



BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

Nr 1/103/2019

Z okazji zbliżających się Świąt Wielkanocnych składamy Państwu najserdeczniejsze życzenia zdrowych, pogodnych Świąt Zmartwychwstania Pańskiego, przepełnionych wiarą, nadzieją i miłością. Radosnego, wiosennego nastroju, serdecznych spotkań w gronie rodziny i wśród przyjaciół oraz wesołego "Alleluja".

*Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej*

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

Wydawca:

OIPiP w Białej Podlaskiej
ul. Okopowa 3 pok. 218
21-500 Biała Podlaska
tel.: 83 41 47 628; tel/fax.: 83 343 60 83
e-mail: oipipbp@poczta.onet.pl
www.oipip-bp.pl

**Biuro Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych czynne
poniedziałek - piątek 8⁰⁰-16⁰⁰**

INFORMATOR OIPiP:

W biurze OIPiP dyżury pełnią:

Radca Prawny

mgr Irena Hołubowicz
czwartek w godz. 12⁰⁰ - 14⁰⁰

Okręgowy Rzecznik

**Odpowiedzialności Zawodowej
Pielęgniarek i Położnych
mgr Marzena Tomczak**
II i IV poniedziałek miesiąca,
godz. 15⁰⁰-16⁰⁰

Przewodnicząca Okręgowego Sądu

**Pielęgniarek i Położnych
mgr Agnieszka Czekieli**
I środa miesiąca w godz. 14⁰⁰-15⁰⁰

Nr konta OIPiP w Białej Podlaskiej:

BANK SPÓŁDZIELCZY
90 8025 0007 0025 2858 2000 0010

Rada Programowa Biuletynu

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

Redakcja Biuletynu:

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

Druk: Poligraf Joanna Goś Drelów

Spis treści

Od redakcji.....	1
 Kalendarium OIPiP.....	4
 Uchwały ORPiP	4
 Informacje z NRPiP.....	7
 Informacje.....	11
 Opinie konsultantów.....	24
 Kształcenie podyplomowe.....	27
 Dział prawny.....	29
 Referaty.....	35
 Z żalobnej karty.....	37

ZACHĘCAMY CZŁONKÓW SAMORZĄDU DO KORZYSTANIA Z BIULETYNU.

Biuletyn rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków Samorządu.

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

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

Prosimy dostarczyć artykuły na nośnikach elektronicznych (płyta CD).

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

Szanowni Państwo,

Pierwszy kwartał bieżącego roku, to czas podsumowań roku 2018 a także czas na podejmowanie świadomych decyzji, także w wymiarze zawodowym.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej na dzień 19 marca 2019 roku zwołała XXXIV Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Jeżeli nie zajdą jakieś nadzwyczajne okoliczności, będzie to ostatni budżetowy zjazd VII kadencji. Delegaci zostaną zapoznani ze sprawozdaniami z działalności organów za okres roku 2018. Przedstawia je Przewodnicząca ORPiP, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych, Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych, Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej. Ponadto Skarbnik ORPiP przedstawi sprawozdanie z realizacji budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej a także zaprezentuje nowy budżet na rok 2019.

Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, to dobry czas dla delegatów na złożenie wniosków związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarek i położnych oraz dotyczących spraw samorządu zawodowego.

SAMORZĄD ZAWODOWY. Warto przywołać najprostszą jego definicję „jest on organizacją, która skupia w swoich szeregach osoby wykonujące zawód zaufania publicznego zawód regulowany, wolny zawód”.

Obecnie w polskim systemie prawnym obowiązują uregulowania rangi ustawowej, powołujące samorządy zawodowe jedynie w przypadku 16 zawodów zaufania publicznego, w tym między innymi znalazły się zawody: pielęgniarki i położnej.

Podstawę do powoływania samorządu zawodowego stanowi zapis art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, który „dopuszcza tworzenie samorządów zawodowych w drodze ustawy, jako podmiotów reprezentujących osoby wykonujące zawód zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”.

Jak wskazuje przytoczony zapis Konstytucji każdy samorząd zawodowy jest powoływany na mocy ustawy, w tym przypadku Ustawy o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych, w celu reprezentowania interesów grupy zawodowej wobec instytucji państwa. Z założenia ma on funkcjonować, jako zdecentralizowany komponent administracji publicznej, któremu powierzono rolę pomocniczą w wykonywaniu władzy przy realizacji zadań publicznych, zarówno na rzecz członków danego samorządu, jako tzw. korporacji prawa publicznego, ale również, a może przede wszystkim, dla dobra wszystkich obywateli, czyli szeroko pojętego interesu publicznego. Wprowadzenie do Konstytucji RP samorządów zawodów zaufania publicznego, należy traktować jako wyraz kreowania zaufania obywateli do określonego zawodu ze względu na jego istotną rolę społeczną i znaczenie ustrojowe. Tym samym uznano, iż dla wykonywania przypisanej im roli, warunkiem niezbędnym jest zapewnienie takiemu samorządowi pewnej autonomii i samodzielności w wykonywaniu ich zadań, niemniej ma to mieć miejsce w określonej strukturze organizacyjnej.

W przypadku samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w Polsce, struktura ta obejmuje dwa poziomy: krajowy i okręgowy. Na poziomie okręgu funkcjonuje czterdzieści pięć izb, na poziomie kraju Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Organy Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych to: Krajowy Zjazd, Naczelna Rada, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Naczelny Sąd oraz Naczelna Komisja Rewizyjna. Przez analogię na poziomie danego okręgu funkcjonują one w takich samych organach samorządowych.

Rozumienie istoty samorządności, to realna praca na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Odpowiedzialność, zaangażowanie, współdecydowanie, zgłoszenie własnego akcesu do prac na rzecz koleżanek i kolegów w strukturach samorządu zawodowego lub przynajmniej dokonanie wyboru, kto miałby w tych pracach reprezentować środowisko zawodowe.

Do samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, zgodnie z zapisami ustawy przynależymy obligatoryjnie, ale każdy z Państwa samodzielnie, jako jednostka decyduje, czy jest pełnoprawnym, aktywnym członkiem samorządu.

Zachęcam i zapraszam do wzięcia udziału w najbliższych wyborach do organów samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych na VIII kadencję.

Z wyrazami szacunku
Elżbieta Celmer vel Domańska



KALENDARIUM OIPiP



7-8.01.2019r.	I KRAJOWA KONFERENCJA PIELEŃNIARSKIEJ KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ „Nowe wyzwania pielęgniarstwa w 2019” w Warszawie - uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej.
16.01.2019r.	Konwent Przewodniczących ORPiP uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska.
17.01.2019r.	Debata Ministra Zdrowia „Razem dla Zdrowia” w Lublin - uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej.
21.01.2019r.	Kontrola organu ORZOZ w Białej Podlaskiej przez NRZOZ.
21.01.2019r.	Posiedzenie ORPiP w Białej Podlaskiej.
24.01.2019r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów OIPiP w Białej Podlaskiej.
5-6.02.2019r.	Szkolenie organizowane przez NRPiP uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska, Danuta Pawlik.
12.02.2019r.	Konkurs na stanowisko Ordynatora Otolaryngologii WSzS w Białej Podlaskiej.
13.02.2019r.	Egzamin po przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki.
14.02.2019r.	Komisja kształcenia i doskonalenia zawodowego OIPiP w Białej Podlaskiej.
19.02.2019r.	Posiedzenie Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej.
19.03.2019r.	XXXIV Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.



WYKJAZ UCHWAŁ PREZYDIUM I OKRĘGOWEJ RADY

Uchwała Nr 141/VII/2019 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 stycznia 2019 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia	rek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 stycznia 2019 r. w sprawie wypłaty wynagrodzenia autorskiego za publikacje do Biuletynu Informacyjnego
Uchwała Nr 142/VII/2019 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 stycznia 2019 r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat	Uchwała Nr 147/VII/2019 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 stycznia 2019 r. w sprawie sfinansowania kosztów konferencji z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej
Uchwała Nr 143/VII/2019 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 stycznia 2019 r. w sprawie przyznania zapomogi losowej	Uchwała Nr 148/VII/2019 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 stycznia 2019 r. w sprawie sfinansowania zakupu szaf na akta osobowe pielęgniarek i położnych do biura okręgowej izby
Uchwała Nr 144/VII/2019 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 stycznia 2019 r. w sprawie przyznania zapomogi losowej	Uchwała Nr 149/VII/2019 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 stycznia 2019 r. w sprawie sfinansowania kosztów druku i dystrybucji Biuletynu Informacyjnego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
Uchwała Nr 145/VII/2019 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 stycznia 2019 r. w sprawie zwołania XXXIV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej	Uchwała Nr 150/VII/2019 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 stycznia
Uchwała Nr 146/VII/2019 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 stycznia	

2019 r. w sprawie sfinansowania zakupu komputera do biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej	19 lutego 2019 r. w sprawie powołania i zasad działania komisji ds. likwidacji składników majątku ruchomego w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
Uchwała Nr 121/VII/2019 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 19 lutego 2019 r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia	Uchwała Nr 124/VII/2019 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 19 lutego 2019 r. w sprawie założenia lokaty bankowej
Uchwała Nr 122/VII/2019 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 19 lutego 2019 r. w sprawie odmowy przyznawania zapomogi losowej	
Uchwała Nr 123/VII/2019 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia	

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

1. Uchwały dotycząca stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarek – 1
2. Uchwały dotycząca wpisu do rejestru pielęgniarek – 2
3. Uchwały dotycząca wykreślenia z rejestru pielęgniarek -
4. Uchwały dotyczące wymiany dokumentu pielęgniarek – 1
5. Uchwały dotyczące wymiany dokumentu położnej – 1

*Danuta Pawlik
Sekretarz ORPiP*

OBOWIĄZEK ZAWIADAMIANIA O ZMIANIE DANYCH

Pielęgniarka i położna wpisane do rejestru są obowiązane do niezwłocznego zawiadomienia okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, o których mowa w art. 44 ust. 1, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

W szczególności aktualizacji podlegają informacje dotyczące:

- zmiany nazwiska,
- ukończenia kursów i specjalizacji,
- ukończenia studiów wyższych,
- miejsca zamieszkania,
- rozpoczęcia i ustania zatrudnienia,
- zmianie miejsca pracy,
- przejścia na emeryturę,
- utracie dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu.

Zmiany danych dokonuje się na podstawie złożenia właściwej części arkusza aktualizacyjnego, tj.:

cz. „A” - Dane osobowe

cz. „B” - Dane o wykształceniu

cz. „C” - Dane o stażu podyplomowym

cz. „D” - Dane zawodowe

cz. „E” - Informacja o uzyskanym wpisie do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

cz. „F” - Dane o zatrudnieniu

cz. „G” - Dane o specjalizacji

cz. „H” - Dane do korespondencji

Druki dostępne są na stronie internetowej <http://oipip-bp.pl/czlonkostwo/> lub w biurze OIPiP w Białej Podlaskiej ul. Okopowa 3 p. 218.

INFORMACJA ODNOŚNIE SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ

Wysokość składki członkowskiej

Zgodnie z Uchwałą nr 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie zmiany uchwały VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych nr 18 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

- W przypadku zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę, na podstawie stosunku służbowego, umowy zlecenia, również pracujące emerytki wysokość składki członkowskiej wynosi **1% wynagrodzenia zasadniczego (wynagrodzenia brutto)**.
- Osoby wykonujące zawód w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych wysokość składki wynosi **0,75%** przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego. Zgodnie z Obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 18 stycznia 2019r. przeciętne miesięczne wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2018r. wyniosło **5071,25 zł**.

Wobec powyższego wysokość składki dla indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych wynosi 38,03 zł.

WPIS DO REJESTRU PRAKTYK ZAWODOWYCH

Zgodnie z art. 105 ust. 1. Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (Dz.U.2018.2190 t.j.)

Wpis do rejestru praktyk zawodowych podlega opłacie wynoszącej 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru – w przypadku lekarza lub pielęgniarki, – zaokrąglonej w górę do pełnego złotego.

Zgodnie z Obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 18 stycznia 2019r. przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku w 2018r. wyniosło **4851,61 zł**.

Wobec powyższego opłata od wpisu do rejestru praktyk zawodowych wynosi 98,00 zł.

Natomiast zgodnie z art. 105 ust. 2. Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (Dz.U.2018.2190 t.j.) zmiana wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości opłaty, o której mowa w ust. 1.

Wobec powyższego opłata od zmiany wpisu wynosi 49,00 zł.

WNIOSEK O WPIS/WPIS ZMIANY DANYCH DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE PIELEŃGNIAREK I POŁOŻNYCH

Zgodnie z art. 76 ust. 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r. (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.) „Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 4, wynosi 6% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis, zaokrąglonego w górę do pełnego złotego”, **wysokość opłaty za wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w roku 2019r. wynosi 292,00 zł.**



I KRAJOWA KONFERENCJA PIELĘGNIARSKIEJ KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ „NOWE WYZWANIA PIELĘGNIARSTWA W 2019”

W dniach 7-8 stycznia 2019 r. w Warszawie odbyła się I KRAJOWA KONFERENCJA PIELĘGNIARSKIEJ KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ „Nowe wyzwania pielęgniarstwa w 2019”. Ponad 450 uczestników miało możliwość spotkania się w gronie kadry zarządzającej, wymienienia się doświadczeniem i dowiedzenia się, jakie wyzwania stoją przed liderami w obliczu budowania systemu wrażliwego na zmiany otoczenia. Konferencja dedykowana była przywództwu w pielęgniarstwie, o czym dyskutowano podczas debaty z udziałem ekspertów z obszaru praktyki, nauki – w tym działających na poziomie politycznym, zarówno na szczeblu krajowym, jaki międzynarodowym. Ideą spotkania było pokazanie zgromadzonym liderom pielęgniarstwa oraz kadrze zarządzającej, jaki wpływ ma przywództwo na jakość opieki oraz budowanie zespołów – kluczowych zasobów, niezbędnych do sprawowania optymalnej i bezpiecznej opieki. Wykład inauguracyjny „Kompetencje pielęgniarek i położnych – uprawnienia i korzyści dla systemu ochrony zdrowia. Dokumentowanie świadczeń pielęgniarstkich – e-narzędzia” wygłosiła Pani dr Greta Kanownik Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia. W dalszej części konferencji na temat „Przywództwa w pielęgniarstwie opartego na kompetencjach” mówiła Pani dr hab. Maria Kózka – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa. W panelu ekspertów „Pielęgniarka jako lider systemu opieki zdrowotnej” udział wzięły: Ewa Majsterrek – Departament Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia Zofia Małas – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dr Grażyna Wójcik – Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego dr Marzena Barton – Prezes Stowarzyszenia Menadżerów Pielęgniarstwa dr hab. Aleksandra Gaworska-Krzemińska, prof. GUM – Prodiakan Wydziału Nauk o Zdrowiu, Kierownik Katedry Pielęgniarstwa GUM Krystyna Ptok – Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położ-

nych dr Dorota Kilańska – Dyrektor ENRF, Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie UM w Łodzi dr Beata Wiczorek-Wójcik – Dyrektor ds. Pielęgniarstwa, Szpital Pomorskie Sp. z o.o. – Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie Iwona Ługowska – Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie „Kompetencje pielęgniarek to odzwierciedlenie potrzeb systemu ochrony zdrowia, a konkretnie jego klientów. Odpowiedzią na skuteczniejszą jakość opieki jest jakość zarządzania kompetentnymi kadrami pielęgniarek, zmotywowanymi do wykonywania swojej pracy na 100% możliwości. To dostarczanie opieki, jej realizacja w sposób taki, jaki każdy pacjent opiekował się sobą sam, gdyby miał do tego zasoby: siłę dla codziennego funkcjonowania, sprawny umysł, sprawne ciało i umiejętność samoopieki.” – stwierdziła Dorota Kilańska, dyrektor ENRF, Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, a jednocześnie moderator konferencji. Drugi dzień konferencji to kontynuacja tematów związanych z zarządzaniem i edukacją personelu pielęgniarstwowego w podmiotach leczniczych oraz wykłady z obszaru onkologii, neurologii i chirurgii. dr hab. n. med. Dawid Murawa, Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Onkologii Chirurgicznej oraz Barbara Jobda, Prezes Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych przybliżyli fakty i mity dotyczące leczenia pacjenta onkologicznego, radzenia sobie z zastrzeżeniami oraz żywienia pacjenta jako integralnej części leczenia onkologicznego. W bloku neurologicznym wykład wygłosiła Lilia Kimber-Dziwisz, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, dr n. med. Andrzej Opuchlik z Katedry i Kliniki Neurologii WUM oraz dr n. med. Aleksandra Szulman-Wardal z Zakładu Psychologii Klinicz-

nej i Neuropsychologii UG, Kierownik Pracowni Psychologicznej Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie. Ciekawe tematy i opisywane przypadki poruszały zagadnienia z zakresu zapotrzebowania białkowo-energetycznego pacjenta neurologicznego, pielęgnacji pacjenta po udarze oraz komunikacji w relacjach zawodowych.

Prof. dr hab. n. med. Stanisław Kłęk, Prezes POLSPEN oraz Iona Kawa z Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie szeroko omówili ERAS – protokół kompleksowej opieki okołoperacyjnej dla

poprawy wyników leczenia pacjenta, a dr n. med. Halina Nowakowska z Zakładu Zarządzania w Pielęgniarstwie, Pracowni Umiejętności Pielęgniarskich, GUM zaprezentowała jak skutecznie edukować personel pielęgniarski.

Patronat honorowy nad konferencją objęła Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Patronat medialny: Magazyn Pielęgniarki i Położnej. Partner strategiczny konferencji: Nestle Health Science.

Relacja z konferencji dostępna na: <https://edukacjapacjenta.pl/konferencja-podsumowanie#>



NORMY ZATRUDNIENIA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH TO GWARANCJA BEZPIECZEŃSTWA PACJENTÓW



7 lutego 2018 r. na konferencji **NORMY ZATRUDNIENIA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH TO NIE FIKCJA – TO KONIECZNOŚĆ**, zorganizowanej przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, na której obecni byli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, eksperci wyjaśnili wątpliwości i rozwiali niepokoje dotyczące wprowadzenia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Obowiązują one od 1 stycznia 2019 r. Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zaznaczyła, iż **odpowiednia obsada pielęgniarska gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów**. Podkreśliła, że normy zatrudnienia nie są nowym rozwiązaniem – historia ich obowiązywania sięga blisko dwudziestu lat.

Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Krystyna Ptak wskazała, iż szpitale powiatowe nie powinny mieć problemu z wypełnieniem norm, za to największe potrzeby w tym zakresie mają szpitale wojewódzkie i instytuty. Są co prawda miejsca w kraju, gdzie pielęgniarek jest za mało w stosunku do nałożonych wymogów, jednak w ostatnich latach sytuacja kadrowa się poprawia. Dane pochodzące z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych wskazują, że zwiększa się liczba osób otrzymujących prawo do wykonywania zawodu.

Jak wskazał Andrzej Jacyna, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia kontrolowany będzie sposób wypełniania tych norm przez podmioty lecznicze.

Wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko podkreślała, że zjawisko likwidacji łóżek, o których szeroko rozpisują się teraz media, **jest zjawiskiem marginalnych** (poniżej 2%), a wprowadzenie wystandardyzowanych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych gwarantuje jakość opieki i bezpieczeństwo pacjentów oraz samych pielęgniarek.

Rys historyczny norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych

1. Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych są w Polsce określane od roku 1987 i zapisane w wytycznych MZiOS w sprawie docelowych wskaźników zatrudnienia pielęgniarek i położnych.
2. W roku 1999 normy tworzy się rozporządzenie MZ w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej. Podstawą wyliczenia liczby pielęgniarek i położnych w oddziałach – skomplikowany wzór i liczenie czasu wykonywanych czynności przez pielęgniarki i położne
3. Kolejna zmiana rozporządzenia w roku 2012 zmieniła sposób obliczania minimalnych norm zatrudnienia w oparciu o kategoryzację pacjentów. Modyfikacji uległ czasochłonny dla pielęgniarek i położnych i nieobiektywny sposób liczenia, dający większą swobodę w dopasowywaniu liczby pielęgniarek i położnych do potrzeb pracodawcy a nie pacjentów.
4. 1 stycznia 2019 roku – wprowadzenie w rozporządzeniu w/s świadczeń gwarantowanych w lecznictwie szpitalnym prostego i szybkiego sposobu wyliczenia minimalnych norm zatrudnienia

pielęgniarek i położnych. Dokument ten wskazuje wymiar etatu w przeliczeniu na łóżka na oddziałach oraz kwalifikacje personelu pielęgniarskiego i położniczego. Normy zatrudnienia na oddziałach zachowawczych wynoszą 0,6 na łóżko, 0,7 – na oddziałach zabiegowych i 0,8 na oddziałach pediatrycznych. Sposób ten nie angażuje pielęgniarek i położnych w proces liczenia, czas, który temu poświęcały, mogą teraz wykorzystać na realizację świadczeń na rzecz pacjenta.

Przy ustalaniu metody wskaźnikowej minimalnych norm zatrudnienia wzięto pod uwagę reko-

mendacje Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN), 2006 r. – *Odpowiednia obsada pielęgniarska ratuje życie*, metodologię *Metody belgijskiej*, zawodowej i kategoryzacji przy uwzględnieniu średniego % wykorzystania łóżek.

Zapis wideo transmisji jest dostępny na stronie:

<http://nipip.pl/konferencja-prasowa-naczelnj-izby-pielęgniarek-i-polożnych-dotyczaca-norm-zatrudnienia-pielęgniarek-i-polożnych/>

PREZES NACZELNEJ RADY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH WŚRÓD NAJBARDZIEJ WPŁYWOWYCH OSÓB W POLSKIEJ MEDYCYNIE I SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

opublikowano: 1

Zofia Małas, mgr zdrowia publicznego, jest specjalistką w zakresie pielęgniarstwa zachowawczego i epidemiologicznego, pielęgniarką dyplomowaną i prezesem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Zofia Małas jest specjalistką w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego i epidemiologicznego. Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (zdrowie publiczne), z 30-letnim stażem pracy w Szpitalu Miejskim w Kielcach.

Pielęgniarka dyplomowana i prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (od stycznia 2016 roku).

Przewodnicząca Świętokrzyskiej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kielcach w dwóch poprzednich kadencjach samorządu pielęgniarek i położnych, członek zespołów i komisji działających przy NRPIP, m.in.: Komisji Prawa i Legislacji, Komisji Budżetowo-Finansowej, Zespołu ds. Opieki Stacjonarnej.

Brała czynny udział w pracach zespołu powołanego przez ministra zdrowia ds. opracowania sposobu ustalania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w ZOZ.

Zofia Małas znalazła się na **Liście Stu 2017** najbardziej wpływowych



Zobacz więcej

zdrowia – uznana została za osobę mającą duży wpływ na rozwój zawodów pielęgniarki i położnej oraz ich miejsca w systemie ochrony zdrowia.

Gratulujemy wszystkim pielęgniarkom, które znalazły się na liście najbardziej wpływowych osób w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Pełna Lista Stu dostępna na pulsmedycyny.pl

Po raz szesnasty redakcja „Pulsu Medycyny” ogłosiła wyniki plebiscytu Lista Stu najbardziej wpływowych osób w polskiej medycynie, a po raz piąty – w systemie ochronie zdrowia.

Kandydaci oceniani byli w trzech kategoriach: osiągnięcia i dokonania w 2018 roku, reputacja zawodowa i wpływy w środowisku oraz siła publicznego oddziaływania.

Obecność na Liście Stu to duże wyróżnienie. Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych już po raz kolejny znalazła się w gronie osób tego prestiżowego rankingu. A zdaniem wybitnych osób w dziedzinie medycyny i ochrony



STANDARDY POSTĘPOWANIA W PRZYPADKACH CHOROBY NOWOTWOROWEJ U KOBIET W CIĄŻY

Sposoby prowadzenia ciąży z równoległym leczeniem onkologicznym zostały przedstawione w "Standardach postępowania w przypadkach choroby nowotworowej u kobiety w ciąży", opracowanych przez ekspertów pod przewodnictwem prof. Mirosława Wielgosia, konsultanta krajowego w dziedzinie perinatologii i prof. Macieja Krzakowskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii.

Znajomość i stosowanie w praktyce medycznej wypracowanych Standardów jest szczególnie istotne ze względu na obserwowane w ostatnich latach zwiększenie częstotliwości występowania nowotworów złośliwych w ciąży. Jak wiadomo, zachorowalność na nowotwory wzrasta wraz z wiekiem, co mając na uwadze coraz późniejszy wiek kobiet decydujących się na macierzyństwo, może stanowić jedną z głównych przyczyn tego zjawiska. Najczęściej występujące nowotwory u kobiet w ciąży to: rak piersi, rak szyjki macicy, chłoniaki i białaczki oraz czerniak.

Standardy w sposób szczególny zwracają uwagę na uświadomienie czujność onkologiczną w przypadku ciężarnych. Rozpoznanie i leczenie nowotworu w ciąży utrudniają zarówno zachodzące w czasie ciąży zmiany fizjologiczne, jak również szereg dolegliwości uznawanych za typowe w tym okresie. Z drugiej strony, wykonywane w trakcie ciąży badania diagnostyczne i konsultacje medyczne sprzyjają

wcześniejszemu rozpoznaniu niektórych nowotworów.

W trakcie diagnostyki nowotworu oraz jego leczenia należy mieć na uwadze:

- skuteczność leczenia i bezpieczeństwo przyszłej matki,
- zabezpieczenie płodu i przyszłego noworodka przed niepożądanymi działaniami prowadzonego postępowania przeciwnowotworowego.

Rokowanie chorych, u których nowotwór jest rozpoznany w okresie ciąży, jest podobne jak u kobiet nie ciężarnych w przypadku identycznego stopnia zaawansowania. Odpowiednio dobrana terapia nie stanowi ryzyka dla płodu oraz dalszego rozwoju dziecka, nie traci również swej skuteczności.

Pogłębiona diagnostyka chorób nowotworowych w okresie ciąży i prowadzenie leczenia przeciwnowotworowego powinno odbywać się w wyspecjalizowanych ośrodkach z koniecznością ścisłej współpracy między ginekologami-położnikami i neonatologami oraz onkologami różnych specjalności.

Znajomość i stosowanie przedmiotowych standardów może w wielu przypadkach uchronić kobiety w ciąży, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową przed dramatycznym wyborem pomiędzy swoim życiem a życiem dziecka.

Standardy dostępne są na stronie <https://www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-postepowania-w-przypadkach-choroby-nowotworowej-u-kobiet-w-ciazy>



IV Konferencja Ogólnopolskiej Debaty „Wspólnie dla Zdrowia”:

Kadry w ochronie zdrowia: wyzwania i rozwój

17 stycznia 2019 • Lublin • Uniwersytet Medyczny • Collegium Maius • ul. Jaczewskiego 4

W dniu 17 stycznia 2019 roku na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie odbyła się konferencja w ramach debaty „Wspólnie dla Zdrowia”. Podczas konferencji w Lublinie zostały omówione trzy obszary tematyczne: kształcenie przed- i podyplomowe kadr medycznych, nowe zawody w medycynie – ich rola i miejsce w systemie ochrony zdrowia oraz wynagrodzenia w ochronie zdrowia. Ekspertcy dyskutowali na temat roli kadr w systemie ochrony zdrowia. W dyskusji uczestnicy konferencji starali się określić zadania, zasady działania i strukturę systemu ochrony zdrowia w Polsce. Szczegółowo omawiano funkcjonowanie podstawowej opieki medycznej i opieki wysokospecjalistycznej, a także sposoby zarządzania tymi systemami na poziomie regionalnym i ogólnopolskim. Dyskusja dotyczyła także sposobów finansowania ochrony zdrowia.

Zwiększenie liczby kształconych lekarzy i pielęgniarek oraz usankcjonowanie uprawnień zawodów medycznych to recepta na niedobór kadr w polskiej ochronie zdrowia – to wnioski z kolejnej debaty cyklu „Wspólnie dla Zdrowia”.

"Baby boom" powojenny jest już w zakładach opieki, w szpitalach, a kadry medyczne malały – powiedział Łukasz Szumowski, minister zdrowia. - To skutek tragicznej zapaści, która rozpoczęła się w latach 90., gdy liczba pracowników służby zdrowia została błędnie obcięta niemalże o połowę. Nie naprawimy tego w pół roku czy dwa lata – dodał.

Szumowski wyraził nadzieję, że te tendencje się odwrócą. Od 2014 roku mamy niemalże podwojoną liczbę miejsc na studiach lekarskich. Asystenci medyczni mają być wsparciem dla lekarzy, opiekunowie medyczni – dla pielęgniarek. Wsparciem ma być telemedycyna i lepsze wykorzystanie potencjału, które stanowi wielotysięczna grupa zawodowa farmaceutów.

"Musimy postawić na rozwój kadry pierwszego stopnia oraz zastanowić się, ile potrzebujemy pielęgniarek po studiach" - mówiła Zofia Małas, prezes Naczelnej

Rady Pielęgniarek i Położnych podczas konferencji w ramach debaty "Wspólnie dla Zdrowia".

Prezes NRPiP przedstawiła dane, z których wynika, że w Polsce mamy 233 tysiące pracujących pielęgniarek i 38 tysięcy pracujących położnych. Jednak średnia wieku osób z tych grup zawodowych rośnie. Tylko 41 tys. pielęgniarek i 8 tys. położnych nie ma ukończonych 40-tu lat, a 181 tys. pielęgniarek i 21 tys. położnych ma ponad 40 lat. Osób w wieku emerytalnym i pracujących w zawodzie jest wśród pielęgniarek 72 tysiące, wśród położnych - 8 tysięcy. Średnia wieku pielęgniarki to 52 lata, położnej - niewiele mniej.

Zmniejszyła się liczba pielęgniarek i położnych wyjeżdżających za granicę, a liczba osób podejmujących pracę po otrzymaniu dyplomu stale rośnie.

"Mamy bardzo dużo specjalistek. Chcemy iść w kierunku kształcenia kwalifikacyjnego, nie specjalizacyjnego" - mówiła Zofia Małas, która dodała, że planowana jest ogólnopolska promocja zawodu pielęgniarki i położnej.

Jeden z tematów dyskusji dotyczył nowych zawodów medycznych i zmian w dotychczas już funkcjonujących. Przedstawione postulaty mówiły o kształceniu, rozszerzeniu kompetencji i zapotrzebowaniu na określone umiejętności.

Definicję zawodu medycznego przytoczyła mecenas Dorota Karkowska, która przypomniała, że termin ten został użyty bezpośrednio wobec lekarza i lekarza dentystry, pielęgniarki i położnej, farmaceuty fizjoterapeuty, diagnosty laboratoryjnego oraz ratownika medycznego. Z definicji tej wynika, że zawód medyczny dotyczy osoby, która udziela świadczeń zdrowotnych i nabyła fachowe kwalifikacje w wyniku kształcenia.

Do zawodów medycznych nie zalicza się psycholog, pedagog i nawet farmaceuta, który ma szansę stać się takim zawodem, jeśli jego kompetencje będą obejmowały także udzielanie świadczeń zdrowotnych. W podmiotach medycznych,

oprócz przedstawicieli zawodów medycznych, zatrudnione są także osoby z wykształceniem innym niż medyczne, mające udział w udzielaniu świadczeń oraz osoby nie posiadające wykształcenia medycznego i nie biorące udziału w udzielaniu świadczeń.

Wypracowane przez zespoły robocze postulaty dotyczą wielu już obecnie funkcjonujących zawodów. W przypadku technika elektroradiologii - zawodu bez którego nie może funkcjonować żaden szpital - postulaty dotyczą opracowania standardów kształcenia, możliwości uzyskania tytułu magistra i kształcenia 5-letniego.

Wspomniano także o kształceniu techników farmaceutycznych, które zostało wygaszone kilka lat temu. Po czterech latach pojawił się pomysł powrotu do kształcenia w tym zawodzie i zostanie ono uruchomione - nabór wystartuje w 2020 roku. Proponowane jest ponownie przeanalizowanie treści programowych w tym zakresie.

Techników analityki medycznej jest obecnie 3,5 tysiąca. Eksperti chcieliby, aby kształcili się oni na uczelniach na poziomie licencjata. Kolejne postulaty dotyczą utworzenia studiów II stopnia - w zawodzie technika dentystycznego.

"Nowe zawody medyczne, które można by utworzyć, to np. asystent lekarza czy referent medyczny - podsumował Ryszard Maciejewski z Uniwersytetu Medycznego z Lublina.

"Tworzenie nowych zawodów wynika z potrzeb pacjentów a także z potrzeb i możliwości szpitali - mówił Jarosław Fedorowski z Pracodawców RP.

Jednak istotne jest, abyśmy wprowadzali w medycynie takie nowe zawody, które dają w rezultacie efektywną opiekę nad pacjentem, także pod względem ekonomicznym.

Jarosław Fedorowski wspomniał o asystencie lekarza, który mógłby uczestniczyć w operacji. W szpitalach w USA i w Wielkiej Brytanii zatrudnieni są urzędnicy medyczni, których zadaniem jest koordynacja pewnych zadań i działania organizacyjne, które w naszych placówkach są w gestii lekarzy.

- Technik terapii oddechowej to kolejny nowy zawód, który mógłby zacząć funkcjonować w Polsce. Osoba taka zakładałaby maski tlenowe i obsługiwałaby maszyny podtrzymujące oddech u pacjentów wentylowanych mechanicznie;

- Flebotomista to osoba, która pobiera krew u pacjentów, uwalniając od tej roli pielęgniarki;
- Inżynier biomedyczny to osoba, która zna się na obsłudze skomplikowanych urządzeń medycznych.

"Powinniśmy mówić o zawodach medycznych - tzw. sprzymierzonych, czyli takich, które działają wspólnie i uzupełniają się" dodał profesor Fedorowski.

Jednym z nowych zawodów, które już funkcjonują w polskim systemie ochrony zdrowia, jest opiekun medyczny. Opiekunem medycznym może zostać osoba z wykształceniem średnim - jej edukacja trwa dwa lata. Obecnie w systemie ochrony zdrowia pracuje 40 tysięcy opiekunów, z czego 6 tysięcy w szpitalach. "Walczyliśmy o ten zawód jako wspomagający dla pielęgniarek i położnych" - mówiła Longina Kaczmarek reprezentująca Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych.

"Wprowadzenie nowego zawodu medycznego musi być poprzedzone badaniem rynku, uzyskaniem opinii środowisk zawodowych, warunkiem jest także sprawdzenie, czy zadań, które wykonywać będzie przedstawiciel nowego zawodu nie wykonuje już ktoś inny" - podkreślił Wojciech Kłosiński z Business Centre Club.

Wcześniej podczas debat „Wspólnie dla Zdrowia” uczestnicy konferencji starali się określić zadania, zasady działania i strukturę systemu ochrony zdrowia w Polsce. - Szczegółowo omawiano funkcjonowanie podstawowej opieki medycznej i opieki wyspecjalizowanej, a także sposoby zarządzania tymi systemami na poziomie regionalnym i ogólnopolskim. Dyskusja dotyczyła także sposobów finansowania ochrony zdrowia – wyliczyło Ministerstwo Zdrowia. Celem debaty „Wspólnie dla Zdrowia” jest wypracowanie systemu, który zrównoważy potrzeby społeczne z możliwościami finansowymi i gospodarczymi państwa oraz zaangażowaniem kapitału społecznego. Chodzi o wskazanie, w jaki sposób rosnące, ale wciąż ograniczone nakłady na zdrowie, wydawać najbardziej efektywnie – jak dodatkowe pieniądze mogą poprawić sytuację zdrowotną Polaków, wydłużyć ich życie w dobrym zdrowiu, obniżyć zachorowalność i poprawić skuteczność leczenia.

STANISŁAWA LESZCZYŃSKA – 121 URODZINY POŁOŻNEJ OŚWIĘCIMIA. Jej niezłomna postawa zasługuje na wieczną pamięć



8 maja 1896 roku urodziła się w Łodzi kobieta, której niezwykle losy i niezłomna postawa zasługują na wieczną pamięć – Stanisława Leszczyńska.

W przypadku wielkich i sławnych ludzi pamięta się i przywołuje zazwyczaj daty ich śmierci – to one wyznaczają wszelkie obchody i uroczystości. Narracja życia Stanisławy Leszczyńskiej sugeruje jednak, że tutaj znacznie bardziej zasadne jest świętowanie urodzin, ponieważ mowa o osobie, której dłonie przyjęły na świat tysiące rodzących się ludzkich istnień, w warunkach, jakie współcześnie są niewyobrażalne trudne, wręcz nierealistyczne. Auschwitz Birkenau – oto piekielne terytorium, na którym przyszło jej w każdej minucie dwuletniego pobytu stawiać czoła śmierci nie tylko własnej, ale przede wszystkim – bo taki był jej priorytet – innych kobiet i dzieci. To tym miejscu Seweryna Szmaglewska pisał po wojnie: „Nowy lager! Wchodzi się w niewolę głębiej. Budujące się w dali nowe odcinki, nowe, większe baraki budzą lęk na myśl, że Niemcy całą Polskę, cały świat, całą ludzkość umieszczają pragną w koncentracyjnych obozach, planowo, przez długie miesiące, lata...”

Stanisława była córką stolarza Jana Zambrzyckiego, a jej matka Henryka pracowała w jednej z wielu wielkich łódzkich fabryk włókienniczych. Mając 12 lat Stanisława wraz z całą rodziną wyjechała na 2 lata do Rio de Janeiro, gdzie mieszkała bliska krewna matki. Stanisława wróciła w Polskę do przerwanej edukacji w gimnazjum, a podczas I wojny światowej pracowała w Komitecie Niesienia

Pomocy Biednym. Jesienią roku 1916 poślubiła zecerę Bronisława Leszczyńskiego, z którym miała córkę Sylwię i synów Bronisława, Stanisława i Henryka. W 1920 roku, chcąc zrealizować zawodowe powołanie, podjęła niełatwą i w tamtych czasach bardzo „wyemancypowaną” decyzję o dwuletniej nauce w warszawskiej Szkole Położniczej, którą z wyróżnieniem ukończyła. II wojna światowa zastała Leszczyńskich w domu przy Żurawiej 7, na łódzkich Bałutach. Podczas niemieckiej okupacji cała rodzina zaangażowana była w pomoc żydowskim przyjaciołom, a mąż i synowie Stanisławy Leszczyńskiej działali w Narodowych Siłach Zbrojnych, co w lutym roku 1943 było przyczyną ich aresztowania. W kwietniu matka z córką wywiezione zostały do obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu - Brzezince, a ojciec i synowie po śledztwie trafili w czerwcu do KL Mauthausen-Gusen.

Stanisława otrzymała nr 41335 i od razu, zamiast rozpaczać, wzięła się do pracy, jaką знаła i kochała. Aż do wyzwolenia obozu w KL Auschwitz Birkenau pełniła misję położnej. Niezwykle przydatny fach, jakiego w lagrze Niemcy brzydzyli się wykonywać, oraz nabyta w Brazylii znajomość języka niemieckiego, pozwoliły Stanisławie i jej córce przetrwać prawie dwa lata koszmaru Oświęcimia.

Hitlerowskie władze lagru nakazały jej zabijać przychodzące na świat dzieci, zwłaszcza noworodki żydowskie, ale Leszczyńska stanowczo odmówiła i nie wykonała ani jednego takiego rozkazu. Oszacowanie liczby dzieci, jakie dzięki niej przeżyły, jest obecnie niemożliwe. Porody umęczonych, wygłodzonych, przerażonych matek odbierane były w warunkach nieludzkich, w brudzie, na zimnie, wśród robactwa. Większość noworodków skazana była na natychmiastową śmierć. Dzieci odchodziły, wiele matek „poszło za nimi”, położna w swej pokorze zabiegów nie liczyła. Najnowsze badania Muzeum Auschwitz-Birkenau potwierdzają liczbę ponad trzech tysięcy.

Stanisława Leszczyńska słynęła z tego, że kobiety, których narodzinom dzieci towarzyszyła, przedziwnym zrzędzeniem, mimo skrajnego braku higieny nie miały nigdy żadnych zakażeń ani powikłań. Dzieci najsłabsze, skazane na śmierć zewnętrznymi, nie dającymi szans na przetrwanie warunkami,

umierały zawinięte w szmaty lub stare papiery w objęciach swych matek, w godności należnej człowiekowi, nie zaś, jak chciał tego Mengele i inne oświęcimskie bestie, w żeliwnym kubku na odpady, w „kiblu ze szajką”. **Każdemu porodowi, co wiadomo z zeznań świadków, towarzyszył szept modlitw Stanisławy Leszczyńskiej, najpierw proszący o pomoc, następnie dziękczynny. Porody odbywały się na przewodzie kominowym, na kocu pełnym robactwa, w fetorze brudu i pośród wciąż odganianych szczurów. Leszczyńska pracowała dniami i nocami, gdy tylko była potrzebna, a kobiet w ciąży przybywało i przybywało. Dodatkowym bólem i trudnością były częste i poważne choroby na skraju życia i śmierci jej własnego dziecka, Sylwii.**

Szczęśliwie cała rodzina Leszczyńskich, pomimo przeżytej gehenny dwóch strasznych łagrów, ocalała i po wojnie wszyscy wrócili do Łodzi. Koszmar obozu ta wielka kobieta opisała w roku 1957 w „Raporcie położnej z Oświęcimia”. Jej sława przysłała po wielu latach od czasu tamtych straszliwych wydarzeń, gdy uratowane przezeń dzieci dorosły i świadomie, zapoznawszy się z opowieściami matek, mocnym głosem artykułowały swą wdzięczność. Była człowiekiem, o jakim nikt nigdy nie mógł i nie chciał powiedzieć ani jednego złego słowa. Otaczała ją aura świętości i doskonałości.

To właśnie jej wyżłobiona w kości słoniowej sylwetka, w pasiaku i z dzieckiem na rękach, podtrzymuje złotą czarę kielicha mszalnego, jaki 2 maja 1982 roku, podczas uroczystości 600-lecia, złożyły na Jasnej Górze polskie kobiety. Częstochowę nawiedziły wtedy tłumy – pielgrzymka kobiet była brawurowa i pierwsza w stanie wojennym. Inne rzeźbione w kielichu postacie to obok Leszczyńskiej królowa Polski św. Jadwiga Andegaweńska, bł. Maria Teresa Ledóchowska oraz św. Jadwiga Śląska. Zaistnienie w tak szlachetnym kruszcu i w takim towarzystwie

to dla skromnej łódzkiej położnej wielki hołd i właściwe jej miejsce.

Stanisława Leszczyńska zmarła 11 marca 1974 roku na nowotwór. W roku 1996 jej szczątki przeniesiono do podziemnej krypty kościoła Wniebowzięcia Najświętszej Marii Panny, gdzie 78 lat wcześniej została ochrzczona (chrzcielnica przetrwała wojnę i stoi nadal w prawej nawie). Jej proces beatyfikacyjny od 25 lat jest w toku.

W tym roku, przy okazji wspomnień o Położnej Oświęcimia, należy przywołać także postać jej syna, profesora Stanisława Leszczyńskiego, który przed dwoma tygodniami zmarł w Warszawie; 29 maja skończyłby 95 lat. Spoczął 27 kwietnia na Starych Powązkach, a wieść o jego odejściu jako jeden z pierwszych podał portal Mauthausen Memorial KZ-Gedenkstätte.

Był świetnym radiologiem o wielkiej wiedzy, wyobraźni i doświadczeniu. Lubił uczyć i sam uczył się do końca życia – stał się jednym z pionierów rezonansu magnetycznego w Polsce — tak mówił o nim prof. Andrzej Horban.

A on sam, jako syn i świadek wielu codziennych cudów, w roku 1984 pisał w o swej matce: „W okrutny świat zorganizowanej zbrodni wniosła życzliwość i miłość, w których ginął zwierzęcy strach, powracała godność i odwaga.

Swoją pracowitością i pomysłowością w trudnych warunkach obozowego życia wprowadzała ład i uspokojenie, na przekór chaosowi i pogardzie. Potrafiła zebrać wszystkie swe siły i całkowicie zaangażować się w sprawę drugiego człowieka, by kierując się przeczerną mądrością ratować to, co wydawało się nie do uratowania. Wszystko, co robiła miało sens i promieniowało ciepłem. Swe częste, ciche rozmowy z Bogiem prowadziła bez demonstracji. Najsilniejsza była w niej miłość.”

autor: Jola Sowińska- Gogacz

źródło:

<https://wpolityce.pl/historia/338809-stanislaw-leszczyńska-121-urodziny-polożnej-oswiecimia-jej-niezłomna-postawa-zasluguje-na-wieczna-pamiec?fbclid=IwAR1STnaovgXsh1EUA2I7U8wS0FpBidbdrDO0rsomAphptg9zGIapwvLJcf0>

15 LUTEGO EUROPEJSKI DZIEŃ PIELEŃNIARSTWA OPERACYJNEGO

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

z okazji Europejskiego Dnia Pielęgniarstwa Operacyjnego, w imieniu Zarządu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek i własnym, życzę Wam by każdy mógł wykonywać swoją pracę w bezpiecznych warunkach, by na każdym bloku operacyjnym, podczas każdej operacji nasi pacjenci mieli zagwarantowaną opiekę dwóch wyszkolonych pielęgniarek operacyjnych/położnych operacyjnych.

Życzę również by nasze zaangażowanie w wykonywanie niezwykle trudnej i odpowiedzialnej pracy, ciągłe podnoszenie kwalifikacji w tej najszybciej rozwijającej się i całkowicie różnej od innych dziedzinie pielęgniarstwa oraz nasza troska o bezpieczeństwo ludzi, którzy czują się bezradni leżąc na stole operacyjnym, znalazły odzwierciedlenie w decyzjach osób zarządzających naszymi szpitalami.

Niech zawsze towarzyszy nam spokój, pogoda ducha i wytrwałość w zmaganiu się z przeciwnościami

Z wyrazami szacunku i uznania za trud codziennej pracy
Joanna Borzęcka
prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek

A teraz, tradycyjnie, słowa od Pani MAY KARAM – prezesa Europejskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Operacyjnych

Drodzy współpracownicy

W imieniu Rady Dyrektorów EORNA życzymy Wam Świetnego i Pozytywnego Dnia Pielęgniarstwa Operacyjnego



W tym roku temat brzmi: "Pielęgniarstwo operacyjne, wprowadzamy zmiany!"

Niech ten wyjątkowy Dzień będzie okazją do potwierdzenia naszego zaangażowania w promowanie naszego zawodu, do dalszego rozwijania naszych umiejętności oraz do zapewnienia bezpiecznej i wysokiej jakości opieki okołoperacyjnej w naszym środowisku pracy, gdzie zaufanie, praca zespołowa i otwarta komunikacja mają ogromne znaczenie dla bezpieczeństwa pacjentów, które jest naszą główną troską.

Z poważaniem
May Karam
Prezes EORNA

WARTO WIEDZIEĆ

NFZ uruchomił specjalny portal z darmowymi dietami. Już blisko 25 tysięcy osób zarejestrowało się w tym serwisie

Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach realizacji zadań z zakresu edukacji prozdrowotnej uruchomił specjalny portal diety.nfz.gov.pl.

Dostępne są na nim trzy jadłospisy diety DASH o kaloryczności 1200, 1500 oraz 1800 kcal. Bez zalogowania można wydrukować 7-dniowy jadłospis w formie pdf dla diety 1200 kcal (wkrótce pojawią się też dla 1500 oraz 1800).

Po zalogowaniu (podając adres e-mail oraz hasło) i wprowadzeniu

wagi, wzrostu, wieku oraz wybraniu rodzaju aktywności fizycznej system oblicza nasze BMI, podając informację czy nasza masa ciała jest prawidłowa bądź też nie. Następnie można wybrać jedną z trzech wymienionych diet i wygenerować szczegółowy jadłospis na 14 dni z możliwością wymiany posiłków oraz z wydrukiem listy zakupów. Serwis działa również w wersji mobilnej czyli na telefonach i tabletach.

Obecnie zarejestrowanych jest już 23 635 użytkowników.

Diety, to jedno z wielu podjętych i planowanych działań Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie profilaktyki i promocji zdrowego stylu życia. Obecnie Fundusz promuje także ograniczenie spożycia cukru. W przygotowaniu jest raport o wpływie nadmiernego spożycia cukru na zdrowie Polaków.

e-recepty

Od 1 stycznia 2019 wszystkie apteki w Polsce są zobowiązane do podłączenia do platformy e-zdrowie (P1). Daje ona możliwość realizacji e-recept, ale także generowania elektronicznego Dokumentu Realizacji Recepty (DRR) – zarówno w postaci papierowej, jak i elektronicznej. Oznacza to, że każda zrealizowana recepta, zarówno elektroniczna, jak też papierowa, zostanie zarejestrowana w systemie i udostępniona pacjentowi – po zalogowaniu – na jego osobistym Internetowym Koncie Pacjenta na portalu pacjent.gov.pl.

"Za tym sukcesem stoi olbrzymia praca wielu ludzi i zaangażowanie samorządu aptekarskiego! Tu podziękowania dla samorządu aptekarskiego i jego przedstawicieli, którzy są dziś z nami za to, że uwierzyli że damy radę!" – powiedział wiceminister

zdrowia Janusz Cieszyński na dzisiejszej konferencji prasowej.

E-recepty może realizować każda apteka w Polsce, która wygeneruje darmowy certyfikat wymagany do podłączenia do platformy e-zdrowie. W Polsce jest 14 500 aptek i punktów aptecznych, z czego już dziś 97 % jest podłączonych do systemu i jest w gotowości do realizacji elektronicznych recept. Liczba tych aptek z dnia na dzień się zwiększa. Pacjenci mają możliwość monitorowania, którzy lekarze oraz które placówki wystawiają już e-recepty, gdyż informacje o nich pojawiają się sukcesywnie na stronie mapa.pacjent.gov.pl.

"Przez cały okres współpracujemy z Ministerstwem Zdrowia i Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, wspólnie zorganizowaliśmy i będziemy organizować szkolenia dla farma-

ceutów. Około 8 tysięcy osób zostało przeszkolonych z wdrożenia i realizacji e-recept w 12 izbach okręgowych. W najbliższym czasie będziemy organizowali kolejne szkolenia" – powiedziała Elżbieta Piotrowska-Rutkowska Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej –

Ustawowy termin na wdrożenie e-recepty w każdej placówce medycznej w całej Polsce - to 31 grudnia 2019 roku.

Jak działa elektroniczna recepta?

Korzyści dla pacjenta

- Oszczędność czasu i pieniędzy.
- Realizacja e-recepty w kilku aptekach i możliwość zakupu każdego leku w innej aptece.
- Wygoda i mniej stresu związanego z oczekiwaniem na ponowną wizytę u lekarza.
- Znika problem nieczytelnych recept.
- Informacje dotyczące dawkowa-

nia leków są jasne i czytelne.

- Dostęp do historii wystawionych recept.
- Rodzina lub przyjaciele osób starszych mogą monitorować na odległość, czy pacjent faktycznie wykupił przepisane leki.
- Sprawniejsza opieka nad przewlekle chorymi – nie trzeba iść do lekarza, e-recepta na te same leki może zostać dostarczona drogą elektroniczną (poczta e-mail, SMS, IKP).

- Więcej czasu na konsultację lekarską i diagnozę.

Kalendarz wprowadzania cyfrowych usług w ochronie zdrowia

- styczeń 2019 – każda apteka w Polsce musi być podłączona do systemu e-zdrowie, aby móc realizować e-recepty
- od końca roku 2019 – stopniowe włączanie do systemu e-zdrowie placówek medycznych

- do czerwca 2019 – pilotaż e-skierowania w placówkach medycznych

- styczeń 2020 – obowiązek wystawiania wyłącznie e-recept
- styczeń 2021 – obowiązek wystawiania wyłącznie e-skierowań
- styczeń 2021 – wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej za pośrednictwem platformy e-zdrowie

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/pierwszy-tydzien-e-recepty-w-polsce>

Zalecenia kliniczne PTD 2019



Są już nowe „Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę, 2019” Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

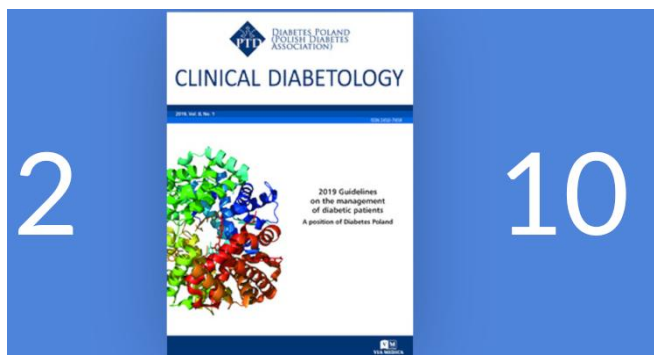
Po angielsku są dostępne na stronie: https://cukrzyca.info.pl/zalecenia_kliniczne/2019_guidelines_on_the_management_of_diabetic_patients.

Edukacji terapeutycznej poświęcony jest rozdział 8 Zaleceń. Warto podkreślić, że po raz pierwszy do współpracy przy przygotowaniu fragmentu nt. eduka-

cji została zaproszona pielęgniarka, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego Alicja Szewczyk. Rozdział zawiera najważniejsze rekomendacje, z których pierwsza mówi, że edukacja jest podstawą skutecznej opieki nad chorymi na cukrzycę oraz skutecznej prewencji cukrzycy. Dalej omówione są zalecenia ogólne i szczegółowe. Zwraca uwagę na podkreślenie, że postępowanie terapeutyczne i samoopiekuńcze w cukrzycy powinno być zintegrowane z prozdrowotnym trybem życia, a edukację powinny prowadzić odpowiednio przeszkolone osoby, a także wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego. W ramowym programie edukacyjnym znajdują się takie elementy, jak wsparcie emocjonalne, ustalenie celów terapeutycznych wspólnie z pacjentem, i oczywiście nauka technik monitorowania wskaźników, podawania insuliny, obsługi osobistej pompy insulinowej, zasady zdrowego stylu życia itp. Mamy poza tym najnowsze zalecenia dotyczące organizacji edukacji (czas trwania, częstotliwość) oraz standardy ośrodka prowadzącego edukację.

Wersja polska zaleceń klinicznych PTD 2019 zostanie zaprezentowana później, ale już teraz w naukowym serwisie medycznym intemporemed.pl ukały się omówienia Zaleceń wskazujące zmiany w stosunku do poprzednich wydań.

Co nowego w Zaleceniach Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego na 2019 rok



W rozdziale 2 dotyczącym *Prewencji i opóźnienia rozwoju cukrzycy* uaktualniono przegląd badań dotyczących zapobiegania lub opóźnienia wystąpienia cukrzycy. Wskazano, że korzyści ze zwiększenia aktywności fizycznej odnoszą wszyscy, bez względu na wiek, przy czym najwyższa skuteczność takiej interwencji stwierdzana jest u osób po 60 roku życia.

W rozdziale 4 dotyczącym *Określenia celów w leczeniu cukrzycy*, zmieniono docelowe wartości ciśnienia tętniczego krwi, wcześniej rekomendowane $< 140/90$ mm Hg, aktualnie rekomendowany jest cel ogólny $< 130/80$ mm Hg, przy czym u osób < 65 roku życia rekomendowane jest utrzymywanie ciśnienia skurczowego w zakresie 120–129 mm Hg. U osób w wieku podeszłym zalecane jest ciśnienie skurczowe 130–140 mm Hg.

Rozdział 5 dotyczący *Organizacji opieki medycznej nad dorosłym chorym na cukrzycę* zaktualizowano wytyczne odnoszące się do organizacji opieki medycznej nad chorym na cukrzycę. Dokonane zmiany uwzględniają wspólne ustalenia diabetologów, specjalistów medycyny rodzinnej, specjalistów diabetologii i endokrynologii dziecięcej oraz pielęgniarek i przedstawicieli organizacji pacjentów.

W Rozdziale 6 dotyczącym *Terapii behawioralnej* podkreślono, że optymalna redukcja masy ciała przynosząca wymierną poprawę kontroli glikemii powinna wynosić co najmniej 7%. Wszystkim chorym na cukrzycę z nadwagą lub otyłością zalecana jest kontrola wielkości porcji posiłków. Zamieszczono dodatkową rekomendację dotyczącą spożycia tłuszczów, z preferencją tłuszczu roślinnego, z wyjątkiem tłuszczu palmowego i kokosowego. Po raz pierwszy zalecono suplementację witaminy B12 u pacjentów leczonych długotrwale metforminą, u których potwierdzony został jej niedobór.

W Rozdziale 7 dotyczącym *Postępowania psychologicznego w cukrzycy*, w zaleceniach odnoszących się do diagnostyki depresji, której występowanie wśród chorych na cukrzycę jest częste, a jej obecność pogarsza przebieg leczenia, uwzględniono dane z oceny psychometrycznych właściwości polskiej wersji Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta-9 dla osób dorosłych. Dane te wskazują, że wynik > 12 odzwierciedla duże ryzyko epizodu depresji (czułość 82%, specyficzność 89%).

W Rozdziale 8 dotyczącym *Edukacji dotyczącej edukacji terapeutycznej chorych na cukrzycę*, dokonano głównie zmian edytorskich, czyniąc przekaz prostszym. Zdefiniowano zespół terapeutyczny, w którego skład oprócz pacjenta i jego bliskich wchodzi lekarz, pielęgniarka, edukator ds. diabetologii, dietetyk, psycholog.

W Rozdziale 9 dotyczącym *Ogólnych zasad postępowania u chorych na cukrzycę typu 1 w postępowaniu u dorosłych z cukrzycą typu 1*, uwzględniono wyniki badań klinicznych wskazujących na korzyści ze stosowania inhibitorów SGLT-2 w tej grupie chorych. Skojarzenie z insulinoterapią flozyn może prowadzić do poprawy kontroli glikemii i redukcji masy ciała w cukrzycy typu 1. Podkreślono, iż leki z tej grupy nie zostały dotychczas zarejestrowane do leczenia wspomagającego cukrzycy typu 1, a ich stosowanie może wiązać się z ryzykiem normoglikemicznej kwasicy ketonowej, zwłaszcza przy znaczącej redukcji dobowej dawki insuliny.

W Rozdziale 10 dotyczącym *Doustnych leków przeciw cukrzycowych i agonistów receptora GLP-1 w terapii cukrzycy typu 2* dokonano zmian, uwzględniając opublikowane w ostatnim roku wyniki randomizowanych badań klinicznych oraz nowe zalecenia amerykańskiego i europejskiego towarzystwa diabetologicznego. W pierwszym etapie leczenia lekiem z wyboru pozostaje metformina. Przy wyborze leku przeciwhiperglykemicznego na drugim etapie leczenia uwzględniać powinno się schorzenie towarzyszące, w pierwszym rzędzie zdiagnozowaną chorobę układu sercowo-naczyniowego oraz przewlekłą chorobę nerek, a także współistnienie otyłości, ryzyko hipoglikemii oraz możliwości finansowe pacjenta. U pacjentów z chorobą układu sercowo-naczyniowego powinno się rozważyć w pierwszej kolejności zastosowanie preparatów o udowodnionym korzystnym wpływie na ryzyko sercowo-naczyniowe. Efekt ten wykazano w przypadku niektórych leków z grupy agonistów receptora GLP-1 i niektórych inhibitorów SGLT-2.

U pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, obejmującą spadek filtracji kłębuszkowej i/lub zwiększoną utratę białek w moczu, należy preferować wybór leków z obu tych grup, w pierwszym rzędzie flozyn, o ile nie ma przeciwwskazań do ich stosowania, w następnej kolejności agonistów receptora GLP-1, ze względu na wykazane działanie nefroprotecyjne obu tych klas leków. Inhibitory SGLT-2 są też preferowane przy współistniejącej niewydolności serca. Także w przypadku współistnienia otyłości wskaza-

<https://intemporemed.pl/co-nowego-w-zaleceniach-polskiego-towarzystwa-diabetologicznego-na-2019-rok-w-rozdzialach-2-10/>



W Rozdziale 11 dotyczącym *Insulinoterapii* dokonano zmian edytorskich, porządkując nomenklaturę. Ponadto zmieniono wskazanie do intensyfikacji insulinoterapii przy stosowaniu insuliny bazowej w jednym wstrzyknięciu z > 30 j. na powyżej 0,3–0,5 j./kg m.c. Zamieszczono także rycinę z algorytmem wielu rozwiązań insulinoterapii w cukrzycy typu 2.

Szereg zmian dokonano w **Rozdziale 12** dotyczącym *Zasad leczenia nadciśnienia tętniczego u chorych na cukrzycę*. Aktualizacje dotyczą między innymi celu kontroli ciśnienia tętniczego u chorych na cukrzycę. Zalecaną wartością ciśnienia skurczowego jest poniżej 130 mm Hg, przy dążeniu u osób w wieku poniżej 65 lat do wartości 130 mm Hg (a w przypadku dobrej tolerancji — poniżej 130 mm Hg ze względu na korzyści związane z redukcją ryzyka wystąpienia udaru mózgu). W zakresie ciśnienia rozkurczowego optymalne jest uzyskanie wartości poniżej 80 mm Hg. Uwzględniając podane wyżej cele leczenia nadciśnienia tętniczego u chorych na cukrzycę, należy zarazem unikać obniżenia ciśnienia skurczowego poniżej 120 mmHg, a u chorych z przewlekłą chorobą nerek poniżej 130 mm Hg. Kolejne zmiany dotyczą strategii leczenia nadciśnienia tętniczego. Jako ogólną zasadę należy przyjąć rozpoczynanie terapii od skojarzenia dwóch leków: inhibitora konwertazy angiotensyny (ACEI) lub antagonisty receptora angiotensynowego AT1 z antagonistą wapnia lub diuretykiem tiazydowym

lub tiazydopodobnym, jednakże w przypadku występowania określonych chorób towarzyszących (np. choroby niedokrwiennej serca, przewlekłej choroby nerek i in.) skojarzenie dwóch leków może być inne. Wskazane jest stosowanie preparatów złożonych jako poprawiających realizację zaleceń terapeutycznych (compliance). U osób w wieku bardzo zaawansowanym (> 80 lat) lub z zespołem kruchości (frailty) uzasadnione jest rozpoczynanie leczenia hipotensyjnego od monoterapii.

lub tiazydopodobnym, jednakże w przypadku występowania określonych chorób towarzyszących (np. choroby niedokrwiennej serca, przewlekłej choroby nerek i in.) skojarzenie dwóch leków może być inne. Wskazane jest stosowanie preparatów złożonych jako poprawiających realizację zaleceń terapeutycznych (compliance). U osób w wieku bardzo zaawansowanym (> 80 lat) lub z zespołem kruchości (frailty) uzasadnione jest rozpoczynanie leczenia hipotensyjnego od monoterapii.

W Rozdziale 13 zostało wprowadzonych kilka zmian dotyczących *Zasad leczenia dyslipidemii*. Uzupełniono tekst zaleceń o informację, że u osób z cukrzycą i obecną chorobą układu sercowo-naczyniowego dalsze obniżenie stężenia LDL-C wiąże się z większą redukcją ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych. Znaczące obniżenie LDL-C można uzyskać stosując inhibitory PCSK9, które mogą być użyteczne u pacjentów z cukrzycą ze współistniejącą rodzinną postacią dyslipidemii, nawracającymi incydentami sercowo-naczyniowymi i podwyższonym stężeniem LDL-C, pomimo dołączenia do maksymalnej dawki statyn drugiego leku hipolipemizującego lub nietolerancji statyn.

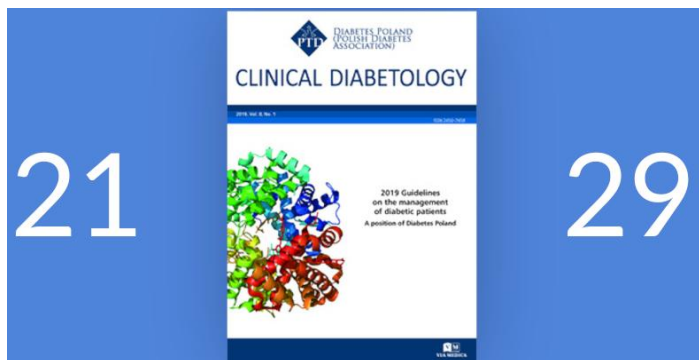
W Rozdziale 14 dotyczącym *Hipoglikemii* ujednolicono zalecenie dotyczące postępowania w lekkiej hipoglikemii, niezależnie od modelu insulinoterapii i sposobu podawania insuliny (wstrzykiwacze, osobista pompa insulinowa). Zalecane jest spożycie 15 g glukozy i kontrola glikemii po 15 minutach. W przypadku utrzymującej się nadal hipoglikemii zalecane jest ponowne spożycie 15 g glukozy i kontrola glikemii po 15 minutach.

W Rozdziale 15 dotyczącym *Postępowania w ostrych powikłaniach cukrzycy w przebiegu hiperglikemii* dokonano jednej istotnej klinicznie modyfikacji, zalecając stosowanie w przebiegu cukrzycowej kwasicy ketonowej u osób z małą masą ciała < 50 kg nawadniania cho-

rego według zaleceń pediatrycznych. Pozostałe zmiany to czysto edytorskie modyfikacje tekstu.

W Rozdziale 16 dotyczącym *Zasad rozpoznawania i leczenia choroby niedokrwiennej serca u chorych na cukrzycę*, wprowadzono nieznaczne, ale istotne kliniczne zmiany. Zalecono po przebytych zawale serca bezterminowe stosowanie beta-blokera, a nie jak wcześniej limitowane czasem 2 lat. W populacji chorych po przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI) zaleca się stosowanie podwójnej terapii antyagregacyjnej— kwas acetylosalicylowy w dawce 75–100 mg/d., i jako drugi lek prasugrel w dawce 1 × 10 mg na dobę. W przypadku braku możliwości stosowania tej formy terapii zalecany jest drugi lek antyagregacyjny kłopidogrel w dawce 75 mg/d. Czas stosowania podwójnej terapii przeciwplatekowej zależy od postaci choroby wieńcowej i rodzaju implantowanego stentu: w stabilnej chorobie leczonej stentem metalowym (BMS) — do miesiąca po zabiegu, po implantacji stentu uwalniającego (DES) — 6–12 miesięcy. U wszystkich chorych po ostrym zespole wieńcowym podwójna terapia antyagregacyjna zalecana jest przez 12 miesięcy. Wobec braku dowodów naukowych potwierdzających korzyści ze stosowania kwasów omega-3 w terapii uzupełniającej, usunięto to zalecenie.

<https://intempomed.pl/co-nowego-w-zaleceniach-polskiego-towarzystwa-diabetologicznego-2019-w-rozdzialach-11-20/>



W Rozdziale 21 dotyczącym Diagnostyki i leczenia zespołu stopy cukrzycowej pojawiło się kilka drobnych zmian, które stanowią uściślenie przekazu m.in. odciążenie za pomocą opatrunku gipsowego było wskazane jako złoty standard w zespole stopy cukrzycowej; aktualnie doprecyzowano, że jest zalecane tylko w przypadkach niezakażonej, neuropatycznej stopy. We wcześniejszych Zaleceniach konieczność zastosowania terapii podciśnieniowej było wskazaniem do hospitalizacji w trybie ostro-dyżurowym. Zapis ten usunięto, gdyż aktualnie istnieją możliwości takiego leczenia w warunkach ambulatoryjnych.

W rozdziale 18 dotyczącym *Prewencji, diagnostyki i leczenia cukrzycowej choroby nerek* zamieszczono tabelę z dawkowaniem metforminy w zależności od eGFR.

W rozdziale 19 dotyczącym *Cukrzycowej choroby oczu* usunięto rozbieżności pomiędzy tekstem a tabelą, dotyczące przeprowadzania badania okulistycznego w zależności od stopnia zaawansowania retinopatii cukrzycowej.

W rozdziale 20 dotyczącym *Prewencji, diagnostyki i leczenia neuropatii cukrzycowej* dokonano zmian edytorskich porządkujących stosowaną nomenklaturę. Doprecyzowano wskazania do przeprowadzenia badania elektromiograficznego, a mianowicie wskazano jego przydatność w przypadku: szybkiej progresji objawów, asymetrii, przewagi neuropatii ruchowej lub przy podejrzeniu przyczyny nie cukrzycowej. W zaleceniach odnoszących się do leczenia objawowego bólu neuropatycznego w somatycznej neuropatii cukrzycowej, wobec braku dowodów naukowych na celowość ich stosowania, usunięto karbamazepinę, niesterydowe leki przeciwzapalne i paracetamol. Uszeregowano leki objawowe w neuropatii bólowej według skuteczności działania.

W Rozdziale 22 dotyczącym *Cukrzycy u dzieci i młodzieży* podkreślono, że stosowanie systemów ciągłego monitorowania glikemii zmniejsza ryzyko hipoglikemii, w szczególności przy stosowaniu pomp insulinowych z funkcją automatycznego wstrzymania podaży insuliny. Wskazano przydatność wskaźnika HOMA-IR do oceny insulinooporności u dzieci i młodzieży. Poprawę efektów leczenia związane jest ze stałym stosowaniem systemów cgm tj. minimum 70% czasu. Wzmocniony został przekaz dotyczący opieki nad pacjentem leczonym przy użyciu osobistej pompy insulinowej ze wskazaniem konieczności odczytu danych z pamięci urządzeń do podaży insuliny oraz urządzeń monitorujących glikemie wraz z ich interpretacją podczas każdej hospitalizacji i porady diabetologicznej. W zaleceniach odnoszących się do leczenia ostrych stanów hiperglikemicznych wskazano, że nawadnianie można prowadzić zarówno przy użyciu 0,45% lub 0,9% NaCl. W każdym ośrodku leczącym dzieci z cukrzycą powinien być napisany schemat postępowania w cukrzycowej kwasicy ketonowej (CKK) z wyszczególnieniem lokalnym wska-

zań do hospitalizacji w oddziałach intensywnej opieki medycznej uwzględniający możliwości kadrowe oddziału diabetologicznego, wyszkolenie zespołu oraz dostępność do OIOM. Wymieniono wskazania do intensywnego leczenia, którymi są: ciężka postać CKK (pH < 7,1) z długim czasem trwania objawów, z zaburzeniami krążenia, obniżonym poziomem świadomości, podwyższone ryzyko obrzęku mózgu (wiek < 5 lat, szybko rozwijająca się kwasica, niski poziom pCO₂, wysokie stężenie azotu mocznikowego) oraz hipermolalna CKK.

W Rozdziale 23 dotyczącym Cukrzycy i ciąży zasadniczą zmianą jest zalecenie dotyczące docelowych wartości ciśnienia tętniczego krwi. Dotychczasowe wskazujące, że u kobiet z cukrzycą z nadciśnieniem przewlekłym należy dążyć do utrzymania ciśnienia skurczowego w granicach 110–129 mm Hg, a rozkurczowego — 65–79 mm Hg, zastąpiono zaleceniem dla skurczowego ciśnienia < 130 mm Hg i rozkurczowego < 80 mm Hg.

W Rozdziale 24 dotyczącym Cukrzycy u osób powyżej 65. roku życia, w odniesieniu do celów terapii zalecono, że jeżeli u chorego na cukrzycę powyżej 65 r.ż. nie stwierdza się istotnych powikłań i chorób towarzyszących, realizując ogólne cele leczenia, należy dążyć do stopniowego wyrównania cukrzycy, przyjmując jako docelową wartość HbA_{1c} ≤ 7%.

W Rozdziale 25 dotyczącym Zasad przygotowania chorego na cukrzycę do zabiegu operacyjnego dokonano drobnych zmian edytorskich porządkujących stosowaną nomenklaturę. Uzupełniono także zalecenie odnoszące się do operacji ze wskazań w trybie nagłym wskazując, że jeżeli nie można odroczyć zabiegu operacyjnego, leczenie zaburzeń metabolicznych należy prowadzić równocześnie z działaniami chirurgicznymi.

W Rozdziale 26 dotyczącym Szczepień ochronnych uaktualniono zalecenia dotyczące szczepień, między innymi wskazano celowość szczepienia przeciwko ospie

wietrznej koniecznie 2 dawkami w odstępach 6 tygodniowych.

W Rozdziale 29 dotyczącym Chirurgii metabolicznej w świetle dostępnych wyników badań uaktualniono zalecenia dotyczące chirurgii bariatrycznej. U chorych na cukrzycę typu 2 rekomenduje się w pierwszym rzędzie kwalifikację do laparoskopowego zabiegu wyłączenia żołądkowego (laparoscopic Roux-en-Y gastric by-pass), laparoskopowego zabiegu pętlowego wyłączenia żołądkowego (mini gastric by-pass), laparoskopowego zabiegu rękawowej resekcji żołądka (laparoscopic sleeve gastrectomy), laparoskopowego zabiegu wyłączenia żółciowo-trzustkowego (laparoscopic biliopancreatic diversion) oraz laparoskopowego wyłączenia dwunastniczo-krętniczego z pojedynczym zespoleniem (single anastomosis duodeno-ileal bypass – SADI). Przeciwwskazania do kwalifikacji chorych z cukrzycą typu 2 do zabiegów z zakresu chirurgii metabolicznej podzielono na przeciwwskazania bezwzględne i względne. Do pierwszych zaliczono: brak akceptacji przez chorego chirurgicznego leczenia cukrzycy typu 2, uzależnienie od alkoholu lub narkotyków (kwalifikację do operacyjnego leczenia otyłości można rozważyć w przypadku trwającego co najmniej rok udokumentowanego okresu abstynencji), choroby psychiczne niepoddające się kontroli mimo leczenia i farmakoterapii, duże ryzyko sercowo-naczyniowe związane z wykonaniem zabiegu, choroby endokrynologiczne stanowiące podłoże dla otyłości (np. zespół Cushinga), brak możliwości udziału w stałej długoterminowej kontroli po leczeniu operacyjnym oraz okres 12 miesięcy poprzedzający planowaną ciążę, ciąża i karmienie. Jako przeciwwskazania względne wskazano: zwiększenie masy ciała w okresie bezpośrednio poprzedzającym zabieg operacyjny świadczący o braku współpracy z pacjentem; aktywną chorobę wrzodową. Ponadto w przypadku chorych leczonych w przeszłości onkologicznie konieczna jest konsultacja onkologiczna dokumentująca skuteczne wyleczenie nowotworu.

WHO: lista największych zagrożeń dla zdrowia w 2019 r.

Zanieczyszczenie powietrza, ruchy antyszczepionkowe, antybiotykooporność, pandemia grypy, wirus HIV znalazły się na liście 10 największych zagrożeń dla zdrowia na świecie w 2019 roku przygotowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO).

Zanieczyszczenie powietrza i zmiany klimatyczne

Według danych WHO dziewięć na 10 osób na świecie codziennie oddycha zanieczyszczonym powietrzem i czynnik ten WHO uważa za największe zagrożenie dla ludzkiego zdrowia. Co roku ok. 7 mln ludzi umiera przedwcześnie na wywołane w ten sposób choroby nowotworowe, układu krążenia i płuc oraz udary.

Choroby niezakaźne

WHO wśród pozostałych globalnych zagrożeń dla zdrowia wskazuje choroby niezakaźne takie jak cukrzyca, choroby nowotworowe i choroby serca, łącznie odpowiedzialne za ponad 70 proc. zgonów na świecie (ok. 41 mln ludzi, w tym 15 mln w wieku 30-69 lat). Ponad 85 proc. przedwczesnych zgonów dotyczy krajów o niskim i średnim dochodzie. WHO wskazuje na pięć głównych czynników ryzyka tych chorób:

- używanie tytoniu,
- brak aktywności fizycznej,
- nadużywanie alkoholu,
- niezdrowa dieta,
- zanieczyszczenie powietrza

Globalna pandemia grypy

Według WHO, pandemia grypy jest tylko kwestią czasu. Organizacja stale monitoruje cyrkulację wirusów grypy w celu wykrycia potencjalnych szczepów pandemicznych - zaangażowane w to są 153 instytucje w 114 krajach.

Złe warunki życia

Ponad 1,6 mld (22 proc.) ludzi na świecie mieszka w regionach długotrwałego kryzysu (konflikt zbrojny, susza, klęska głodu, przesiedlenia) i ze słabą opieką medyczną.

Antybiotykooporność

WHO ostrzega też przed rosnącą opornością bakterii, pasożytów, wirusów i grzybów na antybiotyki, leki antywirusowe i antymalaryczne. Jako przyczynę wskazuje zbyt częste przepisywanie i stosowanie antybiotyków, a także nadużywanie ich w hodowli zwierząt przeznaczonych do produkcji żywności, a także w środowisku naturalnym.

Niebezpieczne patogeny

Opracowana przez WHO lista chorób priorytetowych wskazuje choroby i patogeny, które mogą zagrażać zdrowiu publicznemu, ale brakuje skutecznych metod ich leczenia i szczepionek. Na liście znalazły się m.in.:

- wirus Ebola,
- wirus Zika,
- wirus Nipah,
- koronawirus MERS
- ciężka ostra niewydolność oddechu (SARS),
- choroba X, czyli nieznaną jeszcze patogen, który może spowodować poważną epidemię.

Niewystarczająca podstawowa opieka zdrowotna

WHO zwraca uwagę, że wiele krajów wciąż nie ma odpowiednich podstawowych zakładów opieki zdrowotnej. Dotyczy to krajów mało- i średniozamożnych, ale przyczyną może być też koncentrowanie się w ostatnich dekadach na programach poświęconych zwalczaniu tylko jednej choroby. W październiku 2018 r. WHO była współgospodarzem globalnej konferencji w Astanie, podczas której wszystkie kraje zobowiązały się odnowić zobowiązanie do podstawowej opieki zdrowotnej dokonane w deklaracji w Alma-Acie w 1978 r.

Brak zaufania do szczepień ochronnych

Alarmuje się również, że niechęć lub odmowa poddawania się szczepieniom ochronnym mimo ich dostępności grozi zaprzepaszczeniem postępów w walce z niektórymi cho-

robami. WHO wskazuje, że choć szczepionki co roku pozwalają uniknąć śmierci 2-3 mln ludzi, to liczba zachorowań np. na odrę wzrosła na świecie o 30 proc., a w części krajów bliskich całkowitego wyeliminowania tej choroby zaobserwowano ponowny wzrost liczby zachorowań.

Gorączka denga

Denga to choroba wywoływana przez komary, która daje objawy grypopodobne i charakteryzuje się wysoką śmiertelnością - zabija do 20 proc. chorych. Szacuje się, że 40 proc. światowej populacji jest zagrożone gorączką denga, a rocznie notowanych jest około 390 milionów infekcji. Duża liczba przypadków występuje w deszczowych porach roku w krajach takich jak Bangladesz i Indie. W 2018 r. Bangladesz odnotował największą liczbę zgonów z powodu dengi od prawie dwóch dziesięcioleci, a choroba rozprzestrzeniła się na inne takie jak Nepal. Celem WHO jest zmniejszenie liczby ofiar śmiertelnych z powodu dengi o 50 proc. do 2020 roku.

Wirus HIV

Na liście zagrożeń znalazł się również ludzki wirus nabytego upośledzenia odporności, czyli HIV. Mimo postępów w prowadzonych badaniach i udostępnianiu środków profilaktycznych epidemia zarażeń HIV trwa nadal i co roku blisko milion ludzi umiera na HIV lub wywołany przez ten wirus zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS). Obecnie na świecie żyje 37 mln osób zarażonych HIV i często są to ludzie pozbawieni dostępu do opieki medycznej.

Źródło: Puls Medycyny

https://pulsmedycyny.pl/who-lista-najwiekszych-zagrozen-dla-zdrowia-w-2019-r-950691?fbclid=IwAR3cmR5FqQyLG1v91xrp6D9uUedTK_pCK6ueRWHSDfdX18ly1O85h_h2Kpw



OPINIE KONSULTANTÓW

Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego
60-205 Poznań ul. Głogowska 148 tel.606960531 alma_st@wp.pl

**Opinia Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego
z dnia 04.02.2019r. w sprawie podania iniekcji domięśniowej
produktów leczniczych OLFEN 75 mg, Dicloratio 75 mg
w domu pacjenta, w gabinecie pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.**

W związku ze zgłaszanymi wątpliwościami dotyczącymi podania w warunkach domowych oraz w gabinecie pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej produktu leczniczego Olfen 75mg (ampułka 2ml zawiera Diclofenac sodowy 75 mg oraz Chlorowodorek lidokainy 20 mg), podawanego w postaci pojedynczego wstrzyknięcia domięśniowego i produktu leczniczego Dicloratio 75 mg (ampułka 2ml zawiera Diclofenak sodowy 75 mg oraz Chlorowodorek lidokainy 20 mg) podawanego w postaci pojedynczego wstrzyknięcia domięśniowego wskazuje, że produkty lecznicze winny być podawane zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.

Lekarz zlecający podanie oraz pielęgniarka poz realizująca zlecenie podania parenteralnie produktu leczniczego musi bezwzględnie przestrzegać zaleceń producenta zawartych w charakterystyce produktu leczniczego.

Skierowanie na realizację zleceń w warunkach ambulatoryjnych winno uwzględniać warunki konieczne do podania produktu leczniczego tj. w domu pacjenta, w gabinecie pielęgniarki poz, w gabinecie położnej poz, w gabinecie pielęgniarki szkolnej, w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym lekarza poz, gabinecie lekarza specjalisty, które to warunki są uzależnione od specyfiki produktu leczniczego oraz stanu zdrowotnego pacjenta.

Lekarz zlecający lek do podania parenteralnego oraz realizująca zlecenie pielęgniarka poz są zobowiązani do postępowania zgodnie z aktualnie obowiązującymi standardami medycznymi.

Charakterystyka produktu leczniczego Olfen 75 mg zawiera zapis **...Ze względu na możliwość wystąpienia reakcji anafilaktycznej, również wstrząsu, pacjenci muszą być pod obserwacją przez co najmniej godzinę po wstrzyknięciu domięśniowym produktu Olfen 75 mg, w pobliżu działającej aparatury ratowniczej. Powyższe postępowanie należy wyjaśnić pacjentowi...** charakterystyka produktu leczniczego Dicloratio 75 mg **...W związku z możliwością wystąpienia reakcji anafilaktycznej, w tym wstrząsu anafilaktycznego, musi być dostępny prawidłowo funkcjonujący sprzęt niezbędny w nagłych przypadkach. Pacjenta należy obserwować, co najmniej 1 godzinę, po wstrzyknięciu produktu leczniczego...**

W związku z cytowanymi wyżej zapisami zawartymi w charakterystykach produktów leczniczych należy bezwzględnie przestrzegać zaleceń producenta w przedmiocie skierowania pacjenta do podmiotu leczniczego zapewniającego odpowiednie warunki do realizacji zlecenia.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej Dz. U. 2013 poz. 1248 z późn. zm. określa warunki realizacji świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Aparatura ratownicza wymagana przez producenta produktu leczniczego Olfen 75 mg oraz Dicloratio 75 mg, nie wchodzi w skład wyposażenia nesesera pielęgniarki poz oraz wyposażenia gabinetu pielęgniarki poz.

Zgodnie z powyższym pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej nie zapewnia warunków wyposażenia w aparaturę ratowniczą oraz monitorowanie stanu pacjenta, wymaganych przez producenta produktów leczniczych Olfen 75mg, Dicloratio 75 mg.

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej współpracuje z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzami ubezpieczenia zdrowotnego.

Pracownicy medyczni są zobowiązani do przestrzegania obowiązujących aktów prawnych, stosowania się do zaleceń producentów produktów leczniczych, znajomości zasad podawania leków mogących wywołać reakcje niepożądane.

Pielęgniarka zgodnie z Ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej w przypadku konieczności odmowy wykonania świadczenia z uzasadnionej pisemnie przyczyny, jest zobowiązana niezwłocznie wskazać świadczeniodawcę, który spełnia wymogi wykonania świadczenia zgodnie z zasadami ich realizacji oraz obowiązującymi aktami prawnymi.

Wojewódzki Konsultant
w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego
mgr Alicja Stanikowska

Wykaz Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinach Pielęgniarstwa - stan na dzień 15 lutego 2019 r.

L. p	dziedzina	imię i nazwisko	adres pocztowy	adres e mail	telefon/faks	czas kadencji
1.	Pielęgniarstwo	dr hab. n. med. Anna Ksykiewicz	Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego ul. Staszica 4/6, 20-081 Lublin	ksy-kzarcz@umlub.pl	81 448 68 20 fax 81 448 68 21	01.07.2014 - 30.06.2019
2.	Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki	mgr piel. Danuta Cybulak	Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie ul. K. Jaczewskiego 8 20-090 Lublin	cdanuta@wp.pl	81 72 44 333	01.07.2014-30.06.2019
3.	Pielęgniarstwo chirurgiczne i operacyjne	dr n. med. Tadeusz Paweł Wasilewski	Zakład Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji ul. Projektowa 4 20-209 Lublin	tadeusz.wasilewski@wsei.lublin.pl	81 749 17 70 81 749 32 12	01.08.2016-31.07.2021
4.	Pielęgniarstwo diabetologiczne	lic. piel Agnieszka Karczewska	Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie ul. Staszica 1620-081 Lublin	akarcz.1974@wp.pl	81 532 77 17	15.01.2017-14.01.2021
5.	Pielęgniarstwo epidemiologiczne	mgr piel. Anna Bernaszuk	Dział Nadzoru Sanitarno Epidemiologicznego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4, ul. Jaczewskiego 8, 20-090 Lublin	anber@op.pl	502 522 735	01.09.2015-31.08.2020
6.	Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze	dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz Palus	Zakład Podstaw Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet	spupa-lus@gmail.com	81 448 68 40 fax 81 448 68 41	01.07.2014-30.06.2019

BIULETYN INFORMACYJNY NR 1/103/2019

			Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 4/6, 20-081 Lublin			
7.	Pielęgniarstwo onkologiczne	mgr piel Małgorzata Matczuk	IV Oddział Radioterapii Onkologicznej Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana Dukli w Lublinie, ul. Jaczewskiego 7, 20-090 Lublin	mmat-czuk@cozl.eu	81 454 10 89	01.09.2018-31.08.2023
8.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	mgr piel. Bożena Łukaszek	Niepubliczny Zakład Opieki Paliatywno Hospicyjnej w Puławach ul. Niemcewicza 2A 24-100 Puławy	bozenalukaszek@interia.pl	81 886 62 89	01.02.2018-31.01.2023
9.	Pielęgniarstwo pediatryczne	dr n. med. Ewa Kulbaka	Oddział Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie ul. Prof. A. Gębali 6, 20-093 Lublinie	wakulbaka@op.pl	81 718 55 11 81 747 72 20	01.08.2018-31.07.2023
10.	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej	mgr piel. Małgorzata Sitarz	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Chełmie ul. Obłowska 20 22-100 Chełm	malgosiasitarz@wp.pl	798 705 756	01.03.2015-2020 02 28
11.	Pielęgniarstwo psychiatryczne	mgr Hanna Kłopotek	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie Oddział Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji ul. Głuska 1 20-439 Lublin	hkłopotek@wp.pl	81 74 87 307 81 748 73 05 fax: 81 74 54 470	01.08.2015-31.07.2020
12.	Pielęgniarstwo ratunkowe	mgr piel. Beata Chilimoniuk	Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie 20-043 Lublin ul. Spadochroniarzy 8	beatachil@wp.pl	81 533 77 90 81 533 78 00 81 536 71 88	01.04.2014-31.03.2019
13.	Pielęgniarstwo rodzinne	mgr piel Dorota Suchodół	Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie ul. Jaczewskiego 2 20-090 Lublin	suchodol.dorota@imw.lublin.pl	81 718 44 10	01.12.2015-30.11.2020

https://www.lublin.uw.gov.pl/sites/default/files/zalacznik/KONSULTANCI%20-15.II_.2019%20-%20na%20BIP%20WZ.pdf



Komunikat

W związku z licznymi zapytaniem dotyczącym realizacji kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych metodą e-learning-u, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych informuje, że kształcenie podyplomowe w ramach szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych prowadzone jest na podstawie programów kształcenia zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia.

Treści ww. programów, w Części: *Sposób realizacji*, nie przewidują metody e-learning-u.

Beata Guzak

Dyrektor

Centrum Kształcenia Podyplomowego

Pielęgniarek i Położnych

Jacek Chojnacki

Radca Prawny

SZKOLENIA NIE UKOŃCZYŁY, ZOSTAŁY Z DŁUGAMI. KSZTAŁCENIU PIELEŃNIAREK?

CZY BĘDĄ ZMIANY?

Okolo 2 tysięcy pielęgniarek i położnych nie ukończyło szkolenia podyplomowego, gdyż organizator przebrał zajęcia. Próbowaliśmy skontaktować się mailowo i telefonicznie z wrocławską spółką Interrete. Bezskutecznie. Organizator szkoleń przebrał jak kamień w wodę. Nie sposób dowiedzieć się, co się stało.

Pielęgniarki są rozżalone. Nie dość, że nie ukończyły szkolenia specjalizacyjnego, które kosztuje w granicach 5 tys. zł, to jeszcze muszą zwracać pieniądze. Jak dowiedzieliśmy się nieoficjalnie, umowa była tak skonstruowana, że przez pewien czas współfinansowały ją powiatowe urzędy pracy, szpitale oraz bank, który teraz domaga się od pielęgniarek spłaty pożyczki.

Szkoleniowa oferta Interrete wydawała się wiarygodna. Firma działała od 1 lutego 2013 r. Na stronie internetowej opatrzonej logo Polskiej Izby Firm Szkoleniowych chwaliła się, że „rozwiąza współpracę z Okręgowymi Izdami Pielęgniarek i Położnych, realizując wspólnie konferencje w Wałbrzychu, Kaliszu, Kielcach, Gorzowie Wielkopolskim. Procentuje

to zaufaniem i nowymi perspektywami współpracy. (...) Na plan pierwszy wysuwają się kursy dla pielęgniarek i położnych, które mamy przyjemność realizować z sukcesami w całej Polsce”.

Jeśli kogoś wysoka samoocena nie przekonała, to trudno, żeby zaufania nie wzbudziło umieszczenie wrocławskiej firmy na liście „organizatorów kształcenia” Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych - jednostki budżetowej podlegającej ministrowi zdrowia. Interrete figuruje też w podobnych wykazach wielu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych.

Każdy może kształcić

- To nieporozumienie, że każdy może kształcić pielęgniarki i położne. Zezwala na to jednak ustawa o działalności gospodarczej - powiedziała nam Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPiP) i wyjaśniła, że Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych (OIPiP) nie mają prawnych podstaw odmówić wpisu na listę podmiotów prowadzących szkolenia, gdy organizator przedstawi wymagane dokumenty.

Opieki pielęgniarskiej dotyczyć będzie jedna z sesji podczas IV Kongresu Wyzwań Zdrowotnych (Katowice, 7-8 marca 2019 r.). Program Kongresu i rejestracja:

www.hccongress.pl.

Mimo że wszystkie formalności zostały dopełnione, coś ze szkoleniami poszło nie tak. Co się stało? Zastanawiały się nad tym poważne gremia. W grudniu ub. roku i w styczniu tego roku odbyły się spotkania robocze - jak podawano w komunikatach - „związane z nieprawidłowościami w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych przez organizatora Interrete Sp. z o.o.”.

Uczestniczyli w nich m.in. przedstawiciele NRPiP, dyrektor i pracownicy Departamentu Pielęgniarek i Położnych MZ, a także prof. prawa z Uczelni Łazarzkiego. W sprawę zaangażowała się dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, a nawet wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Zelazko.

W efekcie w styczniu zwołano Konwent Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położ-

nych, na którym postanowiono, że OIPiP wystosują pilnie komunikat do pielęgniarek i położnych, żeby ocenić skalę problemu i przekazać MZ informacje o nieprawidłowościach.

- Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych obiecało, że do końca marca stworzy możliwość dokończenia kształcenia u innego organizatora szkoleń - przekazała nam prezes Małas. Przyznała, że to trudna sprawa, bo pielęgniarki i położne były na różnych etapach kształcenia. Zaapelowała, żeby zgłaszały się Okręgowych Izb w celu przekazania informacji o dacie rozpoczęcia i planowanego zakończenia szkolenia, którego organizatorem była spółka Interrete, a także w celu uzyskania pomocy prawnej.

Co się stało w Interrete?

Na spotkaniach padały różne wyjaśnienia. Mówiono np., że podobno spółka pozatrudniała do prowadzenia szkoleń specjalistów, którzy wkrótce z niej odeszli i pozakładali własne firmy szkoleniowe, konkurencyjne wobec Interrete. To całkiem możliwe.

„Rynek kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych intensywnie się rozwija i aktualnie w ewidencji organizatorów kształcenia, prowadzonej przez Centrum zarejestrowanych jest 251 organizatorów, którzy w swojej ofercie edukacyjnej mają różne formy kształcenia w poszczególnych dziedzinach i zakresach” - scharakteryzowała sytuację dr Beata Guzak, która na początku stycznia została nowym dyrektorem Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Z przesłanej nam korespondencji wynika też, że liczba pielęgniarek i położnych odbywających kształcenie podyplomowe stale się zwiększa.

„Dla przykładu w roku 2017 łączna liczba pielęgniarek/położnych uczestniczących w kształceniu wyniosła 81 463, natomiast w roku 2016 stanowiła 67 973. Dane za rok 2018 są w trakcie opracowania, ale pierwsze analizy wskazują na wzrastającą liczbę absolwentów”.

„Mając na uwadze powyższe, jednoznacznie można stwierdzić, że pielęgniarki i położne systematycznie aktualizują swoją wiedzę i umiejętności poprzez uczestnictwo w różnych formach kształcenia podyplomowego” - podsumowała dyrektor Beata Guzak.

Duże pieniądze na kształcenie

Na szybki rozwój rynku szkoleń wskazują też dane dotyczące wydatków. Ustawa budżetowa na 2019 r. przewiduje wzrost funduszy na kształcenie podyplomowe lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych. Na ten cel zagwarantowano ponad 2,2 mld zł - informował wiceminister zdrowia Sławomir Gadowski 22 stycznia podczas posiedzenia senackiej komisji zdrowia, która pozytywnie rozpatrzyła ustawę budżetową w zakresie ochrony zdrowia.

Warto też zaznaczyć, że w ostatnim czasie pielęgniarki i położne uzyskały nowe uprawnienia. Mogą ordynować niektóre leki, zajmować się profilaktyką seniorów, wypisywać zlecenia na określone wyroby medyczne, kontynuować leczenie wynikające ze wcześniejszych zleceń lekarskich, kierować na niektóre badania diagnostyczne. Mogą także samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, udzielać świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych - zgodnie ze swoją wiedzą i umiejętnościami.

Za nowy rodzaj porady pielęgniarskiej ma płacić NFZ. To wszystko wymaga uzyskania odpowiednich kwalifikacji i rozbudowanego systemu kształcenia.

Tymczasem zdaniem NRPiP, rozwój firm szkoleniowych przebiega żywiołowo, bez określonych ram prawnych, w oparciu o podaż i popyt.

- Mamy świadomość wynikających z tego zagrożeń. Dziś jest problem z tym organizatorem szkoleń, a za chwilę może być z innym - a tych podmiotów jest w kraju prawie 300. Dlatego w opracowanej przez nas i przekazanej Ministerstwu Zdrowia „Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” znalazł się zapis o poprawie jakości kształcenia i akredytowaniu jednostek zajmujących się kształceniem - wskazała prezes Małas.

- W przypadku specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa kształceniem powinny zajmować się uczelnie posiadające akredytację na kierunku pielęgniarstwa i położnictwa, instytuty naukowo-badawcze oraz samorząd pielęgniarek i położnych. Samorząd dlatego, że ustawowo sprawuje nadzór nad należytym wykonywaniem zawodu, a także dlatego, że przygotowuje bądź opiniuje standardy kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego - dodała.

Jej zdaniem, gdyby wcześniej wprowadzono te rozwiązania, udało by się wyeliminować z rynku szkoleń komercyjne podmioty i nie doszłoby do takiej sytuacji, jak z firmą Interrete, w wyniku czego około 2 tys. pielęgniarek i położnych nie mogło zakończyć szkolenia podyplomowego, a muszą za nie zapłacić.

<http://www.rynekzdrowia.pl/Nauka/Szkolenia-nie-ukonczyly-zostaly-z-dlugami-Czy-beda-zmiany-w-ksztalceniu-pielęgniarek,191764,9,2.html>



DZIAŁ PRAWNY

NAJWIĘKSZA REFORMA KONTROLI NFZ

5 lutego Rada Ministrów przyjęła przedłożony przez ministra zdrowia projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Najważniejszymi celami wprowadzonej nowelizacji są gruntowna reforma funkcjonowania służb kontrolnych Narodowego Funduszu Zdrowia, poprawa dostępności oraz jakości świadczeń nocnej i świątecznej opieki lekarskiej, a także sprawniejsze działanie szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Dzięki prowadzonym regulacjom Narodowy Fundusz Zdrowia, bez istotnego poszerzenia uprawnień kontrolerów, będzie mógł funkcjonować ze skutecznością podobną do Krajowej Administracji Skarbowej, odpowiedzialnej za bezprecedensowe uszczelnienie systemu podatkowego w latach 2017-2018. Warto nadmienić, że NFZ każdego roku przeprowadza prawie 2 tysiące kontroli. W obecnym stanie prawnym nie funkcjonują zasady i uprawnienia podmiotów kontrolowanych wynikające np. z Konstytucji Biznesu, a tryb prowadzenia kontroli nie przewiduje elektronicznej obiegu dokumentów oraz wykorzystywania analiz big data.

Najważniejszą zmianą dla podmiotów, które otrzymują środki z NFZ, będzie wprowadzenie progu bagatelności, po-

nizej którego nie będą nakładane kary finansowe. W pierwszym roku funkcjonowania ustawy wyniesie on 500 złotych, co wg danych za kwartał roku 2018 oznacza 50% liczby kontroli i niecałe 10% kwoty nałożonych kar.

Ponadto będzie obowiązywał zakaz jednoczesnej kontroli ze strony ministra zdrowia i NFZ. Zakazane będzie także ponowne kontrolowanie tego samego obszaru w tym samym podmiocie. Czas trwania wszystkich kontroli Funduszu w jednostkach podmiotu kontrolowanego w roku kalendarzowym nie będzie mógł przekroczyć określonej liczby dni (z wyłączeniem kontroli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego). Co do zasady liczba dni kontroli będzie powiązana z wielkością kwoty wypłaconej podmiotowi kontrolowanemu przez NFZ w roku poprzednim. Przykładowo w przypadku kontraktu o wartości do 2 mln zł kontrola Funduszu będzie mogła trwać 12 dni. Wprowadzona zostanie także instytucja zawiadomienia o planowanej kontroli – w sytuacjach, w których nie umożliwia to skutecznego skontrolowania działania podmiotu. Istotną zmianą będzie koncentracja służb kontrolnych, które obecnie funkcjonują w oddziałach wojewódzkich i Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. W praktyce doprowadzi to do przeniesienia

uprawnień kontrolnych na poziom Prezesa Funduszu. Wydziały kontroli OW Funduszu zostaną włączone do Departamentu Kontroli w Centrali NFZ.

Komunikacja między Funduszem a podmiotem kontrolowanym ma być prowadzona za pomocą środków komunikacji elektronicznej. To pierwsza uwzględniająca nowoczesne rozwiązania techniczne ustawa o kontroli, której przepisy powinny uprościć, przyspieszyć i obniżyć koszty przeprowadzanej kontroli oraz ograniczyć jej uciążliwość dla kontrolowanych podmiotów.

Przewidziano także utworzenie korpusu kontrolerskiego w Centrali NFZ – w jego skład wejdą pracownicy Funduszu będący kontrolerami, którzy zostaną wyposażeni w kompetencje i narzędzia do przeprowadzenia sprawnej i skutecznej kontroli. Kontrolerzy będą musieli zdać egzamin kwalifikacyjny dopuszczający do pracy na tym odpowiedzialnym stanowisku. Ze względu na specyfikę pracy i konieczność wykorzystania wiedzy medycznej, możliwe będzie wykorzystanie w toku kontroli opinii biegłego.

Zmiany w udzielaniu świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

Ponadto zaproponowano zmiany w udzielaniu świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚSOZ). Po zmianach szpitale ogólnopolskie

(np. szpitale kliniczne) będą mogły udzielać świadczeń NiŚOZ, jeśli mają szpitalną izbę przyjęć lub szpitalny oddział ratunkowy.

Wprowadzono jednolite zasady tzw. segregacji medycznej pacjentów w SOR-ach. Określanie stanu zagrożenia życia i zdrowia odbywać się będzie w oparciu o jednakowe, jasno sprecyzowane kryteria. Zwiększy to bezpieczeństwo pacjenta, a jednocześnie poprawi komfort pracy personelu medycznego. Dodatkowo utworzony zostanie system informacyjny usprawniający pracę Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (TOPSOR), który zapewni łatwy dostęp do informacji o przewidywanym czasie oczekiwania dla

pacjenta, a także pozwoli na zapewnienie wyższej jakości danych dotyczących funkcjonowania SOR-ów bez obciążania personelu dodatkowymi obowiązkami sprawozdawczymi.

Kolejnym rozwiązaniem, które ma usprawnić działanie SOR-ów, będą tzw. ostre i tępe dyżury. W praktyce obsada lekarska i pielęgniarska zostanie dostosowana do charakteru dyżuru w szpitalu. Szpital pełniący dyżur ostry będzie miał zwiększoną liczbę personelu, natomiast podczas tzw. tępego dyżuru będzie dysponował tylko wymaganą przez przepisy obsadą. Dyspozytornie ratownictwa medycznego, posiadające informacje o obsadach, będą kiero-

wały karetki do szpitali, w których funkcjonować będą dyżury ostre. Wprowadzenie zmian w zakresie dyżurowania będzie odbywać się na wniosek samych szpitali, a za koordynację i ustalanie harmonogramów będzie odpowiadać wojewoda w porozumieniu z dyrektorem Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Informacje te będą także dostępne dla pacjentów w Biuletynie Informacji Publicznej.

Znowelizowane przepisy mają wejść w życie w pierwszym dniu miesiąca następującego po 3 miesiącach od daty ogłoszenia w Dzienniku Ustaw, z wyjątkiem części regulacji, które zaczną obowiązywać w innych terminach.

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/najwieksza-reforma-kontroli-nfz>

RADA MINISTRÓW PRZYJĘŁA PROJEKT USTAWY O PRAWACH PACJENTA

Rada Ministrów przyjęła projekt nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Nowa regulacja wprowadza zakaz pobierania opłat od rodziców lub opiekunów za pobyt z dzieckiem albo osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym w szpitalu lub innym zakładzie leczniczym udzielającym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych.

Rodzice i opiekunowie nie będą ponosić żadnych opłat z wyłączeniem kosztów bezpośrednich, takich jak: posiłki wydawane rodzicom, użytkowanie pościeli oraz

korzystanie z dodatkowego łóżka udostępnionego przez szpital lub inny zakład leczniczy.

Brak opłat za pobyt przy łóżku dziecka w szpitalu

Regulacja ta wychodzi naprzeciw oczekiwaniom rodziców, którzy z powodu opieki nad hospitalizowanym dzieckiem często ponosili dodatkowe koszty związane z pobytem w placówce medycznej. Obecnie opłaty pobierane przez szpitale są bardzo zróżnicowane, i choć na ogół nie są one wysokie, to przy dłuższym pobycie mogły stać się poważnym obciążeniem rodzinnego budżetu.

Nowa regulacja ma ułatwić możliwie najczęstsze i nieograniczone kontakty hospitalizowanych dzieci z osobami bliskimi, bo ich obecność jest korzystna dla dziecka – łagodzi stres, wzmacnia poczucie bezpieczeństwa, pozytywnie wpływa na proces leczenia.

Analogiczne regulacje proponuje się dla pacjentów posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, gdyż często wymagają oni takiej opieki.

Znowelizowane przepisy mają obowiązywać po 14 dniach od daty ich ogłoszenia w Dzienniku Ustaw.

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/rada-ministrow-przyjela-projekt-ustawy-o-prawach-pacjenta>

Zdrowie z natury – rośliny lecznicze

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

Rozgrzewające przyprawy: cynamon, kardamon.

Przyprawy rozgrzewające, poza doskonałym smakiem i aromatem, charakteryzują się także tym, że zawierają substancje o potencjalnych właściwościach zdrowotnych.



Cynamon to najstarsza przyprawa świata. Otrzymujemy go z wysuszonej kory drzew cynamonowców. Najbardziej znanym i cenionym jest cynamonowiec cejloński - drzewo liściaste, które w warunkach naturalnych występuje na wyspie Cejlon. Obecnie uprawiany jest na Sri Lance, w Indonezji i Brazylii oraz w południowo-wschodnich regionach Indii.

Swój charakterystyczny słodkavo-korzenny i piekący smak zawdzięcza olejкови cynamonowemu.

Przyprawa ta ma liczne właściwości zdrowotne:

- łagodnie pobudza wydzielanie soków trawiennych i poprawia przyswajanie pokarmu, dlatego sprawdza się w leczeniu niestrawności, wzdęć oraz pobudza apetyt;
- zapobiega nadkwaśności i działa przeciwbiegunkowo;
- ma silne właściwości przeciwbakteryjne, przeciwgrzybiczne, antyoksydacyjne i odkażające;
- reguluje poziom glukozy we krwi;
- obniża poziom złego cholesterolu LDL;
- zmniejsza ryzyko powstawania zmian zakrzepowych;
- wywiera korzystny wpływ na stan pacjentów z chorobą Alzheimera, cukrzycą, zapaleniem stawów oraz miażdżycą.

Cynamon ze względu na właściwości rozgrzewające, ujędrniające i ściągające jest stosowany w zabiegach antycellulitowych i wyszczuplających.



Kardamon to król przypraw. Kardamon to przyprawa otrzymana z suszonych owoców rośliny zielnej o długich, szerokich liściach, rosnącej w stanie dzikim w tropikalnych lasach na Półwyspie Indyjskim i Cejlonie, w Chinach i Indonezji, przeniesionej i zaaklimatyzowanej także w Ameryce.

Jest to jedna z najstarszych przypraw używanych przez ludzi. Jest też jedną z najdroższych przypraw – po szafranie i wanilii.

W Indiach kardamon stosuje się od tysięcy lat przy problemach trawiennych oraz w leczeniu stanów zapalnych. Ma intensywny korzenny, gorzkawy smak, z wyraźną nutą eukaliptusa i kamfory.

Właściwości lecznicze zawdzięcza obecności substancji bioaktywnych takich jak: cyneol, terpinol, limonen, sabinen czy borneol.

Olejki eteryczne zawarte w kardamonie wykazują działanie: przeciwwirusowe, przeciwbakteryjne oraz przeciwgrzybiczne. Kardamon wpływa ochronnie na przewód pokarmowy, zapobiega rozwojowi chorób nowotworowych, obniża ciśnienie tętnicze krwi oraz stymuluje system immunologiczny. Ma działanie kardioprotekcyjne (ochraniające mięsień sercowy). Wspomaga również na proces odchudzania i przemiany materii.

Z uwagi na właściwości przeciwskurczowe, pomaga także w przypadku czkawki oraz w łagodzeniu kurczowych bólów brzucha i jelit.

Napar kardamonowy z mlekiem w celu łagodzenia infekcji wirusowych

1 łyżeczkę rozdrobnionego kardamonu lub 1 łyżeczkę kardamonu w proszku zalewa się 1 szklanką gorącego mleka. Płyn trzeba odstawić na 30 minut, można osłodzić miodem. W razie infekcji wirusowej napar należy pić 2-3 razy dziennie po 1 szklance.

W uznaniu zasług

*Delegatowi VII kadencji samorządu zawodowego OIPiP w Białej Podlaskiej,
pracującej w NZOZ PR Nr 3 „T-MED” w Białej Podlaskiej
z okazji przejścia na emeryturę najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią, pełną
zaangażowania pracę zawodową, życzliwość, koleżeńskość i serdeczność
oraz życzenia dobrego zdrowia, spełnienia swoich marzeń,
radości i pomyślności w życiu osobistym.*

*W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP*

Pielęgniarkom

*z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Parczewie
Halinie BartoszuK, Mariannie Harmacińskiej, Mariannie Wysockiej,
Ewie Pawłowskiej, Ewie Żukowskiej, Elżbiecie Bajda, Barbarze Abramiuk,
Halinie Malec, Grażynie Sutryk, oraz Położnej Krystynie Łobejko
z okazji przejścia na emeryturę najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią,
pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość, koleżeńskość i serdeczność
oraz życzenia odpoczynku, na który pracowałyście tak wiele lat,
zdobywania nowych wspomnień, poprzez cudowne podróże, wyjazdy,
zdrowia, dzięki któremu będzie to możliwe do zrealizowania.
Zachowania cudownych i prawdziwych przyjaźni.*

*W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP*

Pielęgniarce Halinie Hordejuk

*z Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Suchowoli
z okazji przejścia na emeryturę najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią,
pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość, koleżeńskość i serdeczność
oraz życzenia dobrego zdrowia, spełnienia swoich marzeń,
radości i pomyślności w życiu osobistym.*

*W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP*

Pielęgniarkom

*z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim
Wiesławie Szczygielskiej, Bożenie Niewęglowskiej, Halinie Kulak,
Agnieszce Pastuszką, Wiesławie Golec-Wiater, Barbarze Bober,
Jolancie Skwarek-Kozak, Mariannie Kulik, Barbarze Cyranek, Grażynie Potęga,
Marii Telej, Irenie Kwapiszewskiej, Bożenie Jarnutowskiej*

*z okazji przejścia na emeryturę najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią,
pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość, koleżeńskość i serdeczność
oraz życzenia odpoczynku, na który pracowałeś tak wiele lat,
zdobywania nowych wspomnień, poprzez cudowne podróże, wyjazdy, zdrowia,
dzięki któremu będzie to możliwe do zrealizowania.*

Zachowania cudownych i prawdziwych przyjaźni.

*W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP*

*„Wykreślić ze świata przyjaźń, to jakby zgasić słońce na niebie,
gdyż niczym lepszym ani piękniejszym nie obdarzyli nas bogowie”
Cycero*

Szanowna Pani Grażyna Kondraszuk

*Z okazji przejścia na emeryturę życzymy
odpoczynku, na który pracowałaś tak wiele lat,
Zdobywania nowych wspomnień, poprzez cudowne podróże, wyjazdy.
Zdrowia, dzięki któremu będzie to możliwe do zrealizowania.*

Zachowania cudownych i prawdziwych przyjaźni.

Wspominaj pracę zawodową z uśmiechem na ustach.

*Pamiętaj o wspólnie spędzonych chwilach w działalności
na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.*

*Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej*

Pielęgniarkom

*Z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej
Danucie Wieczorek, Jolancie Dawidziuk, Eugeniuszowi Gołubowi,
Jadwidze Iwaniuk, Elżbiecie Radomińskiej, Zofii Wieliczko, Bożenie Gałęckiej,
Klarze Adamowicz, Bożenie Nitychoruk, Jadwidze Kuźmiuk, Leokadii Osypiuk,
Marii Staruchowicz, Nelli Pietras, Halinie Selwesiuk, Krystynie Zajac,
Alinie Sokoluk, Danucie Cienkosz, Teresie Rzymowskiej, Bognie Zajac,
oraz Położnym Krystynie Czapskiej, Mirosławie Fiedoruk, Barbarze Fiedoruk
z okazji przejścia na emeryturę najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią,
pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość, koleżeńskość i serdeczność
oraz życzenia odpoczynku, na który pracowałyście tak wiele lat,
zdobywania nowych wspomnień, poprzez cudowne podróże, wyjazdy,
zdrowia, dzięki któremu będzie to możliwe do zrealizowania.
Zachowania cudownych i prawdziwych przyjaźni.*

*W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP*

Pielęgniarkom

*z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Międzyrzecu Podlaskim
Krystynie Antoniuk, Zofii Kłopotek, Bożenie Szymańskiej, Grażynie Pękale
oraz Położnej Danucie Szulik
z okazji przejścia na emeryturę najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią,
pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość, koleżeńskość i serdeczność
oraz życzenia odpoczynku, na który pracowałyście tak wiele lat,
zdobywania nowych wspomnień, poprzez cudowne podróże, wyjazdy,
zdrowia, dzięki któremu będzie to możliwe do zrealizowania.
Zachowania cudownych i prawdziwych przyjaźni.*

*W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP*

Listę emerytów sporządzono na podstawie danych pozyskanych z podmiotów leczniczych.

Tu: przypomnienie o obowiązku aktualizowania danych w rejestrze pielęgniarek i rejestrze położnych (Art. 11, ust. 2, pkt 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych /Dz. U. z 2018 r., poz. 916/).

ENDOSKOPIA NAJMNIĘJ INWAZYJNĄ METODĄ LECZENIA DYSKOPATII

mgr pielęgniarstwa Tamara Iwanicka

Zespoły bólowe kręgosłupa są złożonym problemem nie tylko leczniczym, ale również diagnostycznym. Z licznych danych epidemiologicznych wynika, że 80%-90% ludzi odczuwa, odczuwało lub będzie odczuwać przynajmniej raz w życiu ból w dolnym odcinku kręgosłupa.

Choroba dyskowa odcinka piersiowego (ok.11%) i szyjnego (ok.12%) kręgosłupa jest stosunkowo rzadkim zjawiskiem wśród licznych schorzeń kręgosłupa.

Istnieje wiele przyczyn bólów kręgosłupa i wiele systemów klasyfikacyjnych. Ból kręgosłupa może być wywołany patologią samego kręgosłupa, rdzenia kręgowego, korzeni rdzeniowych, tkanek okołokręgosłupowych (w tym więzadeł, ścięgien i mięśni) lub być bólem przeniesionym z innych narządów. W celu wdrożenia właściwego leczenia przyczynowego, niezwykle istotna jest dokładna diagnostyka z ustaleniem struktur mogących być źródłem bólów.

Personel pielęgniarstwa, to grupa zawodowa, która jest szczególnie obciążona statyczną oraz dynamiczną komponentą wysiłku fizycznego. Dolegliwości te szczególnie często dotyczą dolnego odcinka kręgosłupa, co niewątpliwie związane jest ze specyfiką pracy. Wiadomo, że częstą przyczyną bólu pleców jest nadmierne obciążenie związane z koniecznością utrzymywania określonej pozycji ciała.

Na pogłębianie się objawów dyskropatii krzyżowo-lędźwiowej

duży wpływ ma niedostosowanie stanowiska pracy do zasad ergonomii, wykonywanie pracy w wymuszonej pozycji ciała oraz ciężka praca fizyczna

Problem dolegliwości bólowych kręgosłupa w grupie zawodowej pielęgniarek jest bardzo istotny. Personel z wieloletnim stażem pracy częściej jest narażony na występowanie dyskropatii.

W zdecydowanej większości przypadków zamiana stylu życia, redukcja wagi, fizykoterapia pozwalają odzyskać zdrowie, jednak u części pacjentów, ze względu na stopień zaawansowania lub wielkość zmian zwyrodnieniowych, jedyną szansą na ratunek może być leczenie operacyjne.

Z pomocą przychodzi nam medycyna XXI wieku oferująca bezinwazyjne zabiegi endoskopowe. Obecnie metoda endoskopowej dyscektomii jest popularna i powszechnie stosowana w Japonii, Korei Południowej, w USA, Ameryce Południowej i w Europie Zachodniej. Od stosunkowo niedawna (2003r.) dostępna jest ona także w Polsce.

W wybranych przypadkach zamiast wykonywać tak zwaną „otwartą operację” można poprzez małe nacięcie skóry wprowadzić do wnętrza kręgosłupa endoskop w celu odbarczenia nerwów, a nawet wprowadzenia różnego rodzaju implantów. Operacje takie przeprowadza się w niektórych ośrodkach neurochirurgicznych i ortopedycznych.

Chirurgia endoskopowa gwarantuje małoinwazyjne doj-

ście operacyjne, a średnica pola roboczego minimalnie narusza strukturę mięśniową oraz tkanki miękkie. Chirurg patrzy bezpośrednio w pole operacyjne, stosując dodatkowo mikroskop operacyjny lub okulary (lupy) operacyjne. Dzięki zastosowaniu endoskopu uszkodzenie skóry jest punktowe i praktycznie nie uszkadzane są mięśnie przykręgosłupowe. Narzędzia chirurgiczne wprowadzane są w pole operacyjne poprzez kanały znajdujące się w endoskopie, a chirurg kontroluje zabieg, patrząc na ekran monitora.

Metodą endoskopową najczęściej leczy się wybrane przypadki dyskropatii lędźwiowej, piersiowej i szyjnej. Stosuje się ją także przy zwężaniu otworów międzykręgowych (stenoza otworowa). Szczególnie istotna jest możliwość przeprowadzenia zabiegu u osób, które ze względu na wiek lub inne choroby współistniejące nie mogą mieć wykonanych dużych operacji z zastosowaniem stabilizacji kręgosłupa. Zabieg może być przeprowadzony w znieczuleniu miejscowym, jednak lekarze zdecydowanie częściej używają znieczulenia ogólnego z uwagi na komfort pacjenta.

Zalety chirurgii endoskopowej:

1. Średnica endoskopu jest niewielka, a jego wprowadzenie pod kontrolą skopii rentgenowskiej bezpośrednio w okolicę patologii znacznie ogranicza uraz tkanek. Ograniczenie tego urazu do minimum to mniejsze zmiany w układzie immunologicznym, mniejszy

wpływ na odporność, mniejszy negatywny wpływ na układ krążenia i cały organizm. Minimalizacja urazu to szybsza rehabilitacja i szybszy powrót do aktywnego życia.

2. W endoskopii można dotrzeć do kręgosłupa nawet u bardzo otyłych chorych w kilka minut. Pod kontrolą skopi rentgenowskiej zakładany jest kanał roboczy, który znacznie skraca czas trwania operacji i znieczulenia ogólnego. Dzięki temu, pacjenci lepiej znoszą zabieg.

3. Ciśnienie używanej w trakcie operacji soli fizjologicznej i system ograniczania krwawień powoduje zupełnie minimalną utratę krwi, nawet w trakcie bardzo rozległych operacji endoskopowych kręgosłupa.

4. Dobre uwidocznienie struktur nerwowych ogranicza ich uraz, zmniejszając ilość powikłań związanych z uszkodzeniem opony twardej, krwawieniem czy infekcjami.

5. Wąski kanał roboczy to dużo mniejsze uszkodzenie mięśni okolicy lędźwiowej, co przyspiesza

gojenie i bardzo ogranicza ból pooperacyjny. Po operacji endoskopowej ból kontrolowany jest zwykle za pomocą niewielkich dawek paracetamolu.

Powyższe przewagi techniczne w pełni endoskopowego dostępu w chirurgii kręgosłupa przekładają się dla chorych na:

- skrócony okres pobytu w szpitalu, w optymalnych warunkach do 12 godzin,
- mniejsze ryzyko powikłań,
- znaczne ograniczenie bólu związanego z samą operacją,
- wstaje się bezpośrednio po wybudzeniu ze znieczulenia co ogranicza powikłania związane z leżeniem – szczególnie istotne dla ludzi starszych,
- możliwość operowania starszych pacjentów, nawet obciążonych innymi schorzeniami, które dyskwalifikują ich z konwencjonalnego leczenia,
- skrócenie rekonwalescencji i szybszy powrót do pracy

Zabieg jest refundowany. W prywatnym szpitalu kosztuje 8-10 tys. zł.

Operacje metodą klasyczną wymagają znacznie szerszego dostępu, żeby właściwie uwidocznić operowane struktury kręgosłupa. Związane jest to z większą raną, czasami nawet ponad 10 cm, a co za tym idzie – dużo większym urazem.

Klasyczna disectomia wiąże się z: rozległym dostępem operacyjnym, znacznym spadkiem odporności, istotnym ryzykiem infekcji, w tym neuroinfekcji, istotnym ryzykiem związanym z nieprawidłowym gojeniem się rany, płynotokiem, który wymaga długotrwałego leżenia, istotną utratą krwi, uszkodzeniem mięśni przykręgosłupowych i bliznami w nich, v co powoduje przewlekłe bóle lędźwiowe, złamaniami przestawowymi spowodowanymi tradycyjnymi zgryzaczami kostnymi, co jest kolejną przyczyną bólów pooperacyjnych, późną pionizacją, zwiększonym ryzykiem uszkodzenia struktur nerwowych z powodu braku powiększenia i właściwego oświetlenia, a co za tym idzie – niedowładów i zaburzeń czucia.

Piśmiennictwo:

1. Borzęcki A., Wójtowicz-Chomicz K., Sidor K., Makara-Studzińska M., Borzęcki P., Salasa E., Święs Z.; Leczenie pacjentów z przewlekłą dyskopatią, *Family Medicine & Primary Care Review* 2012, 14, 3: 342–344
2. Bronarski J., Pawłowski W.; Przeszkórna endoskopowa dyscektomia w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, *Ortho & Trauma* 3 (3) 2006: 47-52
3. Czaja E., Kózka M., Burda A.; Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa: *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2012, T 1(3): 92-96
4. Kaliciński M., Zarzycki D., Tęšiorowski M.; Leczenie chirurgiczne dyskopatii piersiowej. *J SPINE SURG* 1 (3) 2012: 71-80.
5. Sawicki K., Łysoń T., Mariak Z.; Przeszkórne metody dekompresji wewnętrznej krążka międzykręgowego w leczeniu bólu dyskogenego. *Post N Med* 2017; XXX(10): 575-580
6. Sienkiewicz Z., Dąbrowska B., Wójcik G., Czarnecka J., Kobos E., Imiela J.; Dyskopatia lędźwiowo-krzyżowa – problem zdrowotny pielęgniarek. *Pielęgniarstwo Polskie* 4 (54) 2014: 308-310.
7. Zyznawska J., Ćwiertnia B., Madetko R.; Dolegliwości bólowe kręgosłupa w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011; 2: 54-59
8. <https://carolina.pl/endoskopowe-leczenie-dyskopatii-bezpieczenstwo-szybki-powrot-zdrowia/>
9. <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/kregoslup-kosci-stawy/operacje-kregoslupa-nowe-metody-leczenia-aa-5Smu-HD3C-qtbm.html>



Z żałobnej karty



Jadwiga Hryńczuk

1946-2019

*„...Zniknęłaś nam z oczu na wieczne sny,
zostawiłaś nam smutek i wieczne łzy...”*

30 stycznia 2019 roku w wieku 72 lat odeszła do wieczności pielęgniarka Jadwiga Hryńczuk.

Ukończyła Liceum Pielęgniarskie w Chełmie w 1967 roku i rozpoczęła pracę w Szpitalu Powiatowym w Radzynie Podlaskim na oddziale Chirurgii. Następnie od 1969 roku pracowała w Ośrodku Zdrowia w Szóstce, a od roku 1985 w Przychodni Rejonowej w Międzyrzecu Podlaskim jako pielęgniarka środowiskowa. Po przejściu na emeryturę, od roku 2000 pracowała w opiece długoterminowej prowadząc Indywidualną Praktykę Pielęgniarską. Jako jedna z pierwszych pielęgniarek miała podpisaną umowę z NFZ i zajmowała się osobami chorymi i niepełnosprawnymi. Opieka i pomoc ludziom chorym, cierpiącym była jej powołaniem i misją.

Była Przede wszystkim pielęgniarką, a następnie żoną, matką, przyjaciółką. Nigdy nie odmawiała pomocy potrzebującym, poświęcając czas swój i rodziny, często o każdej porze dnia i nocy. Była sumiennym, obowiązkowym i cierpliwym człowiekiem. Kochała podróże i odwiedziła wiele miejsc na świecie.

W ostatnim okresie choroby nigdy się nie skarżyła i z pokorą znosiła swoje cierpienie.

Na zawsze pozostaniesz w naszej pamięci i naszych sercach.

*„...Śpieszmy się kochać ludzi.
Tak szybko odchodzą...”*

Wszystkim, którzy w tak bolesnych dla nas chwilach dzielili z nami smutek i żal, okazali wiele serca i życzliwości oraz uczestniczyli w ceremonii pogrzebowej Śp. Jadwigi Hryńczuk znajomym, przyjaciółom, koleżankom i kolegom z NZOZ TŁUŚCIEC, KAMIMED MILANÓW, NZOZ SWORY, ZOL MIĘDZYRZEC PODLASKIEJ, ORPiP w BIAŁEJ PODLASKIEJ, WSZS w BIAŁEJ PODLASKIEJ.

Składa serdeczne bóg zapłać
Córka Renata Oleszczuk z rodziną

<p><i>„Człowiek odchodzi, lecz miłość zostaje, mimo wielkiej rozpaczy pozwala żyć dalej...”</i></p> <p>Pielęgniarce Annie Mierzwińskiej szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci córki Pauliny Składa Zarząd i członkowie Związków Zawodowych Pielęgniarek i Położnych SP ZOZ w Radzynie Podlaskim</p>	<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Pielęgniarce Annie Mierzwińskiej szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci córki Pauliny Składają współpracownicy z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii SP ZOZ w Radzynie Podlaskim</p>	<p><i>„Ci, którzy nas opuścili, nie odeszli, są nadal z nami. Są wciąż obecni, choć niewidzialni...”</i></p> <p>Pielęgniarce Mirosławie Musiatowicz szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci MAMY Składają koleżanki z Bloku Operacyjnego SPZOZ w Radzynie Podlaskim</p>
<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Pielęgniarce Marii Nakoniecznej szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci MAMY Składają koleżanki z Oddziału Kardiologii z pododdziałem Pulmonologicznym SPZOZ w Radzynie Podlaskim</p>	<p><i>„Śmierć tych, których kochamy, zawsze jest przedwczesna...”</i></p> <p>Pielęgniarce Marii Nakoniecznej szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci MAMY Składają koleżanki z Oddziału Psychiatrycznego SPZOZ w Radzynie Podlaskim</p>	<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Pielęgniarce Marii Nakoniecznej szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci MAMY Składają koleżanki z Oddziału Chorób Wewnętrznych SPZOZ w Radzynie Podlaskim</p>
<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Pielęgniarce Barbarze Saleta szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci MAMY Składają koleżanki z Bloku Operacyjnego SP ZOZ w Radzynie Podlaskim</p>	<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Pielęgniarce Izabeli Daniewicz szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci MAMY Składają koleżanki z Bloku Operacyjnego SP ZOZ w Radzynie Podlaskim</p>	<p><i>„Są chwile, by działać, i takie, kiedy należy pogodzić się z tym, co przynosi los”</i></p> <p>Pielęgniarce Annie Rodak szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci TATY Składają koleżanki z Oddziału Psychiatrycznego SP ZOZ w Radzynie Podlaskim</p>
<p><i>„Śmierć tych, których kochamy, zawsze jest przedwczesna...”</i></p> <p>Pielęgniarce Renacie Oleszczuk szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci MAMY składają koleżanki z Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Tuścu</p>	<p><i>„Matka nie odchodzi nigdy. Bez względu na to, co się stało, stoi blisko, tuż za Twoimi plecami. Tylko nie możesz się do Niej przytulić...”</i></p> <p>Pielęgniarce Renacie Oleszczuk szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci MAMY składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej</p>	<p><i>„Ci których kochamy nie umierają nigdy, bo miłość to nieśmiertelność...”</i></p> <p>Pielęgniarce Annie Rodak szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci TATY składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej</p>

ZAPROSZENIE

NA BEZPŁATNĄ KONFERENCJĘ



Mamy zaszczyt zaprosić Państwa na konferencję „Akademia Leczenia Ran”, która odbędzie się w Państwowej Szkole Wyższej w Białej Podlaskiej przy ul. Sidorskiej 95/97, w dniu 25/05/2019

8.30 – 9.00	Rejestracja uczestników
9.00 – 9.45	Wytyczne postępowania miejscowego w ranach zakażonych - prof. Marzenna Bartoszewicz
9.45 – 10.15	Algorytm postępowania w leczeniu owrzodzeń żylnych - lek. med. Grzegorz Głowiński
10.15 – 10.45	URGOTIME - leczenie ran przewlekłych przy pomocy opatrunków w technologii lipidokoloïdowej - Anna Daudzward
10.45 – 11.30	Technologia TLC w praktyce - analiza przypadków - mgr Sylwia Rogowska
11.30 – 12.00	Czysta rana warunkiem powodzenia terapeutycznego - dr n. farm. Przemysław Dalkowski
12.00 – 12.30	Przerwa kawowa
12.30 – 13.00	Zastosowanie kompresjoterapii w leczeniu przewlekłej niewydolności żylniej - mgr Magdalena Binięcka
13.00 – 13.30	Konsultuj zdalnie swoich pacjentów z systemem telemedycznym iWound - Tomasz Kandziara, Marcin Cieślak
13.30 – 14.30	Lunch
14.30 – 16.30	Warsztaty
16.30	Zakończenie warsztatów i rozdanie certyfikatów

ILOŚĆ MIEJSC OGRANICZONA

w celu zarejestrowania swojego uczestnictwa prosimy o kontakt (może być SMS) z p. Adrianą Łaguną pod numerem tel: 519 141 336 [do dnia 17/05/2019](#)
Mile widziane przyniesienie nakrętek po napojach w celu wsparcia chorego na EB Krzysia

PATRONAT HONOROWY

ORGANIZATOR

WSPÓŁORGANIZATORZY



Okręgowy Izba
Pielęgniarek
i Położnych
w Białej Podlaskiej



Państwowa Szkoła
Wyższa im. Papieża
Jana Pawła II
w Białej Podlaskiej



Wydział
Nauk o Zdrowiu
i Nauk Społecznych
PSW

URGO
MEDICAL
Healing people®

B BRAUN
SHARING EXPERTISE
Aesculap Chifa

Pierre Fabre
Médicament

