

*Spokoju w sercu i pokoju na świecie.
Niech Wielkanocny czas odrodzi wszystko, co dobre.
Przegoni troski i smutki. Obudzi nadzieję na lepsze jutro.*

Życzą w imieniu

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – Przewodnicząca – *Joanna Walewander*

Okręgowej Komisji Rewizyjnej – Przewodnicząca – *Mira Krzystanek*

Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych – Przewodnicząca – *Bożena Szmit*

Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – Okręgowy Rzecznik – *Małgorzata Wiater*



WAŻNE!!!

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych przypomina o obowiązku aktualizacji danych w Rejestrze Pielęgniarek i Położnych oraz Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, iż zgodnie z:

→ **art. 19 ust. 2 i 3** ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2022 poz. 2072 ze zm.) pielęgniarka i położna wykonujące zawód w formie:

- umowy o pracę,
- w ramach stosunku służbowego,
- na podstawie umowy cywilnoprawnej,

jest obowiązana w terminie 14 dni od dnia nawiązania stosunku służbowego, zawarcia umowy lub rozwiązania czy wygaśnięcia umowy, **poinformować o tym fakcie** okręgową izbę pielęgniarek i położnych, właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu,

→ **art. 46 ww. ustawy**, pielęgniarka i położna wpisana do rejestru **jest obowiązana do niezwłocznego zawiadomienia** właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych o wszelkich **zmianach danych, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania**,

→ **art. 107** ustawy o działalności leczniczej, pielęgniarki i położne wykonujące działalność leczniczą w formie indywidualnej lub grupowej praktyki pielęgniarek i położnych zobowiązane są do zgłaszania wszelkich zmian objętych rejestrem **w terminie 14 dni od dnia ich powstania – wyłącznie w formie elektronicznej poprzez konto w RPWDL.**

W celu aktualizacji danych należy przedłożyć:

1. w przypadku zmiany **nazwiska** – oryginał prawa wykonywania zawodu oraz oryginał aktu małżeństwa potwierdzającego zmianę nazwiska

(do wglądu) – wymagane jest złożenie wniosku: druk do pobrania ze strony oipip.eu – zakładka – **Wnioski do pobrania – arkusz Cz. „A”**,

2. w przypadku uzyskania **tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa/położnictwa** – oryginał prawa wykonywania zawodu oraz ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje – oryginał do wglądu – wymagane jest złożenie wniosku: druk do pobrania ze strony oipip.eu – zakładka – **Wnioski do pobrania – arkusz Cz. „G”**,
3. w przypadku uzyskania **ukończenia kursów** – ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje – oryginał do wglądu – wymagane jest złożenie wniosku: druk do pobrania ze strony oipip.eu – zakładka – **Wnioski do pobrania – arkusz Cz. „G”**,
4. w przypadku ukończenia **szkoły wyższej** – odpis dyplomu, ksero suplementu – wymagane jest złożenie wniosku: druk do pobrania ze strony oipip.eu – zakładka – **Wnioski do pobrania – arkusz Cz. „B”**,
5. w przypadku **zmiany zatrudnienia** – wymagane jest złożenie wniosku: druk do pobrania ze strony oipip.eu – zakładka – **Wnioski do pobrania – arkusz Cz. „F”**,
6. w przypadku zmiany **danych adresowych** – wymagane jest złożenie wniosku: druk do pobrania ze strony oipip.eu – zakładka – **Wnioski do pobrania – arkusz Cz. „A” i „H”**.

Aktualizacji danych można dokonać poprzez wypełnienie **Arkusza aktualizacyjnego danych osobowych** i przesłanie go na adres Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, ul. Odrodzenia 7, 22-400 Zamość lub e-mail: oipipzamosc@oipip.eu



22-400 Zamość, ul. Odrodzenia 7
tel./fax 84 639 07 06, tel. kom. 504 825 352
e-mail. oipipzamosc@oipip.eu, www.oipip.eu

Biuro czynne: poniedziałek-piątek: 8.00-16.00
Radca prawny: środa: 10.00-16.00

DYŻURY:**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:**

Pani Małgorzata Wiater – dyżury w drugi i ostatni wtorek miesiąca, tel. 504 825 351,
e-mail: orzozzamosc@wp.pl

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych – dyżury w każdą środę w godz. 15.00-17.00

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
Pani Bożena Szmít, tel. 668 172 253, e-mail: ospipzamosc@wp.pl

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UCHWAŁY ORPiP z dnia 13 grudnia 2023 r.

Uchwała Nr 91/VIII/2023 w sprawie wpisu położnej do Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (przeniosła się z terenu działania OIPiP w Chełmie),

Uchwała Nr 92/VIII/2023 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (przeniosła się na teren działania OIPiP w Opolu),

Uchwała Nr 93/VIII/2023 w sprawie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat (będzie odbywać przeszkolenie w ARION Szpitalu sp. z o.o. w Biłgoraju, ul. dr Pojaska 5),

Uchwała Nr 94/VIII/2023 w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (łącznie kwota dofinansowania: 6 052,00 PLN),

Uchwała Nr 95/VIII/2023 w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (łącznie kwota dofinansowania: 9 000,00 PLN),

Uchwała Nr 96/VIII/2023 w sprawie udzielenia pomocy finansowej dla członka innej Izby (łącznie kwota dofinansowania: 500,00 PLN),

Uchwała Nr 97/VIII/2023 w sprawie uchylenia Uchwały Nr 7/VIII/2023 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu z dnia 24 kwietnia 2023 roku w sprawie zatrudnienia Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 98/VIII/2023 w sprawie zatrudnienia Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 99/VIII/2023 w sprawie zatrudnienia Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 100/VIII/2023 w sprawie zatrudnienia osoby na stanowisko referenta ds. administracyjno-gospodarczych – kasjer w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 101/VIII/2023 w sprawie regulaminu przyznawania odznaczenia „ZŁOTY CZEPEK” przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 102/VIII/2023 w sprawie powołania Komisji ds. Kulturalnych i Integracji środowiska pielęgniarek i położnych przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Zamościu oraz zasad jej działania,

Uchwała Nr 103/VIII/2023 w sprawie ustanowienia sztandaru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 104/VIII/2023 w sprawie zatwierdzenia „Regulaminu dofinansowania kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu”,

Uchwała Nr 105/VIII/2023 w sprawie rozliczenia kosztów z tytułu: czynszu, opłat telefonicznych, uposażenia osób zatrudnionych, a wykonujących czynności związane z prawem wykonywania zawodu, obsługą prawną i administracyjną organów Okręgowej Izby i Ośrodka Informacyjno-Edukacyjnego,

Uchwała Nr 106/VIII/2023 w sprawie rocznej prenumeraty czasopism i programu Serwis Prawo i Zdrowie,

Uchwała Nr 107/VIII/2023 w sprawie zakupu licencji dostępu do zasobów platformy IBUK Libra Wydawnictwa Naukowego PWN SA w Warszawie dla potrzeb członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 108/VIII/2023 w sprawie wskazania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu do składu komisji konkursowej (Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie: Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Rehabilitacji z Pododdziałem Wczesnej Terapii Neurologicznej),

Uchwała Nr 109/VIII/2023 w sprawie wskazania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Zamościu do składu komisji konkursowej (Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Radecznicy: Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału V Psychiatrycznego Ogólnego Męskiego w Radecznicy),

Uchwała Nr 110/VIII/2023 w sprawie wytypowania przedstawiciela samorządu do udziału w pracach komisji egzaminacyjnej w zakresie kształcenia podyplomowego (Organizator kształcenia: Fundacja Pretium we Wrocławiu, Kurs specjalistyczny: Żywnienie dojłowe i pozajelitowe realizowany w Hrubieszowie),

Uchwały od Nr 111/VIII/2023 do Nr 122/VIII/2023 w sprawie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu śmierci,

Uchwały od Nr 123/VIII/2023 do Nr 124/VIII/2023 w sprawie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu położnej z powodu śmierci,

Uchwała Nr 125/VIII/2023 w sprawie wprowadzenia zmiany w Regulaminie wynagradzania pracowników zatrudnionych w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.

UCHWAŁY Prezydium ORPiP z dnia 19 stycznia 2024 r.

Uchwała Nr 108/VIII/2024 i **Uchwała Nr 109/VIII/2024** w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego

Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Uchwała Nr 110/VIII/2024 i **Uchwała Nr 111/VIII/2024** w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 112/VIII/2024 w sprawie wydania duplikatu zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki,

Uchwała Nr 113/VIII/2024 i **Uchwała Nr 114/VIII/2024** w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

Uchwała Nr 115/VIII/2024 w sprawie wykreślenia indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

Uchwała Nr 116/VIII/2024 w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (łącznie kwota dofinansowania: 126 883,50 PLN),

Uchwała Nr 117/VIII/2024 w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPiP w Zamościu (łącznie kwota zapomóg 8 500,00 złoty),

Uchwały od Nr 118/VIII/2024 do Nr 121/VIII/2024 w sprawie udzielenia pomocy finansowej dla członka innej Izby (kwota dofinansowania: 2 000,00 PLN),

Uchwała Nr 122/VIII/2024 w sprawie wytypowania przedstawiciela samorządu do udziału w pracach komisji egzaminacyjnej w zakresie kształcenia podyplomowego (organizator kształcenia: Fundacja Pretium we Wrocławiu: kurs kwalifikacyjny dla położnych: Pielęgniarstwo operacyjne realizowany w Tomaszowie Lubelskim).

UCHWAŁY ORPiP z dnia 16 lutego 2024 r.

Uchwała Nr 126/VIII/2024 w sprawie zaprzestania wykonywania zawodu przez pielęgniarkę,

Uchwała Nr 127/VIII/2024 i **Uchwała Nr 128/VIII/2024** w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (pielęgniarki przeniosły się na teren działania OIPiP w Warszawie i Rzeszowie),

Uchwała Nr 129/VIII/2024 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (pielęgniarka przeniosła się z OIPiP w Warszawie),

Uchwała Nr 130/VIII/2024 w sprawie wpisu położnej do Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (położna przeniosła się z OIPiP w Warszawie),

Uchwała Nr 131/VIII/2024 w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

Uchwała Nr 132/VIII/2024 w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

Uchwała Nr 133/VIII/2024 w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (łącznie kwota dofinansowania: 43 890,00 PLN),

Uchwała Nr 134/VIII/2024 w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (łącznie kwota zapomóg: 18 800,00 PLN),

Uchwała Nr 135/VIII/2024 w sprawie upoważnienia członków Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu do składania oświadczeń woli w zakresie praw majątkowych i zaciągania zobowiązań finansowych w VIII kadencji,

Uchwała Nr 136/VIII/2024 w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata na Okręgowy Zjazd VIII kadencji Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 137/VIII/2024 w sprawie zwołania XXXVII Okręgowego Zjazdu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 138/VIII/2024 w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia,

Uchwała Nr 139/VIII/2024 w sprawie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu śmierci.

UCHWAŁY Prezydium ORPiP z dnia 09 marca 2024 r.

Uchwała Nr 123/VIII/2024 w sprawie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat,

Uchwała Nr 124/VIII/2024 w sprawie zaprzestania wykonywania zawodu przez pielęgniarkę,

Uchwała Nr 125/VIII/2024 w sprawie zaprzestania wykonywania zawodu przez pielęgniarkę,

Uchwała Nr 126/VIII/2024 w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (łącznie kwota dofinansowania: 21 680,00 PLN),

Uchwała Nr 127/VIII/2024 w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (łącznie kwota zapomóg: 14 000,00 PLN),

Uchwała Nr 128/VIII/2024 w sprawie dofinansowania kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (łącznie kwota dofinansowania: 2 000,00 PLN),

Uchwała Nr 129/VIII/2024 w sprawie zorganizowania uroczystości poświęcenia Sztandaru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 130/VIII/2024 w sprawie delegowania przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do udziału w konferencji organizowanej przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

NACZELNA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
z siedzibą w Warszawie
02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10
tel. (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60

Stanowisko nr 2

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 13 lutego 2024 r.

w sprawie poparcia nowelizacji obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych popiera propozycje zapisów zawartych w projekcie ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, który został złożony przez Komitet Inicjatywy Ustawodawczej w Sejmie RP.

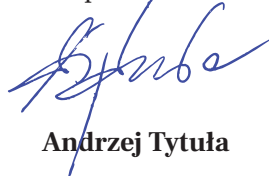
W opinii Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych obywatelski projekt jest pożądaną i konieczną nowelizacją ww. ustawy, ze względu na sukcesywne i ostateczne zniwelowanie różnic i dysproporcji w zakresie poziomu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych. Ostatnia nowelizacja ustawy wprowadziła krzywdzące zasady wynagrodzeń, szczególnie wśród grupy pielęgniarek i położnych, które charakteryzują się bardzo dużym doświadczeniem zawodowym.

Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zawody pielęgniarki i położnej są szcze-

gólnymi zawodami, ze względu na specyficzne warunki pracy, dbanie o bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta podczas realizowania świadczeń zdrowotnych, dlatego organizacja i funkcjonowanie tych zawodów wymaga ujednolicenia rozwiązań systemowych, poprzez wprowadzenie motywacyjnego poziomu wynagrodzeń i zapobieganiu nierównościom w poszczególnych grupach wynagrodzeń.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwraca szczególną uwagę na właściwy przepis w projekcie ustawy, gdyż kryterium faktycznie posiadanych kwalifikacji na zajmowanym stanowisku, będą podstawą do ustalenia współczynników pracy dla danej grupy zawodowej. Niezwykle ważnym elementem będzie wniesienie przepisu gwarantującego przekazywanie środków finansowych na pokrycie wzrostu minimalnego wynagrodzenia wprowadzone przedmiotową ustawą, a także stworzenie mechanizmu podnoszenia wynagrodzeń zasadniczych pracowników w sposób ciągły, przez cały rok kalendarzowy.

Wiceprezes NRPiP



Andrzej Tytuła

Prezes NRPiP



Mariola Łodzińska

UCHWAŁA

Uchwała Nr 104/VIII/2023

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu z dnia 13 grudnia 2023 r.

w sprawie zatwierdzenia „Regulaminu dofinansowania kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu”

Na podst. art. 31 pkt 5 oraz art. 4 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2021 r., poz. 628) uchwała się co następuje:

§ 1

Zatwierdza się „Regulamin dofinansowania kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu”.

§ 2

Regulamin stanowi integralną część niniejszej uchwały.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.

Sekretarz
Violetta Nowak

Skarbnik
Grzegorz Wojdyła

Przewodnicząca
Joanna Walewander

Załącznik do Uchwały Nr 104/VIII/2023 ORPiP z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie zatwierdzenia „Regulaminu dofinansowania kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu”

Regulamin dofinansowania

kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu

1. Fundusz **dofinansowania kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych** tworzy się z odpisu w planie finansowo-budżetowym OIPiP w Zamościu.
2. Wysokość funduszu określana jest corocznie w uchwale budżetowej Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.
3. Dofinansowaniu podlegają koszty leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych.
4. Ze świadczenia mogą korzystać członkowie OIPiP w Zamościu, którzy:
 - a) są wpisani do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek lub Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,
 - b) opłacali składki członkowskie minimum przez okres 5 lat.
5. Decyzje o przyznaniu pomocy finansowej podejmuje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych lub Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
6. Dział księgowości prowadzi rejestr udzielonych dofinansowań.
7. Decyzja Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych lub Prezydium ORPiP jest ostateczna.
4. Dokumenty potwierdzające fakt poniesienia kosztów mogą dotyczyć wyłącznie kosztów poniesionych po upływie 60 miesięcznego okresu wskazanego w ust. 3.
5. Dofinansowanie jest przyznawane na wniosek, którego wzór określa załącznik do niniejszego regulaminu. Wniosek składa członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych spełniający warunki określone w niniejszym regulaminie.
6. Do wniosku należy dołączyć:
 - a) dokumenty potwierdzające fakt poniesienia kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych (kopie dokumentów, faktury lub rachunki imienne).
7. Jeżeli dofinansowanie zostało przyznane na podstawie nieprawdziwych dokumentów, będzie podlegało zwrotowi wraz z ustawowymi odsetkami.
8. Postanowienia niniejszego regulaminu mają zastosowanie do kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych poniesionych od dnia 1 stycznia 2024 r.
9. Regulamin wchodzi w życie z dniem **1 stycznia 2024 r.**

Wnioski o udzielenie dofinansowania przyjmuje Sekretariat OIPiP w Zamościu.

1. Maksymalna kwota dofinansowania wynosi 100% udokumentowanych wydatków, nie więcej niż 1 000,00 zł (słownie: jeden tysiąc złotych).
2. O dofinansowanie może ubiegać się członek OIPiP w Zamościu, który wykonywał zawód pielęgniarki lub położnej co najmniej przez 25 lat.
3. Dofinansowanie można otrzymać jeden raz na 5 lat. Kolejny wniosek o przyznanie dofinansowania można złożyć po upływie 60 miesięcy od daty podjęcia uchwały o przyznaniu dofinansowania.

Wniosek do pobrania na stronie internetowej oipipzamosc@oipip.eu zakładka:

wnioski do pobrania

pomoc socjalna

RELACJE Z PACJENTEM

Medycyna skoncentrowana przede wszystkim na pacjencie

DOROTA ULIASZ

Psycholog, autorka bloga
zadowolony pacjent.pl, doradza i szkoli
w zakresie skutecznej komunikacji z pacjentem



Zarówno w literaturze medycznej, jak i w rozmowach z Wami, często pojawia się temat budowania relacji z pacjentem. Jakie podejście personelu medycznego do pacjenta jest polecane? Jakie konkretne zachowania czy cechy są potrzebne? I czego rzeczywiście oczekują od pielęgniarek/położnych pacjenci?

Z tego, co wiem, wśród wykładowców w czasie studiów czy też różnego typu kursów słyszycie taki komunikat: „zachowuj się w stosunku do pacjenta tak, jak byś Ty chciał/ła, by opiekował/ła się Tobą pielęgniarka w czasie pobytu w szpitalu”. Ja takie podejście nazywam: „wejdź w buty pacjenta”. Pokazuje ono na pewno ważną rzecz. Własne doświadczenia lub doświadczenia bliskich nam osób jako pacjentów są istotne. Pomagają zrozumieć oczekiwania osób chorych, poszerzyć perspektywę spojrzenia na ich potrzeby. Nie zawsze musimy mieć takie stanowisko, jakie mi kiedyś przedstawiła studentka pielęgniarstwa: „nie zastanawiałam się nigdy, co byłoby dla mnie ważne w czasie hospitalizacji oprócz kwestii medycznych, czyli szybkiego powrotu do zdrowia”. Z doświadczenia zakładam też, że mimo wszystko nie zawsze nasze własne potrzeby czy oczekiwania byłyby dokładnie takie same jak innych pacjentów. Oni też, tak jak i my, mogą w różnicowany sposób patrzeć na świat. Dlatego też jak najbardziej zachęcam do korzystania z własnych doświadczeń, jednak uważam, że warto je poszerzyć o spojrzenie oparte na badaniach dotyczących tego tematu.

Od jakiegoś już czasu promuje się w kontaktach na linii personel medyczny–pacjent tzw. model postępowania ukierunkowany na pacjenta (za: Barański J., 2012, Komunikowanie się lekarza z pacjentem). Ten model pokazuje zmianę sposobu podejścia do pacjenta, która dokonuje się też na naszych oczach. Na przestrzeni dziejów bowiem rola personelu medycznego ulega zmianie. Na jednym z wykładów poświęconych tej tematyce prowadzący przedstawił to w następujący sposób: za nami czas, gdy medycyna bardzo rozwinęła się

pod kątem technicznym oraz wiedzy o jednostkach chorobowych i sposobach ich leczenia. Coraz lepszy jest sprzęt. Coraz więcej możliwości ratowania życia i zdrowia. W naturalny więc sposób skoncentrowano się na aspektach podnoszenia kompetencji oraz stosowania coraz bardziej nowoczesnych rozwiązań. Kłopot natomiast – według tego prowadzącego – polegał na tym, że gdzieś w tym wszystkim pacjent jako konkretna osoba był mało widoczny, poświęcano mu mniej uwagi. Kluczowa była jego choroba, a nie on sam. Na szczęście szybko zorientowano się, że nie tędy droga. Pokazały to chociażby różne badania dotyczące procesów leczenia.

Okazuje się, że pacjent i/lub jego rodzina w większym stopniu przestrzega zaleceń związanych z leczeniem, gdy pomiędzy chorym a personelem medycznym tworzy się partnerska relacja czy założenie, że obie strony są równorzędne w kontaktach. W dużej mierze takie podejście jest oparte na skutecznej komunikacji. Świadomie piszę „skutecznej”, bo nie chodzi tu o to, by być miłym w taki niezobowiązujący sposób. Oczywiście bycie miłym i uprzejmym jest ważne, ale w skutecznej komunikacji chodzi o coś więcej – by dzięki niej wpływać na efekty leczenia. Co więc składa się na taki sposób kontaktu? Według mnie kluczowe jest uświadomienie sobie, że jako pielęgniarka/położna masz do spełnienia dwie role. Dlaczego dwie? Bo w dobrej opiece nad pacjentem ważne jest, by połączyć spojrzenie poprzez pryzmat choroby, jak i samego pacjenta.

Gdy skupiasz się na chorobie, jesteś ekspertem, dzięki temu, że masz konkretną wiedzę medyczną oraz praktyczne doświadczenie, jak postępować w konkretnych jednostkach chorobowych. Pozwala Ci to na to, by zgodnie z najnowszymi medycznymi wskazaniami pomagać pacjentom. Jednak, by od strony medycznej ta pomoc była skuteczna, np. by pacjent przestrzegał Twoich zaleceń, potrzebny jest drugi element: koncentracja na pacjencie. By skutecznie pomagać, ważne jest, by wiedzieć, jak swoją sytuację widzi pacjent, co o niej myśli, jakie towarzyszą mu emocje, czego się obawia, itd.

Jest to też zwykła kwestia szacunku dla człowieka. Pacjent jest bowiem konkretną osobą, z konkretnymi dolegliwościami i problemami, ale przede wszystkim jest człowiekiem. Dlatego tak ważna jest komunikacja interpersonalna, nawiązanie kontaktu i rozmowa z pacjentem, a przede wszystkim indywidualne podejście do każdej osoby.

Co możesz zrobić, by budować partnerską relację:

- W komunikacji używaj zrozumiałego dla pacjenta języka. Jego przeciwieństwem jest tzw. żargon czy też język specjalistyczny. Język medyczny jest dobry do komunikacji ze współpracownikami, dla których jest tak czytelny jak dla Ciebie. Dla pacjentów, którzy nie muszą go znać, jest po prostu niezrozumiały. Może zauważyłaś/łeś, jak reaguje osoba, która czegoś nie rozumie. Jeśli tak, to nie zdziwisz się, że wywołuje to niepokój czy wręcz lęk. W przypadku, gdy dzieje się to w relacji personel medyczny-pacjent, to chory traci zaufanie do pielęgniarki czy położnej.
- Dla pacjenta ważna jest pełna informacja. Jeśli wie on, co dzieje się wokół niego, jakie są rokowania, itd., to w bardziej świadomy sposób bierze udział w procesie leczenia. Zanim przekażesz jakieś informacje pacjentowi, dobrze jest w pierwszym kroku zorientować się, co już wie np. o swojej chorobie. W ten sposób nie tylko zbudujesz dobrą relację, ale też łatwiej Ci będzie przekazywać informacje.
Dobrym pomysłem jest też angażowanie pacjenta w rozmowę, gdy przekazujesz mu ważne dla niego informacje. Możesz to zrobić w następujący sposób: zamiast przekazać na raz wszystkie informacje, podziel je na części. Po każdej „porcji” informacji zrób pauzę – tak, by pacjent miał możliwość zadania pytania/podzielenia się z Tobą, jak rozumiał przekaz/czy też powiedział swoje zdanie.
- Reaguj pozytywnie na wątpliwości pacjenta czy trudne pytania. Często pytanie pacjenta, które uznajemy za trudne, czy też jego obiekcje traktujemy jako coś negatywnego. Czasami nawet jako

podważanie kompetencji czy też brak zaufania do nas oraz proponowanych przez nas sposobów leczenia czy pielęgnacji. Takie podejście nie pomaga w tym, by spokojnie rozmawiać. Często zaczynamy np. bronić swojego zdania, co z kolei nie wpływa dobrze na relację z pacjentem. W takim przypadku przydaje się zmiana naszego nastawienia. Pomyślmy w sposób pozytywny o danej sytuacji, czyli np. pacjent mi zaufał, dlatego nie boi się powiedzieć, co mu się nie podoba. Wypowiedź, którą oceniliśmy negatywnie, zobaczymy z innej perspektywy – zamiast obiekcji/wątpliwości odczytajmy ją jako prośbę o więcej informacji. Taka zmiana nastawienia pozwoli nam na spokojną rozmowę i wzmocni też partnerską relację.

- Podchodź w indywidualny sposób do każdego pacjenta.

Od strony medycznej często to ta sama jednostka chorobowa lub ten sam czy podobny problem ze zdrowiem. Na dodatek dla personelu medycznego to kolejna osoba w tym samym dniu w przychodni/szpitalu. Tak wygląda perspektywa pracownika ochrony zdrowia. Jednak perspektywa pacjenta jest inna. Nawet, gdy sytuacja medyczna jest mało skomplikowana, w jego odczuciu jest to ważna sprawa, bo dotycząca jego samego – chodzi przecież o jego chorobę/problem zdrowotny. To, co możemy zrobić, by pacjent poczuł się potraktowany indywidualnie i podmiotowo (nie jako jednostka chorobowa, a konkretna osoba), to uważnie go wysłuchać. Aktywne słuchanie oznacza koncentrację nie tylko na treści wypowiedzi, ale też na emocjach rozmówcy.

Przedruk z MPiP – 12.2023



SZCZEPIENIA

Szczepienia obowiązkowe a argumenty pacjentów odmawiających szczepienia

Z uwagi na obecną sytuację pandemiczną temat szczepień ochronnych jest szeroko eksploatowany zarówno w mediach, jak i prasie. W tej dyskusji nie sposób pominąć głosów osób, które są przeciwne szczepieniom ochronnymi i nie zamierzają się im poddawać. Jednocześnie należy ze szczególną uwagą odnieść się do argumentów tych, którzy negują również zasadność wykonywania obowiązkowych szczepień ochronnych.

KATARZYNA GAJEWSKA

Radca prawny

W swej pracy zawodowej osoby posiadające kompetencje do udzielania świadczeń medycznych w postaci szczepień ochronnych niejednokrotnie spotykają się z sytuacją, w której rodzice (opiekunowie prawni) odmawiają zgody na podanie ich małoletniemu dziecku szczepionki, w tym także tej obowiązkowej, przytaczając różnego rodzaju powody, które są związane między innymi z ich światopoglądem.

Co mówią PRZEPISY

W tym kontekście warto wskazać, że zgodnie z treścią art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody po uzyskaniu określonego również w treści tego aktu prawnego zakresu informacji.

W odniesieniu zaś do pacjentów małoletnich art. 17 ust. 1 cytowanej ustawy stanowi, iż po ukończeniu 16. roku życia, mają oni prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych. To oznacza, że w przypadku pacjentów, którzy nie osiągnęli jeszcze wieku 18 lat, ale mają skończone 16 lat niezbędne jest uzyskanie tzw. zgody kumulatywnej na udzielenie świadczenia medycznego. Zgoda taka musi być wyrażona przez opiekuna prawnego oraz jednocześnie przez takiego pacjenta. Innymi słowy – niezbędne jest pozyskanie dwóch zgód. Obowiązek taki odnosi się także do świadczeń medycznych w postaci szczepień ochronnych.

Podkreślenia przy tym wymaga, że szczepienia ochronne dzielą się w sposób dychotomiczny – do jednej grupy należą szczepienia obowiązkowe, a do drugiej te zalecane, których wykonanie w określonym czasie określonym osobom nie jest nakazane ustawowo. I tak zgodnie z treścią § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych obowiązkem szczepień ochronnych są objęte następujące choro-

by zakaźne: błonica, gruźlica, inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae* typu b, inwazyjne zakażenie *Streptococcus pneumoniae*, krztusiec, nagminne zakażenie przyusznic (świnka), odra, ospa wietrzna, ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis), różyczka, tężec, wirusowe zapalenie wątroby typu B, wścieklizna, zakażenia wywołane przez rotawirusy. To do tej grupy szczepień odnosić się będą poniżej przywoływane orzeczenia.

Gdy powodem są POGLĄDY

W praktyce zdarza się, że opiekunowie prawni osób małoletnich (czyli najczęściej rodzice względem dzieci) odmawiają zgody na wykonanie szczepienia obowiązkowego, wskazując że jest to sprzeczne z ich poglądami. Działanie takie jednak nie znajduje oparcia w przepisach prawnych. Jak wielokrotnie wskazywały w swych judykatach sądy administracyjne: **Ustawowy obowiązek szczepień ochronnych oznacza niedopuszczalność korzystania z tzw. klauzuli sumienia tj. uprawnienia pacjenta do odmowy poddania się świadczeniu zdrowotnemu z powołaniem się na art. 16 ustawy o prawach pacjenta. Przepis ten znajduje zastosowanie, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej (art. 15). Taką zaś odrębną ustawą jest m.in. ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, która przewiduje obowiązek poddawania się szczepieniom ochronnym. Ustawa ta nie przewiduje prawa pacjenta do odmowy wyrażenia zgody na szczepienie ochronne, wręcz przeciwnie – statuuje ogólny obowiązek poddania się szczepieniom ochronnym. Jedynie w sytuacji wskazań lekarskich, gdy lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia, lekarz kieruje osobę objętą obowiązkiem do konsultacji specjalistycznej (art. 17 ust. 5 ustawy)** [tak: Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 22 kwietnia 2020 r., sygn. VII SA/Wa 2835/19]. Można zatem wywnioskować, że ponieważ obowiązek poddania się szczepieniom przeciwko pewnej grupie chorób nałożony został ustawowo, nie ma możliwości w oparciu o zacytowane reguły z ustawy o prawach pa-

cja i Rzeczniku Praw Pacjenta skutecznie odmówić ich wykonania.

Orzecznictwo sądowe poszło jednak zdecydowanie dalej, gdyż w kolejnych wyrokach wskazywane jest, że nie tylko rodzic (opiekun prawny) nie może skutecznie powoływać się na klauzulę sumienia, odmawiając poddania dziecka szczepieniu obowiązkowemu, ale to właśnie dla dobra osoby znajdującej się pod jego pieczę (dziecka) powinien skorzystać z oferowanych mu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną szczepień obowiązkowych. (...) **jak stanowi art. 95 § 3 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2019 r. poz. 2086) - władza rodzicielska powinna być wykonywana tak, jak tego wymaga dobro dziecka i interes społeczny. W realiach demokratycznego państwa prawnego tak dobro dziecka, jak i interes społeczny jednoznacznie wymagają, aby rodzice dziecka korzystali z osiągnięć współczesnej medycyny w sposób wolny od ideologicznych uprzedzeń i dobrowolnie poddawali dziecko szczepieniom ochronnym m.in. po to, by uniknąć stosowania przez organy państwa przymusu dla wykonania tego obowiązku (...)** [tak: Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 6 maja 2020 r., sygn. VII SA/Wa 56/20].

Jedynie na marginesie należy równocześnie zaznaczyć, że osoba uprawniona do wykonywania szczepień także nie ma możliwości powołać się na klauzulę sumienia, aby takiego obowiązkowego szczepienia ochronnego nie zrealizować. W tym kontekście w doktrynie prezentowany jest pogląd, stosownie z którym na klauzulę sumienia nie powinna móc powoływać się osoba wykonująca zawód medyczny, gdy udzielane przez nią świadczenie nie podlega choćby w sposób minimalny ocenie moralnej. (...) **Możliwe jest powoływanie się na klauzulę sumienia w przypadku świadczenia zdrowotnego w najmniejszym stopniu nie wiążącego się z ocenami moralnymi - co powinno prowadzić do wykluczenia możliwości powoływania się na klauzulę sumienia. W moim przekonaniu badania lekarskie prenatalne zaliczyć należy do tej właśnie kategorii, gdyż zupełnie niesłusznie bywają uznawane jako prowadzące do aborcji, podczas gdy mają także ogromne znaczenie dla terapii dziecka w łonie matki i działań następujących bezpośrednio po porodzie i w krótki czas po nim. Zatem odmowa przeprowadzenia badania prenatalnego nie może być [...] uzasadniana powołaniem się na klauzulę sumienia** (Dukiet-Nagórska Teresa, Niepodjęcie - zaprzestanie terapii a prawo karne. PiM 2010/1/36-54). Przyglądając się tematyce szczepień obowiązkowych w tym aspekcie, można postawić właśnie tego typu pytanie, tj. czy szczepienia do wykonania, których obowiązuje prawodawca w ogóle podlegają ocenie z punktu widzenia moralnego bądź światopoglądowego.

Osoba uprawniona do wykonywania szczepień nie ma możliwości powołać się na klauzulę sumienia, aby takiego obowiązkowego szczepienia ochronnego nie zrealizować.

Kiedy wymówką jest BRAK KONSULTACJI

Kolejną grupę pacjentów stanowią osoby, które odmawiają poddania się szczepieniu obowiązkowemu wskazując, że nie odbyły konsultacji lekarskiej zakończonej zakwalifikowaniem do szczepienia, co uniemożliwia wykonanie w ich przypadku takiego świadczenia. Zgodnie bowiem z regułą wyrażoną w art. 17 ust. 2-4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego musi być poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do jego wykonania. Obowiązkowego szczepienia ochronnego nie można przeprowadzić, jeżeli między lekarskim badaniem kwalifikacyjnym przeprowadzonym w celu wykluczenia przeciwwskazań do szczepienia a tym szczepieniem upłynęło 24 godziny od daty i godziny wskazanej w zaświadczeniu, wydanym przez lekarza po przeprowadzeniu badania. Mając na względzie przywołane zasady, orzecznictwo prezentuje utrwalone stanowisko: **Obowiązek poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym oznacza również (co warto raz jeszcze dostrzec) obowiązek poddania się lekarskim badaniom kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego na podstawie art. 17 ust. 2 ustawy o zapobieganiu. W związku z tym nie można skutecznie podnosić zarzutu braku wymagalności obowiązku poddania się obowiązkowym szczepieniom, wskazując na brak badania kwalifikacyjnego i prawo do odmowy poddania się temu badaniu na podstawie art. 16 ustawy o prawach pacjenta. Badanie takie może być wykonane bezpośrednio przed wykonaniem szczepienia, zaś odmowa poddania się temu badaniu, która w konsekwencji uniemożliwia wykonanie szczepienia, jest w istocie odmową poddania się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu, któremu nie można przeciwdziałać wykorzystując art. 16 ustawy o prawach pacjenta** [tak: Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 6 maja 2020 r., sygn. VII SA/Wa 57/20]. A zatem unikanie przez pacjenta badania kwalifikacyjnego do szczepienia obowiązkowego będzie traktowane jak unikanie samego szczepienia i nie stanowi argumentu uzasadniającego „zwolnienie” z obowiązku poddania się takiemu szczepieniu.

PRAKTYKA

Problemy pielęgnacyjne pacjentów unieruchomionych

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób unieruchomienie kwalifikuje jako objaw współwystępujący u pacjentów z zespołem słabości, schorzeniami neurologicznymi, depresją, upadkami oraz chorobą zakrzepową żył głębokich, po przebytych zawale mięśnia sercowego czy udarze mózgu.

DR N. MED. MARIA DOROTA KWIK

AKADEMIA ZAMOJSKA

Unieruchomienie w polskich publikacjach naukowych definiowane jest jako „utrata anatomicznego ruchu, wynikająca z zaburzeń patofizjologicznych układu ruchu”, inna definicja mówi o „fizycznym ograniczeniu całego ciała lub pojedynczych jego części, w zakresie obracania się na boki, siedzenia i chodzenia”. Różnorodność tych definicji obrazuje złożoność problemu. Najbardziej narażeni na wystąpienie odleżyn są pacjenci przebywający w zakładach opieki długoterminowej i oddziałach intensywnej terapii. Głównym powodem wystąpienia odleżyn nie jest wyłącznie nieodpowiednia pielęgnacja pacjenta.

Chory unieruchomiony wymaga troskliwej opieki i pielęgnacji. Leczenie odleżyn ma charakter interdyscyplinarny i wielospecjalistyczny. Uczestniczą w nim m.in. pielęgniarki i lekarze różnych specjalności, dietetycy, fizjoterapeuci, psychologowie, pracownicy socjalni oraz opiekunowie. Pomimo pełnego zaangażowania personelu medycznego, rodziny i samego chorego te działania mogą być nieskuteczne i dochodzi do powstania odleżyn. Jednak dzięki utrzymaniu metod nowoczesnej profilaktyki i zastosowaniu nowych metod leczenia możemy zatrzymać ich rozwój i wpłynąć na proces gojenia. Dotąd nie poznano wszystkich mechanizmów związanych z ich powstawaniem ani leczeniem.

Odleżyny są częstym powikłaniem u osób ciężko chorych, długotrwale unieruchomionych. Pojawiają się w następstwie niewłaściwego przepływu krwi w naczyniach krwionośnych. Powodują wiele niekorzystnych skutków, są źródłem dużego cierpienia u pacjentów oraz stwarzają ryzyko dalszych powikłań jak infekcje mogące zagrażać życiu.

Częstość występowania odleżyn wzrasta ze względu na zwiększanie się liczby chorych operowanych, z nowotworami i po urazach oraz osób starszych żyjących z różnymi niepełnosprawnościami. Dlatego też szczególną uwagę należy poświęcić profilaktyce przeciwodleżynowej, oddechowej oraz żywieniu pacjenta. Zbyt niska ilość dostarczanych składników odżywczych znacznie podwyższa ryzyko wystąpienia niedo-

żywienia, odleżyn i sarkopenii. Wśród konsekwencji unieruchomienia uwagę zwraca się również na ogólne osłabienie pacjenta, możliwe zapalenie płuc wraz z infekcjami dróg oddechowych, nasilenie osteoporozy oraz infekcje układu wydalniczego. W przeciągu 4-7 dni od unieruchomienia pacjenta zachodzą zmiany w układzie krzepnięcia, które mogą prowadzić do wykrzepiania wewnątrznaczyniowego, a następnie odrywania powstałych skrzeplin, co w konsekwencji może prowadzić do powstania zatoru płucnego, udaru niedokrwiennego mózgu oraz zawału mięśnia sercowego.

Odleżyny – definicja

Odleżyną nazywamy „miejscową martwicę tkanek powstającą w następstwie bezpośredniego ucisku i zatrzymania przepływu krwi w obrębie włosowatych naczyń krwionośnych, często także zmienionych chorobowo. Owrzodzenia odleżynowe mogą obejmować wszystkie warstwy skóry i tkanki podskórnej, a niekiedy penetrować do powięzi, mięśni i tkanki skórnej”. Odleżyna jest raną przewlekłą, która polega na uszkodzeniu skóry, a także tkanek podskórnych, najczęściej występuje ona w miejscu wyniosłości kostnych.

Rana odleżynowa

Rana odleżynowa jest spowodowana uciskiem lub połączeniem ucisku i sił ścinających. Ścinanie i nacisk są przyczyną niedokrwienia, deformacji tkanek i komórek, reperfuzyjnego uszkodzenia tkanek, a także zaburzenia drenażu limfatycznego. Wystąpienie odleżyny łączy się z bólem, generuje koszty, pogarsza jakość życia, prowadzi do infekcji i zwiększa ryzyko zgonu. Owrzodzenie odleżynowe może pokryć skórę i jej wszystkie warstwy, tkankę podskórną, może obejmować także mięśnie i tkankę kostną.

Epidemiologia

Rana odleżynowa to jeden z głównych problemów pacjentów z utratą zdolności do samoopieki. Najbardziej narażeni na wystąpienie ran odleżynowych są chorzy unieruchomieni, pacjenci ze schorzeniami neurologicznymi, chorzy po rozległych zabiegach operacyjnych, a także w chorobach terminalnych. Częstość rozwoju odleżyn (60-70%) przeważa u osób starszych

powyżej 65 roku życia. Według badań prowadzonych przez Szkiller odleżyny w Podstawowej Opiece Zdrowotnej posiadało 52,7 tys. chorych, natomiast w leczeniu ambulatoryjnym liczba osób z odleżynami znacznie zmieniała swoją liczbę w zależności od oddziału na jakim przebywał pacjent. Największy procent pacjentów z odleżyną stanowił oddział ortopedyczny, bo aż 66-85%, równie wysoki stopień wystąpienia odleżyny kreował się na oddziale intensywnej terapii 14-41%, oddział neurologiczny ok. 39%, oddział geriatryczno-internistyczny 25-30%.

Patogeneza i czynniki ryzyka

Odleżyny powstają jako rezultat dwóch procesów. Pierwszy z nich to zamknięcie przez ciśnienie wpływające z zewnątrz światła naczynia krwionośnego, a drugim są śródnabłonkowe uszkodzenia w mikrokrążeniu poprzez siły ścinające. Głównym bodźcem powstawania odleżyn jest wpływ sił ścinających i ucisku na skórę. W procesie powstawania odleżyn możemy wyodrębnić czynniki bezpośrednie takie jak: powierzchniowy ucisk oraz czas jego trwania, tarcie, boczne siły ścinające, powstają wtedy gdy skóra pozostaje nieruchoma w stosunku do podłoża, a ciało chorego zsuwa się pod wpływem sił ciężenia i w efekcie dochodzi do oddzielenia się warstw skóry. Niektórzy do głównych przyczyn powstawania odleżyn zaliczają także wilgoć i ucisk.

Czynniki sprzyjające powstaniu odleżyn możemy podzielić na dwa rodzaje, są to czynniki **zewnątrzne** (egzogenne) i **wewnętrzne** (endogenne).

CZYNNIKI ZEWNĘTRZNE	CZYNNIKI WEWNĘTRZNE
<ul style="list-style-type: none"> * brak aktywności i unieruchomienie * wiek (im starszy pacjent tym ryzyko większe) * zaburzenia odżywiania, otyłość, niedowaga * stan chorego * schorzenia skórne * zaburzenia funkcji zwieraczy 	<ul style="list-style-type: none"> * ucisk i czas jego trwania * siła działająca na skórę powyżej 25 mm HG/cm² * siły ścinające * tarcie * zawilgocenie skóry
<ul style="list-style-type: none"> * mikroangiopatia (uszkodzenia w obrębie naczyń krwionośnych) * zaburzenia wodno-elektrolitowe * wzrost temperatury ciała * zaburzenia neurologiczne * choroby metaboliczne * problemy układu krążenia, niedokrwistość 	<ul style="list-style-type: none"> * urazy * przyjmowane leki * zaniedbanie pielęgnacyjne * brak odpowiedniego sprzętu i profilaktyki

Miejsca powstawania odleżyn

Odleżyny powstają najczęściej w miejscach, gdzie ciśnienie międzypowierzchniowe najbardziej działa na tkankę, czyli najbardziej obciążone ciężarem. Najbar-

dziej narażone są miejsca wyniosłości kostnych, ponieważ tkanka podskórna w tych miejscach jest cienka, istnieje także problem odleżyny w miejscu stosowania długotrwanie sprzętu medycznego np. cewnika, rurki intubacyjnej. Najczęściej zaobserwowanymi miejscami wystąpienia odleżyny są okolice kości krzyżowej, bocznych kostek goleni, guzów kulszowych i guzów piętowych. Rany odleżynowe rzadziej obserwuje się również na łopatkach, bocznych kłykciach uda, wyrostkach barkowych, w okolicy kręgosłupa i uszu, potylicy, palców stopy, oraz rzepki. Narażone miejsca zależą od pozycji ciała.

Miejsca narażone na powstanie odleżyn

POZYCJA LEŻĄCA NA PLECACH	POZYCJA LEŻĄCA NA BOKU
<ul style="list-style-type: none"> * okolica potyliczna * okolice barków * grzebień łopatek * kość łokciowa * wyrostki kolczyste kręgów lędźwiowych * kość krzyżowa * kość guziczna * pięty 	<ul style="list-style-type: none"> * małżowina uszna * okolice skroniowe * okolice barków * boczne powierzchnie łokci * talerz kości biodrowej * krętarze kości udowych * wewnętrzne i zewnętrzne powierzchnie stawów kolanowych * kostka boczna i przyśrodkowa stopy * pięty
POZYCJA LEŻĄCA NA BRZUCHU	POZYCJA SIEDZĄCA
<ul style="list-style-type: none"> * okolica kości czołowej * nos * żuchwa * żebra * narządy płciowe * grzebień kości biodrowych * kolana * okolice kości piszczelowych * okolice grzbietu stopy 	<ul style="list-style-type: none"> * okolica potyliczno-ciemniowa czaszki * grzebień łopatkki * żebra * łokcie * guzy kulszowe * guzy piętowe

Rodzaje odleżyn

Odleżyny dzielą się w zależności od kryterium, ze względu na czas gojenia, proces tworzenia się, rozległość i głębokość.

Czas gojenia	Rozległość/głębokość	Proces tworzenia się
Odleżyny zwykłe – goją się w okresie około 6 tygodni.	Rozpoczynające się – pojawia się zaczerwienienie lub lekki obrzęk i blednięcie.	Powierzchniowe – powstaje w skórze i postępuje w głąb.

Czas gojenia	Rozległość/ głębokość	Proces tworzenia się
Odleżyny terminalne – jest to przypadłość ludzi umierających, rany takie często nie goją się.	Naskórkowe powierzchniowe – uszkodzona jest warstwa naskórka.	Głębokie – obejmuje głębokie tkanki, a następnie przesuwa się na powierzchnię skóry. Sięgają nawet do kości.
Odleżyny miażdżycowe – czas ich leczenia wynosi około 16 tygodni.	Skórne – martwica do skóry właściwej, tkanki tłuszczowej i podskórnej. Skórno-podskórne – obejmują duży obszar tkanki tłuszczowej podskórnej, aż po powięź. Podskórne – są to ukryte odleżyny, które posiadają liczne zachyłki, penetrują przestrzenie pod powięziowe i mięśniowe. Totalne – nieskutecznie leczone odleżyny podskórne, oraz skórno-podskórne. Odleżyny stare – nieleczone, są raną zamkniętą lub otwierającą się co jakiś czas. Przetoki – pozostałość po odleżynie, atakują tkankę miękką.	

Ocena rany

Oceny rany dokonuje się na podstawie jej wyglądu, polega ona na określeniu lokalizacji odleżyny, wielkości i głębokości rany, ocenie brzegów rany ze szczególnym zwróceniem uwagi na kolor skóry, rozległości tkanek zmacerowanych oraz wysięku i jego charakteru. Ocenie podlega również dno rany, sprawdza się obecność tkanek zmienionych martwiczo oraz ziarniny. Dokonuje się również oceny stopnia odleżyny oraz oceny bólu za pomocą wybranych skal. Kryteria oceny rany to:

- Ocena stopnia odleżyny.
- Ocena lokalizacji.
- Ocena dna rany.
- Rozmiar i głębokość rany.
- Brzegi rany.
- Ocena otaczającej skóry.
- Wysięk.
- Ocena bólu.

Klasyfikacja odleżyn

Najbardziej rozpowszechnioną klasyfikacją jest pięciostopniowa Skala Torrance'a, w której oceniamy głębokość, wygląd i wielkość rany.

Skala Torrance'a

- **Stopień I:** blednące pod wpływem lekkiego ucisku zaczerwienienie, ciągłość skóry jest zachowana.
- **Stopień II:** nieblednące zaczerwienienie, spowodowane uszkodzeniem mikrokrążenia. Może wystąpić obrzęk, uszkodzenie naskórka oraz pęcherze wypełnione płynem surowicznym, często towarzyszą dolegliwości bólowe.
- **Stopień III:** uszkodzenie pełnej grubości skóry właściwej bez tkanki podskórnej. Brzegi rany są dobrze odgraniczone od skóry zdrowej, otoczone obrzękiem i rumieniem. Dno rany wypełnione jest żółtą masą rozpadających się tkanek lub czerwoną ziarniną.
- **Stopień IV:** uszkodzenie obejmujące tkankę podskórną. Na dnie rany stwierdza się obecność tkanki martwiczej koloru czarnego, brzeg rany jest zazwyczaj dobrze odgraniczony jednak martwica może również dotknąć otaczające tkanki.
- **Stopień V:** Zaawansowany proces martwiczy obejmujący głębsze tkanki, w tym powięzie i mięśnie a nawet stawy i kości. Powstają jamy i kieszenie mogące się ze sobą łączyć. W ranie możemy zaobserwować treść ropną oraz dużą ilość tkanki martwiczej

Klasyfikacja międzynarodowa EPUAP/NPIAP:

Stosowane dotychczas oceny kliniczne były niejednorodne (w Polsce dominująca była Skala Torrance'a) i nie pokrywały się, co sprawiało że różne oddziały leczenia ran, a także specjaliści mieli odmienne zdanie na temat efektywnej pracy.

Obecnie najpopularniejszy i najbardziej optymalny względem odleżyn jest międzynarodowy system klasyfikacji EPUAP/NPIAP (**European Pressure Ulcer Advisory Panel/National Pressure Injury Advisory Panel**). System ten stosunkowo różni się od równie popularnej Skali Torrance'a. Klasyfikacja ta wypiera inne skale ponieważ daje możliwość określenia odleżyn nieskwalifikowanych wcześniej, a także odleżyn z uszkodzeniem tkanek bez zerwania ciągłości powłok ciała. Klasyfikacja międzynarodowa EPUAP/NPIAP:

- **Stopień I** – zaczerwienienie nieblednące, nieuszkodzona skóra, miejsce bolesne, miękkie lub twarde, zróżnicowana temperatura względem tkanek sąsiadujących.
- **Stopień II** – niepełny ubytek skórny obejmuje skórę właściwą i naskórek, powierzchowna, płytka zmiana o czerwono-różowym dnie, brak tkanki martwiczej, ma cechy otarcia, albo pęcherza z surowiczą lub krwisto-surowiczą zawartością,

siniak nie występuje, w przypadku siniaka występuje uszkodzenie głębokich tkanek.

- **Stopień III** – utrata całościowej grubości skóry, odsłonięcie tkanki podskórnej nie przekracza głębszych struktur i powięzi, tkanka martwicza niewypełniająca całościowo ubytku, możliwa obecność tuneli i kieszeni, głębokość zależy od budowy i lokalizacji objętych struktur (tam gdzie mniej tkanki podskórnej zmiany płytsze niż tam gdzie więcej tkanki).
- **Stopień IV** – ubytki pełnego stopnia całej grubości skóry, a także tkanki podskórnej, odsłonięcie ścięgien, kości i mięśni, obecność strupa (martwica czarna lub rozpuszczalna), występowanie kieszeni, kraterów i tunele.
- **Odleżyny niesklasyfikowane** – uszkodzenie całej grubości skóry oraz ubytek tkanek, głębokość nieokreślona przez obecność martwicy lub strupa w łożysku rany, umożliwienie oceny powoduje oczyszczenie rany z odsłonięciem żywych struktur.
- **Odleżyny głębokich tkanek** – pojawienie się podejrzenia o uszkodzeniu tkanek głębokich, ale bez przerwania ciągłości powłok skóry, przeświadczenie powierzchnia o zmienionej barwie (nieblednący rumień, trwałe, ciemnoczerwone, fioletowe, albo bordowe przebarwienie), możliwość obecności krwistego pęcherza, bądź siniaka, obecność bólu.

Skala „Kolorowa” (red-yellow-black – RYB)

Inną metodą klasyfikacji odleżyn jest „Kolorowy” system klasyfikacji ran (red-yellow-black – RYB), który określa rodzaj tkanki występującej w łożysku rany. System ten dzieli się na rany różowe, czerwone, żółte i czarne. Klasyfikacja jest oparta na kolorach i ocenia odleżyny w zależności od etapu gojenia się i zaawan-



Skala kolorowa do oceny stopnia zaawansowania odleżyn

sowania, można ją wykorzystać w celu doboru odpowiedniego opatrunku. System kolorowy przedstawia się następująco: kolor czarny – martwica sucha, mocno przylegająca o czarnym lub brązowym kolorze; kolor żółty – martwica rozpuszczalna, charakterystyczna obecność żółtego, zainfekowanego wysięku; kolor czerwony – tkanka ziarninowa o kolorze żywo czerwonym, delikatna i podatna na uszkodzenia; kolor różowy – naskórkowanie.

Skale oceny odleżyny

W diagnostyce chorego z odleżyną ważną rolę pełni ocena miejscowa rany, jednostką klasyfikacji jest opis poziomu i głębokości uszkodzenia tkanek. W przypadku ran gojących się wtórnie poprzez ziarninowanie oprócz cech wyżej wymienionych ważna jest również ocena procesu gojenia, a dokładniej ocena jej fazy. Aby ujednoczyć system oceny ran powstały gotowe klasyfikacje oceny odleżyn. Każdy chory powinien być oceniany pod kątem zagrożenia odleżynowego, a używanie skali pozwala na wprowadzenie zaleceń profilaktycznych w odpowiednim czasie, planowanie odpowiedniej opieki na podstawie stanu chorego, analizę skuteczności stosowanych działań. Stworzono skale punktowe do oceny obecności czynników wpływających na rozwój odleżyn. Najbardziej znane są skale: Norton, Braden, Waterlow, skala CBO (Dutch Consensus Prevention of Bedsores) oraz Douglas:

- **Skala Norton** – ocenia ona stan przytomności, zdolność przemieszczania się, stopień samodzielności w przypadku zmiany pozycji, czynność zwieraczy cewki moczowej i zwieraczy odbytu. Jeżeli zsumowane punkty wynoszą mniej niż 14 wówczas pacjent jest objęty ryzykiem.
- **Skala Braden** – bierze pod uwagę percepcję czuciową, wilgotność, aktywność, mobilność, odżywianie, narażenie na skaleczenia i otarcia. Ryzyko w tym przypadku stanowią już 23 punkty, lecz jest to niskie ryzyko, wysokie ryzyko stanowi liczba punktów poniżej 12.
- **Skala Waterlow** – rozbudowana i dokładna skala, ocenia budowę ciała, stan skóry, choroby neurologiczne, operacje, wypróżnienia, apetyt, zdolność poruszania się i niedożywienie tkanki. Ryzyko pojawia się przy powyżej 10 punktach. Wysokim ryzykiem jest liczba punktów od 15 do 19.
- **Skala Dutch Consensus Prevention of Bedsores (CBO)** – bardziej rozbudowana, składa się z 10 czynników ryzyka: stan psychiczny, stan neurologiczny, zdolność przemieszczania się, stan odżywiania, sposób odżywiania, czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej, wiek, temperatura ciała, leki, cukrzyca. Pacjent może otrzymać maksymalnie 30 punktów, co wskazuje na bardzo wysokie ryzyko rozwoju odleżyn. Wartością graniczną jest 8 punktów.

- **Skala Douglas** – precyzyjna skala, określająca stan odżywienia, aktywność, czynność zwieraczy i cewki moczowej, ból, stan skóry, stan świadomości. W przypadku tej skali przyznaje się: wynik 18 punktów lub niższy świadczy o ryzyku rozwoju odleżyn.

Istnieją również inne skale do oceny odleżyn, chociaż są rzadziej stosowane i mniej zalecane.

- 4-stopniowa skala Enisa i Sarmiento,
- 6-stopniowa skala Yarkony'ego i Kirka,
- 5-stopniowa skala Shea,
- 4-stopniowa skala Seilera,
- 4-stopniowa skala Guttmana,
- 4-stopniowa skala Campbella.

Ocena dolegliwości bólowych

Ocena bólu ma na celu kontrolę poprawy stanu pacjenta, ale także postępy gojenia się rany. Oceniając ból brane pod uwagę są różne czynniki np. lokalizacja, czas trwania, rodzaj bólu, intensywność i nasilenie, bądź wznowienie.

Do oceny dolegliwości związanych z bólem stosuje się różne skale, dobiera się je indywidualnie i zależnie od pacjenta. Nasilenie bólu oceniamy na podstawie skal wzrokowych, liczbowych, słownych, czy też dzienniczek bólu.

Najpopularniejszymi skalami są skale wzrokowe i słowne. Zadaniem pacjenta przy użyciu skal wzrokowych jest wskazanie odpowiedniej twarzy (skala „Buzie”), lub podanie numeru wartości bólu w skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 ból nie do wytrzymania (skala wzrokowo-analogowa). Jeżeli pacjent jest w dobrym kontakcie słownym warto użyć skali słownej, która jest bardzo prostym narzędziem, w którym pacjent powinien wskazać słownie czy nie boli go wcale, boli go lekko, umiarkowanie, mocno lub bardzo mocno.

Proces gojenia rany

Proces gojenia rany jest bardzo złożonym procesem biologicznym, zachodzi on przy urazie w każdym żywym organizmie. W gojeniu uszkodzonych tkanek zachodzi naprawa lub odnowa. W procesie odnowy chodzi o odbudowanie utraconych elementów ustroju przez proces regeneracji sąsiadujących tkanek.

Proces naprawy to bardziej złożony proces polega on na zastąpieniu miejsca zniszczenia przez bliznę łącznotkankową i składa się z kilku faz następujących po sobie.

Faza wysiękowa – obejmuje ona zmiany zapalne i hemostatyczne. Czynnikiem pierwszej reakcji na uszkodzenie tkanki jest kolagen, pobudza on agregację i adhezję płytek krwi. Zaczynają działać mechanizmy krzepnięcia co sprawia wytworzenie się skrzepu naczyń, które je uszczelnia. Następstwem jest proces zapalny, który służy jako reakcja obronna, ma on na celu usunięcie czynników uszkodzających, a także

oczyszczenie rany. W sytuacji tej nieuniknione jest gromadzenie się wysiękowego płynu, a także ucieczka osocza. Zadaniem tej fazy jest przygotowanie łożyska rany do odbudowy. Faza wysiękowa charakteryzuje się zaczerwienieniem, uciepleniem, obrzękiem i bólem. Zmiany zapalne trwają od 5 do 7 dni i są ważnym elementem dalszych etapów gojenia.

Faza wytwórcza – ma na celu tworzenie nowej tkanki, neowaskularyzacje i zamknięcie rany, jest to faza ziarninowania rozpoczynająca się napływem fibroblastów odpowiedzialnych za syntezę kolagenu. Z kolagenu powstaje siatka włókien, która jest rusztowaniem komórek śródbłonki. Ich istotą jest migracja z nieuszkodzonych naczyń, by tworzyć strukturę o cechach grudkowatej, lśniącej i żywoczerwonej powierzchni. Zadaniem powstałej struktury jest dostarczanie tlenu i substancji odżywczych do rany.

Faza naprawcza – polega na przekształceniu jaskrawoczerwonej ziarniny w bladoróżową tkankę, która posiada zredukowane unaczynienie i dużą liczbę włókien. Zaczyna działać epitelizacja. Tempo wzrostu komórek jest bardzo szybkie. Tworzony jest naskórek około 2 mm na dobę. Komórki proliferujące epithelium mają za zadanie pokryć ranę, by stworzyć nową warstwę zewnętrzną. Tempo wzrostu komórek zmniejsza się w skutek zbliżania się z przeciwległych brzegów owych komórek i rozciąga na następny etap gojenia.

Faza przebudowy – jest to bliznowacenie, czyli najdłuższy etap, czas jego trwania oscyluje od kilku do nawet kilkunastu miesięcy. W etapie tym poprawia się wytrzymałość pierwotnie powstałej tkanki łącznej, poprawia się również jej kondycja i struktura. Redukuje się unaczynienie, które jest bogate i powstaje scentralizowana sieć uporządkowanych naczyń krwionośnych. Następstwem tych procesów jest to, że uformowana blizna stopniowo ulega spłaszczeniu, ścieńczeniu i obkurczeniu przez fakt, że traci cechy przerostowe. Blizna zmienia barwę na jasnorożową lub białą, naskórek który ją pokrywa nie ma mieszków włosowych, melanocytów, ani gruczołów. Skóra odzyskuje ochronę tkanek w miejscu blizny, oraz integralność.

Strategia leczenia ran TIME(RS)

Rany odleżynowe w leczeniu są trudne, a czas potrzebny do ich całkowitego wyleczenia jest dość długi. Strategia leczenia ran – TIMERS za istotę swojego działania uznaje wzmacnianie naturalnego potencjału w gojeniu rany. Etapem pierwszym jest opracowanie tkanek – T (**ttissue debridement**), następnie kontrola infekcji i zapalenia – I (**infection and inflammation control**), kolejnym etapem jest utrzymanie równowagi wilgotności w łożysku rany – M (**moisture balance**), E (**edge/epidermis**) oznacza nieprawidłowe brzozy i zaburzenia naskórkowania, R (**repair and regeneration**) czyli zamykanie rany, S (**social and individual-related factors**) dotyczy oceny sytuacji społecznej i indywidualnych czynników mogących wpływać niekorzystnie na gojenie rany.



Strategia leczenia ran TIMERS

Strategia TIMERS to złoty standard w terapii ran przewlekłych. Wdrożenie do praktyki pielęgniarskiej zasad TIMERS jest kluczową kwestią dla osiągnięcia usystematyzowanego i kompleksowego procesu leczenia.



Uroczystość poświęcenia Sztandaru

W dniu **9 marca 2024 r.** w kościele pw. Zwiastowania Najświętszej Maryi Panny ul. Staszica 1 w Zamościu odbyła się Msza Święta, podczas której poświęcono sztandar Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.



Sztandar to symbol przynależności i godności jednoczącej ludzi uznających określone wartości w działaniu dla dobra ogólnego. Jego poświęcenie jest niezwykle ważnym wydarzeniem dla naszej zawodowej społeczności. Identyfikuje nasze środowisko oraz naszą misję, jaką jest opieka nad potrzebującymi. Jest też wyrazem głębokiego szacunku i dumy z roli, jaką pełniemy w ochronie zdrowia. Ustanowienie sztandaru nastąpiło na mocy Uchwały Nr 103/VIII/2023 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu z dnia 13 grudnia 2023 r. Sztandar zaprojektowała Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Zamościu a wykonała Pani Jolanta Dołba – Pracownia Haftu Artystycznego w Lublinie. Sztandar składa się z dwóch stron:

- na prawej stronie na środku znajduje się logotyp OIPiP w Zamościu na białym tle, a w dolnej części dwie ważne daty: z lewej strony **1991** (rok powstania samorządu pielęgniarek i położnych), z prawej strony: **2023** (rok ustanowienia naszego sztandaru)
- na lewej stronie sztandaru w części centralnej znajduje się zarys obszaru działania Izby (obszar byłego województwa zamojskiego obwiedziony złotym i zielonym kolorem), na którym umieszczone są dwa czepki – czepki pielęgniarki i czepki położnej. Całość otacza napis „**OPIEKA NAD CHORYM NAJWYŻSZĄ MIARĄ CZŁOWIECZENSTWA**”

Sztandar umocowany jest na drzewcu – wykonanym z drewna bukowego, a na jego zwieńczeniu znajduje się godło Rzeczypospolitej Polskiej.

Te piękne słowa zostały wybrane w przekonaniu, że miarą człowieczeństwa – zarówno jednostek, jak i całego społeczeństwa – jest stosunek do bezbronych w obliczu choroby, samotności, powodując że nie są w stanie żyć bez pomocy i wsparcia innych. Dla wszystkich najsłabszych w początkowym i końcowym okresie życia, My pielęgniarki, pielęgniarze i położne wyciągamy pomocną i ofiarną dłoń, dajemy wsparcie i ulgę w cierpieniu, wskazujemy rozwiązanie, pomagamy pacjentom i ich rodzinom przetrwać najtrudniejsze chwile. Pielęgniarka i położna powinna cenić i szanować swój zawód, chronić jego godność, a w pracy zawodowej postępować tak, aby budzić szacunek i zaufanie. Powyższe wartości są ponadczasowe, nieprzemijające, są one ściśle ze sobą powiązane, zależne i wzajemnie się uzupełniają, stąd mają ogromne znaczenie w dzisiejszych czasach, kiedy postawa pielęgniarek i położnych wystawiana jest na wielką próbę.

Wypełnianie powinności zawodowych wymagało i będzie wymagać gotowości do największych poświęceń. Takie przykłady postaw są źródłem społecznego uznania i szacunku. O tym będzie nam przypominał nasz sztandar, kolejny symbol tożsamości zawodowej i znak rozpoznawczy naszej Izby, uzewnętrzniając wartości duchowe i moralne pielęgniarek i położnych. Ustanowienie i poświęcenie sztandaru było wyjątkowym i szczególnym dniem dla naszej społeczności zawodowej, dodało nam prestiżu i szacunku, traktujemy go więc z należytym szacunkiem i honorem.

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu

Joanna Walewander



„Na zawsze pozostaniecie w naszej pamięci”

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Zamościu

ODESZLI NA WIECZNY DYŻUR
w okresie od 01.01.2023 r. do 16.02.2024 r.

- † Alfreda Głuszcak
- † Anna Wiesława Majkut
- † Anna Wiesława Warzocha
- † Irena Maria Cybulska
- † Iwona Honorata Pardus
- † Jacek Mariusz Surma
- † Jolanta Irena Kiecana
- † Krystyna Wieczerzak
- † Maria Dybiec
- † Maria Grzyb
- † Maria Irena Wnuk
- † Teresa Krzeszowiec
- † Urszula Maryla Chyżyńska
- † Zdzisława Pantelemoniuk
- † Zofia Jadwiga Jarszak

