

PIEŁĘGNIARKA I POŁOŻNA



ISSN 1509-4189
IX-X 2023 (145)

BIULETYN OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W RZESZOWIE

Chcemy zintegrować nasze środowisko

- mówi Barbara Świetlik,
przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Rzeszowie

► 8-9



OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W RZESZOWIE organy VIII kadencji (2023-2027)



Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych (od lewej): Barbara Świetlik, Małgorzata Sowa, Lidia Kopeć, Dorota Liput, Edyta Bernacka

Prezydium Okręgowej Rady

Barbara Świetlik (pielęgniarka) - przewodnicząca,
Małgorzata Sowa (pielęgniarka) - wiceprzewodnicząca,
Lidia Kopeć (położna) - wiceprzewodnicząca,
Dorota Liput (pielęgniarka) - sekretarz,
Edyta Bernacka (położna) - skarbnik.

Członkowie:

Beta Paduch (pielęgniarka),
Agnieszka Trznadel (pielęgniarka),
Renata Florek (pielęgniarka),
Marzanna Kochowska (pielęgniarka),
Marta Pieczonka (pielęgniarka),
Beata Orłowska (pielęgniarka),
Barbara Hołody (pielęgniarka),
Lucyna Bródka (pielęgniarka),
Elżbieta Rynkar (położna).

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych

Pielęgniarki:

Jadwiga Brożyniak,
Lucyna Bródka,
Anetta Dec-Pindlowska,
Grażyna Dziadosz,
Renata Florek,
Angelika Gawęł,
Barbara Hołody,
Marzanna Kochowska,
Dorota Liput,
Mateusz Miller,
Beata Orłowska,
Agnieszka Ozga,
Beata Paduch,
Katarzyna Paško-Bednarek,
Marta Pieczonka, Dorota Podolec,
Małgorzata Sowa,
Marzena Szczęch,

Anna Totoń,
Agnieszka Trznadel,
Elżbieta Zajac.
Położne:
Edyta Bernacka,
Lidia Kopeć,
Elżbieta Rynkar.

Okręgowa Komisja Rewizyjna

Elżbieta Sułyk - przewodnicząca

Członkowie:

Renata Bizoń,
Natalia Głogowska,
Barbara Róg,
Beata Stanio.

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych

Irena Perłowska - przewodnicząca.

Członkowie:

Elżbieta Braniewska,
Dorota Gajda,
Kinga Harpula,
Bernarda Krupczak,
Anna Matłok,
Urszula Pieczonka,
Małgorzata Rębisz Drozdowska,
Krystyna Sondej,
Alicja Szczepańska.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Monika Jaskot

Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

Anna Cieśla-Hop,
Karolina Ciebień,
Albina Dul,
Dorota Fronc,
Anna Kobosz,

Katarzyna Sudoł,
Renata Trzyna,
Agnieszka Wróbel.

Delegaci na Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych:

Grażyna Aksamił,
Edyta Bernacka,
Jadwiga Brożyniak,
Anetta Dec-Pindlowska,
Anita Drażek,
Marzanna Kochowska,
Lidia Kopeć,
Teresa Kuziara,
Beata Orłowska,
Marta Pieczonka,
Joanna Przybek Mita.

Komisje i zespoły powołane na posiedzeniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych 2 czerwca 2023 roku

- ▶ Zespół Pielęgniarek Rodzinnych
- ▶ Zespół Położnych Rodzinnych
- ▶ Komisja ds. Etyki Zawodowej
- ▶ Zespół Pielęgniarek Opieki Długoterminowej
- ▶ Zespół Pielęgniarek Psychiatrycznych
- ▶ Zespół Pielęgniarek Epidemiologicznych
- ▶ Zespół Pielęgniarek Opieki Paliatywnej
- ▶ Komisja ds. spraw kształcenia
- ▶ Zespół Położnych Klinicznych
- ▶ Zespół Pielęgniarek Klinicznych i Operacyjnych
- ▶ Komisja historyczna
- ▶ Zespół ds. edukacji diabetologicznej

**PIELĘGNIARKA I POŁOŻNA. Biuletyn
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Rzeszowie**

REDAKTOR NACZELNA
Małgorzata Sowa, izba.biuletyn@gmail.com

WYDAWCA
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Rzeszowie, ul. Rymanowska 3, 35-083
Rzeszów. Biuro czynne od poniedziałku do
piątku w godz. 8-16, www.oipip.rzeszow.pl,
biuro@oipip.rzeszow.pl

SEKRETARIAT
tel. +48 17 77 88 483, fax +48 17 77 88 484,
tel. kom +48 608 340 558

DZIAŁ PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
tel. +48 17 77 88 485

NUMER KONTA (składki członkowskie)
Santander Bank Polska
03 1500 1100 1211 0005 5678 0000

RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH
tel. +48 17 77 88 490 (dyżur 2 i 4 środa
miesiąca w godz. 14.00 – 16.00)

OKRĘGOWA KOMISJA REWIZYJNA
tel. +48 17 77 88 491

OKRĘGOWY SĄD PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH
tel. +48 17 77 88 315

PROJEKT GRAFICZNY I SKŁAD
Redaktor Oipip, redaktor.oipip@o2.pl

DRUK
ad Studio

NAKLAD
800 egzemplarzy, pismo rozprowadzane
nieodpłatnie wśród pielęgniarek i położnych.
Wydawca i redakcja nie ponoszą
odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń.

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy.

W codziennej pracy zawodowej to Wy, pielęgniarki, pielęgniarze i położne, jesteście odbiorcami żalu, rozgoryczenia, bólu, cierpienia, niezadowolenia, jesteście świadkami kalectwa, niepełnosprawności – tym samym stanowiące wsparcie, dajecie pocieszenie chorym. Wasza wiedza, umiejętności, postawa sprawiają, że pacjenci mogą czuć się bezpiecznie. Bo przecież nic nie jest w stanie zastąpić profesjonalnej opieki pielęgniarskiej, położniczej, słów, gestów. Żaden, nawet najnowocześniejszy, sprzęt nie zdoła zastąpić empatii i współczucia dla pacjenta, który szuka zrozumienia i emocjonalnego wsparcia.

W tej trudnej i odpowiedzialnej pracy zawsze możecie liczyć na nas - samorząd pielęgniarek i położnych. Reagujemy na sygnały, interweniuje, udzielamy pomocy, dofinansowujemy poniesione koszty kształcenia przed- i podyplomowego, uczestnictwa i organizowania konferencji, zgodnie z przyjętym przez Radę OIPiP w Rzeszowie regulaminem dofinansowań i pomocy socjalnej.

Sukces wykuwa się pracą, a współpracę umożliwia dobra komunikacja. Dlatego też - aby udoskonalić naszą komunikację - zmieniliśmy nasze pismo środowiskowe, a lada dzień zobaczycie naszą nową stronę internetową.

W nowej odsłonie biuletynu samorządu pielęgniarek i położnych znajdziecie m.in. relacje z najważniejszych wydarzeń, sprawozdania z prac samorządu, informacje organizacyjne, ważne dla naszego środowiska stanowiska i opinie, a także porady prawne. Polecam dział "Od teorii do praktyki", w którym publikujemy artykuły odnoszące się do codziennej praktyki pielęgniarskiej i położniczej. Serdecznie dziękuję autorom za podzielenie się swoją wiedzą i mam nadzieję na kontynuację naszej współpracy.

"Pielęgniarka i Położna - Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie" to pismo o Was, dla Was i z Waszym udziałem. Zapraszam do jego współtworzenia. Piszcie do nas, opowiadajcie o swoich pasjach i zainteresowaniach (jak nasza koleżanka instrumentariuszka z Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie, z którą rozmawiamy na str. 22-23), dzielcie się opiniami, chwalcie się swoimi sukcesami.

Barbara Świetlik
przewodnicząca ORPiP w Rzeszowie

DOŁĄCZ DO GRONA NASZYCH AUTORÓW

Masz pomysł na artykuł? Chcesz napisać o czymś ciekawym, ważnym dla naszego środowiska, a może przydatnym w codziennej pracy pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych? Zapraszamy!

- ▶ tekst należy napisać w popularnym formacie Word lub TXT (uwaga, nie stosujemy żadnych wyróżnień, akapitów);
- ▶ objętość: maksymalnie do 8-10 tysięcy znaków ze spacjami;
- ▶ przesłany tekst powinien być podpisany imieniem i nazwiskiem autora, proszę też podać tytuł zawodowy lub naukowy,

stanowisko i miejsce pracy (do wiadomości redakcji telefon kontaktowy);

- ▶ autorów zachęcamy do przesłania swojej fotografii – tzw. główki, czyli portretu (twarz wraz z ramionami); zdjęcie takie można wykonać zwykłym smartfonem w dobrych warunkach oświetleniowych, najlepiej bokiem do źródła światła, np. padającego z okna na lewy lub prawy policzek;
- ▶ przyjmujemy do publikacji tylko materiały autorskie (dzieło autora); jeśli autor korzystał ze źródeł, należy wyszczególnić pod tekstem bibliografię;
- ▶ redakcja zastrzega sobie prawo do

redagowania nadesłanych publikacji, m.in. skracania i zmiany tytułu, niezamówionych materiałów nie zwracamy;

- ▶ zdjęcia do artykułów powinny być w formacie JPG lub TIF o rozdzielczości 300 DPI (prosimy o podanie autora zdjęcia i opisanie, kto lub co znajduje się na przesłanej fotografii);
 - ▶ teksty i zdjęcia proszę przysyłać e-mailem na adres: izba.biuletyn@gmail.com
- zastrzegamy sobie prawo do odmowy publikacji przesłanych treści bez podania powodu; przyjęcie treści do publikacji w biuletynie potwierdzamy e-mailem.



Fot. Michał Świecki, Uniwersytet Rzeszowski

WYDARZENIA

5 Wręczenie czepków pielęgniarskich w Rzeszowie (fot. powyżej) i Tarnobrzegu

6-7 Licencjaci pielęgniarstwa opuścili mury WSiIZ w Rzeszowie

SAMORZĄD

8-9 Chcemy zintegrować nasze środowisko - rozmowa z Barbarą Świetlik, przewodniczącą OIPIP w Rzeszowie

10-11 Sprawozdanie z prac Rady i Prezydium OIPIP w Rzeszowie

12-13 - Stanowiska Prezydium OIPIP w Rzeszowie, Prezydium i Rady NIPiP

14 Wysokość składek członkowskich

OD TEORII DO PRAKTYKI

15 Zaburzenia statyki kobiecych narządów miednicy mniejszej (zsknmm)

16-17 Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie

18-19 Specyficzne problemy w chirurgii noworodka

20-21 Bezpłatne szczepienia dwunasto- i trzynastolatków przeciw HPV

PASJE

22-23 Bożena Surlas, specjalistka pielęgniarstwa operacyjnego Bloku Operacyjnego Ogólnego KSW nr 2 w Rzeszowie opowiada o swoich wspinaczkach w górach



OPINIE

24 Przygotowanie rąk personelu do pracy

PRAWO

26-27 Opinia prawna na temat wystawiania recept pro auctore oraz pro familiae

28-29 Ważne terminy: przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, opiekun faktyczny

POŻEGNANIA

30-31

Reklamy na stronach 25 i 32

Pielęgniarskie ślubowanie na Uniwersytecie Rzeszowskim



Fot. Michał Święcicki/UR

48 absolwentek i absolwentów trzyletnich studiów na kierunku pielęgniarstwo w Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego otrzymało dyplomy licencjata i złożyło ślubowanie. Uroczystość odbyła się 21 lipca w Auli Głównej UR.

Zwyczaj nadania czepków pielęgniarzkich kultywowany jest tu od 2020 r. Tradycja czepkowania, symbolizująca przyjęcie do zawodu pielęgniarzek i pielęgniarzy, ma swoje początki w 1911 r.

Młode pielęgniarki i pielęgniarze mogą rozpocząć pracę zawodową i kontynuować kształcenie na dwuletnich studiach magisterskich.

W uroczystym czepkowaniu wzięła udział Barbara Świetlik, przewodnicząca ORPiP w Rzeszowie. Życzyła pielęgniarkom i pielęgniarzom dalszego zgłębiania wiedzy, a także satysfakcji z wykonywania pięknego i wymagającego zawodu.

UR kształci kadry pielęgniarskie od 2004 r.

Czepkowanie młodej kadry w murach tarnobrzesckiej PWSZ

Tzw. czepkowanie odbyło się w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Tarnobrzegu 11 lipca. Dyplomy licencjata pielęgniarstwa otrzymało 35 pań i 2 panów.

- Czepek, który dzisiaj otrzymujecie, kształtuje wizerunek pielęgniarki. Stanowi ważny element komunikacji społecznej. Jest symbolem profesjonalnego pielęgniarstwa - zaznaczyła w swoim

wystąpieniu Barbara Świetlik, przewodnicząca ORPiP w Rzeszowie.

W tym roku mury siedmiu podkarpackich uczelni (WSliZ, UR, PWSTE w Jarosławiu, PANS w Krośnie, PWSW w Przemyślu, UP im. Jana Grodka w Sanoku, PWSZ w Tarnobrzegu) opuściło ponad 300 absolwentów studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo.



180 uczestników zgromadziła I Podkarpacka Konferencja „Pielęgniarstwo, Położnictwo, Fizjoterapia w praktyce”, która odbyła się 23 czerwca w auli Uniwersytetu Rzeszowskiego. Konferencję zorganizowały Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP) O. Rzeszów wspólnie z Polskim Towarzystwem Fizjoterapii i Instytutem Nauk o Zdrowiu UR, pod patronatem honorowym OIPIP w Rzeszowie.

Mgr Bożena Pikula mówiła o wpływie każdego członka zespołu medycznego na osiągnięcie wspólnego celu terapeutycznego. Dr n. med. Małgorzata Marć omówiła przyczyny, profilaktykę oraz działania prozdrowotne w odniesieniu do zespołów bólowych kręgosłupa u pielęgniarek.

Dr n. o zdr. Joanna Trawińska mówiła o problemach uroginekologicznych kobiet. Dr hab. n. o zdr. Edyta Barnaś, prof. UR, wskazała na problemy

I Podkarpacka Konferencja „Pielęgniarstwo, Położnictwo, Fizjoterapia w praktyce”



Jedną z atrakcji towarzyszących konferencji była wystawa malarstwa Krystyny Perlak „Kobieta z pasją o wielu twarzach” (artystka uwieczniła na swoich obrazach pielęgniarki i położne). Od lewej: Barbara Świetlik, Ewa Nieznańska, Katarzyna Mikłasz, Krystyna Knutel "Perlak", Małgorzata Zatorska-Zoła, Monika Gniewek, Edyta Bernacka, Bożena Surowiec, Anna Szpunar, Anna Solarz, Aleksandra Demkowicz

kobiet w wystąpieniu pt. "Menopauzalny zespół moczowo-płciowy". Mgr Krystyna Krygowska mówiła o dolegliwościach bólowych miednicy mniejszej.

Referat pt. "Nietrzymanie moczu u mężczyzny przedstawił dr n. med. Krzysztof Balawender, zaś mgr Mateusz Znamirowski mówił o możliwościach fizjoterapeutycznych w leczeniu nietrzymania moczu. Dr hab. Katarzyna Walicka-Cupryś, prof. UR Renata Kielar i mgr Katarzyna Ślęmp zaprezentowały temat "Fizjoterapia w uroginekologii, położnictwie i proktologii". Analizę porównawczą pielęgniarstwa w Polsce i na świecie przedstawiła dr n. hum. mgr piel. Joanna Przybek – Mita.

Konferencja spotkała się z bardzo pozytywnym odzewem. To dla naszego środowiska ogromna motywacja do tworzenia takich spotkań w kolejnych latach.

WYDARZENIA



Fot. (7) Mariusz Guzek/WSliZ

Absolwenci WSliZ w Rzeszowie po raz

mgr **MARTYNA HOCZELA**, opiekun kier. Pielęgniarstwo
PATRYCJA CZOPIK, studentka pielęgniarstwa
Zakład Pielęgniarstwa, Kolegium Medyczne,
Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania
w Rzeszowie

Pielęgniarstwo jest fundamentem dla całego naszego społeczeństwa jako wspólnoty, bo każdy z nas, wcześniej lub później, w większym lub mniejszym zakresie, doświadczy choroby i cierpienia, i będzie potrzebować wówczas opieki, pielęgnacji oraz leczenia - zaznaczył na wstępie uroczystości rektor Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie dr hab. prof. WSliZ Andrzej Rozmus. 15 września w auli im. prof. Jerzego Chłopeckiego wybrzmiały słowa hymnu pielęgniarstwa. Po raz pierwszy w historii uczelni prawie 40 absolwentów odebrało uroczyste dyplomy licencjata pielęgniarstwa.

Ceremonia wręczenia dyplomów absolwentom pielęgniarstwa celebrowana jest na całym świecie. To symboliczne potwierdzenie umiejętności i wiedzy zdobytej w trakcie wieloletniego wysiłku edukacyjnego. Historia ceremonii wręczenia dyplomów pielęgniarstwa ma swoje korzenie w XIX wieku, kiedy to Florence Nightingale, znana jako matka pielęgniarstwa, wprowadziła nowoczesne standardy opieki pielęgniarstwa i tradycję wręczenia dyplomów pielęgniarstwa na zakończenie edukacji, co stało się pierwowzorem współczesnych ceremonii wręczenia dyplomów.

Pierwszą podniosłą chwilą było uformowanie orszaku rozpoczynającego ceremonię w kolejności: Poczta WSliZ, Poczta Okręgowej Izby Pielęgniarek

Położnych i w Rzeszowie, mgr Martyna Hoczela - opiekun kierunku Pielęgniarstwo WSliZ, mgr Karolina Sitarz i mgr Małgorzata Szczęch-Janda - koordynatorzy kształcenia praktycznego na kierunku Pielęgniarstwo WSliZ, mgr Elżbieta Przyboś, mgr Barbara Świetlik - przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek Położnych i w Rzeszowie, prodziekan ds. pielęgniarstwa - mgr Katarzyna Wyczarska-Dziki, prodziekan kolegium mediów i komunikacji cyfrowej - dr Barbara Przywara, dziekan kolegium medycznego - prof. Z. Nizioł-Łukaszewska, prorektorka ds. nauczania - dr Małgorzata Gosek, rektor - prof. Andrzej Rozmus oraz wiceprezydent - dr Wergiliusz Gołąbek. Symbole (czepek pielęgniarstwa, Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej, kaganek oświaty) wnieśli studenci z krajów afrykańskich, którzy studiuje na anglojęzycznym kierunku Pielęgniarstwo WSliZ.

Barbara Świetlik, przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wspomniała profesjonalizm, jakim wykazała się kadra dydaktyczna WSliZ podczas pandemii COVID 19. - Wyrazy szacunku kieruję do wszystkich, którzy przyczynili się do przekazania



pierwszy odebrali symboliczne czepki

Czepek w przeszłości miał znaczenie funkcjonalne, obecnie ma znacznie symboliczne – oznacza profesjonalizm, pokorę i chęć niesienia pomocy innym. Od 1991 pielęgniarki nie mają obowiązku noszenia czepka, jednak stanowi on integralną część stroju galowego. Lampka oliwna Florence Nightingale - symbolizuje nadzieję, opokę, niezawodność, życzliwość oraz ciepło pielęgniarki jako osoby niosącej pomoc chorym. Kodeks etyki pielęgniarskiej stanowi moralny drogowskaz postępowania zawodowego. Przedstawia on działania i postawy jakie powinny prezentować osoby wykonujące zawód pielęgniarski.

wiedzy, umiejętności i kształcenia podstaw kolejnej grupy pielęgniarskiej, jak również do dyrektorów szpitali, przedstawicieli organów założycielskich i naczelnych pań

pielęgniarek – podkreśliła Barbara Świetlik.

Wszyscy absolwenci kierunku Pielęgniarstwo złożyli ślubowanie, a także otrzymali kodeksy pielęgniarskie, czepki i przypinki pielęgniarskie. - Jesteście pierwszym i wyjątkowym rocznikiem, będziemy was zawsze pamiętać. Studiowaliście w czasach pandemii COVID 19, która była dla was prawdziwym życiowym egzaminem. Pomimo trudu, jakim naznaczony był ten czas, nie poddaliście się i z sukcesem zakończyliście studia – jesteśmy z was dumni - mówiła do absolwentów Katarzyna Wyczarska-Dziki, prodziekan ds. kierunku Pielęgniarstwo.

Dr Małgorzata Zatorska-Zoła, przewodnicząca Polskiego Towarzystwa

Pielęgniarskiego (Oddział Rzeszów) w okolicznościowym wykładzie mówiła o powołaniu i zawodowych wyzwaniach. - Nasi absolwenci kończąc tę uczelnię, te studia, wiedzą doskonale, że przez dziesiątki lat, aż do utworzenia w 1860 roku pierwszej szkoły dla pielęgniarek, opiekowanie i pielęgnowanie chorych nie wymagało jakiegokolwiek przygotowania fachowego. Obecnie jest to taki zawód, do którego należy być świetnie przygotowanym fachowcem i należy nieustannie się doskonalić – zaznaczyła dr Zatorska-Zoła.

Część artystyczną wypełnił występ zespołu „Acoustic Space”. Po części oficjalnej odbył się toast z władzami uczelni oraz poczęstunek. ■

PODZIĘKOWANIE

W imieniu absolwentów oraz społeczności akademickiej Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania składam serdeczne podziękowania na ręce Pani mgr Barbary Świetlik – Przewodniczącej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie za patronat nad uroczystością i dar czepków – symboli pielęgniarskich, bez których ta uroczystość nie byłaby taka sama.

*mgr Martyna Hoczela
opiekun kierunku Pielęgniarstwo WSIiZ*



Pielęgniarka jest dziś mocno obciążona obowiązkami

- Są regiony, gdzie brak pielęgniarek jest już bardzo odczuwalny. Np. jeden ze szpitali wykupiony przez grupę AHP, realizujący kontrakt z NFZ, od dwóch lat boryka się z pozyskaniem kadry. Rekrutuje pielęgniarki w naszym regionie - mówi Barbara Świetlik, przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie

Jest coś, co szczególnie nurtuje dziś środowisko pielęgniarek i położnych?

Barbara Świetlik: - Tak, są to dysproporcje wynagrodzeń. Pielęgniarki i położne, które pracują na takich samych lub podobnych stanowiskach, wykonujące te same obowiązki, wynagradzane są inaczej dlatego, że pracują w różnych placówkach medycznych.

Z czego wynikają te dysproporcje?

Pielęgniarki zatrudnione w szpitalach i przychodniach są pracownikami ochrony zdrowia, a ich wynagrodzenia finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Domy Pomocy Społecznej, nadzorowane przez Ministerstwo Rodziny i

Polityki Społecznej, nie są zakładami opieki zdrowotnej, lecz jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej. Z tego powodu pielęgniarki z domów pomocy społecznej nie otrzymały podwyżek, które ustawowo otrzymały ich koleżanki, pracujące w niektórych placówkach ochrony zdrowia. Ta sytuacja utrzymuje się już od wielu lat. Nie wszyscy pracodawcy realizują ustawę o minimalnym wynagrodzeniu. To rodzi poczucie niedowartościowania i podziały w naszym środowisku.

Szpitala też płacą różnie za pracę pielęgniarek i położnych. Duże są różnice?

Szpitala i inne placówki medyczne stosują różne dodatki, np. wysługę lat, za pracę w godzinach nocnych, świątecznych, fundusz świadczeń pracowniczych. Różnice wynikają także z braku uznania, proporcjonalnie do nabytych kwalifikacji i kompetencji, wynagrodzeń za pracę przy wykorzystaniu potencjału doświadczenia zawodowego nabytego w długoletniej pracy zawodowej. Dysproporcje wynikają z kłopotów finansowych placówek medycznych, taką zwrótną informację uzyskują pielęgniarki i położne od swoich pracodawców.

System wynagradzania pielęgniarek i położnych premiuje wykształcenie wyższe i posiadanie specjalizacji. To rodzi poczucie niesprawiedliwości u pielęgniarek, które nie mają wykształcenia wyższego, ale jednocześnie mają atut w postaci długoletniego doświadczenia.

Jest to krzywdzące dla osób, które z różnych powodów nie ukończyły studiów I czy II stopnia. Ich doświadczenie zawodowe, profesjonalizm są pomocne we wprowadzaniu do zawodu młodych adeptów sztuki pielęgniarstwa i położnictwa - praktyka czyni mistrza. Spotkałam koleżankę położną na emeryturze - pracującą, która miała wprowadzić młodszą koleżankę położną do zawodu. Ma doświadczenie w prowadzeniu porodu, przyjęła na świat setki nowych istot. Młoda położna po studiach przyznała, że brak jej doświadczenia praktycznego, ponieważ nie prowadziła rodzącej. Zdobywała umiejętności w pracowni symulacji na fantomie.

Czy w sprawie zróżnicowania płac da się coś zmienić?

Z tego, co wiem, Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych złożył wniosek o zmodyfikowanie systemu wynagrodzeń. Chodzi przede wszystkim o zmniejszenie dysproporcji w placach. Ale ponieważ dziś wszyscy pochłonęci są zbliżającymi się wyborami parlamentarnymi, na ewentualne zmiany trzeba będzie poczekać.

Na Podkarpaciu mamy dość dobrą sytuację, jeśli chodzi o liczbę pielęgniarek. W większych miastach i na zachodzie Polski jednak pielęgniarek już brakuje.

Do kwietnia pracowałam w Polsko-Amerykańskich Klinikach Serca, gdzie pracują pielęgniarki w różnych

częściach kraju. Są regiony, gdzie brak pielęgniarek jest już bardzo odczuwalny. Np. jeden ze szpitali wykupiony przez grupę AHP, realizujący kontrakt z NFZ, od dwóch lat boryka się z pozyskaniem kadry w północno-zachodniej Polsce. Rekrutuje pielęgniarki w naszym regionie.

A jak jest z dopływem świeżej krwi do zawodu na Podkarpaciu?

Na ostatnim posiedzeniu Prezydium ORPiP w Rzeszowie przyznaliśmy 150 praw wykonywania zawodu absolwentom licencjackich studiów pielęgniarskich. Wpływają kolejne wnioski. Myślę, że do końca roku nadamy tych uprawnień ponad 200, czyli podobnie jak w ubiegłym roku. To uprawnienia nadawane przez naszą izbę. Na Podkarpaciu takie uprawnienia nadają też izby w Krośnie i Przeworsku.

Czy młode pielęgniarki i pielęgniarze uciekają nam za granicę?

Kilka osób prosiło o rekomendacje do pracy w krajach poza Unią Europejską. Nie mamy exodusu pielęgniarek na Zachód.

Mamy za to niepokojąco rosnący średni wiek polskiej pielęgniarki, który wynosi już...

54 lata i wciąż rośnie. Na szczęście nie wszystkie pielęgniarki są zainteresowane przejściem na emeryturę w wieku ustawowym i kontynuują pracę. Część koleżanek nabywa świadczenia emerytalne i korzysta z przywileju emeryta.

Pozycja pielęgniarki na Zachodzie jest o wiele wyższa niż w Polsce.

Ale obciążenie psychiczno-finansowe też jest duże. Mam koleżę, który wyjechał 30 lat temu do USA. Jedną z jego córek jest pielęgniarką, druga fizjoterapeutką. Ta, która pracowała jako pielęgniarka w szpitalu, po ośmiu latach zmieniła pracę. Z powodu zbyt dużego obciążenia i właśnie odpowiedzialności - roszczeń odszkodowawczych ze strony pacjenta, egzekwowanych poprzez firmy ubezpieczeniowe.

Pielęgniarek jest więcej niż lekarzy. Nie uważa pani, że przekazanie niektórych kompetencji lekarskich pielęgniarkom wpłynęłoby na poprawę funkcjonowania naszego systemu ochrony zdrowia?

Owszem, wiąże się z tym odpowiedni

spół sposób gratyfikacji po dostosowaniu nowych przepisów prawnych. Trzeba jednak pamiętać, że pielęgniarka jest dziś mocno obciążona obowiązkami. Jest tego sporo: technicyzacja, zmieniające się warunki pracy, system informatyczny, który działa lepiej lub gorzej, a brakuje chociażby tabletów, na których pielęgniarki mogłyby wprowadzać dane, a nie notować na kartce, a później wpisywać gdzieś na komputerze, który akurat się zwolni. W międzyczasie trzeba odebrać telefony czy prowadzić edukację, udzielić informacji rodzinie pacjenta, zebrać wywiady, zrealizować zlecenia, kwalifikować pacjenta do odpowiedniej grupy. Różne systemy związane z ewidencją leków ich zamiennikami też nie ułatwiają pracy. Samodzielność zawodu wiąże się z odpowiedzialnością, wiedzą praktyczną, który zachowuje zasady proporcjonalności i nie zaburza poczucia sprawiedliwości.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie zrzesza ok. 12 tys. pielęgniarek i 1500 położnych. Mimo że położnych jest zdecydowanie mniej, to właśnie one są zagrożone utratą miejsc pracy.

Z powodu małej liczby urodzeń likwidowane lub łączone są oddziały położnicze. A to wiąże się z redukcją zatrudnienia. Ostatnio na posiedzeniu Rady Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych miała miejsce dyskusja na temat konieczności wdrożenia programu uzupełnienia kompetencji, który umożliwiłby położnym przekwalifikowanie się na pielęgniarki.

Pielęgniarka jest dziś mocno obciążona obowiązkami. Jest tego sporo: technicyzacja, zmieniające się warunki pracy, system informatyczny, który działa lepiej lub gorzej, a brakuje chociażby tabletów, na których pielęgniarki mogłyby wprowadzać dane, a nie notować na kartce, a później wpisywać gdzieś na komputerze, który akurat się zwolni

Z czym pielęgniarki i położne zwracają się najczęściej do Izby w Rzeszowie?

Najczęściej trafiają do nas wnioski o dofinansowanie do kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego: w zakresie pozyskania nowych kompetencji zawodowych przez pielęgniarki i położne, czyli specjalizacje, studia II stopnia, podyplomowe, doktoranckie, habilitacje, kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, udział w konferencjach na szczeblu ogólnopolskim czy europejskim. Udzielamy też pomocy losowej, socjalnej jak dofinansowanie do zakupu okularów czy zabiegów rehabilitacyjnych. Świadczenia są obwarowane regularnością w opłacaniu składek członkowskich. Oczywiście w każdą środę w godz. 12-16 do dyspozycji pielęgniarek i położnych jest nasz prawnik.

Co wybrane wiosną władze OIPIP w Rzeszowie chcą jeszcze zrobić dla swoich pielęgniarek i położnych?

Zależy nam na tym, aby bardziej zintegrować nasze środowisko. Będziemy aranżować więcej spotkań, konferencji przy współpracy z Uniwersytetem Rzeszowskim. Chcemy za podpowiedzią koleżanek zorganizować wycieczki celem przegadania spornych kwestii, wymiany doświadczeń, diagnozowaniu potrzeb. Chodzi o okazje do wspólnego spędzenia czasu, zabawy, rozmowy. Czy będą to uczestnicy ze Stalowej Woli, Tamobręga, Niska, Kolbuszowej, Dynowa czy Dębicy, Ropczyc, Mielca, Sędziszowa Małopolskiego, Rzeszowa, Łącuta, Strzyżowa i innych miejscowości (teren działania naszej Izby) - chcemy, by wszędzie był słyszalny jeden głos naszego środowiska.

Rozmawiamy na łamach biuletynu, który w niczym nie przypomina tego starego. Skąd ta zmiana?

Koleżanki i koledzy sygnalizowali nam pilną potrzebę zmian. Było wyraźne oczekiwanie, że nasze pismo środowiskowe podniesiemy na wyższy poziom, tak pod względem treści, jak i formy. Pracowaliśmy nad tym od kilku miesięcy. Mam nadzieję, że czytelnicy zauważą i docenią zmiany. Odpowiadając na potrzeby naszego środowiska, zmieniliśmy też naszą stronę internetową. A wszystko po to, by jeszcze lepiej komunikować się z pielęgniarkami i położnymi zrzeszonymi w naszej Izbie. ■

Sprawozdanie z prac Rady i Prezydium OIPiP w Rzeszowie

(uchwały o przyznaniu finansowania podjęte w okresie od 15.04 do 28.09 2023 r.)

Rada 15.04.2023 r.

- specjalizacja rodzinna 1 osoba,
- specjalizacja operacyjna 3 osoby,
- Specjalizacja onkologiczna 5 osób,
- specjalizacja chirurgiczna 9 osób,
- specjalizacja op. długoterminowej 1 osoba,
- studia I stopnia 6 osób,
- kurs kwalif. ochrona zdr. pracujących 1 osoba,
- kurs specjalistyczny wykonanie bad. spirometr. 1 osoba,
- kurs specjalistyczny żywienie dojelitowe i pozajelitowe 1 osoba,
- kurs specjalistyczny wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograf. 9 osób,
- kurs specjalistyczny podstawy op. paliatywnej 8 osób,
- kurs specjalistyczny szczepienia ochronne 5 osób,
- kurs specjalistyczny leczenia ran 13 osób,
- kurs specjalistyczny ordynowanie leków i wypisywanie recept 40 osób,
- kurs dokształcający opieka nad pacjentem z portem 19 osób,
- kurs dokształcający pozycje wertykalne w... 3 osoby,
- konferencje 3 osoby,
- rehabilitacja 16 osób,
- emerytura 39 osób,
- zapomogi losowe 7 osób,
- okulary 36 osób.

Prezydium 11.05.2023 r.

- studia pomostowe - 6 osób,
- specjalizacja onkologiczna - 6 osób,
- specjalizacja neonatologiczna – 3 osoby,
- specjalizacja pediatryczna – 2 osoby,
- specjalizacja długoterminowa – 13 osób,
- specjalizacja chirurgiczna – 28 osób,
- specjalizacja internistyczna – 36 osób,
- kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo operacyjne dla położnych – 2 osoby,
- kurs specjalistyczny ordynowanie leków – 23 osoby,
- kurs specjalistyczny podstawy opieki paliatywnej – 2 osoby,
- kurs specjalistyczny spirometria – 2 osoby,
- kurs specjalistyczny dializoterapia – 4 osoby,
- kurs specjalistyczny EKG – 8 osób,
- kurs specjalistyczny leczenie ran – 26 osób,
- kurs specjalistyczny opieka nad pacjentem z portem naczyniowym – 7 osób,
- kurs dokształcający pozycje wertykalne – 11 osób,
- kurs specjalistyczny szczepienia ochronne – 1 osoba,
- konferencje – 6 osób,
- emerytura – 44 osoby,
- rehabilitacja – 22 osoby,
- zapomogi losowe – 6 osób,
- okulary – 59 osób.

Rada 01.06.2023 r.

- studia podyplomowe – 1 osoba,
- specjalizacja opieki paliatywnej - 1 osoba,
- specjalizacja epidemiologiczna – 1 osoba,
- specjalizacja internistyczna – 5 osób,
- specjalizacja rodzinna dla pielęgniarek – 10 osób,
- specjalizacja chirurgiczna – 1 osoba,
- specjalizacja operacyjna – 4 osoby,
- kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo operacyjne dla położnych - 3 osoby,
- kurs specjalistyczny podstawy opieki paliatywnej dla pielęgniarek – 11 osób,
- kurs specjalistyczny szczepienia ochronne dla piel. – 2 osoby,
- emerytura – 11 osób,
- rehabilitacja – 17 osób,
- specjalizacja neonatologiczna – 2 osoby,
- zapomoga losowa – 3 osoby,
- okulary – 27 osób.

Prezydium 20.06.2023 r.

- studia podyplomowe i st. – 1 osoba,
- specjalizacja operacyjna – 12 osób,
- specjalizacja opieki paliatywnej – 1 osoba,
- specjalizacja pediatryczna – 1 osoba,
- kurs kwalifikacyjny w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących dla pielęgniarek – 1 osoba,
- kurs specjalistyczny podstawy opieki paliatywnej – 14 osoby,
- kurs specjalistyczny EKG – 1 osoba,
- kurs specjalistyczny leczenia ran – 4 osoby,
- kurs specjalistyczny szczepienia ochronne – 13 osób,
- kurs specjalistyczny ordynowanie leków – 2 osoby,
- kurs dokształcający kinesotaping w okresie ciąży i płodu – 3 osoby,
- konferencje – 17 osób,
- zapomoga na niepełnosprawność dziecka – 1 osoba,
- rehabilitacja – 28 osób,
- zapomogi losowe – 7 osób,
- okulary – 24 osoby.

Prezydium 17.07.2023 r.

- studia podyplomowe – 1 osoba,
- studia I st. – 2 osoby,
- studia II st. – 7 osób,
- specjalizacja zdrowie publiczne – 1 osoba,
- specjalizacja ochronna zdrowia pracujących – 1 osoba,
- specjalizacja opieki paliatywnej – 1 osoba,
- specjalizacja pediatryczna – 1 osoba,
- specjalizacja chirurgiczna – 3 osoby,
- specjalizacja internistyczna – 16 osób,
- specjalizacja operacyjna – 3 osoby,
- kurs kwalifikacyjny ochrona zdrowia pracujących – 1 osoba,
- kurs specjalistyczny EKG – 7 osób,

- edukator w cukrzycy – 1 osoba,
- kurs specjalistyczny RKO – 3 osoby,
- kurs specjalistyczny leczenia ran – 27 osób,
- kurs specjalistyczny szczeniaka ochronne – 1 osoba,
- kurs kwalifikacyjny piel. operacyjne dla położnych – 1 osoba,
- kurs specjalistyczny monitorowanie płodu – 1 osoba,
- konferencje – 4 osoby,
- rehabilitacja – 23 osoby,
- zapomogi dla niepełnosprawnego dziecka – 3 osoby,
- zapomogi losowe – 7 osób.

Prezydium 17.08.2023 r.

- studia II st. – 16 osób,
- studia pomostowe – 2 osoby,
- specjalizacja pediatryczna – 1 osoba,
- specjalizacja internistyczna – 2 osoba,
- kurs specjalistyczny podstawy opieki paliatywnej – 1 osoba,
- kurs specjalistyczny szczepienia ochronne – 1 osoba,
- kurs specjalistyczny leczenie ran – 1 osoba,
- kurs specjalistyczny RKO – 7 osób,
- kurs specjalistyczny edukator w cukrzycy – 1 osoba,
- kurs specjalistyczny komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie – 3 osoby,
- kurs specjalistyczny EKG – 1 osoba,
- konferencje – 1 osoba,
- zapomoga na niepełnosprawne dziecko – 1 osoba,
- zapomoga losowa – 8 osób,
- emerytura - 10 osób,
- rehabilitacja - 24 osoby,
- okulary - 35 osób.

Prezydium 14.09.2023 r.

- studia I st. – 9 osób,
- studia II st. – 11 osób,
- specjalizacja pediatryczna – 8 osób,
- specjalizacja chirurgiczna – 1 osoba,
- specjalizacja anestezjologiczna – 1 osoba,
- kurs kwalifikacyjny piel. psychiatryczne – 2 osoby,
- kurs kwalifikacyjny piel. operacyjne dla położnych – 1 osoba,
- kurs specjalistyczny RKO – 5 osób,
- kurs specjalistyczny podstawy opieki paliatywnej – 1 osoba,
- konferencje – 1 osoba,
- zapomoga losowa – 8 osób,
- emerytura - 15 osób,
- rehabilitacja - 31 osoby,
- okulary - 42 osób.

Rada 28.09.2023 r.

- studia II st. Położnictwo – 2 osoby,
- studia II st. – 14 osób,
- specjalizacja pediatryczna – 3 osób,
- kurs specjalistyczny Edukator w cukrzycy – 1 osoba,
- kurs specjalistyczny Recepty – 5 osób,
- konferencje – 6 osób,
- zapomoga na niepełnosprawne dziecko - 2 osoby,
- zapomoga losowa – 8 osób,
- emerytura - 3 osoby,
- rehabilitacja - 26 osoby,
- okulary - 39 osób.

ROZSTRZYGNIĘTE KONKURSY (serdecznie gratulujemy pielęgniarce naczelnym, oddziałowym i położnej oddziałowej)

Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Neonatologicznego Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli – Sylwia Warchoł, 8.05.2023 r.

Pielęgniarka Naczelnia Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie – Małgorzata Gajdek, 9.05.2023 r.

Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie - Małgorzata Wilk, 12.05.2023 r.

Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Ortopedii Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy – Aleksandra Byś, 19.05.2023 r.

Pielęgniarka Oddziałowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izba Przyjęć Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy – Anna Sidor, 19.05.2023 r.

Naczelnia Pielęgniarka Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu – Marzanna Kochowska, 23.05.2023 r.

Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego Ogólnego Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie – Dorota Drewniak, 26.05.2023 r.

Pielęgniarka Oddziałowa Kliniki Kardiologii z Pododdziałem Ostkich Zespołów Wieńcowych Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie – Małgorzata Rzemień, 26.05.2023 r.

Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Neurologicznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie – Ewelina Ciejka, 27.06.2023 r.

Pielęgniarka Oddziałowa Izby Przyjęć Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Rzeszowie – Małgorzata Lasota, 27.06.2023 r.

Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Dziecięcego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy – Helena Ciebień, 14.07.2023 r.

Pielęgniarka Oddziałowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie – Edyta Niemczyk, 01.08.2023 r.

Pielęgniarka Oddziałowa Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie – Angelika Gaweł, 03.08.2023 r.

Położna Oddziałowa Kliniki Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie – Marzena Kamińska, 03.08.2023 r.

Pielęgniarka Oddziałowa izby przyjęć Podkarpackiego Centrum Chorób Płuc Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie – Agnieszka Tomaka, 03.08.2023 r.

Przełożona Pielęgniarek Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ropczycach – Dorota Podolec, 01.09.2023 r.

Naczelnia Pielęgniarka Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębicy – Agnieszka Furman, 04.09.2023 r.

Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Pediatrycznego Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli – Joanna Duma, 14.09.2023 r.

Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Dermatologicznego Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli – Justyna Golik, 14.09.2023 r.

STANOWISKO Zarządu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie z dnia 25 września 2023 roku

W związku z ukazaniem się w mediach informacji na temat korespondencji, w której pracodawca zwrócił się do zatrudnianych przez siebie pielęgniarek, rejestratorek i laborantek z propozycją "dorobienia sobie" w charakterze kelnerek na przyjęciu zorganizowanym dla tegorocznych absolwentów kierunku lekarskiego Uniwersytetu Rzeszowskiego, wyrażamy stanowczy sprzeciw. Taki styl komunikacji nie powinien mieć miejsca nie tylko w relacji pracodawca - pracownik, ale też w relacji człowiek - człowiek. Nie do zaakceptowania jest ton wspomnianej korespondencji.

Przypominamy, że pielęgniarstwo to szczególny zawód zaufania publicznego. Praca pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych, jako czynienie dobra na rzecz drugiego człowieka, wspieranie go w chorobie i niesienie ulgi w cierpieniu, cieszy się ogromnym zaufaniem społecznym, obdarzana jest powszechnym szacunkiem i uznaniem. W badaniu Instytutu Badawczego Research "Ranking prestiżu zawodów i specjalności", które zrealizowano w kwietniu 2023 r., pielęgniarki znalazły się na trzecim miejscu (75 proc.) wśród najbardziej poważanych profesji, tuż za strażakami (84 proc.) i ratownikami medycznym (83%).

Zawód pielęgniarki jest dziś zawodem samodzielnym i wysokospecjalistycznym, wymaga coraz większej wiedzy fachowej, dlatego też pielęgniarki są jedną z bardziej kształcących się grup zawodowych. Pielęgniarki i pielęgniarze mogą zalecać stosowanie wielu leków, wystawiać skierowania na badania diagnostyczne, przekazywać zalecenia odnośnie terapii, przeprowadzać niektóre zabiegi, są ważnym ogniwem systemowej opieki zdrowotnej.

Z zadowoleniem przyjmujemy do wiadomości przeprosiny, jakie skierował dziś do pielęgniarek wspomniany pracodawca. Jednocześnie przypominamy, że jednym z kluczowych zadań Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie jest udzielanie wsparcia zreszonym w Izbie w pielęgniarce, pielęgniarzom i położnym, a także bronienie dobrego imienia naszego środowiska zawodowego. Z tej powinności zamierzamy się wywiązać.

**Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
mgr Barbara Świetlik**

STANOWISKO nr 2 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 września 2023 r.

w sprawie zmian prawnych dotyczących samorządów zawodowych architektów i inżynierów budownictwa, zawartych w projekcie ustawy o ograniczeniu biurokracji i barier prawnych (druk sejmowy 3502 z dnia 5 lipca 2023r.)

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża duże zaniepokojenie oraz sprzeciw przeciwko proponowanym zmianom w ustawie z dnia 15 grudnia 2000 r. o samorządach zawodowych architektów oraz inżynierów budownictwa, wprowadzanych przepisami art. 15 projektu ustawy o ograniczaniu biurokracji i barier prawnych (dalej: „ustawa”).

Powyższe normy prawne komisyjnego projektu ustawy zawierają zmiany w zasadach funkcjonowania samorządu zawodowego architektów oraz samorządu zawodowego inżynierów budownictwa sprowadzające się do możliwości funkcjonowania obok samorządów zawodowych nieokreślonych organizacji zawodowych, które miałyby istnieć równoległe do samorządów zawodowych oraz wykonywać zadania ustawowe powyższych samorządów. Projekt ustawy zakłada, że osoby wykonujące zawody architekta oraz inżyniera budownictwa mogłyby dowolnie wybierać swoją przynależność do samorządu zawodowego lub ww. nieokreślonych organizacji zawodowych, co więcej członkostwa w którejkolwiek formie zrzeszania uprawniałoby do wykonywania zawodu.

Funkcjonowanie samorządów zawodowych zawodów zaufania publicznego stanowi realizację konstytucyjnej zasady powierzenia tym organizacjom sprawowania pieczy nad wykonywaniem powyższych zawodów.

Prawnym i faktycznym celem samorządów zawodowych zawodów zaufania publicznego jest należyte wykonywanie zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Samorzady te od wielu lat wypracowały i nadal wdrażają najlepszą drogę do realizacji zadań publicznych przekazanych przez administrację państwową. Projektowane ustawą rozwiązanie stworzenia niejako symetrycznych, bliżej

nieokreślonych organizacji realizujących te zadania celuje w rozbitcie jedności danego samorządu zawodowego zrzeszającego osoby wykonujące dany zawód, co spowoduje brak możliwości sprawnego realizowania zadań przewidzianych ustawą, rozbitcie jedności zawodowej oraz utratę wypracowanych przez lata kierunków działań samorządu.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych jako organ samorządu zawodowego zawodów zaufania publicznego mającego ponad trzydziestoletnie doświadczenie w działaniu na rzecz przedstawicieli zawodów pielęgniarki i położnej widzi z tej perspektywy zadania, które zostały już zrealizowane przez nasz samorząd, ale i kierunki działań, które zostały wypracowane przez nasze środowisko do realizacji w przyszłości, w ramach realizacji obowiązków ustawowych samorządu.

Projektowany podział i rozbitcie zadań samorządowych jest niezrozumiałe a zakładane w uzasadnieniu projektu ustawy argumenty przeczą dobrze rozumianym interesom zawodowym osób zrzeszonych w samorządach zawodowych zaufania publicznego.

Z tego punktu widzenia postrzegamy projektowane ustawą zmiany ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o samorządach zawodowych architektów oraz inżynierów budownictwa jako niecelowe, szkodliwe i zagrażające ustrojowemu charakterowi samorządów zawodowych przewidzianych art. 17 Konstytucji RP.

Sekretarz NRPiP
Kamilla Gólcz

Prezes NRPiP
Mariola Łodzińska

STANOWISKO nr 1

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 29 sierpnia 2023 roku w sprawie obowiązku stosowania przez świadczeniodawców minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych oraz stanowczego sprzeciwu wobec stosowania jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych na dyżurach w podmiotach lecniczych

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec faktu nierespektowania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2023 poz. 870 ze zm.) w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej.

Samorząd zawodowy sprawując pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej, w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony stoi na stanowisku, że przestrzeganie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych jest niezbędne aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentom. Stanowi również o bezpiecznym wykonywaniu zawodów pielęgniarki i położnej. Jednocześnie stanowczo sprzeciwiamy się jednoosobowym obsadom pielęgniarskim. Takie postępowanie narusza przepisy dotyczące ergonomii i czasu pracy, zawarte w Kodeksie Pracy w art. 134 § 1 i 2 - prawo do przerwy w pracy.

Odpowiednia liczebność kadr jest jednym z kluczowych czynników, który w ogromnym stopniu wpływa na wynik procesu leczenia. Celem wprowadzenia wskaźnikowych norm zatrudnienia było zapewnienie co najmniej minimalnej liczby pielęgniarek i położnych niezbędnych do prowadzenia tego procesu.

Nieprzestrzeganie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych zwiększa ryzyko zdarzeń niepożądanych, w tym wydłużenie hospitalizacji, zwiększenie liczby zakażeń, upadków, powikłań, zgonów pacjentów. To pacjent jest podmiotem i najważniejszym ogniwem systemu opieki zdrowotnej. Nadmierne obciążenie pielęgniarki i położnej obowiązkami prowadzi do pogorszenia stanu jej zdrowia.

Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych to bezpieczeństwo pacjentów i samych pielęgniarek i położnych. Większa liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę i położną przekłada się na wzrost emocjonalnego wyczerpania i braku satysfakcji z wykonywanej pracy.

Oczekujemy jednocześnie na pilne opracowanie i wdrożenie do realizacji norm zatrudnienia w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych dotychczas nie objętych regulacjami prawnymi, ze szczególnym uwzględnieniem opieki psychiatrycznej.

Sekretarz NRPiP
Kamilla Gólcz

Prezes NRPiP
Mariola Łodzińska

WYSOKOŚĆ OBOWIĄZKOWYCH SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

Na podstawie art. 11 ust.2 pkt.4 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, członkowie samorządu pielęgniarek i położnych obowiązani są regularnie opłacać składkę członkowską. Wysokość składek określona w uchwałach nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. obowiązuje od 01.02.2016 r.

Tekst jednolity uchwał Nr 18 i 22

VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

Na podstawie art. 20 pkt. 11 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj.: Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038 ze zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Składki członkowskie opłacają członkowie samorządu pielęgniarek i położnych, z zastrzeżeniem § 4.

2. Składka członkowska uiszczana jest na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna.

§ 2. 1. Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego;

2) przepis pkt 1 ma zastosowanie także w przypadku pielęgniarki lub położnej nie prowadzącej działalności gospodarczej, a wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia;

3) 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

2. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w ust. 1 składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła w którym jej wysokość jest najwyższa.

§ 3. Składki członkowskie są płatne miesięcznie. Składki członkowskie przekazuje się na rachunek właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

§ 4. Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, (pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy);

2) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie której są członkiem.*

3) wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,

4) przebywające na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,

5) pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu.

6) będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu,

7) pobierających zasiłek chorobowy z ZUS - bez stosunku

pracy.

8) niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne.

§ 5. 1. Okręgowe izby pielęgniarek i położnych przekazują na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych 4% sumy uzyskanych w danym miesiącu składek członkowskich do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

2. Załącznikiem do przelewu powinna być nota księgową stwierdzająca kwotę odpisu na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

§ 6. Nieuregulowanie przez pielęgniarkę, położną składek za dwa pełne okresy płatności uprawnia właściwą okręgową izbę, której jest ona członkiem, do wszczęcia postępowania administracyjnego zgodnie z art. 92 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych. (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.).

§ 7. Traci moc Uchwała Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

§ 8. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2016 r.

*dotyczy osób niewykonyjących zawodu, które zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. , poz. 1435, ze zm.) informują OIPIP w ciągu 14 dni od daty powstania zmian, które zgodnie z ustawą zobowiązują członka samorządu do aktualizacji danych w rejestrze.

Składka członkowska dla pielęgniarek/położnych prowadzących indywidualne lub grupowe praktyki zawodowe, zgodnie z zapisem uchwał nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r., w roku 2023 wynosi 52.24 zł. miesięcznie.

Pielęgniarki/ położne z terenu działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie przekazują składki na rachunek OIPIP w Rzeszowie:

Santander Bank Polska S.A.

03 1500 1100 1211 0005 5678 0000

1. poprzez dział finansowy swojego pracodawcy

2. bezpośrednio na konto OIPIP w Rzeszowie (w tytule prosimy podać imię i nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu oraz okres za jaki jest wnoszona opłata).

Pielęgniarki i położne regularnie opłacające składki członkowskie mają możliwość:

- ▶ korzystania z refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego,
- ▶ dofinansowania kosztów rehabilitacji,
- ▶ dofinansowania zakupu okularów korekcyjnych,
- ▶ skorzystania z porady prawnej(dyżur prawnika w siedzibie OIPIP w Rzeszowie),
- ▶ skorzystania z pomocy socjalnej (zapomoga losowa, zapomoga emerytalna).

Zaburzenia statyki kobiecych narządów miednicy mniejszej (zsknmm)



dr JOANNA TRAWIŃSKA
położna, specjalista pielęgniarstwa
ginekologiczno-położniczego,
Uniwersytecki Szpital Kliniczny
w Rzeszowie

W starym tradycyjnym nazewnictwie dominowały określenia obniżenie i wypadanie. Następnie zastąpiono je terminem zaburzenia statyki narządów płciowych. Wkrótce zauważono, że objęte są również inne narządy i wprowadzono określenie zaburzenia statyki narządów miednicy mniejszej.

Zaburzenia statyki powstają w wyniku nierównowagi między siłami przemieszczającymi a utrzymującymi narządy w prawidłowym położeniu. Celem przeciwdziałania tej patologii stosuje się profilaktykę, leczenie zachowawcze i leczenie operacyjne. Historia tego ostatniego rozpoczęła się pod koniec XIX wieku, gdy wprowadzono pierwsze metody operacyjnego leczenia zaburzeń statyki. Przyjmuje się, że był to początek ginekologii operacyjnej, która wyłoniła się z chirurgii ogólnej.

Zderzenie pionierów

W trakcie ponadstuletniego rozwoju leczenia operacyjnemu zsknmm towarzyszyły liczne kontrowersje i kompromisy. Warto wspomnieć o ścierających się koncepcjach dwóch pionierów - Williama Edwarda Fothergilla i Josefa Halbana. Pierwszy z nich uważał, że przyczyna schorzenia leży w uszkodzeniu aparatu wieszadłowego. Drugi upatrywał przyczyny w uszkodzeniu aparatu podtrzymującego, tj. mięśni i powięzi dna miednicy. Z przekonania tych dwóch autorów wynikał fakt, że pierwszy polecał naprawę aparatu wieszadłowego, zaś drugi naprawę mięśni i powięzi dna miednicy.

Jest znamienne, że w historii leczenia operacyjnego zsknmm łączono te dwa typy operacji. W rozwoju technik operacyjnych zsknmm spostrzeżono, iż schorzenie to składa się z wielu defektów i sukces polegał na ich rozpoznaniu i leczeniu. Przykładem było wyróżnienie defektów przedniej ściany pochwy, takich jak dystalny, poprzeczny, centralny i boczny. Ten ostatni polegał na oderwaniu



Fot. freepik.com

Dla pielęgniarek i położnych, które pracują z kobietami zsknmm, u których planowane jest, lub było, leczenie z zastosowaniem materiałów syntetycznych, ważna jest znajomość specyficznych powikłań

pochwy od łuku ścięgniętego i nie był możliwy do korekcji poprzez plastykę.

Era materiałów syntetycznych

Ważnym osiągnięciem chirurgii zsknmm było wprowadzenie przed 25 laty materiałów syntetycznych, tzw. siatek (mesh). Ze względu na fakt, że zaburzenia statyki wynikały w dużej mierze z małowartościowości tkanek pacjentki, wprowadzenie materiałów syntetycznych było spowodowane brakiem skuteczności metod allogenicznych, używających niepełnowartościowych tkanek pacjentek.

Po 25 latach przygody z materiałami syntetycznymi zauważono, że towarzyszą im ciężkie powikłania. Dlatego w wielu krajach ograniczono wskazania, nie zalecano lub wręcz zabraniano ich użycia. Dla pielęgniarek i położnych, które pracują z kobietami zsknmm, u których planowane jest lub było leczenie z zastosowaniem materiałów syntetycznych, ważna jest znajomość specyficznych powikłań. Są to:

- przerwanie siatki przez ścianę pochwy (erozja),
- płamienia i krwawienia,
- stan zapalny,
- cuchnące upławy,
- trudne usuwanie operacyjne.

Rozwój to niekończąca się historia

Jest interesujące, że występuje ogólna zgoda co do stosowania taśm z materiałów syntetycznych do leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu. Wchodzą tu w rachubę operacje slingowe: przez otwory zasłonowe (transobturator tape - TOT) i załonowe (transvaginal tape - TVT) oraz siatki do przysycia wypadającej pochwy do kości krzyżowej (sakrokolpopleksja) najczęściej przezbrzuszną lub - obecnie - laparoskopową.

Na zakończenie tego syntetycznego omówienia należy stwierdzić, że rozwój jest nigdy niekończącą się historią i ciągle pojawiają się kontrowersje i kompromisy. Trzeba też pamiętać o nowych rozwiązaniach, takich jak chiurgia robotyczna i terapie z użyciem komórek macierzystych. ■

Bibliografia:

- Surkont G. i wsp. Operacyjne leczenie zaburzeń statyki narządu płciowego u kobiet – gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy Przegląd Urologiczny 2006 (38) 4
- Rechberger T i wsp. Chirurgia rekonstrukcyjna dna miednicy z zastosowaniem siatek polipropylenowych – co poszło nie tak? Medycyna praktyczna 2020
- Bręborowicz G. Położnictwo i Ginekologia PZWL 2020
- Martius H. Operacje ginekologiczne PZWL 1958

Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie



dr hab. **KATARZYNA WALICKA-CUPRYŚ**
prof. UR, Uniwersytet Rzeszowski, Medicarpathia



dr **RENATA KIELNAR**
Uniwersytet Rzeszowski, Centrum Rehabilitacyjne Achilles



mgr **KATARZYNA ŚLĘMP**
Uniwersytet Rzeszowski, Pro Feminis - rehabilitacja uroginekologiczna

Ciąża to niezwykle czas w życiu każdej kobiety. Kolorowe czasopisma, książki oraz Social Media głównie skupiają się na pielęgnacji ciała przyszłej mamy, noworodka, czy na doborze wózków, kolorowych ubrań oraz innych wspianiałych gadżetów. Jednak ciąża to nie tylko wyżej wymienione rzeczy, ciąża to wiele różnych dolegliwości, z jakimi zmagają się przyszła mama.

Zmiany fizjologiczne okresu ciąży, w tym hormonalne, wywierają wpływ na narządy leżące w pobliżu macicy, jak i na cały aparat więzadłowo-torebkowy i mięśniowo-powięziowy. W czasie porodu może dojść do uszkodzenia w obszarze szyi pęcherza moczowego, cewki moczowej oraz całej struktury dna miednicy [1]. Przyjmuje się, że po porodzie dochodzi do zmian w obrębie struktury mięśni dna miednicy, które mogą wpłynąć na wystąpienie dysfunkcji takich jak nietrzymanie moczu [1]. Do niekorzystnych czynników wpływających na dno miednicy można doliczyć takie jak: starzenie się tkanek, złe nawyki toaletowe, codzienne obciążenie mięśni bez ich odpowiedniego odciążenia [2], [3].

Obok specjalistycznych ćwiczeń, szczególne znaczenie w procesie rehabilitacji mają



Ilustracja z profilu fb KS

wskazówki dotyczące odciążania rozciągniętych mięśni, a czasami odnerwionego dna miednicy podczas wykonywania codziennych czynności, ale również w czasie kaszlu, aktywności fizycznej oraz wypróżniania [3], [4].

Do gabinetów fizjoterapeutek uroginekologicznych pukają kobiety świadome siebie

Fizjoterapia w położnictwie ma szeroki zakres działań. To przygotowanie do ciąży, fizjoterapia w ciąży, w położu wewnątrzszpitalna oraz poszpitalna, jak i w okresie pierwszego półrocza po ciąży. Do gabinetów fizjoterapeutek uroginekologicznych zgłaszają się kobiety, które są świadome siebie i chcą jak najlepiej przygotować swoje ciało do bycia mamą. Jednymi z najczęstszych przyczyn wizyty u fizjoterapeuty są dolegliwości bólowe oraz dysfunkcje takie jak: ból kręgosłupa, ból miednicy (spojenie łonowe, stawy krzyżowobiodrowe), rozstęp mięśnia prostego brzucha, obrzęki kończyn

dolnych, czy nietrzymanie moczu lub stolca [3]. Coraz częściej do gabinetów fizjoterapeutek trafiają kobiety, które mają problem z zajściem w ciążę, u których nie stwierdzono medycznych powodów bezpłodności (hormonalnych, ginekologicznych: pochwica, bolesne współżycie, problemy somato-emocjonalne czy po poronieniach). Do kontroli fizjoterapeutycznej po porodzie zgłaszają się kobiety chcące powrócić do aktywności fizycznej oraz pełnej sprawności sprzed zajścia w ciążę i chcące zadbać o estetykę ciała. Zmiany, które pojawiły się w czasie ciąży, takie jak rozjęście mięśnia prostego brzucha, spojenia łonowego, są obserwowane także po porodzie. Mamy wtedy wiele możliwości terapeutycznych, które można zastosować i zalecić pacjentce.

Powyższy proces rehabilitacji odbywa się w prywatnych gabinetach fizjoterapeutek uroginekologicznych. I tutaj należy opisać jeden z ważniejszych aspektów rehabilitacji okołoprodowej, który nie jest standardem na

oddziałach położniczych w Polsce, a jest bardzo ważny w procesie usprawniania po porodzie.

Rehabilitacja wewnątrzszpitalna powinna rozpocząć się już w I dobie po porodzie, czy to siłami natury, czy poprzez cięcie cesarskie. Fizjoterapia powinna obejmować uruchomienie pacjentki w łóżku przed pierwszą pionizacją, stosując ćwiczenia przeciwzakrzepowe, naukę prawidłowego wstawania po porodzie; pełne uruchomienie pacjentki; nauka efektywnego kaszlu, kichania oraz korzystania z toalety. Takie postępowanie ma związek z szybkim powrotem do sprawności po porodzie [1], [5]. Następnie, w II dobie należy kontynuować ćwiczenia z doby I, można dodatkowo wprowadzić ćwiczenia w pozycji siedzącej, a jeśli pacjentka czuje się dobrze, to w pozycji stojącej. Doba III to moment, w którym można wprowadzić ćwiczenia mięśni dna miednicy, delikatnie aktywować mięśnie brzucha oraz leżenie na brzuchu, co pacjentka kontynuuje również po wypisze ze szpitala.

Celem powyższej fizjoterapii w okresie szpitalnym jest profilaktyka powikłań połogowych, takich jak: choroba zakrzepowo-zatorowa, brak inwolucji macicy, rozjęście mięśnia prostego brzucha, dolegliwości bólowe (kręgosłupa, brzucha, piersi), obrzęk kończyn dolnych, nietrzymanie moczu. Połóg jest szczególnym czasem w życiu każdej kobiety, w czasie którego ustępują zmiany, jakie powstały w jej ciele w czasie ciąży oraz porodu [1],[5].

Fizjoterapia w ginekologii

Fizjoterapia w ginekologii to kolejny obszar, w którym należy zastosować fizjoterapię szpitalną oraz ambulatoryjną. Pacjentki mające za sobą operację ginekologiczną, mogą odczuwać ból zlokalizowany wokół

miednicy, kręgosłupa czy brzucha. Charakter objawów schorzeń uroginekologicznych może wpływać znacząco na relację pacjentki z lekarzem, położną oraz fizjoterapeutą zarówno w czasie badania, jak i rehabilitacji [4]. Schorzenia uroginekologiczne mogą w znacznym stopniu mieć znaczenie w kwestii własnej wartości oraz samooceny [6]. Ważne, aby pacjentka wiedziała, że dysfunkcje w obrębie dna miednicy to codzienność w pracy fizjoterapeutek/ów uroginekologicznych [2][4].

W szpitalu terapię wykonujemy u pacjentek po operacjach ginekologicznych (np. laparoscopia, laparotomia, per vaginam) od I doby, tak jak jest to po porodzie. Uczymy wstawania z łóżka, korzystania z toalety, kaszlu, kichania oraz uczymy prawidłowego oddychania. W każdej dobie pacjentka wykonuje ćwiczenia przeciwzakrzepowe, przeciwobrzękowe oraz podstawową gimnastykę ogólnousprawniającą. Zdarza się, że pacjentki trafiają do gabinetów fizjoterapeutek/ów przed zabiegiem operacyjnym. Natomiast w szpitalu przed zabiegiem wdrażana jest procedura edukacji postępowania fizjoterapeutycznego w okresie pooperacyjnym. Rozpoczęcie fizjoterapii przed zabiegiem operacyjnym ma duże znaczenie w zmniejszeniu ryzyka powikłań pooperacyjnych. Celem tej terapii jest przygotowanie pacjentki do stosowania właściwych ćwiczeń po zabiegu [1][5]. Zaleca się chodzenie na spacerach oraz jeżdżenie na rowerze. Jednak w przypadku, gdy rehabilitacja rozpoczyna się w momencie pobytu w szpitalu skupiamy się na samych ćwiczeniach.

Do gabinetów fizjoterapeutek uroginekologicznych zgłaszają się nie tylko pacjentki przed i/lub po operacji. Pracujemy z dziećmi, u których również występują zaburzenia w obrębie dna miednicy, takie jak: nietrzymanie moczu, zaparcia, artreza odbytu, kobiety z objawami nietrzymania moczu, parć nagłych, częstomoczu, bolesnych miesiączek, bolesnego współżycia,

zaparc, wzdęć, wuwłwodyni, pochwicy, nietrzymania gazów czy stolca. Nasze pacjentki to kobiety z różnych grup wiekowych z obniżeniem narządów rodnych, w trakcie lub po leczeniu onkologicznym, z dolegliwościami okresu przekwitania. Wszystkim tym osobom jesteśmy w stanie pomóc, opierając się o specyficzną diagnostykę na potrzeby fizjoterapii [7], a celem fizjoterapii w przypadku dysfunkcji dna miednicy jest redukcja przeciążeń związanych z codziennym funkcjonowaniem, poprawa trofiki mięśni i przewodzenia nerwowo-mięśniowego.

Każda pacjentka to inna historia, inne cele i potrzeby. Zawsze staramy się, aby terapia była indywidualnie dobrana do możliwości pacjentki, uwzględniając czynniki takie jak choroby współistniejące, wiek oraz cel pacjentki

Charakterystyka pracy fizjoterapeutki/ty uroginekologicznego

Jak pracujemy? Bez względu na wiek pacjentki oraz dysfunkcję, z jaką zgłosiła się do gabinetu terapia zawsze dobierana jest indywidualnie [7]. Do najbardziej znanego rodzaju fizjoterapii uroginekologicznej można zaliczyć ćwiczenia mięśni dna miednicy, tzw. ćwiczenia Kegla. Ćwicząc mięśnie, możemy wykonać bezpośrednio ich aktywację poprzez wytwarzanie skurczu mięśni w pochwie, tzw. Lift, elewację, podciągnięcie do góry. Ważne jest to, aby wytłumaczyć pacjentce, że ćwiczenia nie polegają na ściskaniu, zaciskaniu mięśni, ponieważ zbyt mocna stymulacja mięśnia zwieracza odbytu może doprowadzić do jeszcze większego napięcia, co w konsekwencji doprowadzi do zaparc i wzdęć [2]. Jedną z lubianych i powszechnie stosowanych metod jest zabieg z zakresu fizykoterapii -

elektrostymulacja mięśni dna miednicy. Zabieg bardzo dobrze sprawdza się u pacjentek, u których doszło do zaburzenia przewodzenia nerwowo-mięśniowego w okolicy dna miednicy, najczęściej związanego z trudnym porodem. W takim przypadku, gdy pacjentka nie jest w stanie samoistnie wytworzyć skurczu w pochwie, z pomocą przychodzi zabieg elektrostymulacji dopochwowej [3].

Coraz częściej w gabinecie fizjoterapeutycznym stosuje się ultrasonografię. Różnica między lekarzem a fizjoterapeutą pracującym na sprzęcie USG polega na tym, że jako fizjoterapeuci pracujemy funkcjonalnie [7]. Jeżeli badamy funkcjonalnie struktury anatomiczne i przeszliśmy szkolenie, mamy prawo powiedzieć, że dana struktura - mięsień, ścięgno, staw - nie pracuje prawidłowo. Fizjoterapeuci badanie USG wykonują na potrzeby fizjoterapii, oceniając właściwą funkcję mięśni, stawów, więzadeł czy innych tkanek, które biorą udział w wykonywaniu danej konkretnej czynności, jak np. aktywacja mięśnia poprzecznego brzucha [3], [7]. Obrazowe spojrzenie ułatwia prawidłową naukę aktywacji mięśni [3]. Ponieważ każdy pacjent jest inny i może potrzebować innych narzędzi do likwidacji danych dysfunkcji, ze względu na różne doświadczenia i preferencje fizjoterapeutów, a także dany problem i współistniejące zaburzenia, o jakich pacjent powie, terapia będzie wyglądać inaczej w różnych gabinetach. Jedni proponują zabiegi z zakresu fizykoterapii, inni pracę manualną, taping, terapię punktów spustowych oraz kinezyterapię. Liczy się wspólny cel, czyli w miarę możliwości pozbycie się dysfunkcji czy bólu, z jakim zgłosiła się pacjentka, a drogi do jego osiągnięcia mogą być różne. Każda pacjentka to inna historia, inne cele i potrzeby. Zawsze staramy się, aby terapia była indywidualnie dobrana do możliwości pacjentki,

uwzględniając czynniki takie jak choroby współistniejące, wiek oraz cel pacjentki.

Podsumowanie

Zespół terapeutyczny składający się z lekarza, położnej, fizjoterapeuty, dietetyka, psychologa może zapewnić każdej pacjentce holistyczne podejście do schorzeń uroginekologicznych, gdyż bardzo często te schorzenia są dla pacjentki problematyczne. Jako fizjoterapeutki/ci uroginekologiczni nie wykonujemy i nie chcemy wykonywać czynności lekarskich czy położniczych, gdyż nie posiadamy takich kompetencji, jednak chcemy je uzupełniać jako trzecia noga leczenia. Jako fizjoterapeutki/ci możemy pracować z pacjentką nad postawą ciała, dysbalansem mięśniowo-powięziowym, wykonując odpowiednie zabiegi z zakresu fizykoterapii, terapii manualnej, mięśniowo-powięziowej czy wisceralnej oraz innych, które przyniosą korzyść naszym pacjentkom w danym momencie. Wiemy i wierzymy, że razem możemy znakomicie się uzupełniać, konsultować i wspólnie dla dobra pacjentki stworzyć plan leczenia, tak aby osiągnąć najlepsze efekty terapeutyczne. ■

Bibliografia

1. Szukiewicz D.: Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie. PZWL Warszawa 2012.
2. Tanzberger R., Kuhn A., Mobs G., Baumgartner U.: Dno miednicy, Fizjologia, patologia, diagnostyka i leczenie. Wydanie 3, Wrocław 2020.
3. Walicka-Cupryś K, Rojek A, Mazur-Ważny I, Charakterystyka wybranych problemów w obrębie kompleksu lędźwiowo-miednicznego występujących u kobiet w ciąży w: red. Edyta Barnas. Człowiek w zdrowiu i chorobie, PWSZ w Tamowie 2016, 667-677.
4. Barcz E.: Schorzenia dna miednicy. Gdańsk 2017.4.
5. Kmieć-Nowakowska J: Ćwiczenia w pologu- etap szpitalny. Praktyczna fizjoterapia i rehabilitacja, kwiecień 2019
6. Kozłowska J. 2006. Rehabilitacja w ginekologii i położnictwie, podręcznik i skrypty Kraków nr 27. 87-158
7. Kielar-Bar K, Knot A, Walicka-Cupryś K. Wybrane metody diagnostyki mięśni dna miednicy stosowane na potrzeby fizjoterapii. Red: Perenc Lidia Współczesne kierunki badań w naukach o zdrowiu, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2020, 257-268.



mgr KRYSZYNA KUBICZ
specjalista pielęgniarstwa
operacyjnego, Blok Operacyjny
Dzieci, Kliniczny Szpital
Wojewódzki nr 2 w Rzeszowie

Przyjście na świat noworodka z wadą wrodzoną w większości przypadków nie jest już dziś zaskoczeniem. A to dzięki dzięki ogromnemu postępowi w medycynie, zwłaszcza w badaniach prenatalnych. Również wielki rozwój genetyki pozwala zrozumieć i przewidzieć wiele patologii, spotykanych w noworodkowym okresie życia.

Poród stanowi moment przełomowy. Płód staje się noworodkiem-samodzielnie istniejącą jednostką ludzką. Modyfikacjom ulega skład zespołu specjalistów: miejsce położnika zajmuje neonatolog.

Równolegle z ustalaniem pełnego ostatecznego rozpoznania, obejmującego także ewentualnie współistniejące wady dodatkowe, trwa proces przygotowania noworodka do zabiegu operacyjnego. Wymaga to współdziałania wielu specjalistów: neonatologa, anestezjologa dziecięcego, lekarzy innych specjalności (np. radiologa, kardiologa, specjalisty USG, itp.), a także zespołu pielęgniarstwa. Koordynatorem tych działań, osobą wiodącą w zespole jest chirurg, do którego należy ostateczna decyzja dotycząca terminu i rodzaju zabiegu operacyjnego.

Noworodek wymagający leczenia operacyjnego powinien zarówno w okresie przed-, jak i pooperacyjnym znajdować się w oddziale intensywnej opieki neonatologicznej pod opieką ściśle ze sobą współpracującego zespołu lekarsko-pielęgniarskiego. Ścisła współpraca zespołu chirurgicznego i anestezjologicznego rozpoczyna się w momencie postawienia wskazań do leczenia chirurgicznego, możliwie najwcześniej w okresie przedoperacyjnym i obejmuje cały czas trwania zabiegu. Współpraca ta jest w tym momencie szczególnie istotna, ma wręcz podstawowe znaczenie dla życia noworodka. Wzajemna opieka trwa nadal w bezpośrednim okresie pooperacyjnym, ma zatem charakter ciągły, opiera się na wysokich kwalifikacjach obu stron i ich wzajemnym zaufaniu.

W późniejszym okresie pooperacyjnym prowadzenie noworodka jest nadal przedsięwzięciem interdyscyplinarnym. Miejsce



Fot. stefanepik-freepik.com

Specyficzne problemy chirurgii noworodka

anestezjologa przejmując neonatolog (ewentualnie specjalista intensywnej terapii noworodka), współpracujący ściśle z chirurgiem dziecięcym.

Labilność ustroju dziecięcego

Każdy zabieg diagnostyczny i leczniczy, a tym bardziej zabieg operacyjny, ponieważ powoduje uraz, ma duży wpływ na organizm i psychikę dziecka, zwłaszcza na organizm noworodka lub dziecka przedwcześnie urodzonego. Cechą charakterystyczną ustroju dziecięcego jest jego wyjątkowa labilność, która przejawia się w łatwości powstawania i szybkości pogłębiania się zaburzeń podstawowych funkcji życiowych. Uraz przekraczający w skutkach normy dopuszczalne dla danego zabiegu medycznego można określić

jako jatrogeny. Urazy jatrogenne są najczęściej wynikiem szybko przeprowadzonych zabiegów operacyjnych, z krótkim okresem obserwacji i wyrównywania zaburzeń przed zabiegiem operacyjnym i z leczeniem pooperacyjnym nieuwzględniającym odrębności czynnościowych małego dziecka.

Planowe i doraźne zabiegi operacyjne wykonywane u dziecka muszą być zawsze traktowane jako potencjalna przyczyna szeroko pojętego urazu. Jeżeli taki uraz przekracza możliwości kompensacyjne ustroju dziecka, może doprowadzić do zagrożenia życia, a nawet do śmierci małego pacjenta. Ważnym elementem postępowania pooperacyjnego jest doprowadzenie do jak najszybszego powrotu dziecka do zdrowia. Należy pamiętać, że zabieg operacyjny, podobnie jak każde uszkodzenie ciała, może wywołać ciąg reakcji wpływających niekorzystnie na funkcjonowanie całego organizmu dziecka. Im młodsze dziecko, tym większa niedojrzałość poszczególnych

Chirurgia dziecięca wyodrębniona została z chirurgii dorosłej po II wojnie światowej. Za twórcę polskiej chirurgii i kardiologii dziecięcej uważa się prof. Jana Eustachego Kossakowskiego (1900-1979)

narządów i układów. Małe rezerwy fizjologiczne organizmu małego dziecka i labilność reakcji na warunki zewnętrzne (uraz, stres operacyjny, zakażenie, wahania temperatury, nieprawidłowe żywienie) często powodują nasilenie objawów choroby i mogą sprawić, że znajdzie się ono w stanie zagrożenia życia.

Wątroba nie jest w pełni dojrzała

Specyfika wieku dziecięcego - niedojrzałość wielu narządów i układów, duża dynamika rozwojowa (szczególnie w pierwszym roku życia), chwiejność równowagi wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej, odrębny sposób reagowania na uraz i ból operacyjny oraz stres związany z pobytem w szpitalu - musi być uwzględniana w opiece nad dzieckiem przebywającym na bloku operacyjnym, jak i na sali pooperacyjnej. Okres noworodkowy jest szczególnym okresem życia dziecka. Układy organizmu dziecka muszą dopiero osiągnąć stan pełnej fizjologicznej sprawności, a ich rezerwa czynnościowa jest niewielka. Uraz tkanek na skutek zabiegu operacyjnego inicjuje w organizmie szereg zmian biochemicznych, metabolicznych i immunologicznych. Powoduje również kompleks miejscowych reakcji, na które składają się: rozszerzenie naczyń, miejscowa kumulacja krążących leukocytów wielojądrzastych i makrofagów oraz zwiększona przepuszczalność włośniczkowa wraz z ucieczką płynów do otaczających tkanek.

Zabieg chirurgiczny wiąże się również z koniecznością stosowania leczenia farmakologicznego (w tym leków stosowanych do znieczulenia ogólnego). Należy pamiętać, że w okresie noworodkowym wątroba nie jest w pełni dojrzała i że niektóre układy enzymatyczne, odpowiedzialne za czynność odtruwającą i rozkładanie leków, nie są jeszcze w pełni sprawne. Organizm noworodka produkuje mało białek krzepnięcia krwi, a mały zapas glikogenu u noworodka ulega wyczerpaniu w czasie stresu operacyjnego. Dzieci poddawane zabiegowi operacyjnemu często są również wyniszczone. Jeśli okres „głodzenia”, zwłaszcza u noworodka i małego niemowlęcia, trwa długo, zubożenie zapasów glikogenu i mała podaż płynów mogą wywołać ketozę i odwodnienie organizmu. Właśnie z tego powodu u noworodków i małych niemowląt okres „głodzenia” przed zabiegiem powinien być maksymalnie

skrócony, tak aby zapewnić bezpieczne znieczulenie dziecka. Nie powinien być dłuższy od zwykłej przerwy między karmieniami, tzn. powinien wynosić 3-6 godzin (jeśli jest dłuższy, dziecku podaje się dożylnie płyny nawadniające).

Małe możliwości kompensacyjne

Jedną z różnic między organizmem osoby dorosłej i organizmem dziecka jest szybkość, z jaką dziecko przechodzi ze stanu zdrowia w stan poważnej choroby. Szczególnie widoczne jest to u nowonarodzonych dzieci. Należy mieć to na uwadze, planując lub wykonując zabieg operacyjny w trybie nagłym. Stan dziecka może się gwałtownie pogorszyć ze względu na małe możliwości kompensacyjne ze strony poszczególnych układów i narządów. Obserwuje się również mechanizm odwrotny - dzieci często zdrowieją w bardzo krótkim czasie po wystąpieniu poważnych zaburzeń fizjologicznych, co nie byłoby możliwe w przypadku osoby dorosłej.

Kolejnym czynnikiem który należy uwzględnić w przypadku chirurgii noworodka i niemowlęcia są niższe wartości wskaźników fizjologicznych i dokonywanych pomiarów, co jest niezbędne dla prawidłowego postępowania w procesie leczenia dzieci w trakcie i po zabiegu operacyjnym, np. utrata 30 ml krwi (3 przesiąknięte gaziki) u noworodka stanowi 10% objętości krwi krążącej, podczas gdy dla

Należy pamiętać, że zabieg operacyjny, podobnie jak każde uszkodzenie ciała, może wywołać ciąg reakcji wpływających niekorzystnie na funkcjonowanie całego organizmu dziecka. Im młodsze dziecko, tym większa niedojrzałość poszczególnych narządów i układów. Małe rezerwy fizjologiczne organizmu małego dziecka i labilność reakcji na warunki zewnętrzne (uraz, stres operacyjny, zakażenie, wahania temperatury, nieprawidłowe żywienie) często powodują nasilenie objawów choroby i mogą sprawić, że znajdzie się ono w stanie zagrożenia życia.

dorosłego człowieka jest to objętość nieistotna z punktu widzenia klinicznego. Nieuwzględnienie tych różnic może powodować poważne następstwa zagrażające życiu noworodka i niemowlęcia.

Zabieg operacyjny, podobnie jak każde uszkodzenie ciała, może wyzwolić ciąg reakcji wpływających na metabolizm organizmu, podczas których łatwiej niż u osoby dorosłej organizm małego pacjenta może ulec odwodnieniu, przegrzaniu lub oziębieniu. Zabieg operacyjny niesie również ze sobą ryzyko rozwoju zakażenia. Objawy zakażenia ogólnego u noworodka to:

- pogarszający się ogólny stan dziecka,
- podwyższona temperatura ciała (czasami reakcją na zakażenie jest obniżenie temperatury),
- utrata łaknienia i pragnienia,
- narastające odwodnienie,
- zmniejszenie diurezy,
- narastające wzdęcie brzucha,
- przyspieszenie tętna i oddechu,
- zażółcenie powłok skórnych.

Termoregulacja noworodka

Im młodsze dziecko, tym większa podatność na utratę ciepła; niedojrzałość ośrodków termoregulacji i specyfika budowy ciała, tzn. duża powierzchnia przy małej masie mięśniowej i tkanki tłuszczowej. Utrata ciepła przez parowanie jest 2,7 razy większa u noworodka niż u dorosłego człowieka. Wyziębienie noworodka prowadzi do kwasicy metabolicznej, bradykardii, hipotonii, niedotlenienia, hipoglikemii. Stworzenie komfortu cieplnego dla noworodka na sali porodowej, podczas transportu, na sali operacyjnej i po operacji stanowi podstawowy warunek zmniejszenia ryzyka operacyjnego. Dziecko (głównie noworodka) nie wolno traktować jak miniaturę dorosłego człowieka. Każdego noworodka bezwzględnie powinien operować chirurg dziecięcy. ■

Bibliografia:

- Surkont G. i wsp. Operacyjne leczenie zaburzeń statyki narządu piciowego u kobiet – gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy Przegląd Urologiczny 2006 (38) 4
Rechberger T i wsp. Chirurgia rekonstrukcyjna dna miednicy z zastosowaniem siatek polipropylenowych – co poszło nie tak? Medycyna praktyczna 2020
Bręborowicz G. Położnictwo i Ginekologia PZWL 2020
Martius H. Operacje ginekologiczne PZWL 1958

Bezpłatne szczepienia dwunasto- i trzynastolatków przeciw HPV



RAFAŁ ŚLIŻ

rzecznik prasowy Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Rzeszowie

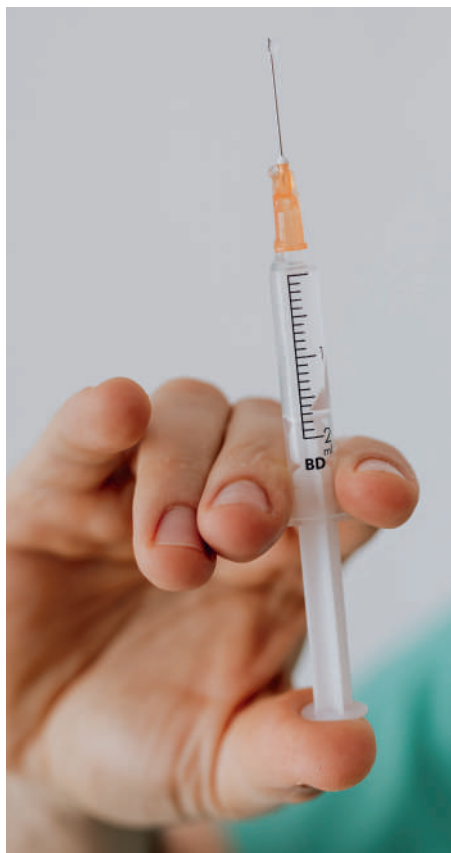
Co roku na świecie raka szyjki macicy wykrywa się u około pół miliona kobiet, w tym ok 2,5 tys. Polek. Wśród nowotworów u kobiet 1 na 25 nowych przypadków to rak szyjki macicy. W roku 2018, według szacunków IARC (International Agency for Research on Cancer), rak szyjki macicy był czwartym najczęściej diagnozowanym nowotworem złośliwym i czwartą przyczyną zgonów z powodu raka u kobiet. W 2018 r. na tego raka zmarło na świecie ponad 311 tys. kobiet i blisko 2 tys. w Polsce.

Jaka jest przyczyna?

Główną przyczyną raka szyjki macicy jest utrzymująca się infekcja wirusem zwanym brodawczakiem ludzkim (HPV - Human Papilloma Virus). Do zakażenia może dojść w czasie stosunku płciowego, jak również w przypadku bezpośredniego kontaktu ze skórą osoby zakażonej. Prezerwatywa przed nim nie chroni. Szacuje się, że 50-80% mężczyzn i kobiet zostanie zakażonych HPV przynajmniej raz w życiu. U kobiet w większość infekcja szyjki macicy goi się spontanicznie. Ale w 10% przypadków wirus zostaje i powoduje zmiany przedrakowe lub nowotworowe. Nowotwór pojawia się zazwyczaj 10 do 15 lat po trwałym zakażeniu wirusem. Przez wiele lat może nie dawać żadnych objawów.

Jak wygląda leczenie?

W zależności od stopnia zaawansowania choroby leczenie obejmuje zabiegi chirurgiczne, radioterapię, brachyterapię i chemioterapię, a także połączenie kilku sposobów leczenia. Jednak coraz powszechniejszą metodą profilaktyki raka szyjki macicy są też szczepienia przeciw wirusowi HPV u osób, które nie rozpoczęły współżycia płciowego. Szczepienie jest bowiem najskuteczniejsze, jeśli nastąpi przed potencjalnym narażeniem na zakażenie HPV, do którego



Fot. Karolina Grabowska/pexels.com

Szacuje się, że 50-80% mężczyzn i kobiet zostanie zakażonych HPV przynajmniej raz w życiu. U kobiet w większość infekcja szyjki macicy goi się spontanicznie. Ale w 10% przypadków wirus zostaje i powoduje zmiany przedrakowe lub nowotworowe. Nowotwór pojawia się zazwyczaj 10 do 15 lat po trwałym zakażeniu wirusem. Przez wiele lat może nie dawać żadnych objawów

dochodzi głównie drogą kontaktów seksualnych. Dlatego powszechne programy szczepień przeciw HPV

najczęściej wskazują na dziewczynki i chłopców w wieku 12-13 lat.

Jaka szczepionka i dla kogo?

W Polsce w powszechnym programie szczepień przeciw HPV bezpłatnie dostępne są 2 szczepionki: 2-walentna szczepionka Cervarix i 9-walentna szczepionka Gardasil 9. Powszechny program bezpłatnych szczepień przeciw HPV jest skierowany do dziewcząt i chłopców w wieku 12 i 13 lat (urodzonych od 1 stycznia 2010 r. do ukończenia 14. roku życia). Szczepienia przeciw HPV dla dziewcząt i chłopców w wieku 12 i 13 lat podawane są w dwóch dawkach. Odstęp między tymi dawkami wynosi od 6 do 12 miesięcy. Dzieci urodzone w 2010 r., które otrzymają pierwszą dawkę szczepionki, mogą przyjąć drugą dawkę po ukończeniu 14 lat. Szczepić dziecko należy, zanim może mieć kontakt z wirusem. Dlatego Ministerstwo Zdrowia uruchomiło program bezpłatnych szczepień przeciw HPV dla dziewcząt i chłopców w wieku 12-13 lat (w 2023 r. to wszystkie dzieci urodzone w 2010 i 2011).

Co zrobić, gdy pierwszą dawkę dziecko przyjęło dużo wcześniej?

Jeśli nasze dziecko urodziło się w roku 2010 lub 2011, drugą dawkę może otrzymać w ramach programu. Należy je umówić na pierwszą dawkę na IKP, w trakcie wizyty w POZ pokazać potwierdzenie przyjęcia pierwszej dawki. Punkt szczepień odnotowuje ten fakt, a następnie wprowadzi do systemu i poda drugą dawkę.

Jak zapisać dziecko na szczepienie?

Aby zapisać dziecko na szczepienie przeciw HPV wystarczy umówić wizytę w przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) – wykaz poradni uczestniczących w programie znajduje się na stronie pacjent.gov.pl, przez infolinię 989 (7 dni w tygodniu od godz. 7:00 do 20:00) - lub przez Internetowe Konto Pacjenta (IKP).

Jak zapisać dziecko na szczepienie przez IKP?

Należy zacząć od zalogowania się na swoje (rodzica) Internetowe Konto Pacjenta a następnie wejść w zakładkę „Uprawnienia”

oraz „Konta Twoich dzieci”. Kolejny krok to przejście na konto naszego dziecka, wybranie zakładki „Profilaktyka”, a następnie „Szczepienia”. Tam wybieramy pozycję „Umów się na szczepienie”, wskazujemy przeciwko czemu chcemy zaszczepić dziecko (rejestracja będzie w przyszłości obsługiwać także inne szczepienia), wybieramy termin i miejsce oraz potwierdzamy wybór.

Co warto wiedzieć o szczepieniu przeciw HPV

Szczepionka jest dobrze tolerowana i bezpieczna. Chroni przed zakażeniem HPV i wieloma nowotworami. Jest powszechnie stosowana w 125 krajach, w których liczba zakażeń spadła nawet o 90%. Jest około 200 typów HPV, a spośród nich część jest silnie rakotwórcza. Rak szyjki macicy jest niemal stuprocentowo związany z zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV). Do zakażenia wirusem HPV najczęściej dochodzi drogą płciową.

Dlaczego warto się szczepić

Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) prowadzone są w wielu narodowych programach szczepień na całym świecie od 2006 roku. Doświadczenie z prowadzonej profilaktyki HPV spowodowały jej rozszerzenie także na chłopców. Możliwość skorzystania z bezpłatnych szczepień jest szansą na uniknięcie wielu chorób nowotworowych. - Bezpieczeństwo i skuteczność szczepionek przeciw HPV jest udokumentowana wynikami wielu międzynarodowych badań klinicznych. Gorąco zachęcam państwa do wykorzystania tej możliwości zabezpieczenia zdrowia i życia waszych dzieci - apeluje dr hab. n. med. prof. UR Hanna Czajka, Katedra Pediatrii INM Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski w Rzeszowie.

Czy wszystkie sposoby rejestracji są jednakowo ważne?

Sposób rejestracji jest dowolny, lecz IKP oraz infolinia będą w stanie wybrać placówkę i podpowiedzieć termin w całym kraju, a nie tylko w wybranej poradni lekarza rodzinnego. Co ważne, możemy zaszczepić nasze dziecko w innej poradni niż ta, w której pracuje jego lekarz rodzinny. W chwili obecnej na terenie Podkarpacia szczepienie można wykonać w 250 punktach, których wykaz i mapa są dostępne na stronie pacjent.gov.pl

Czy są jakieś zalecenia dotyczące postępowania przed szczepieniem?

Kwalifikacja przed szczepieniem przebiega identycznie jak w przypadku innych szczepień wieku dziecięcego. Kwalifikacji dokonuje lekarz, a my pamiętajmy, żeby przyprowadzić na szczepienie dziecko zdrowe, bez objawów infekcji i gorączki. ■

STANOWISKO

Ogólnopolskiego Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego z 9.08.2023 r. w sprawie tajemnicy zawodowej

Ogólnopolskie Porozumienie Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego wyraża głębokie zaniepokojenie brakiem poszanowania dla ustawowych gwarancji ochrony tajemnicy zawodowej osób wykonujących zawody zaufania publicznego. Jej istotą jest ochrona szczególnie ważnych i doniosłych interesów osób korzystających z pomocy przedstawicieli zawodów zaufania publicznego. Ujawnienie przez ministra zdrowia poufnych danych medycznych – niemające uzasadnienia w idei ochrony zdrowia – to wydarzenie bez precedensu, którego skutki mają daleko idące znaczenie.

Przedstawiciele zawodów zaufania publicznego zabezpieczają interes społeczny obywateli, pozyskując poufne informacje dotyczących ich życia prywatnego i zawodowego. Tajemnica zawodowa nie jest przywilejem osób wykonujących zawody zaufania publicznego, ale ich powinnością wobec klientów. Utrata zaufania klientów uniemożliwia należyte i skuteczne wykonywanie zawodu i realizację powierzonej ochrony wolności i praw obywatela. Wydarzenia ostatnich dni i ujawnienie danych dotyczących zdrowia konkretnej osoby przez ministra zdrowia potwierdziły, że ta nieufność ma swoje uzasadnienie.

Samorzady zawodowe, stojąc na straży interesu publicznego, mają poczucie, że zarówno ustawodawca, jak i organy stosujące prawo nagminnie naruszają tajemnicę zawodową, obniżając standard należytej ochrony jednostki. Sprzyja temu m.in. tworzenie regulacji prawnych, które upoważniają coraz szerszą grupę organów i instytucji do dostępu do danych objętych tajemnicą zawodową.

Obowiązkiem władzy państwowej, jest budowanie zaufania do państwa i jego instytucji. Kierując się troską o dobro wspólne, domagamy się od przedstawicieli władz poszanowania tajemnicy zawodowej, a tym samym przestrzegania zasad demokratycznego państwa prawa.

(-) r.pr. Agnieszka Gajewska-Zabój

Sekretarz

Ogólnopolskiego Porozumienia

Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego

(-) r.pr. Włodzimierz Chróścik

Przewodniczący

Ogólnopolskiego Porozumienia

Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego

The poster features a dark blue background with a starry night sky. At the top, the word "Magie" is written in a yellow, cursive font, and "NIGHT" is in large, white, block letters. Below this, it says "Club w stylu lat 60" in orange. The date and time "17 LISTOPADA 2023 | 18:00" are in yellow, followed by "HOTEL RZESZÓW" in white. A yellow speech bubble contains the text "only vibes emotion". At the bottom, there is a photo of a hand holding a glowing orb, with a yellow arrow pointing to the website "www.oipip.rzeszow.pl" and phone number "tel. 608 340 558". A logo of a hand holding a pen is in the bottom left corner.

Odpuściłam, gdy czuję zmęczenie mięśni



Wspinała się na lodowce w Islandii. Eksplorowała skaliste fiordy w Norwegii. Z pokładu samolotu podziwiała najwyższy szczyt ziemi. Ale najchętniej wraca w Bieszczady. O swojej wspinaczkowej pasji i miłości do gór opowiada Bożena Surlas, mgr pielęgniarstwa, specjalistka pielęgniarstwa operacyjnego, instrumentariuszka Bloku Operacyjnego Ogólnego Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie

Skąd miłość do gór u pielęgniarki instrumentariuszki?

Bożena Surlas: - Najpierw były szkolne wycieczki, pasja do turystyki i podróżowania. Z czasem odkryłam, że podróże i zwiedzanie są fajne, ale to za mało, leżenie na plaży nie jest dla mnie, że potrzebuję czegoś więcej.

Wysiłku, aktywności?

Dokładnie. Nie cierpię siedzącego trybu życia. Nawet jak mam iść w pracy na 6 piętro, to chodzę po schodach. Dziewczyny w pracy mówią, że nie mogę spokojnie usiedzieć, wszędzie mnie pełno. Gdziekolwiek polecę czy pojedę, to te góry muszą być. Zawsze znajdę sobie jakiś trekking. Na Islandii pochodzę po lodowcach, a w Albanii powędruję na górskie ścieżki, bo szlaków tam brak, zamiast leżeć na plaży nad ciepłym morzem.

Żeby odpuścić, zresetować się po pracy, trzeba się solidnie zmęczyć?

Odpuściłam, gdy czuję zmęczenie mięśni. A góry dają wycisk. Mierzysz się czasem z „morderczym” podejściem, pot zalewa ci

czasem twarz. Myślisz „mam już tego dość!”, „nigdy więcej”, „za jakie grzechy”. Ale w końcu stajesz na szczycie, upajasz się widokami i wszystko z ciebie spływa. Całe to zmęczenie. To cudowny moment. A potem schodzisz obolały, ale szczęśliwy. Zapominasz o trudzie, litrach wylanego potu. Znow marzysz tylko o tym, by ruszyć w góry.

Góry jak narkotyku, który trudno odstawić?

Coś w tym rodzaju. Wędrujemy z mężem po górach od stycznia do grudnia. Praktycznie w każdy wolny weekend jesteśmy w górach. Wsiadamy w samochód i jedziemy. Bierzymy kierunek na szlak turystyczny, rezerwat przyrody, jakieś ciekawe miejsce. A jeśli nie możemy wybrać się gdzieś dalej, to mamy w okolicy popularną Magdalenkę, tj. wzgórze św. Marii Magdaleny, gdzie jest nie tak dawno otwarta wieża widokowa. Mamy do niej z domu 8 km, więc wychodzimy sobie na Magdalenkę, popatrzymy na Pogórze Dynowskie,

Bieszczady, a czasem nawet na widoczne Tatry. Taki lekki spacer.

To pani zaraziła męża pasją do gór?

Było dokładnie na odwrót. Mąż jest jeszcze większym maniakiem górskim niż ja. Gdy dziecko było jeszcze małe, gdziekolwiek pojechaliliśmy, ja często zostawałam z dzieckiem, a on ruszał w góry. Zwyczajnie zaczęłam mu tego zazdrościć. No i w końcu postanowiłam: ja też tak chcę.

I tak sobie wędrujecie razem.

Tak. Nocujemy w namiocie. Na łonie natury. Podziwiamy sobie wschody i zachody słońca. Najczęściej wybieramy się w ukochane Bieszczady i Tatry. Mówię nieraz do znajomych, że nie ma złej pogody w górach. Jest tylko nieodpowiednie ubranie. Dziś są ogromne możliwości skompletowania ekwipunku. Mamy kilkanaście kurtek, kilkanaście różnych par butów, plecaków itd. Wszystko to pakujemy do auta i jedziemy. Czy to mróz, czy upał, czy śnieg i deszcz, jesteśmy przygotowani

na każde warunki. Nic nam nie przeszkadza. Ruszamy w góry, by się zresetować, by razem spędzić aktywnie czas.

Pandemia i związane z nią obostrzenia na powrót wskrzesiły zanikający model turystyki - z namiotem i prowiantem na kilka dni.

Tak. Ludzie nagle zwrócili się w kierunku natury. Zaczęli kupować sprzęt turystyczny, namioty, śpiwory, a nawet kampery. Był moment, że z sklepów turystycznych praktycznie znikła dobra odzież sportowa. Powstała moda na bushcraft. Wędrując po górach, widzimy, że coraz więcej jest turystów podróżujących samodzielnie, pichących gdzieś nad rzeczką, przemierzających góry z namiotem na plecach. Pokonują szlaki długodystansowe, m.in. Główny Szlak Beskidzki, Niebieski Szlak Karpacki, czy też zdobywają „Koronę Gór Polskich”.

Wraca pani do pracy w szpitalu po kolejnej górskiej eskapadzie, a koleżanki i koledzy co na to?

Oczywiście wiedzą o mojej pasji, że w każdej wolnej chwili, praktycznie co tydzień jestem w Bieszczadach. Kiedyś publikowałam dużo zdjęć z wypraw na facebooku. Teraz wrzucam je tylko od czasu od czasu, gdy wybieram się gdzieś dalej, w jakieś wyjątkowe miejsce, w którym jeszcze nie byłam, a warto je pokazać.

Na profilu facebookowym zamieszcza pani swoje zdjęcie na tle himalajskich ośmiotysięczników.

Kiedyś sobie powiedziałam, że polecę w Himalaje. Nawet jeśli miałabym zobaczyć je tylko z okien samolotu. No i udało się. Poleciałam do Nepalu na dwa tygodnie. To był wyjazd z grupą znajomych, nie wyprawa wspinaczkowa. Naszym celem nie było wejście na jakiś szczyt, tylko przede wszystkim poznanie klimatu, kultury i religii Nepalu. Sam dojazd z Kathmandu do Pokhary, czyli miasteczka, z którego wyruszają m.in. himalaiści, zajmuje ok. 12 godzin. Tam są ogromne odległości, a drogi fatalne. Jak już dotarliśmy do Pokhary, czekaliśmy na okno pogodowe, żeby gdziekolwiek pójść. To był maj, przewalały się burze i deszcze. Udało nam się wynająć śmigłowca z pilotem, aby polecieć do bazy pod Annapurną (8091 m n.p.m.). Spędziliśmy tam jakiś czas. Byłam na wysokości ponad 4 tys. m n.p.m. Widziałam grupy wracających himalaistów. Poczułam ten klimat. Ale nie mogę powiedzieć, że przeżyłam prawdziwy trekking w Himalajach. Trzeba będzie tam wrócić (śmiech).

Widziała pani Mount Everest?

Tak. Trzy dni czekaliśmy na okno

pogodowe, żeby wynająć kolejno samolot z pilotem. Trzy razy wsiadaliśmy i wysiadaliśmy z maszyny na małym lotnisku krajowym w Kathmandu. Tam jest taka procedura, że jak tylko pilot dowiaduje się, że nie ma warunków wysoko w górach, to wysiada i nie poleci. Do ostatnich chwil lotu oczekuje się na spływające komunikaty pogody. No ale w końcu się udało. Zobaczyłam Mount Everest oraz pozostałe siedmio- i ośmiotysięczniki w Nepalu.

Zejdźmy w niższe i bliższe góry. Gdzie przemierzyła pani najwięcej szlaków?

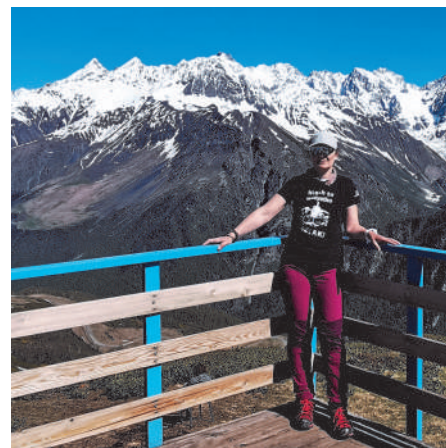
W Karpatach, czyli Tatrach, Beskidach, Bieszczadach, Karpatach Ukrainińskich, Karpatach Rumuńskich, czy też w Karpatach Słowackich. Wysokości rzędu 2000-3000 to góry dostępne dla każdego. Aczkolwiek w Gruzji, na Kaukazie, na trekkingu, wędrowaliśmy również na wysokości ponad 3 tysiące metrów n.p.m. Nie miałam problemu z aklimatyzacją, ze zdrowiem, mimo że nie jestem profesjonalnym wspinaczem. Myślę, że to kwestia kondycji i przyzwyczajenie do przebywania na wysokościach w górach.

Góry, w które wraca pani najczęściej to...

Uwielbiam wracać w Bieszczady. Są takie kojące, ciche, spokojne. Znam dobrze bieszczadzkie trasy. Czuję się tu jak w domu. Wiem, że nikt i nic mi nie zagraża, no może czasem trzeba uważać na wilki czy niedźwiedzie. Biorę namiot, rozbijam się gdzieś nad rzeczką obok krzaczka. W Bieszczadach można poleżakować na połoninach. Tam się jedzie odpoczywać na co dzień. Żeby podjąć poważniejsze wyzwania, powspinać się po górach, lodowcach, trzeba ruszyć w Alpy, Himalaje, czy na Kazbek.

Czy kiedykolwiek przydały się pani w górach umiejętności medyczne?

Na wyjazdach turystycznych zdarzało się, że ktoś zastrabł i trzeba było mu udzielić pomocy. W górach na szczęście nie. Nie musiałam np. nastawiać złamań otwartego. Jestem pielęgniarką operacyjną i głównie specjalizuję się w operacjach ortopedycznych. Mamy bardzo dużo pacjentów, którzy z powodu zaniedbań zdrowotnych, często nadwagi i braku ruchu, narażają się na choroby i konieczne są potem operacje. Są też bardzo aktywni sportowcy, młodzi ludzie, którzy również doznają nieszczęśliwych wypadków podczas treningów. Z perspektywy mojej pracy doskonale widzę, że dbałość o swoją kondycję fizyczną, o odporność, codzienny ruch i wysiłek są bardzo ważne i popłacają, aby w przyszłości jak najmniej korzystać z pomocy medyków.■



Na tle ośnieżonych szczytów Kaukazu w Gruzji



Zimą w Tatrach, w tle Świnica (2301 m n.p.m.)



Z mężem Piotrem w Tatrach Wysokich



Jesienny widok z Tarnicy w Bieszczadach

OPINIA

Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego z dnia 21 sierpnia 2023 r. w sprawie przygotowania rąk personelu do pracy

W związku z licznymi pytaniami personelu medycznego różnych podmiotów leczniczych, dotyczących kwestii związanych z higieną rąk, a zwłaszcza przygotowaniem rąk do pracy, przedstawiam opinię w przedmiotowej sprawie.

Ręce personelu stanowią jeden z głównych wektorów transmisji patogenów w środowisku szpitalnym. Z tej racji należy wdrożyć wszystkie możliwe działania aby minimalizować ryzyko przenoszenia patogenów a tym samym zapobiegać zakażeniom krzyżowym. Należy również pamiętać, że na efekt dekontaminacji rąk składa się nie tylko prawidłowo wykonana procedura mycia i/lub dezynfekcji ale również odpowiednie przygotowanie rąk. Pod uwagę należy wziąć następujące kryteria:

- noszenie odpowiedniego ubrania roboczego z krótkim rękawem (zasada: "nic poniżej łokcia"),
- zdjęcie wszelkiej biżuterii (zegarek, bransolety, pierścionki, obrączka),
- utrzymanie krótkich paznokci (nie wystające spoza opuszków palców),
- brak sztucznych powłok na płytce paznokciowej (tipsy, lakiery).

Taki sposób podejścia do pracy służy nie tylko ograniczeniu zakażeń wśród pacjentów, ale również zapewnia bezpieczeństwo pracownikowi.

Występowanie zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych związane jest z szeregiem procedur, które niosą za sobą ryzyko ich występowania. Dlatego też trzeba dołożyć wszelkich starań aby uchronić pacjentów przed możliwością kolonizacji czy też nabycia zakażenia. Oprócz „typowych” patogenów pojawiają się w podmiotach leczniczych tzw. drobnoustroje alarmowe czyli bakterie odporne na wiele antybiotyków czy też na wszystkie antybiotyki. Badania, w których higiena rąk stanowiła główną interwencję i uzyskano znaczną poprawę w jej przestrzeganiu lub zwiększenie zużycia alkoholowego preparatu do dezynfekcji rąk, wykazały znaczny spadek zakażeń i/lub kolonizacji MDRO, głównie w przypadku MRSA. Zmniejszenie ryzyka transmisji było zauważalne gdy przestrzegania higieny rąk wzrastało > 70%. Pozytywny wpływ wzrostu przestrzegania higieny rąk na zmniejszenie ryzyka transmisji MDRO został potwierdzony dla MRSA, Enterobacterales produkujących ESBL oraz szczepów *Pseudomonas aeruginosa* produkujących karbapenemazy.

Bezasadnym wydaje się toczenie sporu wśród pracowników medycznych w kwestii przygotowania rąk do pracy. Wyniki wielu badań wskazują na ryzyko transmisji patogenów poprzez płytkę paznokciową pokrytą sztuczną powłoką. Jeżeli udowodnionym jest, że najczęstszą drogą transmisji drobnoustrojów jest droga kontaktowa, to należy dołożyć wszelkich starań aby w łańcuchu epidemicznym tę drogę przeciąć. Wszystkie wysiłki powinny być skoncentrowane na przestrzeganiu zasad higieny a nie na ich omijaniu.

W obszarze kontroli zakażeń nie wszystko jest i nie wszystko może być uregulowane prawnie, czyli w formie ustawy czy rozporządzenia. W codziennej pracy należy jednak wziąć pod uwagę rekomendacje ośrodków naukowych, które opierają się na EBM. Poza tym, zgodnie z paragrafem 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerezeniu się zakażeń i chorób zakaźnych podczas kontroli dany podmiot leczniczy oceniający jest biorąc pod uwagę ogólnodostępne standardy i wytyczne ośrodków referencyjnych, zasady współczesnej wiedzy medycznej, wytyczne konsultantów krajowych w odpowiednich dziedzinach medycyny znajdujących zastosowanie w działalności świadczeniodawcy- dotyczące zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych. W kwestii przygotowania rąk do pracy zarówno CDC jak i WHO rekomendują od wielu lat krótkie paznokcie, bez sztucznych powłok.

Reasumując, higiena rąk personelu jest uznawana za podstawę profilaktyki zakażeń szpitalnych, co znalazło potwierdzenie w wielu doniesieniach naukowych. A co za tym idzie nie jest kwestią dowolną, jest ona obowiązkiem każdego pracownika. Higiena rąk powinna być również priorytetem instytucjonalnym.

Z wyrazami szacunku
Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego
dr n. med. Anna Szczypta

Piśmiennictwo:

1. Boyce J.M, Pittet D: Guideline for hand hygiene in health – care settings: recommendations of the Healthcare Infections Control Practices Advisory Committee and HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force, Infect Control Hosp Epidemiol 2002, 23 (Suppl.),1-40.
2. Pittet D, Allegranzi B, Boyce J, World Health Organisation, World Alliance for Patient Safety, First Global Patient Safety Challenge Core Group of Experts: The World Health Organization guidelines on hand hygiene in health care and their consensus recommendations, Infect Control Hosp Epidemiol 2009, 30,611-22.
3. Gupta A, Della-Latta p, Todd B, San Gabriel P, Haas J, Wu F, Rubenstein D, Saiman L, Outbreak of extended-spectrum beta – lactamase- producing *Klebsiella pneumoniae* in neonatal intensive care unit linked to artificial nails, Infect Control Hosp Epidemiol 2004, 25, 210-5
4. Moolenaar L.V.Crutcher J.M, San Joaquin V.H, Sewell L.V (et all): A prolonged outbreak of *Pseudomonas aeruginosa* in a neonatal intensive care unit: did Staff fingernails play a role in disease transmission? Infect Control Hosp Epidemiol 2000, 21, 80-5.
5. Piwowarczyk J.: Badanie wpływu różnych czynników na jakość i skuteczność mikrobiologiczną procedury higienicznej dezynfekcji rąk wśród personelu medycznego. Rozprawa doktorska, UMed Wroc, 2014.
6. Loveday HP, Wilson JA, Pratt RJ i wsp. epic3: national evidence based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. J Hosp Infect 2014; 86: S1-S70.
7. Wynd CA, Samstag DE, Lapp AM. Bacterial carriage on the fingernails of OR nurses. AORN J 1994; 60: 796: 799-805.
8. McNeil SA, Foster CL, Hedderwick SA i wsp. Effect of hand cleansing with antimicrobial soap or alcohol-based gel on microbial colonization of artificial fingernails worn by health care workers. Clin Infect Dis 2001; 32: 367-372.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerezeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (DZ.U. 2010, poz.646).

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie
zaprasza do udziału w **BEZPŁATNYCH** kursach doszkalcających

Profilaktyka zakażeń wywołanych SARS-CoV-2 w opiece zinstytucjonalizowanej i warunkach domowych dla pielęgniarek i położnych

Terminy realizacji: październik-grudzień 2023

Celem kursu jest przygotowanie pielęgniarek i położnych do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i diagnostyki COVID-19.

Realizowane przez Ośrodek szkolenia przeznaczone są dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie. Każdy uczestnik może wziąć udział tylko w jednym szkoleniu w ramach projektu.

Kursy realizowane są w ramach projektu nr POWR07.01.00-00-0004/22 pn. *Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych* w ramach Działania 7.1 Oś priorytetowa VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Informacje: tel.: 17 77 88 481 www.okppip.pl e-mail: rzeszow@okppip.pl

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie
ul. Rymanowska 3, 35-083 Rzeszów

Zapraszamy do kontaktu!

Każdy uczestnik kursu otrzymuje:

- Tablet
- Materiały szkoleniowe
- Catering
- Najwyższą jakość kształcenia

Wnioski na szkolenia należy składać
przez System Monitorowania Kształcenia
Pracowników Medycznych (SMK)
<https://smk.ezdrowie.gov.pl/>

The poster features logos for the European Union, the Polish Republic, and the National Board of Nurses and Midwives. It includes the text: 'Sfinansowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19', 'Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych zaprasza na BEZPŁATNY kurs doszkalcający', 'Profilaktyka zakażeń wywołanych SARS-CoV-2 w opiece zinstytucjonalizowanej i warunkach domowych'. The bottom section shows images of healthcare workers in masks and a hand holding a syringe. At the very bottom, it states: 'Kurs jest realizowany w ramach projektu „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych” nr POWR.07.01.00-00-0004/22. Projekt realizowany w ramach Działania 7.1 Oś priorytetowa VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.'

OPINIA PRAWNA

z dnia 9 października 2023 r., przygotowana dla Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie, na temat wystawiania przez pielęgniarkę recept pro auctore oraz pro familiae z kodem „S” LUB „DZ”

I. WSTĘP:

Przedmiotem niniejszej opinii jest udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy w świetle obowiązujących przepisów pielęgniarka czy położna może wystawić receptę pro auctore oraz receptę pro familiae z kodem „S” lub „DZ”.

II. PODSTAWA PRAWNA:

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2702 ze zm.) – dalej jako ustawa o zawodach,
2. Ustawa z dnia 6 września 2001 roku – Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2301 ze zm.) – dalej jako Prawo farmaceutyczne,
3. Ustawa z dnia 24 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.) – dalej jako ustawa o świadczeniach,
4. Ustawa z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 826 ze zm.) – dalej jako ustawa o refundacji,
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 roku w sprawie recept (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 487 ze zm.) – dalej jako rozporządzenie ws recept.

III. WNIOSKI:

1. Co do zasady pielęgniarka jest uprawniona do wystawienia recepty pro auctore oraz receptę pro familiae z kodem „S” lub „DZ”, pod warunkiem, że spełnione zostały warunki wynikające z przepisów ustawy o świadczeniach oraz ustawy o zawodach.
2. Ustawa o świadczeniach przewiduje, że recepta z kodem „S” lub „DZ” może być wystawiona przez pielęgniarkę udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, a także pielęgniarkę udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach umowy, o której mowa w art. 159a.
3. Dodatkowym wymogiem jest obowiązek nałożony na pielęgniarkę, zgodnie z którym przed wystawieniem recepty jest obowiązana do dokonywania za pośrednictwem systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, weryfikacji ilości oraz rodzaju przepisanych danemu świadczeniobiorcy leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, pod względem bezpieczeństwa oraz konieczności ich stosowania, biorąc pod uwagę recepty wystawione oraz zrealizowane dla tego świadczeniobiorcy.

IV. ROZWAŻANIA:

Zgodnie z przepisami o zawodach wyróżnia się dwa rodzaje uprawnień pielęgniarek i położnych (dalej: pielęgniarki), spełniających określone wymagania ustawowe, do ordynowania pewnych leków.

Po pierwsze, część pielęgniarek ma prawo do samodzielnego ordynowania leków zawierających określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty (art. 15a ust. 1 pkt 1 ustawy o zawodach). Wykaz tych substancji określił Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (Dz.U. poz. 299).

Po drugie, część pielęgniarek ma prawo w ramach kontynuacji leczenia i wyłącznie na zlecenie lekarskie do wystawienia recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, niezbędne do kontynuacji leczenia (art. 15a ust. 2 pkt 1 ustawy o zawodach). W tym zakresie pielęgniarka musi mieć odpowiednie zlecenie lekarskie, a także powinna mieć dostęp do dokumentacji medycznej w celu ustalenia, że recepta jest niezbędna do kontynuacji leczenia.

W art. 15a ust. 3a ustawy o zawodach pielęgniarka wystawia recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne na zasadach określonych w szczególności w art. 95b prawa farmaceutycznego.

Powyższe oznacza, że zgodnie z art. 95b ust. 3 prawa farmaceutycznego, pielęgniarka może wystawić receptę dla:

1. osoby wystawiającej, zwana dalej "receptą pro auctore",
2. małżonka, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu, krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa osoby wystawiającej, zwana dalej "receptą pro familiae" - jest wystawiana w postaci elektronicznej albo papierowej.

Z tym zastrzeżeniem, że zgodnie z art. 15 ust. 3 ustawy o zawodach, pielęgniarka nie może wystawiać recept dla świadczeniobiorcom w okresie ciąży.

Zgodnie z załącznikiem nr 1 (poz. 10) do rozporządzenia ws recept kod DZ na recepcie oznacza dodatkowe uprawnienie dla pacjentów, o których mowa w art. 43a ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach, są to świadczeniobiorcy do ukończenia 18 roku życia. Natomiast kod S na recepcie (wskazany w załączniku nr 1, poz. 7 rozporządzenia ws recept) oznacza dodatkowe uprawnienia dla pacjentów, o których w art. 43 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, tj. świadczeniobiorców po ukończeniu 65 roku życia.

Zgodnie z art. 43a ust. 1 ustawy o świadczeniach: świadczeniobiorcom:

- 1) do ukończenia 18. roku życia,
 - 2) po ukończeniu 65. roku życia
- przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, ustalonym w sposób określony w ust. 2, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza lub pielęgniarkę udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu i wystawił receptę dla siebie albo dla małżonka, albo dla osoby pozostającej we wspólnym pożyciu albo dla krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa.

Zgodnie z ust. 1a tego artykułu przewiduje, że bezpłatne zaopatrzenie, o którym mowa w ust. 1, przysługuje również na podstawie recepty wystawionej w postaci elektronicznej przez:

- 1) lekarza lub pielęgniarkę udzielających świadczeń opieki zdrowotnej:
 - a) w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub
 - b) z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach umowy, o której mowa w art. 159a.

Wskazane powyżej osoby uprawnione do wystawiania recept, przed wystawieniem recepty są obowiązane do dokonywania za pośrednictwem systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, weryfikacji ilości oraz rodzaju przepisanych świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 1, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, pod względem bezpieczeństwa oraz konieczności ich stosowania, biorąc pod uwagę recepty wystawione oraz zrealizowane dla tego świadczeniobiorcy.

RADCA PRAWNY
Paulina Wójcik-Król

Ważne pojęcia, czyli o przedstawicielu ustawowym, opiekunie prawnym i opiekunie faktycznym

Publikujemy I część porad prawnych w ramach cyklu "Prawo w praktyce pielęgniarstwa i położnictwa" autorstwa dr Małgorzaty Paszkowskiej. Kolejny odcinek tego cyklu ukaze się w wydaniu listopadowo-grudniowym naszego biuletynu.

Do podstawowych obowiązków pielęgniarek i położnych należy poszanowanie i realizacja praw pacjenta. Prawa pacjenta należą do prawnych i etycznych standardów wykonywania powyższych zawodów, podobnie jak innych zawodów medycznych. W polskim prawie nie ma definicji praw pacjenta. Należy przyjąć, że prawa pacjenta to zespół uprawnień przysługujących człowiekowi (pacjentowi) z tytułu korzystania ze świadczeń zdrowotnych lub ubiegania się o nie. Prawa pacjenta to prawa podmiotowe stanowiące szczególną kategorię praw człowieka. Prawa pacjenta związane są bezpośrednio z korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych. Świadczenie zdrowotne są to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Do najważniejszych powszechnych (tj. przysługujących każdemu pacjentowi i w każdym podmiocie leczniczym) praw pacjenta uregulowanych prawem należą:

- 1) prawo do informacji (o prawach pacjenta i o stanie zdrowia),
- 2) prawo do wyrażania zgody na świadczenia zdrowotne,
- 3) prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta,
- 4) prawo dostępu do dokumentacji medycznej.

Prawa pacjenta uregulowane są przede wszystkim w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także w pragmatykach dotyczących poszczególnych zawodów medycznych, w tym w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa. Przypomnieć należy, że zgodnie z art. 16 ustawy pielęgniarstwo i położnictwo są zobowiązane:

- 1) informować pacjenta o jego prawach zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 2) udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, albo osobie wskazanej przez pacjenta,



Fot. pixabay.com

informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i połogu. W rezultacie muszą one znać prawa pacjenta, by móc informację w ich zakresie przekazać pacjentowi.

Dla ułatwienia procedury realizacji praw pacjenta pielęgniarstwo oraz położnictwo powinny odpowiedzieć sobie m.in. na trzy podstawowe pytania:

- ▶ Kto powinien być adresatem ich działań (wobec kogo powinny je realizować)?
- ▶ Jaki jest zakres przedmiotowy danego prawa (jego treść)?
- ▶ W jakiej formie należy zrealizować konkretne prawo pacjenta?

W niniejszym artykule zaczniemy od przybliżenia fundamentalnych, lecz często mylonych w praktyce pojęć związanych z adresatem działań w zakresie realizacji praw pacjenta (podmiotem uprawnionym w ich zakresie).

PACJENT

Przede wszystkim należy określić kto to jest pacjent. Za pacjenta, zgodnie z definicją ustawową, uważać należy osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę

wykonywającą zawód medyczny. Pacjentem jest każda osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych zarówno odpłatnie, za częściową odpłatnością, jak i nieodpłatnie, tj. pacjenci ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia i komercyjni.

Generalnie pacjentów można podzielić na dwie podstawowe kategorie, tj. pacjentów pełnoletnich lub małoletnich. Każdej kategorii pacjentów przysługuje określony ustawowo kompleks uprawnień związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Zasadniczo pacjenci pełnoletni i małoletni mają ten sam zakres fundamentalnych uprawnień, jednakże inaczej jest z ich realizacją w praktyce. Bowiem respektowanie praw pacjentów małoletnich jest nierozdzielnie związane poszanowaniem praw ich przedstawicieli ustawowych. Pacjent pełnoletni (potocznie nazywany dorosłym) to taki, który generalnie ukończył 18 rok życia i ma on zgodnie z prawem cywilnym pełną zdolność do czynności prawnych. Posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych oznacza, że konkretna osoba, np. pacjent X. może samodzielnie wywoływać skutki prawne (w postaci powstania, zmiany, ustania stosunków prawnych) również w sferze ochrony zdrowia, np. zawierać umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych i udzielać zgody na nie.

Należy pamiętać, iż zdolności do czynności prawnych nie mają osoby ubezwłasnowolnione.

Ubezwłasnowolnienie oznacza pozbawienie lub ograniczenie zdolności do czynności prawnych konkretnej osoby fizycznej w wyniku orzeczenia sądu. Instytucja ubezwłasnowolnienia uregulowana jest w kodeksie cywilnym (art.13,16), a procedura sądowa orzekania o nim w kodeksie postępowania cywilnego (art. 544-560). Ubezwłasnowolnienie oznacza w praktyce, że istnieje orzeczenie sądu okręgowego stanowiące, iż konkretna osoba (pacjent) jest ubezwłasnowolniona całkowicie lub częściowo oraz wskazujące imiennie osobę (opiekuna prawnego lub kuratora), która realizuje jej prawa również w zakresie praw pacjenta. Ustawodawca w kodeksie cywilnym wyodrębnia dwa rodzaje ubezwłasnowolnienia, tj. całkowite (art.13) i częściowe (art.16). Przesłanki

w obydwu przypadkach ubezwłasnowolnienia pozostają zbliżone. Podstawową jest występowanie choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii. Ponadto w przypadku ubezwłasnowolnienia całkowitego jest nią brak możliwości kierowania swoim postępowaniem, a w przypadku ubezwłasnowolnienia częściowego konieczność pomocy w prowadzeniu spraw.

Za pacjenta małoletniego (dziecko) należy uważać - posługując się definicją negatywną - osobę, która nie jest pełnoletnia. Pacjentem małoletnim jest w praktyce osoba fizyczna, która nie ukończyła lat 18 (wyjątek: kobiety, które zawarły za zezwoleniem sądu związek małżeński po ukończeniu lat 16). Konkluzja: bezpośrednio należy realizować prawa pacjenta wobec pacjentów, którzy są pełnoletni i nieubezwłasnowolnieni orzeczeniem sądu. Natomiast w przypadku pacjentów małoletnich i ubezwłasnowolnionych ich interesy reprezentują tzw. przedstawiciele ustawowi.

Nie można zapominać także, że przez zawarcie małżeństwa małoletni uzyskuje pełnoletność. Nie traci jej w razie ustania/unieważnienia małżeństwa. Norma powyższa dotyczy tylko kobiet w wieku powyżej 16 lat.

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

Dla realizacji w praktyce praw pacjenta małoletniego oraz ubezwłasnowolnionego fundamentalne znaczenie ma określenie, kto ich reprezentuje - jest ich przedstawicielem ustawowym, bowiem taka osoba wyraża chociażby zgodę na udzielenie konkretnych świadczeń zdrowotnych i ją należy informować o stanie zdrowia pacjenta. Należy wyodrębnić dwa rodzaje przedstawicieli ustawowych:

- 1) rodziców (reprezentują oni interesy biologicznych i przysposobionych dzieci),
- 2) opiekunów prawnych (reprezentują oni interesy sierot i dzieci niepodlegających władzy rodzicielskiej oraz osób ubezwłasnowolnionych).

Zgodnie z art. 98 §1 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, rodzice są przedstawicielami ustawowymi dziecka pozostającego pod ich władzą rodzicielską. Natomiast art. 97 kodeksu rodzinnego stanowi, że jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom, każde z nich jest obowiązane i uprawnione do jej wykonywania (co

dotyczy realizowania m.in. funkcji przedstawiciela ustawowego). Jednakże o istotnych sprawach dziecka (a za taką należy uznać np. sprawę jego leczenia) rodzice rozstrzygają wspólnie, a w braku porozumienia między nimi rozstrzyga to zagadnienie sąd opiekuńczy.

Władza rodzicielska przysługuje generalnie obojgu rodzicom, jeżeli mają pełną zdolność do czynności prawnych (są pełnoletni i nieubezwłasnowolnieni). Jednakże, jeżeli wymaga tego dobro dziecka, sąd w wyroku ustalającym pochodzenie dziecka może orzec o zawieszeniu, ograniczeniu lub pozbawieniu władzy rodzicielskiej jednego lub obojga rodziców. Zawieszenie, ograniczenie oraz pozbawienie władzy rodzicielskiej jednego lub obojga rodziców może nastąpić również później wskutek orzeczenia sądu, jeżeli zaistnieją ustawowe przesłanki. Bowiem w razie przemijającej przeszkody w wykonywaniu władzy rodzicielskiej sąd opiekuńczy może orzec jej zawieszenie (w przypadku odbywania przez rodzica kary pozbawienia wolności, pobytu na leczeniu odwykowym itp.). Natomiast jeżeli władza rodzicielska nie może być wykonywana z powodu trwałej przeszkody albo jeżeli rodzice nadużywają władzy rodzicielskiej lub w sposób rażący zaniedbują swe obowiązki względem dziecka, sąd opiekuńczy pozbawi rodziców władzy rodzicielskiej.

Jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani, ustanawia się dla dziecka opiekę (konkretną osobę pełnoletnią jako opiekuna prawnego). Opiekuna prawnego wyznacza orzeczeniem sąd. Fakt posiadania opiekuna prawnego przez małoletniego, a także ubezwłasnowolnionego pacjenta powinien być odnotowany w jego dokumentacji medycznej.

Konkluzja: przedstawicielem ustawowym dziecka jest jego rodzic, pod warunkiem że posiada pełnię władzy rodzicielskiej. Jeżeli rodzic jest pozbawiony władzy rodzicielskiej lub została ona zawieszona (co jest wynikiem orzeczenia sądu), wtedy dla dziecka wyznaczany jest przez sąd opiekuńczy opiekun prawny (np. babcia). Przykład: Po przeprowadzce z Warszawy Anna B. i jej córka 25-letnia Jagoda, w stosunku do której sąd orzekł ubezwłasnowolnienie w ubiegłym roku, przyszyły do jednej z rzeszowskich przychodni dokonać wyboru pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Kto powinien „podpisać”

deklaracje Jagody?

Deklaracja wyboru pielęgniarki oraz położnej POZ w przypadku 25-letniej pacjentki ubezwłasnowolnionej całkowicie powinna być podpisana przez jej przedstawiciela ustawowego, którym w tym wypadku jest opiekun prawny. Może to być jej matka, jeżeli to ona została wyznaczona opiekunem prawnym. Natomiast jeżeli ubezwłasnowolnienie nie zostało orzeczone, to powyższe deklaracje powinna podpisać bezpośrednio pacjentka.

OPIEKUN FAKTYCZNY

W praktyce często występuje „zrównywanie” zarówno przez personel medyczny, jak i przez bliskich pacjentów dwóch odrębnych podmiotów, tj. opiekuna prawnego i opiekuna faktycznego. Dlatego też istotne jest wyjaśnienie pojęcia opiekun faktyczny. Za opiekuna faktycznego, zgodnie z definicją ustawową, należy uważać tylko osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga (art. 3 ustawy o prawach pacjenta). Przykładowo opiekunem faktycznym dziecka będzie babcia czy ciocia, u której spędza ono wakacje lub która się nim opiekuje podczas pracy/wyjazdu rodziców.

Reasumując, prawa pacjenta pielęgniarka oraz położna realizują bezpośrednio wobec pacjenta lub/i wobec jego przedstawiciela ustawowego. Przedstawiciel ustawowy to szersza kategoria pojęciowa obejmująca zarówno rodzica, jak i opiekuna prawnego. Ponadto opiekun prawny i opiekun faktyczny to nie to samo. Mają oni inny status i uprawnienia. Opiekuna faktycznego nie wyznacza sąd i ma on znacznie węższe kompetencje niż opiekun prawny, np. może wyrazić zgodę tylko na badanie dziecka, ale już nie na zabieg czy zrobienie zastrzyku. Należy zwrócić uwagę w podmiotach leczniczych na poprawne nazewnictwo na formularzach przekazywanych pacjentom, w tym formularzu zgody na świadczenia zdrowotne, gdzie jako udzielający tej zgody powinien występować pacjent lub/i jego przedstawiciel ustawowy, a nie np. przedstawiciel prawny itp. Rozróżnianie i prawidłowe stosowanie omówionych w artykule pojęć ma bardzo istotne znaczenie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i chroni przed negatywnymi konsekwencjami prawnymi. ■

dr MAŁGORZATA PASZKOWSKA

POŻEGNANIA

*"Ci których kochamy,
nigdy nie umierają "*

Koleżance
**IZABELLI
STREB**

wyrazy szczerego
współczucia
z powodu śmierci
TATY

składają Koleżanki
z Punktu pobrań "
Diagnostyka-Kopernika"
w Tarnobrzegu

Pielęgniarce
**DOROCIE
GOŁĄB**

najszczerze wyrazy
współczucia
i otuchy w trudnych
chwilach
z powodu śmierci
TATY

składają
Pielęgniarka Naczelna,
Pielęgniarki i Położne
ZOZ nr 2 w Rzeszowie

„Ci, których kochamy, nie umierają nigdy”

Pielęgniarce Koordynującej
Pracowni Endoskopii
BOŻENIE SERAFIN
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci
MAMY

składają
Pielęgniarka Naczelna i Pielęgniarki
Szpitala Specjalistycznego
im. Św. Rodziny w Rudnej Małej

*„Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,
a wspomnień nikt nam nie odbierze”*

Pielęgniarce Oddziału Rehabilitacji
ELŻBIECIE RYDZIK
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci
TATY

składają
Pielęgniarka Naczelna, Pielęgniarka Oddziałowa
i Pielęgniarki Oddziału Rehabilitacji
Szpitala Specjalistycznego
im. Św. Rodziny w Rudnej Małej

Pielęgniarce
**AMELII
SKŁAD**

łącąc się w bólu
wyrazy najgłębszego
współczucia
z powodu śmierci
SIOSTRY

składają
Pielęgniarka Naczelna,
Pielęgniarki i Położne
ZOZ nr 2 w Rzeszowie

Ze smutkiem przyjęliśmy
wiadomość
o śmierci naszej koleżanki
pielęgniarki
**CELINY
GNAT**

Rodzinie i bliskim
przekazujemy wyrazy
współczucia.
Zarząd Ogólnopolskiego
Związku Zawodowego
Pielęgniarek i Położnych
Uniwersyteckiego Szpitala
Klinicznego w Rzeszowie

„Nie umiera ten, kto trwa w pamięci i sercach żywych”



Chcemy się podzielić głębokim żalem i smutkiem
ze wszystkimi, którzy znali Naszą Koleżankę

KRYSTYNĘ SŁAWEK

Pielęgniarkę Oddziału Reumatologii
Wojewódzkiego Szpitala
im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu,
która zmarła 03.07.2023 r.
w wieku 64 lat.

Odeszła od nas pielęgniarka o wielkim sercu.

Skromna, kompetentna i profesjonalna.
Zawsze odpowiedzialna, zaangażowana w pracę
i życzliwa ludziom.

Była autorytetem dla wielu pielęgniarek.
Krysiu, tak trudno uwierzyć, że już Cię nie zobaczymy.
Na zawsze pozostaniesz w naszej pamięci.

Rodzinie Naszej Zmarłej Koleżanki
Wyrazy współczucia
składają
Koleżanki i Koledzy Wojewódzkiego Szpitala
im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej
w Tarnobrzegu
wraz z Pielęgniarką Naczelną
oraz z Pielęgniarską Kadrami Zarządzającą

„Można odejść na zawsze, by stale być blisko”
ks. Jan Twardowski

Naszej Koleżance
EDYCCIE WIĄCEK – ŚCIEŻKA
Koordynatorowi Pakietu Onkologicznego
Szpitala Wojewódzkiego w Tarnobrzegu
Najszczerze kondolencje z powodu śmierci
BRATA

składają
Pracownicy Oddziału Onkologii Klinicznej, Oddziału
Dziennego Chemioterapii,
Poradni Onkologicznej

„Nigdy nie wiadomo, która rozmowa będzie ostatnią”

Pielęgniarzowi Bloku Operacyjnego
PAWŁOWI BARAN
wyrazy głębokiego żalu
i współczucia
z powodu śmierci
TATY

składają
Pielęgniarka Naczelna, Pielęgniarz
Oddziałowy oraz Koleżanki i Koledzy
z Bloku Operacyjnego
Szpitala Specjalistycznego
im. Św. Rodziny w Rudnej Małej

*„Wszystko na świecie prędko przemienie,
Płomienie zgasną, woda przepłynie,
Przemienie radość i to, co boli,
Czasy nieszczęścia i czasy niedoli.
Minęło szczęście, przeszło cierpienie,
A pozostało tylko wspomnienie...”*

Wyrazy współczucia i głębokiego żalu
Rodzinie Naszej tragicznie zmarłej koleżanki
KATARZYNY JASINA

składają
Pielęgniarki Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy
w Rzeszowie

Pielęgniarki
**ANNIE
KACZOR**

najszczerze kondolencje
z powodu śmierci
TATY

Wyrazy głębokiego żalu
oraz słowa otuchy
w tych trudnych chwilach
składają

Pielęgniarka Naczelna,
Pielęgniarki i Położne
ZOZ nr 2 w Rzeszowie

Pielęgniarki
**LUCYNIE
KIDACKIEJ**

najszczerze wyrazy
współczucia
i otuchy w trudnych chwilach
z powodu śmierci
MAMY

składają
Pielęgniarka Naczelna,
Kierownik Przychodni
Specjalistycznej
oraz Pielęgniarki i Położne
ZOZ nr 2 w Rzeszowie

*„Życie człowieka jest jak płomień świecy...
wystarczy podmuch wiatru, żeby je zgasić*

Z głębokim smutkiem i żalem zawiadamiamy,
że 07.09.2023 r. odeszła od nas, w wieku 62 lat, nasza
Koleżanka

śp. DANUTA ANGOWSKA
Pielęgniarka Przychodni Specjalistycznej Nr 2 przy ul.
Lubelskiej w Rzeszowie

Zapamiętamy Ją jako życzliwą i serdeczną osobę, Rodzinie i
bliskim składamy najserdeczniejsze wyrazy współczucia

Koleżanki i Koledzy Przychodni Specjalistycznej Nr 2 oraz
Zakład Opieki Długoterminowej w Rzeszowie

NEKROLOGI i POŻEGNANIA

zamieszczamy w każdym wydaniu
biuletynu Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie,
jak również na naszej stronie internetowej
oipip.rzeszow.pl

Treść nekrologów i pożegnań prosimy przysyłać (koniecznie
z podaniem telefonu kontaktowego)
na adres sekretariatu OIPIP w Rzeszowie):
biuro@oipip.rzeszow.pl
Telefon kontaktowy: **17 77 88 483**

Pani Marzannie Kochowskiej

z okazji objęcia w drodze konkursu stanowiska
Naczelnej Pielęgniarki w Wojewódzkim Szpitalu im.
Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu
składamy serdeczne gratulacje z życzeniami dalszych
sukcesów na drodze zawodowej i osobistej. Niech ten
awans zawodowy przyniesie wiele satysfakcji, otworzy
szereg nowych możliwości i stanie się motywacją do
dalszego rozwoju.

Kierownicza Kadra Pielęgniarska
Wojewódzkiego Szpitala
im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu

Szanowna Pani Barbara Świetlik Przewodnicząca OIPIP w Rzeszowie

W imieniu własnym oraz Wojewódzkiego Zespołu
Specjalistycznego pragnę serdecznie podziękować za
Pani obecność na uroczystych obchodach 25-lecia
WZS w Rzeszowie.

Dziękujemy za życzenia i gratulacje. Żywię nadzieję, iż
atmosfera Naszego Jubileuszu przetrwa w Państwa
miłych wspomnieniach.

Z poważaniem
Dyrektor Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznego w Rzeszowie
Józefa Misiewicz



Wejdź na
www.oipip.rzeszow.pl

**Zobacz,
jak się
zmieniamy**

INTER MEDYK LIFE - WYBÓR NAJLEPSZEJ OCHRONY

ZAKRES ŚWIADCZEŃ	WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III	WARIANT IV	WARIANT V	WARIANT VI	OKRES KARENCEJI
	MAKSYMALNA WARTOŚĆ ŚWIADCZENIA						
Śmierć Ubezpieczonego (również w wyniku COVID-19)	25 000 zł	35 000 zł	45 000 zł	50 000 zł	100 000 zł	150 000 zł	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW	50 000 zł	70 000 zł	90 000 zł	100 000 zł	200 000 zł	400 000 zł	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW przy pracy	60 000 zł	80 000 zł	110 000 zł	150 000 zł	300 000 zł	700 000 zł	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego	60 000 zł	80 000 zł	110 000 zł	150 000 zł	300 000 zł	700 000 zł	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego przy pracy	80 000 zł	100 000 zł	130 000 zł	200 000 zł	400 000 zł	1 000 000 zł	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	50 000 zł	70 000 zł	90 000 zł	100 000 zł	150 000 zł	200 000 zł	6 miesięcy
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW (za 1% uszczerbku)	300 zł	400 zł	500 zł	500 zł	750 zł	1 000 zł	-
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku)	300 zł	400 zł	500 zł	-	-	-	3 miesiące
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego (47 jednostek chorobowych)	4 000 zł	5 000 zł	7 000 zł	10 000 zł	15 000 zł	20 000 zł	90 dni
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku NW – stawka dzienna – płatne do 14 dni	100 zł	120 zł	150 zł	100 zł	200 zł	300 zł	-
za kolejne dni:	50 zł	60 zł	75 zł	50 zł	100 zł	150 zł	-
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z powodu choroby (również w wyniku COVID-19) – stawka dzienna – płatne do 14 dni	50 zł	60 zł	75 zł	50 zł	100 zł	150 zł	30 dni
za kolejne dni:	25 zł	30 zł	38 zł	25 zł	50 zł	75 zł	30 dni
Pobyt Ubezpieczonego na OIOM (również w wyniku COVID-19) – powyżej 24 godzin	500 zł	600 zł	750 zł	500 zł	1 000 zł	1 500 zł	30 dni
Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego (katalog 539 operacji)	2 000 zł	3 000 zł	5 000 zł	-	-	-	180 dni
Śmierć Współmałżonka (również w wyniku COVID-19)	10 000 zł	12 000 zł	14 000 zł	-	-	-	6 miesięcy
Śmierć Współmałżonka w wyniku NW	15 000 zł	18 000 zł	21 000 zł	-	-	-	-
Śmierć Dziecka (również w wyniku COVID-19)	5 000 zł	6 000 zł	7 000 zł	-	-	-	6 miesięcy
Śmierć Dziecka w wyniku NW	10 000 zł	12 000 zł	14 000 zł	-	-	-	-
Urodzenie Dziecka	800 zł	1 200 zł	1 500 zł	-	-	-	9 miesięcy
Urodzenie Dziecka z wadą wrodzoną	2 000 zł	3 000 zł	4 000 zł	-	-	-	9 miesięcy
Urodzenie martwego Dziecka	2 000 zł	3 000 zł	4 000 zł	-	-	-	3 miesiące
Osierocenie Dziecka (również w wyniku COVID-19)	3 500 zł	4 500 zł	5 500 zł	-	-	-	6 miesięcy
Śmierć Rodzica lub Teścia (również w wyniku COVID-19)	1 000 zł	1 200 zł	1 500 zł	-	-	-	6 miesięcy
Pakiet usług Assistance	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	-
SKŁADKA MIESIĘCZNA	65 zł	85 zł	105 zł	65 zł	105 zł	185 zł	

PAKIET RYZYK MEDYCZNYCH – ZA JEDYNE 15ZŁ MIESIĘCZNIE

Ubezpieczenie na wypadek chorób zawodowych najczęściej występujących w branży medycznej:

- ✔ uszkodzenie wzroku przez laser
- ✔ urazy kręgosłupa
- ✔ zatrucia substancjami chemicznymi
- ✔ uszkodzenie słuchu przez ultradźwięki
- ✔ zakażenie HIV/WZW
- ✔ wtórny zespół stresu pourazowego
- ✔ uszczerbek na zdrowiu w wyniku agresji pacjenta

TUTAJ MASZ DO NAS NAJBLIŻEJ! NASI EKSPERCI CZEKAJĄ NA CIEBIE

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.

Al. Jerozolimskie 142B, 02-305 Warszawa
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy
KRS: 0000012649, NIP: 547-17-53-546
Kapitał zakładowy wynosi 24,8 mln zł, jest zarejestrowany i w pełni opłacony

Oddział w Rzeszowie ul. Rymanowska 3
tel kom: +48 571 244 239
e-mail: bartosz.gdula@interpolska.pl