czynniki stresujące i stres sytuacyjny.
- ❖ Negatywne relacje w rodzinie.

RODZAJE PRZEMOCY

Przemoc fizyczna - popychanie, odpychanie, obezwładnianie, policzkowanie, przytrzymywanie, szczypanie, kopanie, duszenie, bicie otwartą ręką i pięściami, bicie przedmiotami, ciskanie w kogoś przedmiotami, parzenie, polewanie substancjami żrącymi, użycie broni, porzucanie w niebezpiecznej okolicy, nieudzielenie koniecznej pomocy, itp.

Przemoc psychiczna - wyśmiewanie poglądów, religii, pochodzenia, narzucanie własnych poglądów, karanie przez odmowę uczuć, zainteresowania, szacunku, stała krytyka, wmawianie choroby psychicznej, izolacja społeczna (kontrolowanie i ograniczanie kontaktów z innymi osobami), domaganie się posłuszeństwa, ograniczanie snu i pożywienia, degradacja werbalna (wyzywanie, poniżanie, upokarzanie, zawstydzanie), stosowanie gróźb, itp.

Przemoc seksualna -wymuszanie pożycia seksualnego, wymuszanie nieakceptowanych pieścizot i praktyk seksualnych, wymuszanie seksu z osobami trzecimi, sadystyczne formy współżycia seksualnego, demonstrowanie zazdrości, krytyka zachowań seksualnych kobiety, zmuszanie do oglądania filmów pornograficznych itp.

Przemoc ekonomiczna (zaniebdywanie) - odbieranie zarobionych pieniędzy, uniemożliwianie podjęcia pracy zarobkowej, niezaspakajanie podstawowych, materialnych potrzeb rodziny, itp.

Dlaczego ofiary nie szukają pomocy:

- ✓ boją się zemsty oprawcy,
- ✓ odczuwają lek i upokorzenie,
- ✓ są uzależnione finansowo,

- ✓ posiada błędne przekonania, że to przejściowe,
- ✓ utraciły wiarę w pomoc,
- ✓ utrwalony „syndrom ofiary”, ujawniający się przez całe życie osoby.

Ofiary przemocy w rodzinie są w trudnej sytuacji, ponieważ zmuszone są także po fakcie przestępstwa do dalszego przebywania w bezpośrednim kontakcie ze sprawcą, co daje mu możliwość wpływania na dalszy bieg wydarzeń.

Przemoc wobec dzieci

Dziecko jest całkowicie uzależnione od rodziców, nie wybiera ich samo, jest zdane na warunki, jakie stworzą dla jego rozwoju. Przemoc wobec dziecka to wyrządzona nieprzypadkowo, bądź wskutek zaniedbania lub beczynności, krzywda, której można było uniknąć. Krzywda ta łamie prawa dziecka i zakłóca jego optymalny rozwój, hamując potencjalne możliwości oraz naturalne dążenie człowieka do samorealizacji.

Pomoc ofiarom

Konieczność niesienia profesjonalnej pomocy dla ofiar przemocy wymaga wspólnego działania różnych służb i organizacji – rządowych i pozarządowych. Każda z nich posiada własny zasób informacji o konkretnej rodzinie, ofierze lub sprawcy przemocy, a ich współpraca narzuca konieczność współpracy. Niezbędne jest zorganizowanie zespołu ludzi współpracujących ze sobą w sposób skoordynowany, zapewniający właściwe reagowanie na informacje o przemocy. W skład takiego zespołu powinny wchodzić osoby, które z racji swojego wykształcenia, doświadczenia, wykonywanego zawodu będą w stanie pomagać ofiarom przemocy w dziedzinie psychologicznej jak i w sferze prawnej. Zespół powinien skupiać specjalistów z różnych dziedzin, reprezentujących instytucje publiczne odpowiedzialne za prowadzenie dochodzeń i zapewnienie **kompleksowej pomocy ofiarom**.

Konieczne jest ulepszenie prawa chroniącego ofiarę przemocy i przeszkolenie policjantów, prokuratorów i sędziów na temat przemocy domowej. Pomaganie ofiarom przemocy powinno jednak wykraczać poza obszar wymiaru sprawiedliwości.

- ❖ Potrzebne są miejsca, w których ofiary otrzymają pomoc prawną, bytową oraz takie, w których będą mogły schronić się ze swoimi dziećmi, by uniknąć maltretowania.
- ❖ Potrzebne są miejsca i ludzie, którzy dostarczą wsparcia emocjonalnego i pomogą w poszukiwaniu sprawiedliwości.
- ❖ Wreszcie potrzebne są miejsca, w których dzięki pomocy psychologicznej ofiary będą mogły zaleczyć swe rany psychiczne i podjąć pracę nad zmianą swego życia i umocnieniem siebie.
- ❖ Niektóre osoby potrzebują systematycznej i profesjonalnej psychoterapii, w szczególności wtedy, gdy przemoc, która spotkała ich w dorosłym życiu, była poprzedzona raniącymi doświadczeniami w dzieciństwie.

ZESPÓŁ INTERWENCJI KRYZYSOWEJ



**Pielęgniarki: Agnieszka Gralikowska, Mariola Wołoszko
NZOZ Vena Biała Podlaska**

Zabiegi laparoskopowe w schorzeniach ginekologicznych

W ginekologii na stałe laparoskopię zaczęto stosować od 1936 roku, kiedy to Hope zastosował ją przy rozpoznaniu ciąży pozamacicznej. Wkrótce po tym wykonano pierwsze sterylizacje. Nadal jednak laparoscopia pozostawała techniką głównie diagnostyczną. Dopiero w ciągu ostatnich kilkunastu lat zauważono i doceniono jej potencjalne możliwości zabiegowe. Wprowadzenie koagulacji bipolarnej, lasera i nowych technologii takich jak klipsy, szwy mechaniczne, doprowadziły do znacznego zainteresowania możliwościami ginekologicznej laparoskopii zabiegowej. Obecnie w ginekologii laparoskopię możemy podzielić na:

- laparoskopię diagnostyczną;
- laparoskopię operacyjną;

Wskazania i przeciwwskazania do zabiegów laparoskopowych w ginekologii

➤ Wskazania do laparoskopii:

- niepłodność;

Badanie pozwala dokładnie ocenić morfologiczny i funkcjonalny stan jajowodów oraz obecność i nasilenie zrostów okołoprzydatkowych;

- ból w miednicy mniejszej;
- ostry stan zapalny narządu rodnego;
- przewlekłe zapalenie narządów miednicy mniejszej;
- endometrioza;
- niezłośliwe guzy przydatków;
- wady i mięśniaki macicy;
- ciąża pozamaciczna;

W praktyce ginekologicznej ze względu na budowę oraz dostęp do narządu od strony pochwy i położenie narządów płciowych kobiety w miednicy mniejszej, istnieją pewne odrębności wykonywania laparoskopii. Podobnie jak inne zabiegi laparoskopowe i zabiegi metodą tradycyjną, laparoscopia w ginekologii nie jest pozbawiona ryzyka.

➤ Do przeciwwskazań bezwzględnych zaliczamy, podobnie jak w cholecystektomii laparoskopowej:

- Znacznego stopnia niewydolność krążeniowo-oddechową;
- Niedrożność jelit, rozdęcie jelit stwarza duże niebezpieczeństwo uszkodzenia podczas wprowadzania igły Veressa lub trokaru;
- Rozległą przepuklinę brzuszną;
- Rozlane zapalenie otrzewnej;
- Zaburzenia krzepnięcia krwi.

➤ Do przeciwwskazań względnych zaliczamy:

- Nadmierną masę ciała chorej. Mogą wystąpić trudności techniczne, głównie związane z wytworzeniem odmy otrzewnowej i wprowadzeniem narzędzi;

- Ciążę wewnątrzmaciczną. Powyżej 16 tygodnia ciąży ryzyko urazu macicy, a możliwości uwidocznienia pozostałych narządów ograniczone;
- Dużych rozmiarów guzy miednicy mniejszej;
- Poprzedzająca laparoskopię laparotomia - istnieje wówczas możliwość przyrośnięcia jelit do otrzewnej lub rozległych zrostów jelit z narządami miednicy.

Techniki wykonywania laparoskopii w ginekologii

Zabiegi laparoskopowe powinny odbywać się w warunkach sali operacyjnej. Należy zawsze brać pod uwagę konieczność wykonania laparotomii. Igłę Veressa wprowadza się w pępku, z uwagi na minimalną grubość powłoki jamy brzusznej w tym miejscu oraz bardzo bliskie przyleganie otrzewnej. Po wytworzeniu odpowiedniej odmy otrzewnowej wyjmuje się igłę Veressa i wprowadza trokar służący do umieszczenia optyki laparoskopowej. Dokonuje się sukcesywnej oceny jamy otrzewnej. Jest to nieodzowna część każdego zabiegu laparoskopowego, nie tylko ginekologicznego. Pozostałe trokary wprowadzamy: w linii pośrodkowej około 4cm powyżej spojenia łonowego i w bezpiecznym trójkącie wyznaczonym przez pępek jako szczyt, powierzchnie boczne brzucha, a spojenie łonowe stanowiące jego podstawę. Jeżeli żadne z powyższych miejsc nie jest odpowiednie, można po dowolnej stronie wprowadzić trokar bocznie do mięśnia prostego brzucha.

Laparoscopia diagnostyczna:

Laparoscopia diagnostyczna w niepłodności.

Laparoskopię jako metodę diagnostyczną, stosuje się przede wszystkim w niepłodności. Problem niepłodności dotyczy około 15-20% par małżeńskich i wymaga dokładnych badań diagnostycznych. Obecnie zasadnicze znaczenie w diagnozowaniu, a także w leczeniu niepłodności odgrywają laparoscopia i histeroscopia. Rozwój technik endoskopowych umożliwił wykonanie wielu zabiegów mikrochirurgicznych wykonywanych wcześniej drogą laparotomii. Przewaga laparoskopii nad laparotomią obejmuje jeszcze jeden aspekt: po zabiegu laparoskopowym powstaje mniej zrostów niż po tradycyjnym otwarciu jamy brzusznej, co w leczeniu niepłodności jest dużą zaletą. Wykonując zabieg laparoskopowy dotyczący niepłodności dokładnie ocenia się macicę, jajowody, jajniki oraz otrzewną miednicy mniejszej, starając się znaleźć możliwą przyczynę niepłodności. Jeżeli wykrywa się zmiany patologiczne, należy podjąć próbę ich usunięcia.

➤ Laparoscopia diagnostyczna w ZZMM.

Zespół zapalenia miednicy mniejszej (ZZMM), inaczej – zapalna choroba miednicy, w Polsce najczęściej rozpoznawany jest jako zapalenie przydatków. Klinicznie jest to ostry zespół objawów infekcji bakteryjnej pochwy szerzącej się drogą wstępującą. Obejmuje swoim zasięgiem otrzewną miedniczną, czasami brzuszną, a niekiedy przestrzeń nadwątrobową. Objawy kliniczne

u chorych kobiet z ZZMM są bardzo zróżnicowane: od łagodnych dolegliwości bólowych, po ostre, przebiegających z podrażnieniem otrzewnej i wysoką gorączką.

U prawie połowy kobiet ze stwierdzoną niepłodnością pochodzenia jajowodowego nigdy wcześniej nie rozpoznano i nie leczono ZZMM.

Przy podejrzeniu ZZMM kwalifikacja do laparoskopii powinna być poprzedzona badaniami klinicznymi i laboratoryjnymi (leukocytoza, OB, poziom białka C-reaktywnego) oraz dokładnym badaniem USG. Zabieg laparoskopowy daje możliwość weryfikacji rozpoznania, oceny zaawansowania procesu chorobowego i uzyskania materiału do hodowli drobnoustrojów.

➤ **Laparoskopia diagnostyczna w ZBMM.**

Uporczywe bóle w podbrzuszu zgłaszane przez pacjentki stanowią poważny problem kliniczny i są częstym wskazaniem do diagnostyki laparoskopowej. U 70% pacjentek stwierdzono badaniem laparoskopowym zmiany patologiczne w obrębie miednicy mniejszej - endometriozę o różnej lokalizacji i różnych stopniach zaawansowania. Do przyczyny ZBMM (zespołu bólowego miednicy mniejszej) zaliczano również zmiany sugerujące przebyty okres zapalny, zrosty obejmujące miednicę mniejszą, okolice wątroby, a także zrosty jelitowo-otrzewnowe, żylaki przymaciczy czy też choroby innych narządów jamy brzusznej.

W leczeniu ZBMM laparoskopia pomaga ustalić przyczynę dolegliwości i często usunąć ognisko endometriozy, stany zapalne i uwolnić zrosty. U pacjentek, u których nie stwierdzono ewidentnych zmian patologicznych, zmiana sposobu antykoncepcji, zwiększenie aktywności fizycznej, leczenie sanatoryjne i psychoterapia dają często dobre efekty.

Laparoskopia operacyjna:

➤ **Ciąża ektopowa.**

Przez pojęcie ciąży ektopowej należy rozumieć zagnieżdżenie jaja płodowego poza błoną śluzową jamy trzonu macicy. Uwidocznienie pęcherzyka płodowego w obrazie USG nie zawsze jest możliwe, pomimo zastosowania głowicy dopochwowej. Zakłada się bowiem, że stwierdzenie ciąży wewnątrzmacicznej nieomal wyklucza ciążę ektopową. Dzięki laparoskopii wzrasta procent rozpoznanych ciąż jajowodowych nieuszkodzonych. Pozwala to na leczenie oszczędzające jajowód i ograniczenie przetaczania krwi.

Wybór metody leczenia - laparoskopia czy laparotomia jest uzależniony od:

- Miejsca, w którym nastąpiło zagnieżdżenie;
- Krwawienia do jamy brzusznej;
- Stopnia uszkodzenia jajowodu;
- Stwierdzenia, czy ciąża jest żywa lub obumarła;
- Krwistka okołojajowodowego;
- Zrostów utrudniających dostęp do narządów płciowych;

- Oświadczenia pacjentki co do planów prokreacji;
- Oceny stanu drugiego jajowodu, jajnika;
- Oceny stanu ogólnego pacjentki.

Techniki chirurgiczne stosowane w ciąży jajowodowej:

- Salpingotomia, czyli podłużne nacięcie jajowodu na odcinku zajmowanym przez ciążę. Ewakuację tkanek „ciążowych” powinno się wykonać powoli, delikatnie oddzielając je od ścian jajowodu za pomocą atraumatycznych kleszczyków, strumienia płynu o kontrolowanym ciśnieniu lub ostrożnego wyciskania. Następnie kontrolujemy łożę po usuniętej ciąży, drożność jajowodu. Istnieją kontrowersje, czy po liniowym otwarciu jajowodu należy go zamknąć za pomocą szwu, czy pozostawić na otwarto.
- Segmentalna resekcja zmienionego ciążowo jajowodu polega na wycięciu odcinka jajowodu z ciążą a pozostawieniu dwóch niezmienionych odcinków. Zakładamy pojedynczą pętlę ściągającą na brzegi ściany jajowodu.
- Salpingektomia, czyli usunięcie zmienionego jajowodu. Oddzielony jajowód z ciążą usuwa się z jamy brzusznej przez trokar 10mm nad spojeniem łonowym. Można użyć woreczka ewakuacyjnego, aby zapobiec rozsiewowi elementów trofoblastu.
- Ewakuacja poronienia trąbkowego polega na delikatnym jego wyciśnięciu, oddzieleniu z lejka i strzępków jajowodu.

➤ **Endometrioza.**

Endometrioza to występowanie czynnej błony śluzowej wyścielającej jamę macicy poza tym narządem. Nazwa ta oznacza więc obecność cew gruczołowych nabłonka endometrioidalnego w wielu możliwych miejscach: w warstwach mięśnia macicy, na powierzchni nabłonka okrywającego jajnik, na otrzewnej zatoki Douglasa lub w innych miejscach. Okres życia kobiety, w którym możliwe jest wystąpienie endometriozy, pokrywa się z hormonalną sprawnością jajników. Istnieją trzy główne teorie próbujące wyjaśnić powstawanie endometriozy: wszczepienie fragmentów nabłonka gruczołowego w miejscach нефизjologicznych, pierwotne powstawanie nabłonka gruczołowego poza jamą macicy oraz złożony, wieloczynnikowy mechanizm powstawania endometriozy.

Rodzaje ognisk endometrioidalnych:

- Subtelne - charakteryzują się małą powierzchnią oraz ograniczoną głębokością naciekania, najczęściej są pozbawione pigmentu.
- Typowe - charakteryzują się dużą powierzchnią i większą głębokością o ciemnym zabarwieniu.
- Naciekające - charakteryzują się małą powierzchnią i głęboką penetracją, mogą być zabarwione, jak również pozbawione barwnika.

Leczenie endometriozy otrzewnowej metodami laparoskopowymi polega na zarysowaniu granic

zmiany i koagulacji, następnie uniesieniu kleszczykami w górę i oddzieleniu od zdrowych tkanek przez pociąganie. Innym rodzajem leczenia może być waporyzacja otrzewnowych wszczepów tkanki endometrialnej. Uzyskuje się ją najskuteczniej przez użycie lasera CO₂ i koagulację tkanek już przy temperaturze 60-80°C.

Jajnik jest częstym miejscem lokalizacji endometriozy. Wynika to z jego usytuowania – znajduje się blisko brzuszego ujścia jajowodów, ponadto ma nieregularną powierzchnię, co sprzyja przyleganiu komórek endometrialnych.

Typy endometriozy jajnika:

- endometrioza powierzchniowa może występować pod postacią jasnych lub czerwonych pęcherzyków, czasami razem z czarnymi guzkami i obszarami żółtych grudek.
- torbiele endometrialne mogą osiągać średnicę nawet do 12cm.
- endometrioza głęboko naciekająca charakteryzuje się obecnością bardzo aktywnych gruczołów endometrialnych, które penetrują korę jajnika.

➤ Łagodne guzy jajnika.

Niezłośliwe nowotwory jajnika stanowią niejednorodną grupę charakteryzującą się bogactwem obrazów morfologicznych. Guzy nabłonkowe stanowią

najliczniejszą grupę nowotworów jajnika pochodzących z nabłonka i podścieliska łącznotkankowego.

Podział według rodzaju nabłonka występującego w guzie:

- surowicze
- śluzowe
- endometrioidalne
- jasnokomórkowe

Laparoskopowe leczenie guzów jajnika stało się jednym z częściej wykonywanych zabiegów w praktyce ginekologicznej. W zależności od średnicy guza, objętości zdrowej tkanki jajnikowej oraz wieku pacjentki i jej rodności usunięcia guza dokonuje się metodą wyluszczenia lub usunięcia całej gonady. Przy tego rodzaju zabiegach rzadko dochodzi do konwersji np. z powodu obfitego krwawienia z łoży po wyluszczeniu guza jajnika. Przeprowadzanie takich operacji nakłada na operujących szczególną odpowiedzialność ze względu na możliwość rozrostu złośliwego w obrębie zmiany, co stanowi przeciwwskazanie do zabiegu endoskopowego. Dlatego niepodważalny jest wymóg stawiany każdej placówce leczniczej, by operacje guzów jajnika mogły być przeprowadzane tylko w tych szpitalach, które dysponują możliwościami wykonania śródoperacyjnych badań cytologicznych i histologicznych.

*Irena Błędowska
Pielęgniarka WSzS Biała Podlaska*

RAK SUTKA – OCENA WIEDZY PIELEŃNIAREK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ

Rak sutka jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce i na świecie. Wśród kobiet stanowi on około 25% ogółu zachorowań na ten rodzaj nowotworu. Na chorobę tę zapada w Polsce jedna na 12 kobiet. Mężczyźni stanowią zaledwie 0,5% chorych. Pomimo znacznego postępu, jaki dokonał się w diagnostyce i leczeniu raka sutka, śmiertelność spowodowana tym nowotworem nie maleje. W Polsce rocznie rejestruje się powyżej 10 tysięcy nowych zachorowań, a umiera ok. 5 tysięcy chorych na raka. W latach 90-tych XX w. współczynnik zachorowalności w Polsce wyniósł ok.30/100 000, a umieralności ok.16/100 000 rocznie. Liczba zachorowań na nowotwór złośliwy piersi u kobiet stale rośnie. Ryzyko zachorowania wzrasta z wiekiem. U kobiet poniżej 20 roku życia nowotwór stwierdza się wyjątkowo. Wzrost zachorowania notuje się powyżej 25 roku życia, zaś najbardziej dynamiczny przyrost zachorowalności na raka piersi ma miejsce po 40 roku życia (93% zachorowań). Natomiast największa zachorowalność dotyczy kobiet po 50 roku życia i osiąga najwyższe współczynniki około 60 roku życia. Rak piersi jest najczęstszym zabójcą kobiet w wieku 40-55 lat. Choroba rozwija się średnio około 20 lat. Rak wcześniej wykryty jest wyleczalny.

Częstość występowania raka sutka zależy od rasy, sytuacji ekonomicznej i społecznej, stylu życia, zachowań reprodukcyjnych, stanu cywilnego, nawyków żywieniowych i miejsca zamieszkania. W wielu krajach stwierdza się wyższą zachorowalność w mieście niż na wsi. Kobiety z wyższych klas społecznych chorują niemal dwa razy częściej niż przedstawicielki klas niższych. Panny chorują 1,5 razy częściej niż kobiety kiedykolwiek zamężne. Tempo wzrostu ryzyka zachorowania jest przed menopauzą wyższe niż po menopauzie. W Polsce szanse wyleczenia kobiet chorujących na raka sutka są mniejsze niż w krajach wysoko rozwiniętych, z powodu znacznego zaawansowania nowotworu w chwili rozpoznania. W 50% przypadków winę za opóźnienie w leczeniu ponoszą same chore. Czas od zauważenia pierwszych objawów raka do rozpoczęcia przez nie leczenia wynosi średnio 5 miesięcy. Wynika to ze strachu, często niewiedzy o objawach, braku systematycznego samobadania piersi, wreszcie co piąta chora traci szanse na wyzdrowienie w wyniku leczenia się metodami niekonwencjonalnymi zamiast podjęcia leczenia specjalistycznego.

Dlatego bardzo ważną rolę pełni tutaj właściwe postępowanie i wczesne wykrywanie zmian w piersiach. Należy zmierzać do tego, aby wszystkie kobiety posiadały

niezbędny zasób wiedzy na ten temat i aby w sposób właściwy umiały go wykorzystać w walce z tą chorobą. Systematyczne samobadanie piersi umożliwia wczesne wykrycie raka, kiedy to istnieje duża szansa na jego całkowite wyleczenie. Przede wszystkim pielęgniarki powinny być świadome tego, jak istotnym ogniwem w profilaktyce jest wczesne wykrycie raka sutka. Taką wiedzę powinna posiadać i stosować oraz rozpowszechniać służba zdrowia, to jest zarówno lekarze jak i pielęgniarki.

Celem pracy było zobrazowanie w jakim stopniu pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej posiadają wiedzę dotyczącą profilaktyki, objawów, diagnostyki oraz leczenia raka sutka.

Badaniem objęto 100 respondentek pracujących na oddziałach zabiegowych takich jak: blok operacyjny, anestezjologia, oddział chirurgiczny, oddział ortopedyczny, oddział urologiczny i oddział ginekologiczny w wieku od 21 – 51 lat. Do oceny poziomu wiedzy wykorzystano kwestionariusz ankiety. Ankieta była anonimowa i jednorazowo sporządzona dla potrzeb moich badań. Przeprowadzona analiza wykazała, że większość badanych pielęgniarek posiada dostateczną wiedzę z poruszanego zagadnienia, zarówno profilaktyki i objawów, jak i zasad diagnostyki i samokontroli piersi.

1. Czynniki ryzyka.

Czynniki ryzyka nazywamy cechy predysponujące do powstania nowotworu. Stwierdzenie ich obecności zwiększa prawdopodobieństwo jego powstania.

Nie występuje jedyny czynnik decydujący o powstaniu raka sutka. Jego pojawienie się zwykle wiąże się z istnieniem wielu czynników.

Najistotniejszymi są:

- Płeć – rak sutka występuje 100 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn,
- Starszy wiek – powyżej 50 roku życia,
- Wywiad rodzinny – rodzinne występowanie raka sutka,
- Pierwsza ciąża w późnym wieku,
- Wczesna pierwsza miesiączka – < 11 roku życia,
- Późna menopauza,
- Długotrwałe stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (powyżej 10 lat),
- Stosowanie antykoncepcji hormonalnej przez kobiety będące nosicielkami mutacji genów BRCA – 1 i BRCA – 2.

Do innych, równie ważnych czynników ryzyka możemy zaliczyć:

- Odżywianie – nadmierna podaż tłuszczów w diecie, niedobór błonnika, beta-karotenu i witaminy C,
- Budowa ciała – otyłość,
- Użytki – picie alkoholu, palenie papierosów,
- Styl życia – zbyt mała aktywność fizyczna.

Najistotniejszym czynnikiem ryzyka jest płeć – rak sutka u kobiet występuje ponad 100 razy częściej niż u

mężczyzn. Największe ryzyko zachorowania na raka sutka, wynikające z obciążenia rodzinnego, dotyczy kobiet, u których zarówno matka jak i siostra chorowały na ten nowotwór. W porównaniu z kobietami nieobciążonymi wywiadem rodzinnym ryzyko zachorowania we wspomnianej grupie kobiet wzrasta niemal 14 razy.

Postać dziedziczną raka sutka podejrzewać należy po stwierdzeniu:

- Pojawienia się raka przed menopauzą,
- Współwystępowania raków jajnika, trzonu macicy u krewnych pierwszego stopnia,
- Obustronność lub wieloogniskowość,
- Dziedziczenie w rodzinie defektów genetycznych – mutacji.

Badanie na obecność mutacji genu BRCA – 1 lub BRCA – 2 wykonuje się w pobranych z krwi limfocytach. Stwierdzenie mutacji genu BRCA – 1 lub BRCA – 2 świadczy o genetycznym obciążeniu wystąpienia raka sutka. Prawdopodobieństwo jest duże, ale nigdy nie 100%. Należy pamiętać, że ujemny wynik badania genetycznego nie wyklucza pojawienia się raka piersi w przyszłości.

Wczesny wiek pierwszej i późny ostatniej miesiączki są istotnymi czynnikami ryzyka zachorowania na nowotwór sutka. „Staszewski w 1971 roku wykazał, że Polki zaczynające miesiączkować przed 16 rokiem życia mają o około 75% większe ryzyko zachorowania na ten nowotwór, niż kobiety z pierwszą miesiączką w wieku powyżej 16 lat”.

U kobiet, u których naturalna menopauza wystąpiła po 55 roku życia istnieje dwa razy wyższe ryzyko zachorowania na raka sutka, niż u tych, u których wystąpiła ona przed 45 rokiem życia.

Kobiety, które nie rodziły lub przebyły pierwszą ciążę po 30 roku życia mają dwa razy większe ryzyko zachorowania od tych, które przebyły ją przed 20 rokiem życia.

Otyłość zwiększa dwukrotnie ryzyko zachorowania po menopauzie a zmniejsza przed menopauzą. Dieta, która zawiera dużo nasyconych tłuszczów zwierzęcych (tłuste mięso, podroby, masło, itp.) może wpłynąć na zachorowalność na raka sutka. Można zaobserwować, że kobiety otyłe częściej chorują na ten nowotwór. „Badania krakowskie wykazują, że spożywanie warzyw (nawet gotowanych) częściej niż trzy razy w tygodniu zmniejsza o ponad 40% ryzyko zachorowania na raka sutka po menopauzie”. Zbyt mała aktywność fizyczna również sprzyja rozwojowi raka sutka.

Ryzyko zachorowania na nowotwór gruczołu piersiowego wzrasta wraz z wiekiem. Wśród kobiet, które nie ukończyły 20 roku życia rak sutka stwierdzany jest sporadycznie, natomiast szczyt zachorowań obserwuje się pomiędzy 50 a 70 rokiem życia. Tempo wzrostu ryzyka zachorowania na raka sutka jest więc wyższe przed menopauzą niż po menopauzie.

Użytki takie jak alkohol podnoszą ryzyko zachorowania na raka sutka, szczególnie w przypadku

kobiet, które wypijały więcej niż 40g czystego alkoholu dziennie. Alkohol i estrogeny są metabolizowane w wątrobie. Po długotrwałym nadużywaniu alkoholu niszczone są komórki wątroby, a w związku z tym zmniejsza się poziom przetwarzania estrogenów. W efekcie wzrasta poziom estrogenów we krwi w związku z czym zwiększa się ryzyko zachorowania na raka sutka. Natomiast palenie papierosów wydaje się nie mieć wpływu na ryzyko zachorowania na raka piersi.

2. Objawy raka sutka.

Piersi każdej kobiety różnią się zarówno kształtem, wielkością jak i spoistością. Różnice te pojawiają się w zależności od cyklu miesięczkowego, okresu dojrzałości hormonalnej (np. dojrzewanie, klimakterium). Piers w dotyku ma charakter nierównej, grudkowatej masy. Często, tuż przed pojawieniem się miesiączki piersi stają się obrzmiałe, skóra napięta, wrażliwa na dotyk. Ze względu na zmiany jakie zachodzą w piersiach bardzo ważne jest, aby każda kobieta badała swoje piersi. W ten sposób nauczy się oceniać, jakie są ich cechy naturalne a jakie nieprawidłowe, które powinny zaniepokoić i skłonić do wizyty u lekarza. Znalezienie zmiany przy badaniu piersi może być jednym z objawów raka sutka.

Szpecially powinny zaniepokoić objawy wymienione poniżej. Należy również pamiętać, że nie muszą wystąpić wszystkie. Wystarczy stwierdzić obecność jednego z nich.

OBJAWY, KTÓRE POWINNY SKŁONIĆ KAŻDĄ KOBIETĘ DO NATYCHMIASTOWEJ WIZYTY U LEKARZA:

- ❖ Pojawienie się zgrubienia lub guzka wyczuwalnego w obrębie mięszu piersi,
- ❖ Pojawienie się guzka w dole pachowym,
- ❖ Wyciek z brodawki, zwłaszcza podbarwiony krwią,
- ❖ Wciągnięcie brodawki,
- ❖ Zmiana koloru skóry piersi w obrębie brodawki i jej otoczki,
- ❖ Pomarszczenie lub uwypuklenie (tzw. skórka pomarańczowa) na skórze sutków,
- ❖ Wystąpienie bólu o nietypowym charakterze „klucia” lub „pociągania”.

Należy pamiętać, że większość zmian o charakterze guza nie jest rakiem!

3. Metody leczenia nowotworów sutka.

Obecnie nie ma żadnych wątpliwości co do tego, że najlepsze wyniki w leczeniu raka sutka osiąga się przez zastosowanie leczenia skojarzonego, obejmującego leczenie chirurgiczne, radioterapię, chemioterapię oraz hormonoterapię.

Metoda leczenia, którą zastosujemy u określonej pacjentki, będzie zależała od stopnia zaawansowania choroby, od rodzaju raka, ogólnego stanu pacjentki, wyników wykonywanych badań i wieku.

Wyróżniamy cztery podstawowe metody leczenia raka sutka:

1. Leczenie chirurgiczne
2. Radioterapia
3. Chemioterapia
4. Hormonoterapia.

Leczenie chirurgiczne – jest leczeniem zasadniczym w niższych stopniach zaawansowania nowotworu. Jest leczeniem regionalnym i ma zastosowanie w sytuacjach, kiedy choroba ogranicza się do piersi i okolicznych węzłów pachy. Celem zabiegu chirurgicznego jest usunięcie struktury nowotworowej (guza). Najczęściej oznacza to usunięcie piersi i tkanek dołu pachowego po tej samej stronie.

Do leczenia kwalifikuje się pacjentki po histopatologicznym potwierdzeniu rozpoznania i ustaleniu stopnia zaawansowania nowotworu.

Wybór metody zależy od:

- stopnia zaawansowania raka,
- stanu wydolności ogólnej,
- wieku pacjentki,
- chorób współistniejących,
- uprzednio przebytego leczenia przeciwnowotworowego,
- obecności receptorów estrogenowych i progesteronowych w komórkach raka.

Ze względu na pierwotne zaawansowanie raka, chore kwalifikuje się do następujących grup:

- pacjentki, u których możliwe jest zastosowanie radykalnego leczenia oszczędzającego lub pierwotnej radykalnej mastektomii,
- pacjentki, u których nie stwierdza się przerzutów odległych, ale ze względu na miejscowe zaawansowanie raka, pierwotne wykonanie mastektomii jest przeciwwskazane,
- pacjentki, u których stwierdzono przerzuty odległe.

WSPÓŁCZESNE ZABIEGI CHIRURGICZNE STOSOWANE W LECZENIU RAKA SUTKA.

Leczenie operacyjne oszczędzające pierś.

U pacjentek we wczesnych stadiach zaawansowania choroby nowotworowej preferowanym postępowaniem jest skojarzone leczenie oszczędzające sutek. Ten rodzaj leczenia polega na usunięciu samego guza z niewielkim fragmentem (marginesem) otaczającej go tkanki oraz pachowych węzłów chłonnych (lub węzła wartowniczego), z nieodłączną radioterapią w celu zminimalizowania odsetka wznów miejscowych. Operacja powinna spełniać warunki doszczętności onkologicznej. Taki rodzaj leczenia ma za zadanie częściowe oszczędzenie piersi. Rozległość zabiegu na sutku jest różna i waha się od tumorektomii z minimalnym marginesem 1cm do kwadrantektomii. Łożę pooperacyjną zaznacza się wtedy metalowymi klipsami w celu precyzyjnego zaplanowania miejsca radioterapii. Limfadenektomię pachową wykonuje się z oddzielnego cięcia w dole pachowym. Stopniowe ograniczanie interwencji chirurgicznej w obrębie dołu pachowego świadczy o tendencji do odchodzenia od rozległej terapii

miejscowej raka gruczołu piersiowego. Stwierdzono, że usunięcie węzłów chłonnych pachowych nie wpływa na długość przeżycia i ryzyko przerzutów. W przypadku stwierdzenia raka przedinwazyjnego (in situ) nie usuwa się węzłów chłonnych pachowych ze względu na niskie ryzyko przerzutów. Jednym z najistotniejszych czynników rokujących u kobiet z rakiem inwazyjnym, jest liczba węzłów chłonnych zawierających komórki nowotworowe. Obecnie w ośrodkach onkologicznych usuwa się tylko węzeł chłonny wartowniczy, zakładając że przerzuty szerzą się w obrębie pachy zwykle do pierwszego węzła chłonnego odprowadzającego chłonkę z guza, co pozwala na wnioskowanie o stanie pozostałych węzłów chłonnych pachy. Zgodnie z tą koncepcją rozsiew do innych węzłów dokonuje się z węzła wartowniczego, jeżeli jest on zajęty przez naciek nowotworowy. Węzeł wartowniczy identyfikuje się za pomocą błękitu metylenowego lub izotopu radioaktywnego wstrzykniętych w okolicy guza. W przypadku pozytywnego wyniku węzła wartowniczego powinno się wykonać limfadenektomię. Metody tej nie stosuje się w przypadku chorych z podejrzanymi, wyczuwalnymi węzłami chłonnymi. Głównym celem zabiegów oszczędzających jest obok usunięcia nowotworu uzyskanie zadawalającego efektu kosmetycznego poprzez zachowanie niewiele zmienionego sutka.

Wskazania do leczenia oszczędzającego:

- pojedynczy guz o średnicy nie większej niż 3 – 4 cm,
- brak przerzutów odległych,
- niepodjęte klinicznie węzły chłonne,
- przewidywany dobry efekt kosmetyczny po szerokim wycięciu guza,
- młody wiek biologiczny pozwalający łatwo znieść radioterapię.

Przeciwwskazania do leczenia oszczędzającego:

- obustronny rak sutka,
- zmiany wieloogniskowe,
- rozległe zwapnienia w mammografii,
- niemożliwe osiągnięcie negatywnych marginesów,
- wznowa po uprzednio przebyłym leczeniu oszczędzającym,
- uprzednio przebyte napromieniowanie sutka,
- niemożliwe osiągnięcie zadawalającego efektu kosmetycznego,
- ciąża,
- układowe choroby tkanki łącznej.

Radykalna mastektomia.

Polega na odjęciu gruczołu piersiowego w całości wraz z układem chłonnym pachy. W zależności od metody wyróżniamy kilka rodzajów wykonywanych zabiegów. Operacja Halsteda polega na dodatkowym usunięciu mięśni piersiowych w celu uzyskania jak najszerszego marginesu (zapobiegać ma to nawrotom miejscowym). Jest to metoda stara, opracowana przez Halsteda w roku 1894 i wykonuje się ją obecnie bardzo rzadko w przypadkach najbardziej zaawansowanych, gdy duży guz

nacieka mięsień piersiowy większy. Obecnie wykazano, że usunięcie mięśnia piersiowego większego nie poprawia istotnie odsetka wyleczeń, dlatego w roku 1948 Patey opracował modyfikację tego zabiegu polegającą na pozostawieniu mięśnia piersiowego większego a jedynie wycięciu mięśnia piersiowego mniejszego, co z czasem również okazało się mało istotne w poprawieniu dostępu do szczytu pachy. W chwili obecnej standardową, zalecaną operacją w przypadku pierwotnej radykalnej mastektomii jest modyfikacja Maddena polegająca na całkowitym usunięciu gruczołu piersiowego wraz z powięzią pokrywającą mięsień piersiowy większy, z zaoszczędzeniem mięśnia piersiowego większego i mniejszego oraz na usunięciu w jednym bloku pachowych węzłów chłonnych. W Polsce powszechnie przyjęło się ją nazywać operacją Pateya.

Mastektomię wykonujemy w warunkach szpitalnych, na bloku operacyjnym, w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym (narkozie). Pierś i węzły chłonne usuwane są z poprzecznych lub lekko ukośnych cięć. Brzegi ran są zeszywane szwem pojedynczym lub śródskórnym szwem ciągłym. Pod skórą w okolicy pachowej pozostawia się dren podłączony po zabiegu do sterylnej butli Redona (tzw. drenaż ssący). Dren założony jest w celu odprowadzenia płynu przesiąkowego i chłonki, która gromadzi się po przecięciu dróg chłonnych. Po 3 – 4 dniach dren usuwa się z rany.

Wskazania do pierwotnej radykalnej mastektomii:

1. Rak sutka w stopniu I i II niezakwalifikowany do leczenia oszczędzającego:
 - mikrozwapnienia poza planowanym do wycięcia kwadrantem,
 - guzy większe niż 3-4 cm,
 - podejrzanые węzły chłonne,
 - bardzo mały sutek, niegwarantujący dobrego efektu kosmetycznego
- lub
- bardzo duży uniemożliwiający prawidłowe napromienianie,
- obciążenia zmniejszające tolerancję radioterapii,
- brak zgody chorej na leczenie oszczędzające.
2. Rak sutka w III stopniu zaawansowania, u pacjentek, u których nie występują przeciwwskazania do radykalnej mastektomii.
3. Wznowa po pierwotnym leczeniu oszczędzającym.
4. Wieloogniskowość zmian chorobowych w mammografii.
5. Podeszły wiek chorej lub choroby współistniejące.

Przeciwwskazania do radykalnej mastektomii:

1. Rak sutka w IV stopniu zaawansowania.
2. Zapalny rak sutka.
3. Naciekanie ściany klatki piersiowej.
4. Obrzęk ramienia po stronie guza.
5. Duże nieruchome węzły chłonne pachowe po stronie guza pierwotnego.

6. Satelitarne guzki skórne.
7. Przeciwwskazanie do znieczulenia ogólnego.
8. Brak zgody pacjentki.

Powikłania pooperacyjne:

a) Wczesne:

- krwiak,
- zakażenie rany pooperacyjnej,
- rozejście się brzegów rany,
- martwica brzegów rany lub płata skórno – podskórnego,
- długotrwały wyciek chłonki.

b) Późne:

- zaburzenia czucia skóry w obszarze operowanym i po wewnętrznej stronie ramienia,
- obrzęk kończyny,
- przykurcze i zwłóknienia ograniczające ruchomość w stawie barkowym,
- zaniki niektórych grup mięśni,
- przerost blizny pooperacyjnej,
- neuropatie.

Jednym z elementów postępowania po radykalnej mastektomii gruczołu piersiowego jest profilaktyka i leczenie obrzęku limfatycznego, który pojawia się w kończynie po stronie operowanej. Obrzęk ten stanowi najtrudniejszy problem w chirurgii sutka. Przyczyną powstania obrzęku jest chirurgiczne usunięcie węzłów chłonnych, uszkodzenie naczyń krwionośnych i limfatycznych po skojarzonej radioterapii, stan zapalny kończyny, przeciążenie pracą fizyczną, niesymetryczne i niesystematyczne wykonywanie ćwiczeń usprawniających i automasażu, nieprawidłowy dobór stanika i protezy, uraz w obrębie protezy (skaleczenie, złamanie). Otyłość jest czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo wystąpienia obrzęku limfatycznego. W leczeniu obrzęku stosuje się masaż pneumatyczny za pomocą rękawa wypełnionego powietrzem, masaż wirowy w wodzie o temperaturze nieprzekraczającej 37°C oraz stymulacją elektryczną poszczególnych grup mięśniowych.

Radioterapia – czyli leczenie promieniami - podobnie jak i leczenie chirurgiczne jest leczeniem regionalnym, to znaczy, że obejmuje określony obszar. Leczenie to opiera się na napromieniowaniu wyznaczonego obszaru promieniami jonizującymi. Celem tego leczenia jest zniszczenie komórek nowotworowych znajdujących się w okolicy piersi i pachy. Tego rodzaju leczenie pomimo, że jest, skomplikowane można kontynuować w warunkach ambulatoryjnych. Pacjentka przychodzi codziennie do szpitala w celu przyjęcia określonej dawki promieni jonizujących. Całe leczenie trwa około 4 do 8 tygodni. U kobiet z rakiem sutka leczenie napromieniowaniem stosuje się jako uzupełnienie radykalnej mastektomii.

Chemioterapia – leczenie polega na podawaniu leków zwanych cytostatykami. Leki podajemy drogą doustną, domięśniową lub dożylną. Cytostatyki dostają się do krwioobiegu i dlatego jest to leczenie systemowe skierowane na komórki nowotworowe rozprzestrzenione w organizmie kobiety. Chemioterapia prowadzona jest w

ściśle określonych odstępach czasowych cyklicznie, np. co 2 – 3 tygodnie. Leczenie to możemy prowadzić zarówno u pacjentek dochodzących z domu jak i pozostających w szpitalu przez kilka dni.

Wskazania do chemioterapii:

- przerzuty do narządów mięszkowych,
- masywne przerzuty do tkanek miękkich,
- niepowodzenie leczenia hormonalnego,
- brak receptorów estrogenowych,
- krótki czas wolny od choroby.

Hormonoterapia – to metoda podawania leków hormonalnych doustnie lub domięśniowo. Celem tego leczenia jest uniemożliwienie dostępu hormonów pacjentki do komórek rakowych. Hormony własne niektórych pacjentek umożliwiają mnożenie się komórek rakowych. Dlatego zablokowanie ich pozwoli niekiedy ograniczyć wzrost tych komórek. Hormonoterapia, podobnie jak chemioterapia, jest leczeniem systemowym.

Wskazania do hormonoterapii:

- obecność przerzutów do kości,
- obecność przerzutów do tkanek miękkich,
- obecność receptora estrogenowego w komórkach raka,
- ponad-dwuletni czas wolny od choroby,
- podeszły wiek pacjentki,
- zły stan ogólny chorej.

Wybór metody leczenia.

Dobór metody leczenia dla danej pacjentki uwarunkowany jest stopniem zaawansowania procesu nowotworowego, ogólnym stanem pacjentki, wiekiem oraz wynikami wszystkich wykonanych badań. U pacjentek stosuje się różne kombinacje wyżej opisanych metod leczenia. Jest to tzw. indywidualizacja leczenia, co oznacza, że każda kobieta jest leczona według indywidualnego, tylko dla niej dobranego programu leczenia.

Wybór metody leczenia zależy od:

- lokalizacji przerzutów,
- dynamiki ich wzrostu,
- długości czasu od leczenia radykalnego do pojawienia się przerzutów,
- obecności receptorów estrogenowych i progesteronowych w komórkach raka,
- stanu ogólnego chorej,
- chorób współistniejących,
- przebytych chorób,
- rodzaju uprzedniego leczenia raka sutka.

Skutki uboczne leczenia nowotworów piersi.

Nie ma leczenia bez skutków ubocznych. Im bardziej inwazyjne leczenie, tym większa możliwość wystąpienia skutków ubocznych. Agresywność leczenia zależy od stopnia zaawansowania choroby nowotworowej.

Efekty uboczne leczenia nowotworu mogą występować w różnym okresie, zarówno podczas leczenia jak i po jego zakończeniu. Czas wystąpienia i trwania oraz

nasilenia objawów ubocznych zależy od wielu czynników. Zaliczamy do nich: zaawansowanie choroby, ogólny stan pacjentki oraz wiek. Po amputacji piersi część kobiet odczuwa sztywność mięśni szyi i pleców, ograniczoną ruchomość ręki w stawie barkowym strony poddanej zabiegowi oraz brak czucia na skórze. Zminimalizowanie lub całkowite zniesienie wyżej wymienionych objawów można osiągnąć, jeśli pacjentka czynnie i z wielkim zaangażowaniem będzie brała udział w ćwiczeniach usprawniających zleconych przez rehabilitanta. Ćwiczenia te należy wprowadzić już w pierwszej dobie po operacji.

W czasie leczenia radioterapią często na skórze pojawiają się zaczerwienienia i podrażnienia. Wynikiem tego jest zwiększona wrażliwość na działanie czynników zewnętrznych, takich jak np.: ocieranie przez odzież, zbyt wysoka (słońce) lub zbyt niska temperatura otoczenia, kosmetyki – balsamy czy dezodoranty, woda i środki piorące. Najlepiej, na ile to możliwe, wykluczyć wyżej wymienione czynniki podczas leczenia radioterapią. Ustępowanie efektów ubocznych u każdej pacjentki przebiega w innym tempie. Najczęściej po około 10 dniach od zakończenia leczenia promieniami można zauważyć znaczne zmniejszenie reakcji, ale na całkowite ich ustąpienie można liczyć dopiero po około 3 – 4 tygodniach.

Chemioterapia jest leczeniem, które niszczy nie tylko tkanki raka, ale również tkanki zdrowe, które są tkankami szybko rosnącymi. Do tych komórek zaliczamy: cebulki włosów, naskórka, nabłonek jelit i jajników. Najczęściej podczas chemioterapii pojawiają się nudności, wymioty, biegunka, które ustępują po zaprzestaniu leczenia.

Może też wystąpić utrata włosów, które odrastają po kilku tygodniach. Pojawić się mogą zaburzenia w miesiączkowaniu i płodności, które są najczęściej krótkotrwałe.

Obecnie hormonoterapia charakteryzuje się znacznie mniejszymi skutkami ubocznymi niż w latach poprzednich. W czasie leczenia hormonami mogą pojawić się takie efekty uboczne jak: zwiększenie lub zmniejszenie apetytu, obrzęki na kończynach dolnych, zakrzepy u pacjentek, u których stwierdzono żylaki oraz krwawienie z

dróg rodnych. Wszystkie objawy ustępują po zastosowaniu przerwy w leczeniu oraz zakończonym leczeniu.

4. Wnioski.

W wyniku przeprowadzonych badań wśród 100 pielęgniarek Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej wysunięto następujące wnioski:

1. Analizując wyniki przeprowadzonego badania możemy przypuszczać, iż znajomość budowy anatomicznej piersi przez pielęgniarki jest zadowalająca.
2. Ogólny poziom wiedzy respondentek na temat czynników ryzyka raka sutka jest satysfakcjonujący. Najlepszą orientację mają na temat korelacji pomiędzy występowaniem raka sutka a obciążeniami rodzinnymi.
3. Respondentki znają objawy raka sutka, jedynie z objawem tzw. „skórki pomarańczowej” nie wszystkie spotkały się w swojej pracy zawodowej.
4. Pomimo deklarowanej znajomości technik samobadania piersi, niezadowalająca jest liczba pielęgniarek wykonujących to badanie systematycznie. Konieczna jest intensyfikacja nauki dotycząca czasu rozpoczęcia samobadania i dalsze zachęcanie do regularnego jego wykonywania.
5. Badane pielęgniarki są przygotowane do prowadzenia edukacji z zakresu samobadania piersi wśród pacjentek.
6. Respondentki uważają za słuszne organizowanie warsztatów dydaktycznych z zakresu samobadania piersi oraz „Programów Wczesnego Wykrywania Raka Sutka”.
7. Pielęgniarki orientują się w jakim wieku należy wykonać pierwszą mammografię u kobiet o niepodwyższonym ryzyku raka sutka.
8. Ogólny poziom wiedzy kobiet – pielęgniarek na temat leczenia raka sutka jest niewystarczający.
9. Niezadowalająca jest liczba pielęgniarek znająca czas, w którym należy wprowadzić ćwiczenia usprawniające u pacjentek po mastektomii. Należy pamiętać, że to właśnie pielęgniarki jako jedne z pierwszych sprawują opiekę nad pacjentkami bezpośrednio po operacji raka sutka.

RODZAJE NOWOTWORÓW SUTKA

Rak piersi można określić jako nieprawidłowy rozrost komórek tworzących przewody i zraziki. Klasyfikacja raków piersi opiera się na pochodzeniu komórek, z których powstaje ten nowotwór (rak przewodowy, rak zrazikowy), jak też stwierdzeniu obecności lub braku rozrostu poza utkanie przewodów i zrazików (rak przedinwazyjny i naciekający).

I. Rak przedinwazyjny (in situ) - komórki raka nie wychodzą poza obręb przewodów lub gruczołów mlekcznych, nie naciekają tkanki tłuszczowej piersi, ani nie dają przerzutów do innych organów.

- ✓ Rak wewnątrzprzewodowy - zwany neoplazją gruczołów mlekcznych, nie przechodzi w raka inwazyjnego, jednakże kobiety z tą odmianą raka należą do grupy podwyższonego ryzyka rozwoju raka inwazyjnego.
- ✓ Rak wewnątrzrazikowy - najpowszechniejszy rodzaj przedinwazyjnego raka piersi; rozrost komórek nowotworowych odbywa się w zrazikach.

II. Rak naciekający – to nowotwór, który rozrastając się wykracza poza miejsce lokalizacji komórek nabłonkowych.

- ✓ Rak przewodowy naciekający – komórki raka, które powstały w przewodach mlecznych przechodzą przez ściany przewodu i naciekają tkankę tłuszczową a następnie naczynia limfatyczne i krwionośne piersi i dają tą drogą przerzuty do innych organów. Rak przewodowy naciekający stanowi około 80% wszystkich przypadków raka piersi.
- ✓ Rak zrazikowy naciekający – komórki raka, które powstały w gruczołach mlecznych dają przerzuty. Rak zrazikowy naciekający stanowi od 10 do 15% wszystkich przypadków inwazyjnego raka piersi.

Na podstawie cech biologicznych (sposobu i szybkości rozrostu) wyodrębniono inne typy nowotworu piersi np.:

1. Rak rdzeniasty – charakteryzuje się wyraźną granicą między zdrową i nowotworową tkanką oraz dużym rozmiarem komórek oraz obecnością komórek odpornościowych na brzegach guza, stanowi ok. 5% wszystkich przypadków raka sutka.
2. Rak galaretowaty – rzadko spotykany rodzaj raka przewodowego inwazyjnego, tworzy się z komórek, które produkują gęsty śluz, daje lepsze rokowanie i mniejsze prawdopodobieństwo przerzutów niż rak przewodowy i zrazikowy.
3. Rak brodawkowaty,
4. Rak cewkowaty – stanowi około 2% wszystkich przypadków raka piersi.
5. Rak zapalny – nazwa tego rodzaju raka wynika z podobieństwa zajętej piersi do stanu zapalnego, pierś jest zaczerwieniona, obrzęknięta, skóra przypomina „skórkę pomarańczy”, spowodowane jest to przechodzeniem komórek raka przez naczynia limfatyczne skóry. Charakteryzuje go gorsze rokowanie i częstsze przerzuty. Ten rodzaj raka jest diagnozowany od razu jako stadium IIIB.
6. Rak gruczołowo-torbielowaty,
7. Rak wydzielniczy,
8. Rak apokryfowy,
9. Rak z metaplastją:
 - a. płaskonabłonkową,
 - b. wrzecionowatokomórkową,
 - c. chrzęstną i kostną,
 - d. typu mieszanego.

III. Choroba Pageta brodawki sutkowej – dotyczy zmiany w obrębie brodawki sutkowej lub jej najbliższego otoczenia przypominającej wyprysk: brodawka jest zaczerwieniona, swędząca, czasem z sączącym lub pokrytym strupem owrzodzeniem.

Stopnie zaawansowania klinicznego nowotworów.

Poszczególnym połączeniom przypisuje się różne stadia, które pogrupowane opisuje się przy użyciu cyfry 0 i rzymskich cyfr od I do IV, co obrazuje stopień zaawansowania nowotworu.

Stopień 0 – nowotwór rozrasta się wewnątrz przewodów gruczołu piersiowego, nie naciekając otaczających tkanek, jest to rak przedinwazyjny lub wewnątrzprzewodowy.

Stopień I – nowotwór nacieka tkanki otaczające przewody gruczołu piersiowego, ale wielkość guza nie przekracza 2 cm i nie stwierdza się zajęcia przez nowotwór węzłów chłonnych pach (brak przerzutów).

Stopień II – nowotwór nie przekracza 5 cm, a węzły chłonne są powiększone, ale ruchome .

Stopień III – guz ma rozmiary ponad 5 cm, przerzuty do węzłów chłonnych pachy tworzą konglomerat lub występuje naciekanie skóry i klatki piersiowej.

Stopień IV – obecność przerzutów nowotworowych w narządach (wątroba, płuca) lub odległych od piersi węzłach chłonnych.

Stopień przerzuty	T - guz	N - węzły	M -
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II A	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
II B	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
III A	T0	N2	M0
	T1	N2	M0

	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
III B	T4	każde N	M0
	każde T	N3	M0
IV	każde T	każde N	M1

Klasyfikacja TNM. Stopnie zaawansowania klinicznego nowotworu.

*mgr Małgorzata Skwierczyńska
Pielęgniarka WSzS Biała Podlaska*

SPOŁECZNE SYSTEMY WSPARCIA OSÓB STARSZYCH

Osoby w podeszłym wieku to grupa społeczna, która stale się powiększa i częściej niż inne grupy wiekowe korzysta ze świadczeń medycznych i innych form pomocy społecznej. W związku z tym problem starzenia się społeczeństw jest podejmowany od dawna na forum WHO. Jako główny kierunek rozwoju opieki nad osobami starszymi to niezależność.

Celem głównym polityki zdrowotnej państwa jest poprawa jakości życia ludzi starych oraz ich samodzielne funkcjonowanie we własnym środowisku rodzinnym i domowym, gdyż to rodzina właśnie jest najważniejszym ogniwem opieki nad osobą starszą lub w podeszłym wieku. Możliwość opieki rodziny nad osobą przewlekle chorą lub straszą pozwala na pozostanie tej osoby dłużej w swoim środowisku, a często nie ma potrzeby umieszczenia jej w zakładzie opiekuńczym. Ważne jest wsparcie dla opiekunów osób starszych zarówno ze strony sąsiadów, znajomych jak i ze strony państwa. Obowiązek organizacji i zabezpieczenia opieki nad osobami starszymi jest zadaniem samorządu lokalnego. Podstawową instytucją służącą osobom starszym jest Ośrodek Pomocy Społecznej (gminny lub miejski), który dąży do utrzymania samodzielności podopiecznych, aktywizacji, poprawy jakości własnego życia.

Formy opieki instytucjonalnej, socjalnej (podległej resortowi polityki społecznej) – domy pomocy społecznej dla osób niesprawnych i przewlekle chorych. Domy dziennego pobytu różnego typu funkcjonują obok form opieki instytucjonalnej medycznej (podległych resortowi zdrowia) – ośrodków opieki długoterminowych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, pielęgnacyjno-leczniczych, oddziałów szpitalnych długoterminowych, opieki pielęgniarstwa domowego długoterminowej, hospicjów.

Formy opieki otwartej to świadczenia głównie z zakresu usług opiekuńczych: pomoc osobie starszej w domu przez pracowników ośrodków pomocy społecznej lub organizacji pozarządowych takich jak PCK, PKPS, CARITAS, PFRON.

Formy pomocy osobom starszym, samotnym, przebywającym w domu obejmują świadczenia: dostarczanie posiłków, sprzątanie, pranie, zakupy, pomoc w sprawach urzędowych, pomoc sąsiedzka, wolontariat w opiece nad osobami starszymi lub niepełnosprawnymi, usługi opiekuńcze prowadzone przez agencje opiekuńcze i pielęgniarstwa, grupy wsparcia społecznego, telefon zaufania dla seniora.

Formą opieki stacjonarnej środowiskowej otwartej, podtrzymującej bytowanie człowieka w jego dotychczasowym środowisku domowym i rodzinnym, są ośrodki pobytu dziennego. W tym czasie zapewnia się seniorom posiłki, usługi rehabilitacyjne, opiekuńcze, usługi rekreacyjno-kulturalne. Forma ta odciąża rodzinę od pełnienia opieki całodobowej. Inną formą jest dzienny dom pomocy społecznej łączący cechy ośrodka pobytu dziennego i domu pomocy społecznej.

Do placówek i instytucji wspierających osoby starsze można jeszcze zaliczyć domy seniora, pensjonaty dla osób starszych, wspólnoty zamieszkiwania seniorów. Szczególnie w trudnych sytuacjach życiowych osoby potrzebujące pomocy mogą ją znaleźć w schroniskach, jadłodajniach, czy noclegowniach dla ubogich. Dla osób ciężko chorych w fazie terminalnej pomoc świadczą hospicja stacjonarne, zespoły hospicyjne wyjazdowe lub oddziały Opieki Paliatywnej.

Pomoc ludziom starszym nie ogranicza się tylko do zapewnienia im warunków materialnych i opieki medycznej, ale również prowadzi do rozwoju intelektualnego i kulturowego poprzez tworzenie Uniwersytetów Trzeciego Wieku, klubów seniora, kół zainteresowań.

Ze względu na ciągle rosnącą liczbę osób potrzebujących pomoc społeczna jest niewystarczająca. W dalszym ciągu rodzina nie znajduje dostatecznej pomocy instytucjonalnej w sprawowaniu opieki nad osobą starszą. Na miejsce w domu pomocy społecznej trzeba czekać latami, gdyż jest ich wciąż za mało.

Pamiętać należy o tym że, „**stosunek do człowieka starszego jest miarą humanistycznych stosunków w społeczeństwie**”, a **polityka społeczna, uwzględniając prawa człowieka starszego, uwzględniać powinna przede wszystkim jego godność...**”

Rola pielęgniarki rodzinnej w środowiskowej opiece geriatrycznej

Opieka nad pacjentem geriatrycznym w środowisku zamieszkania stanowi jedno z wielu zadań pielęgniarki środowiskowej w Polsce. Wyznacznikiem dla roli pielęgniarki środowiskowej w opiece geriatrycznej powinny być wytyczne WHO. Priorytetem zadań opieki geriatrycznej jest wczesne wykrywanie czynników ryzyka wpływających na upośledzenie zdolności osób starszych do samodzielnego życia oraz taki kierunek działań profilaktycznych i leczniczych, który zapobiegałby narastaniu niesprawności i uzależnieniu tych osób od opiekunów lub pomocy instytucjonalnej. Ważnymi elementami działań profilaktycznych wobec osób starszych w środowisku zamieszkania, zalecanymi do wdrożenia w codziennej praktyce, powinny być: profilaktyczna ocena sprawności fizycznej w zakresie czynności życia codziennego, funkcji poznawczych i emocji, a także ocena środowiskowych i socjalnych czynników ryzyka wraz z rozpoznaniem najważniejszych potrzeb podopiecznego i jego opiekunów. Aby organizować racjonalną opiekę nad ludźmi starszymi w miejscu zamieszkania, musimy posiadać aktualne dane dotyczące stanu zdrowia, potrzeb zdrowotnych i warunków środowiskowych. W praktyce na wspólnych zebraniach zespołu należałoby omawiać i dyskutować nad problemami podopiecznych oraz planować sposób ich rozwiązania. Pielęgniarka środowiskowa odpowiada za rozpoznanie stopnia sprawności w wykonywaniu czynności dnia codziennego i wynikające z tego zapotrzebowanie na opiekę, a także za przystosowanie mieszkania, realizację zabiegów, pielęgnację, edukację i kontrolę zleceń lekarskich. Niestety w Polsce udział pielęgniarek w środowiskowej opiece nad ludźmi starszymi jest znacznie mniejszy niż w krajach z dobrze rozwiniętym systemem opieki geriatrycznej. W większości krajów zachodnich ten sektor opieki środowiskowej podlega pielęgniarcze. To ona jest w stanie najwcześniej wstępnie zdiagnozować problemy osobie starszej- to ona jest najbliżej pacjenta w środowisku. Do szczególnie trudnych problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych w środowisku zamieszkania ludzi starszych należą tzw wielkie zespoły geriatryczne. Każda przewlekła choroba powoduje znaczące zmiany w funkcjonowaniu rodziny. Zadaniem pielęgniarki rodzinnej sprawującej opiekę na danym terenie jest określenie faktycznych możliwości członków rodziny jeśli chodzi o świadczenie. Rozpoznawanie deficytu opiekuńczego występującego w rodzinie i podjęcie odpowiednich działań ukierunkowanych na interwencję to tylko jedno z wielu zadań jakie stoją przed pielęgniarką środowiskową w dzisiejszych i nadchodzących czasach.

pielęgniarki
Joanna Szulganiuk
Monika Rosińska
WSzS Biała Podlaska

PODZIĘKOWANIA

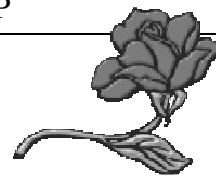
**Serdecznie dziękuję paniom pielęgniarkom i salowym Oddziału Onkologii
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej
za opiekę nad moim mężem Janem Siłuszykiem w ostatnich godzinach życia.**

Jestem bardzo wdzięczna za okazaną nam serdeczność i ciepło

w tym trudnym dla nas czasie.

Krystyna Siłuszyk

Z żałobnej karty..



„Kochany człowiek nigdy nie umiera. Żyje wciąż w myślach, słowach i wspomnieniach”

Pani położnej Krystynie Siłuszyk
wyrazy współczucia z powodu śmierci MĘŻA
składają koleżanki z Koła ds. Emerytów
Pielęgniarek i Położnych
ORPiP w Białej Podlaskiej.



„Umartych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięcią im się płaci” W.Szyborska

Koleżance Mirosławie Koszołko
głębokie wyrazy współczucia z powodu
śmierci TATY
składają Dyrekcja i Pracownicy Domu Pomocy
Społecznej w Kozuli.



„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Pielęgniarce Oddziałowej
mgr Jolancie Lewczuk
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci BRATA
składają koleżanki
Oddziału Chirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej.



„Kochany człowiek nigdy nie umiera. Żyje wciąż w myślach, słowach i wspomnieniach”

Koleżance Wiesławie Piątek
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci MAMY
składają Dyrekcja i Pracownicy
Domu Pomocy Społecznej w Kozuli.



„Spieszmy się kochać ludzi tak szybko odchodzą”

Pielęgniarce Ewie Kap
Szczere wyrazy współczucia
z powodu śmierci MĘŻA
składają koleżanki Oddziału Anestezjologii
i Intensywnej Terapii
SP ZOZ w Radzynie Podlaskim.



„Nie odchodzi Ten, kto pozostaje w sercach bliskich...”

Koleżance Teresie Olichwirowicz
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci TEŚCIOWEJ
Składają współpracownicy
z oddziału Anestezjologii
Wojewódzkiego szpitala Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej



„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Koleżance Ewie Żukowskiej
Wyrazy współczucia
z powodu śmierci TATY
Składają koleżanki i koledzy z Oddziału
Internistyczno-Kardiologicznego w Parczewie.



„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”

Pielęgniarce Iwonie Daniluk
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci TATY
Składają koleżanki
z Bloku Operacyjnego i Oddziału Anestezjologii
Wojewódzkiego szpitala Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej



*„Jaka to radość
pomagać, dźwigać
biec do chorego z wywieszonym językiem
własne swe serce nieść jak gorączkę
rozdawać i wciąż się czuć
bezzadnym
być niczym
by Pan Bóg mógł działać
wszystko jest wtedy
kiedy nic dla siebie”*

ks. J. Twardowski

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszej koleżanki

DANUTY DUDZIUK

*W naszym szpitalu przepracowała 27 lat.
Była bardzo dobrą pielęgniarką, cenioną przez współpracowników i pacjentów,
skromną i pełną życzliwości osobą.
Na zawsze pozostanie w naszej pamięci i naszych sercach.
Koleżanki z Oddziału Ftyzjopulmonologicznego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej.*

*„Odeszłaś cicho, bez słów pożegnania.
Tak jakbyś nie chciała swym odejściem smucić...
Tak jak byś wierzyła w godzinie rozstania,
że masz niebawem z Dobrą wieścią wrócić”
ks. J.Twardowski*



LSJ Agencja Pracy to wiodąca polska firma organizująca legalną i w pełni bezpieczną pracę za granicą. Od 2002 roku z powodzeniem rekrutujemy pracowników sektora medycyny i opieki. Naszą najlepszą rekomendacją są zadowoleni klienci, którzy rozwijają swoją karierę zawodową za granicą lub po zakończonych kontraktach wracają i po raz kolejny znajdują zatrudnienie za pośrednictwem LSJ.

Pielęgniarka/pielęgniarz za granicą

W związku z bardzo dużym zapotrzebowaniem na personel medyczny w Belgii oraz Wielkiej Brytanii, poszukujemy pielęgniarek i pielęgniarzy zainteresowanych pracą w wysokiej klasy domach opieki oraz innych instytucjach opieki medycznej.

Belgia

- Praca i pobyt w Belgii gwarantują wysoki standard życia.
- Belgijski system opieki zdrowotnej uznawany jest za jeden z najlepszych w Europie, a praca pielęgniarki/pielęgniarza w domach spokojnej starości odbywa się w komfortowych warunkach.
- Pracodawca oferuje konkurencyjne wynagrodzenie, umowę o pracę, zakwaterowanie, możliwość wyjazdu z rodziną.
- U kandydatów mile widziana jest znajomość języka obcego: angielskiego, niemieckiego, niderlandzkiego lub francuskiego. Kandydaci wezmą udział w bezpłatnym intensywnym kursie języka niderlandzkiego, podczas którego otrzymają dofinansowanie kosztów utrzymania.

Wielka Brytania

- Kandydatom zarejestrowanym w Brytyjskiej Izbie Pielęgniarek i Położnych posiadającym numer PIN lub gotowym do podjęcia rejestracji w NMC oferujemy możliwość pracy w renomowanych domach opieki oraz szpitalach.
- Gwarantowane atrakcyjne warunki finansowe oraz możliwość rozwoju zawodowego.
- Wymagana jest minimum komunikatywna znajomość języka angielskiego.

Kontakt

Zgłoszenia zawierające CV prosimy przesyłać na adres opieka@lsj.pl

Zapraszamy do kontaktu telefonicznego:
(91) 814 52 55 lub 509 834 203 (w godz. 9:00-17:00)
lub do odwiedzenia LSJ Agencji Pracy (nr lic. 4440):
ul. Celna 1, Szczecin.

Nasi Konsultanci chętnie udzielą Państwu szczegółowych informacji.

