

PIEŁĘGNIARKA I POŁOŻNA



ISSN 3071-6950
VII-VIII 2024 (150)

BIULETYN OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W RZESZOWIE

Dyplomy licencjata dla absolwentów pielęgniarstwa

► 6-7



Fot. Michał Świącicki, URz



SŁOWO PRZEWODNICZĄCEJ 3

AKTUALNOŚCI

4 Uchwały o przyznaniu dofinansowania podjęte przez Prezydium OIPIP w Rzeszowie i rozstrzygnięte konkursy (gratulujemy nowym pielęgniarkom oddziałowym!)

5 Ruszają konsultacje dla pielęgniarek i położnych w ramach Zespołu ds. Przeciwdziałania Przemocy / Dyplomy dla absolwentów pielęgniarstwa w Tarnobrzegu / Bezpłatne szczepienia dzieci



6-7 51 absolwentek i absolwentów kierunku pielęgniarstwo odebrało dyplomy licencjata na Uniwersytecie Rzeszowskim



OD TEORII DO PRAKTYKI

8-13 Nietrzymanie moczu jako skutek uboczny radioterapii - perspektywa komunikacji z pacjentem

14-15 Niedrożność i zwężenie dwunastnicy



SAMORZĄD

16-21 Regulamin dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPIP w Rzeszowie

22-25 Wniosek o dofinansowanie kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPIP w Rzeszowie

PRAWO

26-27 Jakość i bezpieczeństwo pacjenta w podmiotach leczniczych - nowe obowiązki



28-30 Opinia prawna na temat kwalifikacji pielęgniarki do podawania kontrastu

POŻEGNANIA 31

GRATULACJE 32

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

WYDAWCA
Okręgowa Izba Pielęgniarek i
Położnych w Rzeszowie,
ul. Rymanowska 3, 35-083
Rzeszów,
www.oipip.rzeszow.pl,
biuro@oipip.rzeszow.pl

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

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

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

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

RZECZNIK
ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ
PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH
tel. +48 17 77 88 490
(dyżury w 2. i 4. śróde
miesiąca w godzinach
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
1000 egzemplarzy, pismo
jest rozprowadzane
nieodpłatnie wśród
pielęgniarek i położnych
zrzeszonych w OIPIP w
Rzeszowie. Wydawca i
redakcja nie ponoszą
odpowiedzialności za treść
reklam i ogłoszeń.

Życzę dużo cierpliwości i jak najlepszych relacji międzyludzkich

Na przestrzeni ostatnich dwóch miesięcy, z obowiązku - reprezentując naszą Izbę - ale też z olbrzymią przyjemnością, mogłam uczestniczyć w następujących uroczystościach i wydarzeniach:

5 lipca odbyło się uroczyste wręczenie dyplomu licencjata pielęgniarstwa, połączone z symbolicznym nadaniem czepka pielęgniarского, w Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Przemyślu.

9 lipca rektor, Senat i Rada Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu zaprosili przewodniczącą na uroczystość nadania czepka pielęgniarского absolwentom kierunku Pielęgniarstwo, gdzie wybrzmiało – „z szacunkiem i dumą przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki”.

10 lipca dziekani Wydziału Ochrony Zdrowia Państwowej Akademii Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu oraz studenci drugiego roku kierunku Pielęgniarstwo stopnia drugiego zaprosili na uroczystość absolutorium, przed uroczystością odbyła się msza św. w budynku CKA PANS w Jarosławiu.

16 lipca - kolejna uroczystość w Przemyślu - PANS świętowała wspólnie z absolwentami Akademii Wydziału Pielęgniarstwa Studentów 2-stopnia po raz pierwszy w historii tej uczelni ukończenie Magisterium Pielęgniarstwa.

19 lipca uczestniczyłam w zdalnym posiedzeniu Rady Społecznej Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SPZOZ Rzeszowie (podział zysków za 2023 r.).

19 lipca władze Uniwersytetu Rzeszowskiego i Kolegium Nauk Medycznych oraz studenci 3. roku studiów licencjackich - kierunek Pielęgniarstwo - zaprosili mnie na uroczyste wręczenie dyplomów licencjata pielęgniarstwa, połączone z symbolicznym nadaniem czepka pielęgniarского; uroczystość przebiegała pod hasłem „Jako pielęgniarka mamy możliwość uzdrowienia serca, umysłu, duszy i ciała naszych pacjentów, ich rodzin i nas samych. Mogą zapomnieć twoje imię, ale nigdy nie zapomną, jak się czuli” Maja Angelou.

24 lipca Zarząd Fundacji SZEPTUS w Stalowej Woli zaprosił mnie na konferencję popularyzującą profilaktykę i edukację w zakresie zdrowia od idei – do działania; pani prezes Dorota Szymańska ze swoim zespołem zaprosiła wspaniałych prelegentów, w ich wystąpieniach wybrzmiało wiele porad dotyczących obserwacji znamion skórnych (lek. med. J. Maciąg), o codzienności i wyzwaniach pacjentów mówił w swoim wystąpieniu lek. med. M. Chyła - Peryt, spec. chorób wewnętrznych endokrynolog. Wolontariat międzysąsiedzki i opieka wychnieniowa została przedstawiona przez pracowników MOPS, m.in. panią E. Pietruszyńską; o roli opiekuna med. i opiece paliatywnej można było usłyszeć od A. Żurawskiej, A. Mączki, piel. Zespołu Hospicjum Domowego K. Chuchli, o przepisach na zdrowie mówił rzecznik Podkarpackiego NFZ Rafał Śliż, pan K. Czernecki, prezes Fundacji z serca dla serca „czy umieranie to temat tabu?”, zachęcająco o aktywności fizycznej w chorobie nowotworowej mówiła prezes Stowarzyszenia „Amazonka” B. Baryła, o emocjach w obliczu choroby - mgr psychologii T. Korczyński, o rozwiązaniach w zakresie profilaktyki odleżyn pani M. Konieczny z firmy Molnycke Health Care Polska.



25 lipca w siedzibie Izby odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP (o szczegółach dofinansowań do szkoleń, rehabilitacji, zapomóg informujemy na łamach niniejszego biuletynu).

26 lipca miało miejsce uroczyste i wzruszające, ze względu na oprawę, nadanie czepka pielęgniarского w Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Jarosławiu.

30 lipca w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie odbył się konkurs na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – gratulacje dla pielęgniarki spec. mgr Marzeny Mikuszewskiej.

22 sierpnia miało miejsce kolejne posiedzenie Prezydium Rady, na którym - oprócz spraw bieżących, dofinansowań - podjęto decyzję o organizacji wycieczki do Łańcuta dla pielęgniarek i położnych z Klubu Emeryta oraz organizacji konferencji w dniu 04 października 2024 – tematyka: opieka długoterminowa, terminalna, odpowiedzialność zawodowa, etyczna, moralna i prawna. Proszę śledzić naszą stronę internetową, na której będziemy informować o szczegółach tego wydarzenia.

28 sierpnia odbył się konkurs w OIPIP na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej, Oddziału Udarowego Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli – gratulacje dla piel. mgr spec. Elżbiety Madej.

30 sierpnia miało miejsce zdalne posiedzenie Rady Społecznej Przychodni Lekarskiej SPZOZ w Rzeszowie.

31 sierpnia zakończyliśmy współpracę z Biurem CARIT Adwokaci i Radcowie Prawni Sp. P. Pani mec. Paulinie Wójcik-Król serdecznie dziękujemy za lata pisania opinii i interpretacji przepisów prawa.

Wszystkim Koleżankom i Kolegom, pielęgniarkom, pielęgniarzom i położnym, życzę dobrej i satysfakcjonującej pracy, wymiernych korzyści i wspaniałej atmosfery oraz dużo cierpliwości i jak najlepszych relacji międzyludzkich.

Barbara Świetlik
przewodnicząca ORPiP w Rzeszowie

Uchwały o przyznaniu dofinansowania podjęte przez Prezydium OIPIP w Rzeszowie

PREZYDIUM 25.07.2024

- specjalizacja geriatryczna – 2 osoby
- specjalizacja psychiatryczna – 5 osób
- specjalizacja ginekologiczno-położnicza – 10 osób
- specjalizacja chirurgiczna – 12 osób
- Specjalizacje: 37 380 zł**
- studia II stopnia pielęgniarstwo – 8 osób **16 000 zł**
- studia II stopnia położnictwo – 3 osoby **6 000 zł**
- studia podyplomowe zarządzanie podmiotami leczniczymi – 4 osoby **4 000 zł**
- studia podyplomowe zarządzanie w ochronie zdrowia – 5 osób **5 000 zł**
- kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek – 1 osoba
- kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo operacyjne – 1 osoba
- Kursy kwalifikacyjne: 2 000 zł**
- kurs specjalistyczny opieka paliatywna – 2 osoby
- kurs specjalistyczny EKG – 24 osoby
- kurs specjalistyczny wypisywanie recept – 9 osób
- kurs specjalistyczny RKO – 20 osób
- kurs specjalistyczny szczepienia ochronne – 34 osoby
- Kursy specjalistyczne: 71 200 zł**
- kurs dokształcający samoobrona dla pielęgniarek i położnych – 2 osoby
- kurs dokształcający cewnikowanie pęcherza moczowego – 15 osób
- kurs dokształcający opieka nad pacjentem z portem naczyniowym – 22 osoby
- kurs dokształcający opieka nad pacjentem z gastrostomią – 18 osób
- kurs dokształcający poród w wodzie – 3 osoby
- kurs dokształcający opieka nad pacjentem ze stomią jelitową – 11 osób
- kurs dokształcający opieka nad pacjentem z ranami przewlekłymi – 7 osób
- kurs dokształcający wykonywanie i ocena testów skórnych – 2 osoby
- kurs dokształcający szycie krocza – 2 osoby
- kurs dokształcający pozycje wertykalne – 2 osoby
- kurs dokształcający wykorzystanie larw – 2 osoby

- kurs dokształcający użycie USG do kaniulacji żył – 1 osoba

Kursy dokształcające: 41 200 zł

- konferencje – 28 osób **31 562 zł**
- zapomoga losowa – 12 osób **29 500 zł**
- emerytura - 9 osób **12 000 zł**
- rehabilitacja – 45 osoby **64 328 zł**
- okulary – 66 osób **38 713 zł**

PREZYDIUM 22.08.2024

- specjalizacja psychiatryczna – 5 osób
- specjalizacja ginekologiczno-położnicza – 1 osoba
- specjalizacja chirurgiczna – 8 osób
- Specjalizacje: 6 785 zł**
- studia I stopnia pielęgniarstwo – 1 osoba **1000 zł**
- studia II stopnia pielęgniarstwo – 21 osób **42 000 zł**
- studia II stopnia położnictwo – 2 osoby **4 000 zł**
- studia podyplomowe zarządzanie w ochronie zdrowia – 5 osób **5 000 zł**
- kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii – 6 osób
- kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo psychiatryczne dla pielęgniarek – 4 osoby
- Kursy kwalifikacyjne: 10 000 zł**
- kurs specjalistyczny leczenie ran dla pielęgniarek – 1 osoba
- kurs specjalistyczny ordynowanie leków i wypisywanie recept – 1 osoba
- kurs specjalistyczny EKG – 3 osoby
- kurs specjalistyczny RKO – 1 osoba
- Kursy specjalistyczne: 4 550 zł**
- kurs dokształcający opieka nad pacjentem z gastrostomią odżywcza – 7 osób
- Kursy dokształcające: 2 950 zł**
- konferencje – 4 osoby **3 549 zł**
- zapomoga losowa – 13 osób **33 000 zł**
- emerytura - 13 osób **16 500 zł**
- rehabilitacja – 33 osoby **54 314 zł**
- okulary – 57 osób **32 897 zł**

ROZSTRZYGNIĘTE KONKURSY

• Pielęgniarka Oddziałowa Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 im. Św. Jadwigi królowej w Rzeszowie
MARZENA MIKUSZEWSKA, 30.07.2024 r.

• Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej, Oddziału Udarowego Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli
ELŻBIETA MADEJ, 28.08.2024 r.

Serdecznie gratulujemy Pielęgniarkom Oddziałowym!



Fot. freepik.com



Konsultacje zespołu ds. przeciwdziałania przemocy

- Od 7 października 2024 r. rozpoczniemy prowadzenie konsultacji dla pielęgniarek i położnych w ramach Zespołu ds. Przeciwdziałania Przemocy, powołanego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w listopadzie 2023 r. - informuje Katarzyna Niedzielska, przewodnicząca Zespołu ds. Przeciwdziałania Przemocy. Konsultacje będą odbywać się w każdy pierwszy poniedziałek miesiąca, w godz. 15.00 – 16.00, w siedzibie OIPIP przy ul. Rymanowskiej 3 w Rzeszowie, po wcześniejszym zgłoszeniu telefonicznym do Sekretariatu Biura OIPIP. (tel. 17 778 84 83 / kom. 608 340 558). Zapraszamy członków OIPIP, którzy doświadczają lub podejrzewają występowanie różnych form przemocy, lub są jej świadkami, w związku z ustawową odpowiedzialnością pracowników resortu zdrowia za bezpieczeństwo, ochronę i pomoc osobom dotkniętym przemocą. Zaniedbanie i zaniechanie działań w tym obszarze prowadzi do wielu tragedii zagrażających zdrowiu i życiu dzieci i osób dorosłych. Terminy konsultacji w 2024 r.: 7 października, 4 listopada, 2 grudnia.

###

Fot. PUZ w Tarnobrzegu



Dyplomy dla absolwentów pielęgniarstwa w Tarnobrzegu

Kolejni absolwenci pielęgniarstwa opuścili mury Państwowej Uczelni Zawodowej imienia profesora Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu. Uroczystość nadania czepek pielęgniarstwa odbyła się 9 lipca w uczelnianej auli. Dyplomy licencjata pielęgniarstwa otrzymało prawie 70 studentów. W tym gronie znalazł się jeden mężczyzna. W "czepkowaniu" wzięła udział Barbara Świątlik, przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie. To symboliczne potwierdzenie zdobytych kwalifikacji, które otwiera drogę do wykonywania zawodu, a także dalszego kształcenia na studiach magisterskich. Absolwenci złożyli uroczyste ślubowanie w obecności licznie zgromadzonych

gości. Wśród nich byli przedstawiciele samorządu, kadry medycznej z regionu oraz rodziny studentów. PUZ w Tarnobrzegu kształci kadry pielęgniarskie już od 10 lat. Pierwszy nabór na studia pierwszego stopnia miał miejsce w 2014 roku. Od 2017 roku możliwe jest kształcenie na studiach drugiego stopnia.

###



Studia podyplomowe "Prawo Medyczne"

W Instytucie Nauk Prawnych PAN rozpoczął się nabór na kolejną edycję dwusemestralnych studiów podyplomowych „Prawo Medyczne”. Ich celem jest przekazanie słuchaczom kompleksowej wiedzy na temat polskiego prawa medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów praktycznych. Program studiów obejmuje 171 godzin dydaktycznych, co umożliwi przedstawienie szerokiego spektrum zagadnień. Zajęcia w formie wykładów oraz wykładów z elementami warsztatowymi będą prowadzone w formie zdalnej, co pozwala na uczestnictwo w nich bez konieczności dojazdu do siedziby Instytutu Nauk Prawnych PAN. Zajęcia będą odbywały się raz lub dwa razy w miesiącu (listopad 2024 – czerwiec 2025), w soboty i niedziele. Termin zapisów upływa 31 października 2024 r. Z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc, o przyjęciu na Studia będzie decydowała kolejność zgłoszeń. Szczegóły na stronie: <https://inp.pan.pl/studia-podyplomowe/prawo-medyczne/> Dodatkowe informacje dostępne są pod numerem tel. 699 856 879, lub pod adresem p.ochman@inp.pan.pl

###

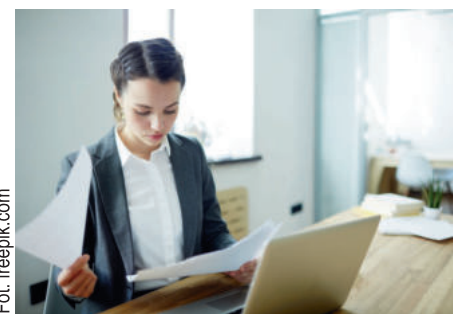


Bezpłatne szczepienia dzieci od 9. roku życia przeciw HPV

Od 1 września w każdej przychodni POZ można bezpłatnie zaszczepić przeciw HPV dziecko, które skończyło 9 lat, a jest jeszcze przed 14. urodzinami. To szczepienie w dorosłym życiu uchroni je przed nowotworem - przypomina Podkarpacki Narodowy Fundusz Zdrowia. Około 50–75% dorosłych kobiet zakaża się wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV).

HPV jest przyczyną raka szyjki macicy, ale może też powodować inne nowotwory (raka odbytu, sromu, pochwy, prącia oraz gardła). Dlatego szczepi się również chłopców. Najlepiej jest zaszczepić dziecko, zanim może mieć kontakt z wirusem, który przenosi się drogą płciową. Prezerwatywa nie chroni w pełni przed zakażeniem. Szczepionka jest dobrze tolerowana i bezpieczna. Jest powszechnie stosowana w 125 krajach. W krajach, które wprowadziły szczepienia przeciw HPV, liczba zakażeń spadła nawet do 90%. Zapisując dziecko na to szczepienie, można wybrać jedną z dwóch dostępnych szczepionek (2-walentną Cervarix lub 9-walentną Gardasil9). Obie dają porównywalne korzyści. Szczepienia są dwudawkowe. Szczepionka 2-walentna Cervarix przeciw HPV jest bezpłatna dla wszystkich dzieci od 9 do 18 lat. Dzieci mogą zostać bezpłatnie zaszczepione przeciw HPV, jeśli lekarz wystawi e-receptę. Wówczas rodzic realizuje e-receptę w aptece, umawia dziecko na szczepienie bezpośrednio w przychodni POZ i przynosi szczepionkę.

###



Fot. freepik.com

Zmiany w rejestrze podmiotów leczniczych

23 sierpnia zmienił się sposób tworzenia, obsługi i dostępu do wniosków oraz ksiąg rejestrowych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL). Zmiana dotyczy RPWDL 1.0 oraz RPWDL 2.0. Ma wpływ na korzystanie z rejestru zarówno przez organy rejestrowe i podmioty wykonujące działalność leczniczą, jak i przez użytkowników korzystających z rejestru bez logowania. Planowana zmiana jest kolejnym etapem procesu wdrażania RPWDL 2.0 (rpwdl2.ezdrowie.gov.pl). Obecnie wersja 2.0 rejestru obsługuje tylko diagnostów laboratoryjnych. Do tej pory wszystkie wnioski dotyczące pozostałych podmiotów wykonujących działalność leczniczą były obsługiwane w RPWDL 1.0 (rpwdl.ezdrowie.gov.pl). Od 23 sierpnia przez okres przejściowy: w systemie RPWDL 2.0 są obsługiwane wnioski o nowy wpis dla wszystkich grup (podmiotów leczniczych oraz praktyk zawodowych lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów), w RPWDL 1.0 zostało zablokowane wprowadzanie wniosków o nowe wpisy do rejestru, z wyjątkiem wniosków dotyczących rejestrowania istniejącej w RPWDL 1.0 praktyki zawodowej na obszarze nowego organu rejestrowego, wnioski oraz księgi istniejące w RPWDL 1.0 są nadal obsługiwane w rejestrze 1.0. Termin zakończenia okresu przejściowego zostanie podany w następnych miesiącach. Zakończenie okresu przejściowego oznacza migrację wszystkich danych z RPWDL 1.0 do 2.0, a następnie wyłączenie RPWDL 1.0.



51 absolwentów i absolwentek kierunku pielęgniarstwo odebrało dyplomy licencjata na Uniwersytecie Rzeszowskim

19 lipca odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów licencjata absolwentom kierunku pielęgniarstwo w Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego. W tradycyjnym przekazaniu czepków pielęgniarskich, co symbolizuje przekazanie wiedzy i tradycji zawodowych, a także gotowość absolwenta do podjęcia pracy w wyuczonym zawodzie, wzięła udział Barbara Świątlik, przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie. Absolwenci złożyli przysięgę pielęgniarską, zobowiązując się m.in. do przestrzegania etyki zawodowej i ciągłego doskonalenia swoich umiejętności.

Uniwersytet Rzeszowski kształci studentów na kierunku pielęgniarstwo od 2003 roku. Mury uczelni opuściło już ponad 4 tysiące pielęgniarek i pielęgniarzy. W tym roku dyplomy I i II stopnia ma uzyskać 126 absolwentów pielęgniarstwa.
Fot. Michał Świącicki, fb URz







Nietrzymanie moczu jako skutek uboczny radioterapii – perspektywa komunikacji z pacjentem



DR N. MED. PROFESOR UM GRAŻYNA STADNICKA
Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny
w Lublinie

Nietrzymanie moczu, wg ICS (International Continence Society), jest to stan, w którym brak kontroli oddawania moczu powoduje problemy higieniczne, medyczne oraz społeczne. O manifestacji gubienia moczu decyduje suma doznawanych urazów mechanicznych, biochemicznych i neuronalnych, dotyczących pęcherza moczowego, cewki i/lub dna miednicy. Jednym z czynników powodujących zaburzenia mikcji u kobiet jest radioterapia stosowana w leczeniu nowotworów w obrębie miednicy mniejszej, zwłaszcza raka szyjki macicy, ponieważ promieniowanie uszkadza zarówno komórki nowotworowe oraz zdrowe.

Nawet, gdy leczenie przeprowadzone jest zgodnie z najnowszymi standardami postępowania w radioterapii i zastosowaniem nowoczesnych technik dochodzi do powikłań ze strony narządów sąsiadujących z miejscem poddanym napromienianiu (moczowody, pęcherz, odbytnica). Czynnikiem zwiększającymi ryzyko wystąpienia powikłań po radioterapii z powodu nowotworu dróg rodnych są: starszy wiek, otyłość, wyższy stopień zaawansowania nowotworu, stany zapalne narządów miednicy, zastój moczu w drogach moczowych, cukrzyca, miażdżycy, nadciśnienie tętnicze, jak również połączenie radioterapii z jednoczesną chemioterapią i/lub zabiegiem chirurgicznym.

Radioterapia w obrębie miednicy wiąże się zarówno z ostrymi, jak i przewlekłymi powikłaniami. Powikłania ostre określane jako

wczesne odczyny popromienne występują w pierwszych tygodniach po radioterapii. U około 50-60% pacjentek w pierwszych 3 tygodniach od rozpoczęcia terapii w moczowodach dochodzi do przekrwienia i obrzęku tkanek, ponieważ promienie jonizujące uszkadzając ściany naczyń włosowatych powodują ucieczkę płynu do przestrzeni pozakomórkowej. Skutkuje to obrzękiem tkanek moczowodowych, ścian pęcherza moczowego, wzrostem napięcia mięśnia wypieracza pęcherza moczowego oraz zwężeniem ujścia pęcherzowego moczowodu. W wyniku tych procesów patologicznych dochodzi do zaburzenia prawidłowej perystaltyki moczowodu, a przede wszystkim do przejściowej niedrożności, zastoju i zakażenia górnych dróg moczowych. Po radioterapii występuje również zmniejszenie pojemności pęcherza moczowego oraz przewlekły stan zapalny całej ściany pęcherza moczowego.

Wczesne odczyny popromienne są w większości odwracalne i ustępują po 3-4 miesiącach, ale u części chorych mogą być początkiem późnych odczynów popromiennych. Zmiany patologiczne określane jako późne odczyny popromienne wywołane są przez zarostowe zapalenie naczyń krwionośnych. W wyniku zmniejszenia lub zahamowania przepływu krwi w naczyniach dochodzi do zaniku nabłonka i błony mięśniowej, które zastępuje tkanka włóknista. Proces włóknienia obejmuje również tkanki okołomoczowodowe. Wynikiem opisanych powyżej procesów patologicznych jest częściowa lub całkowita niedrożność moczowodów, której mogą towarzyszyć przetoki moczowodowo-pochwowe, moczowodowo-jelitowe. Proces ten może przebiegać bezobjawowo, stąd konieczne badania kontrolne po przebiegu radioterapii.

Niektóre badania donoszą, że radioterapia ma znaczący wpływ na mięśnie dna miednicy z powodu zwłóknienia tkanki mięśniowej, co skutkuje nietrzymaniem moczu, gazów i stolca oraz zaburzeniami seksualnymi. Ponadto długotrwałe skutki uboczne radioterapii powodują uszkodzenia tkanek pochwy objawiające się zmniejszeniem długości pochwy, elastyczności warstwy mięśniowej i nawilżenia pochwy oraz dyspareunią.

Późne powikłania radioterapii, ujawniające się po 6 miesiącach od zakończenia leczenia lub później:

- zmniejszenie pojemności pęcherza moczowego, częstomocz,
- zwężenie cewki moczowej,
- nietrzymanie moczu (wysiłkowe nietrzymanie moczu, nagłace nietrzymanie moczu) lub stolca,
- niedrożność jelit,
- przetoki pęcherzowo-jelitowe, odbytniczo-pochwowe,
- zwłóknienie tkanki podskórnej,
- suchość pochwy, zwężenie i skrócenie pochwy.

Diagnostyka zaburzeń mikcji po radioterapii

Jednym z kluczowych problemów pacjentek po radioterapii jest nietrzymanie moczu. Klasyfikacja nietrzymania moczu, przyjęta przez ICS (Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji), uwzględnia przyczyny oraz okoliczności, w których dochodzi do problemów z mikcją i wyróżnia:

- nietrzymanie moczu z parcia naglącego (nadreaktywność mięśnia wypieracza, mała pojemność pęcherza moczowego),
- wysiłkowe nietrzymanie moczu (nadmierna ruchomość szyi pęcherza, niewydolność zwieracza cewki moczowej),
- nietrzymanie moczu pozazwieraczowe (wady rozwojowe dróg moczowych, przetoki moczowe),
- postać mieszana nietrzymania moczu (wysiłkowe i nagłace nietrzymanie moczu równocześnie).

Po radioterapii najczęściej mamy do czynienia z wysiłkowym typem nietrzymania moczu. Nie można jednak z góry wykluczyć wystąpienia nietrzymania moczu z powodu parcia naglącego lub typu mieszanego, jednak w tym celu konieczna jest właściwa diagnostyka. Do podstawowych metod w rozpoznawaniu zaburzeń mikcji służy: wywiad, dziennik mikcji, badanie ginekologiczne, USG narządu rodowego.

Wywiad u pacjentek cierpiących z powodu nietrzymania moczu powinien obejmować:

- wywiad ogólny,
- wywiad uroginekologiczny z uwzględnieniem dotychczasowego leczenia, ewentualnie przebytych operacji,
- oraz ujawniać oczekiwania pacjentki odnośnie leczenia.

Ponadto w wywiadzie powinno się uwzględnić:

- sposób oddawania moczu,
- czynniki wywołujące utratę moczu,
- czas trwania, ewaluację oraz zmiany występujących objawów,
- nasilenie dolegliwości,
- stosowanie leków,
- funkcjonowanie dolnego odcinka przewodu pokarmowego,
- infekcje układu moczowego,
- zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego i rdzenia kręgowego.

Podstawowe pytania sugerujące rodzaj nietrzymania moczu powinny dotyczyć:

- nietrzymanie moczu w trakcie kaszlu, kichania, wysiłku fizycznego,
- nietrzymanie moczu poprzedzone parciem nagłym,
- mokra bielizna przy braku wyżej wymienionych objawów.

Karta mikcji (dziennik mikcji) jest pomocnym narzędziem w wywiadzie. Pacjentka zapisuje w niej przez minimum dobę (najlepiej przez 3 doby, w tym 1 dzień wolny od pracy), godziny oddawania moczu, epizody nietrzymania moczu oraz ilość wypitych płynów.

GODZINA	PRZYJĘTE PŁYNY (RODZAJ, ILOŚĆ)	MOCZ ODDANY (ILOŚĆ, OBJAWY)	PARCIE (BRAK, UMIARKOW, SILNE)	WYCIEK MOCZU (ILOŚĆ, OKOLICZNOŚCI)	HIGIENA (ZMIANA PRODUKTU CHŁONNEGO)
00:00-01:00					
01:00-02:00					
02:00-03:00					
03:00-04:00					
04:00-05:00					
05:00-06:00					
06:00-07:00					
07:00-08:00					

tab. 1 Dziennik mikcji

Dziennik mikcji pozwala uzyskać wiele istotnych informacji odnośnie pojemności pęcherza i nawyków mikcyjnych.

Prowadząc dziennik mikcji należy pamiętać o tym, że:

- diureza dobową wynosi około 1100-1800 ml/dobę,
- średnia objętość wydalanego jednorazowo moczu wynosi około 250-300 ml,
- prawidłowa częstość oddawania moczu w ciągu doby wynosi mniej niż 8 razy, a w okresie nocnym nie więcej niż 2 razy.

Badanie fizykalne – badanie ginekologiczno -urologiczne w pozycji litotomijnej z oceną napięcia mięśni (test Brinka), ogólna ocena statyki miednicy mniejszej, ocena obecności zmian popromiennych w obrębie układu moczowo-płciowego oraz mięśniach dna miednicy, infekcji, przetok, próba kaszlowa w pozycji ginekologicznej i stojącej.

Badania dodatkowe – analiza moczu, posiew moczu. Badanie pozwalające ostatecznie określić rodzaj nietrzymania moczu to badanie ultraso nograficzne, cystoskopia oraz badanie urodynamiczne.

Powyższe badania są niezbędne przed rozpoczęciem leczenia nietrzymania moczu, zwłaszcza leczeniem zabiegowym.

Najbardziej miarodajnym badaniem w diagnostyce nietrzymania moczu jest badanie urodynamiczne. Pozwala w sposób obiektywny wykazać zaburzenia czynności pęcherza, cewki moczowej oraz mięśni dna miednicy. W przypadku nietrzymania moczu szczegółowej ocenie zostaje poddana faza napełniania pęcherza i magazynowania w nim moczu. Dokonany jest pomiar przepływu i ciśnienia w pęcherzu i cewce moczowej.

Badanie urodynamiczne w diagnostyce przedoperacyjnej nietrzymania moczu ma kluczowe znaczenie dla doboru odpowiedniej techniki chirurgicznej oraz wspomagającego leczenia zachowawczego.

Właściwa diagnostyka w rozpoznawaniu problemów z nietrzymaniem moczu jest bardzo ważna, ponieważ pozwala na zaplanowanie indywidualnego planu leczenia i opieki nad pacjentką.

Przygotowanie pacjentki do terapii zaburzeń mikcji

Opieka nad pacjentką po radioterapii ma na celu poznanie pacjentki oraz określenie jej problemów i potrzeb po to, by uzyskać pełen obraz jej sytuacji i podjąć adekwatne działania. W tym celu pielęgniarka/położna korzysta z zasad i technik komunikacji interpersonalnej. W chwili pierwszego kontaktu z pacjentką personel medyczny powinien być empatycznym, przyjaźnym

nastawionym do pacjentki, zachowywać się profesjonalnie i kompetentnie. W komunikatach niewerbalnych (gestykulacja, mimika, postawa i kontakt wzrokowy) należy okazać ciepło, zainteresowanie i spokój. Warunki, w jakich przebiega komunikacja, powinny być intymne, bez obecności innych osób, w poczuciu bezpieczeństwa i komfortu. Właściwa atmosfera wzmacnia zaufanie pacjentki, przez co jest jej łatwiej nawiązać kontakt z personelem, co będzie miało wpływ na dalszą współpracę podczas terapii.

Ważne jest również profesjonalne przeprowadzenie wywiadu dotyczącego stanu biopsychospołecznego oraz wsłuchiwanie się w to, co mówi pacjentka. „Sukcesem jest słuchać tak, aby pacjentki chciały mówić, ale też mówić tak, aby słuchały.” Dlatego personel w kontakcie z pacjentką powinien posługiwać się prostym i zrozumiałym dla niej językiem. Należy wyjaśniać wszystkie wątpliwości pacjentki w sposób pełny, zwięzły, jasny oraz przystępny i konkretny. Ponadto w trakcie kontaktu z pacjentką należy pamiętać, by stale okazywać ciepło, troskę, gotowość pomocy, zarówno w sposób werbalny, jak i niewerbalny.

Leczenie nietrzymania moczu, zwłaszcza zachowawcze z zastosowaniem kinezyterapii jest procesem długofalowym i wymaga od pacjentki zaangażowania, cierpliwości w oczekiwaniu na wyniki. Dlatego tak ważne jest przygotowanie psychologiczne do terapii. Obejmuje ono różnorodne techniki zmierzające do poszerzenia wiedzy, poznania przekonań, oczekiwań, emocji oraz zachowań tak, by zwiększyć prawdopodobieństwo optymalnego powrotu do zdrowia.

Bardzo ważne jest dostarczenie pacjentce informacji, których sposób przekazywania i zakres powinny być zindywidualizowane, dostosowane do możliwości i jej potrzeb. Przekazywane informacje powinny wyjaśniać to co w danej sytuacji dla pacjentki ma znaczenie, czego nie wie albo nie rozumie, ponadto powinny być proste, klarowne i konkretne, dawać jasny, realistyczny obraz przebiegu leczenia zaburzeń mikcji. Ważne jest, by zminimalizować wątpliwości i obawy oraz zniwelować błędne nastawienia i oczekiwania pacjentki.

W ramach przekazywanych informacji konieczne jest też dostarczenie pacjentce wiedzy i umiejętności dotyczących fizjoterapii mięśni dna miednicy. Mogą one przyjąć formę konkretnych rad i zaleceń, modyfikację i optymalizację wiedzy, i umiejętności dotyczące terapii zaburzeń mikcji.

Personel przygotowujący informacyjnie pacjentkę do fizjoterapii w zaburzeniach mikcji powinien być świadomy korzyści dla podopiecznej wynikające z tego faktu, takich jak:

- wzmocnienie poczucia kontroli i wpływu na sytuację,
- kształtowanie zadaniowego nastawienia, co zwiększa koncentrację nad właściwym wykonywaniem ćwiczeń,
- stabilizacja stanu emocjonalnego,
- włączenie do świadomej i aktywnej współpracy z personelem,
- kształtowanie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie,
- zwiększenie zaufania do zespołu leczącego,
- zabezpieczenie przed poszukiwaniem informacji z innych, często niekompetentnych źródeł.

Ponadto pacjentki z problemami uroginekologicznymi powinny otrzymać rzetelne informacje dotyczące stylu życia celem wzmocnienia skuteczności planowanej terapii.

Metody fizjoterapeutyczne stosowane w terapii nietrzymania moczu

Postępowanie fizjoterapeutyczne w obrębie układu moczowo-

plciowego u pacjentek po radioterapii odgrywa bardzo ważną rolę w profilaktyce i leczeniu zmian czynnościowych oraz morfotycznych, które powstają po przeprowadzonej terapii promieniami jonizującymi. Należy pamiętać, że w profilaktyce nietrzymania moczu duże znaczenie ma odpowiednie przygotowanie do radioterapii. Gdyż powikłania po radioterapii często wynikają z nieodpowiedniego przygotowania pacjentki do terapii – dotyczy to między innymi wypełnienia pęcherza moczowego. Przed rozpoczęciem terapii należy poinformować pacjentkę o konieczności wypicia odpowiedniej ilości płynów oraz zmiany nawyków żywieniowych, tak aby napromienianie było stosowane optymalnie (pęcherz nie powinien być pusty, ale też nadmiernie wypełniony).

Przed wprowadzeniem leczenia usprawniającego funkcję układu moczowego oraz mięśni dna miednicy niezbędne jest ustalenie wskazań i przeciwwskazań. Należy poinstruować pacjentkę w zakresie specyfiki ćwiczeń wykonywanych po radioterapii z uwzględnieniem jej problemów związanych z mikcją. Sprawność narządów miednicy jest w dużej mierze uwarunkowana kondycją aparatu wieszadłowego, tzw. hamaka, czyli zespołu więzadeł, mięśni oraz powięzi utrzymujących te narządy w prawidłowym położeniu. Obecność poszczególnych warstw mięśniowych tworzących dno miednicy niejednokrotnie jest trudne do określenia przez kobiety. Dlatego przed przystąpieniem do wykonywania treningu mięśni dna miednicy, należy przede wszystkim uświadomić pacjentce prawidłową lokalizację oraz położenie mięśni dna miednicy, a następnie nauczyć prawidłowego ich napinania i rozkurczania.

Aby pacjentka mogła właściwie wykonywać ćwiczenie, powinna umieć zidentyfikować podstawowe punkty miednicy kostnej. Są to: guzy kulszowe, kość ogonowa, kości łonowe.

Należy omówić z pacjentką specyfikę mięśni dna miednicy, zwracając uwagę na to, że:

- są to mięśnie szkieletowe, które nie poruszają żadnymi stawami, ale podlegają naszej woli i można nimi sterować,
- w płaszczyźnie trójwymiarowej to twór w kształcie lejka, zbudowane są z trzech warstw (warstwa zewnętrzna – mięsień zwieracz odbytu i mięsień opuszkowo-gąbczasty, warstwa środkowa – mięsień poprzeczny głęboki krocza, poprzeczny powierzchowny krocza oraz warstwa wewnętrzna, którą stanowi mięsień dźwigacz odbytu),
- zawierają bardzo dużo tkanki łącznej,
- zamykają dolne otwory ciała.

Podstawowe ćwiczenia aktywizujące poszczególne warstwy mięśni dna miednicy:

1. Zewnętrzna warstwa mięśni dna miednicy:
 - zwieracz odbytu – zatykanie otworów ciała, wstrzymywanie gazów,
 - opuszkowo-gąbczasty – w myślach przerywanie strumienia moczu.
2. Warstwa środkowa mięśni dna miednicy:
 - ćwiczenie ich polega między innymi na przyciąganiu guzów kulszowych do siebie.
3. Warstwa wewnętrzna – mięsień dźwigacz odbytu:
 - ruchy miednicą (w pozycji siedzącej) polegający na „przetaczaniu się” na guzach kulszowych do przodu i tyłu.

Trening dna miednicy obejmuje również pracę na prawidłowym ustawieniu kręgosłupa, czyli przyjęcie właściwej postawy ciała. Prawidłowa postawa ciała wpływa na mięśni dna miednicy poprzez ich odciążenie, poprawia siłę mięśniową, jak również

zdolności reflektorycznego reagowania mięśni miednicy oraz pełniejszą współpracę dna miednicy i przepony.

Metody fizjoterapeutyczne stosowane w treningu dna miednicy to ćwiczenia mięśni dna miednicy, biologiczne sprzężenie zwrotne (biofeedback), trening pęcherza moczowego (terapia behawioralna) oraz ćwiczenia hipopresyjne. Formy wspomagające, wyżej wymienionych metod, treningu mogą stanowić stożki, kulki i pessary dopochwowe o różnej wielkości i ciężarze.

Trening mięśni dna miednicy jest jednym z głównych sposobów bezinwazyjnej pracy z tymi strukturami. Ćwiczenia mięśni dna miednicy mają znaczenie dla poprawy ukrwienia, rozbudowania sieci naczyń włosowatych, co prowadzi do lepszego odżywienia tych mięśni. Bezpośrednim efektem jest wzrost siły mięśniowej, wydłużenie maksymalnego czasu skurczu, lepsza kontrola nad mikcją oraz poprawa czucia głębokiego, co ma istotne znaczenie w regeneracji mięśni po radioterapii. W miarę upływu czasu dochodzi do hipertrofii mięśni dna miednicy, co sprzyja procesom reinerwacji. Prawidłowo wykonywany skurcz i rozkurcz mięśni dna miednicy, połączony z odpowiednią pracą na tłoczni brzusznej, pozwala skutecznie wpłynąć na poprawę jakości ich funkcjonowania. Trening mięśni dna miednicy pozwala na znormalizowanie napięcia w obszarze miednicy mniejszej i może wpłynąć na każdy układ, organ czy strukturę zlokalizowane w tej przestrzeni. Przed rozpoczęciem ćwiczeń pacjentka powinna być zapoznana z proponowanym schematem ćwiczeń oraz z zasadami i techniką kinezyterapii mięśni dna miednicy.

Etapy przygotowania pacjentki do kinezyterapii mięśni dna miednicy:

Psychoedukacja – w początkowej fazie przygotowania do ćwiczeń terapeuta powinien omówić mięśni dna miednicy i ich położenie, wskazać na istotę ćwiczeń oraz wspierać pacjentkę podczas kinezyterapii mięśni dna miednicy. Przekazywane informacje powinny być dostosowane do możliwości percepcyjnych pacjentki.

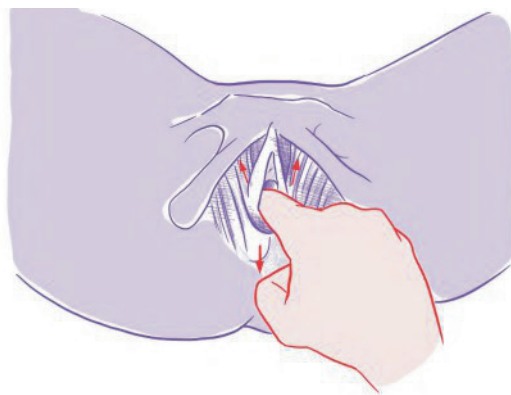
Pokaz (metodą poglądową) – metoda ta ma na celu ukształtowanie wyobraźni przestrzennej w zakresie budowy przepony moczowo-płciowej. Jest to niezbędne do uruchomienia poszczególnych struktur mięśniowych i do właściwego wykonywania ćwiczeń.

Pokaz z zastosowaniem prostych rysunków i schematów, unaoczniających budowę narządów miednicy mniejszej i sposób wykonywania ćwiczeń. Pożądaną formą prezentacji jest animacja komputerowa, film, broszura. Pokaz powinien być szczegółowo omawiany oraz analizowany przez terapeuta.

Pokaz ćwiczenia – ćwiczenie wykonane precyzyjnie i powoli przez instruktora, z dokładnym wyjaśnieniem poszczególnych faz, stanowi wzór do naśladowania. Poszczególne fazy ćwiczenia powinny być analizowane z określeniem poszczególnych elementów składowych ruchu, a następnie wykonywane w całości.

Wstępne wykonywanie ćwiczeń – w tej fazie uczy się pacjentkę napięć izometrycznych w dostępnych, prostych grupach mięśniowych (np. pośladki, uda). Następnym etapem jest przeniesienie poznanych umiejętności na mięśnie dna miednicy.

Istnieje kilka metod nauczania napinania i rozluźniania mięśni dna miednicy. Najbardziej dostępną metodą jest wykorzystanie współdziałania poszczególnych grup mięśniowych (uda, pośladki, mięśnie brzucha) z mięśniami dna miednicy. Najtrudniejsze zazwyczaj bywa dla pacjentek zidentyfikowanie poszczególnych mięśni dna miednicy, a w szczególności mięśnia dźwigacza odbytu. Pomocne w zlokalizowaniu tych mięśni może być perinometr lub zastosowanie metody digitalnej, która polega na włożeniu dwóch palców do pochwy i zaciśnięcie na nich ścian pochwy.



Ryc. 1 Zastosowanie metody digitalnej

Tą metodą można również dokonać subiektywnej oceny napięcia mięśni dna miednicy w czterostopniowej skali oksfordzkiej, zwanej testem Brinka. Przy pomocy tej skali prowadzi się punktową ocenę siły mięśni, od 1 do 4, w zależności od siły nacisku. Do oceny w skali Brinka brane są pod uwagę następujące parametry – napięcie podczas skurczu, czas trwania skurczu oraz przemieszczenie dwóch palców umieszczonych w pochwie.

Test Brinka – kryteria oceny:

- 1 pkt. – niewyczuwalne na wprowadzonych palcach napięcie, niezauważalny skurcz,
 - 2 pkt. – słaby nacisk odczuwalny w kilku miejscach, ale nie wokół całej długości palców, czas skurczu < 1 sek. oraz przesunięcie opuszków palców do przodu,
 - 3 pkt. – odczuwalny jako średni nacisk wokół palców, czas trwania skurczu od 1-3 sek. oraz przesunięcie palców do przodu,
 - 4 pkt. – silny, gwałtowny nacisk wyczuwalny dookoła palców, z przesunięciem ich do przodu, czas trwania skurczu > 3 sek.
- Perineometr działa na zasadzie aparatu do pomiaru ciśnienia. Pacjentka z sondą w pochwie uczy się kurczyć właściwe mięśnie, obserwując wychylenie słupka rtęci lub wskaźnika zegarowego. Ćwicząca, obserwując siłę skurczu na ekranie monitora, może kontrolować prawidłowość wykonywania ćwiczeń i oceniać postęp terapii.

Ocena siły skurczu oraz czasu trwania skurczu jest istotna dla terapeuty by zaplanować poszczególne etapy ćwiczeń mięśni dna miednicy. Przed rozpoczęciem ćwiczeń pacjentka powinna być zapoznana z proponowanym schematem ćwiczeń oraz z zasadami i techniką kinezyterapii mięśni dna miednicy. Poszczególne mięśni dna miednicy należy uaktywniać utrzymując napięcie przez 3 do 5 sek., następnie rozkurcz mięśni, który powinien być dwa razy dłuższy niż skurcz – 6-10 sek. Ćwiczenie trzeba powtórzyć 10-15 razy przynajmniej 2-3 razy dziennie. Istotne jest skoncentrowanie się wyłącznie na mięśniach dna miednicy. Mięśnie brzucha czy pośladków powinny być rozluźnione. Podczas wykonywania ćwiczeń przez pacjentkę instruktor powinien zwrócić uwagę na poprawność ich wykonania i modyfikować je w razie potrzeby.

Ćwiczenia tego typu są najskuteczniejsze, gdy są wykonywane regularnie. Systematyczne wykonywanie indywidualnych zestawów ćwiczeń stanowi planowy trening tych mięśni. Dobre opanowanie skurczu mięśni dna miednicy zwykle wymaga kilku tygodni ćwiczeń. Ale jego efektem jest wzrost siły mięśni co korzystnie wpłynie na kontrolę oddawania moczu. Pacjentka podczas ćwiczeń mięśni dna miednicy nie powinna wstrzymywać oddechu, gdyż może to nasilić działanie tłoczni brzusznej, co w konsekwencji niekorzystnie wpływa na mięśni dna miednicy. Zalecane jest wprowadzenie treningu mięśni dna miednicy do codziennej rutyny (na przykład podczas mycia zębów, gotowania obiadu, oglądania telewizji itp.), a także nauczanie pacjentki

postępowania w sytuacjach „kryzysowych” (napinanie mięśnie podczas kichania, kaszlu i śmiechu) oraz zbytnio nie obciążanie mięśni dna miednicy podczas mikcji, defekacji, podnoszenia ciężkich przedmiotów poprzez przyjęcie właściwej pozycji.

Ćwiczenia hipopresyjne są alternatywą dla ćwiczeń mięśni dna miednicy. Są to techniki oparte na ćwiczeniach posturalnych i oddechowych, które wywołują powstawanie ujemnego ciśnienia w jamie brzusznej. Cechą charakterystyczną tego rodzaju ćwiczeń jest hipopresyjny bezdech. Istota ćwiczeń polega na wstrzymaniu oddechu po pełnym wydechu. W tym momencie głośnia jest zamknięta, a mięśnie międzyżebrowe są wykorzystywane do tworzenia wdechowego ruchu klatki piersiowej, podczas gdy mięsień prosty brzucha pozostaje rozluźniony. Ta zmiana ciśnienia w klatce piersiowej powoduje zassanie rozluźnionej przepony z towarzyszącym jej zmniejszeniem ciśnienia w jamie brzusznej i miednicy. W skutek zmieniającego się ciśnienie następuje odruchowa aktywacja mięśni brzucha i dna miednicy.

Terapia behawioralna polega na świadomej kontroli dwóch mięśni: wypieracza pęcherza moczowego oraz zwieracza cewki moczowej. Poprzez świadome mikcje o określonych porach dnia można wyćwiczyć automatyzm pęcherza moczowego, w którym impulsy płynące z kory mózgowej hamują aktywność mięśnia wypieracza pęcherza moczowego i jednocześnie stymulują skurcz mięśnia zwieracza cewki moczowej.

W terapii behawioralnej oddziaływanie psychologiczne rozciąga się na kilka obszarów działania w zachowawczym leczeniu nietrzymania moczu. Określenie bilansu płynów, wyznaczenie konkretnych pór oddawania moczu i dobowego rytmu aktywności jest podstawą tej terapii. Ta część postępowania musi być indywidualna dla każdej pacjentki, ponieważ często obserwuje się zależność konieczności oddania moczu od różnych, nawet irracjonalnych sytuacji. U większości pacjentek nietrzymanie moczu nasila się przy zdenerwowaniu, wzroście napięcia emocjonalnego, dlatego terapia behawioralna obejmuje ograniczenie sytuacji stresorodnych.

Do terapii zalicza się:

- trening pęcherza moczowego,
- biofeedback,
- hipnoza,
- akupunktura.

Nauka zmiany zachowań polega na rozpoznaniu potrzeby oddawania moczu w regularnych odstępach czasowych – na początek np. co godzinę. Jeśli skuteczność jest widoczna, stopniowo wydłużamy czas mikcji poprzez zwiększanie odstępów między nimi o 15-30 min., aż do osiągnięcia 2-3 godz. przerwy między kolejnym oddaniem moczu. Jeśli potrzeba oddawania moczu wystąpi przed zaplanowaną godziną, należy starać się odczekać, aż do wyznaczonej chwili, stosując np. techniki relaksacyjne. Pacjentka powinna starać się nie oddawać moczu w godzinach nocnych (podczas snu). Natomiast natychmiast po przebudzeniu powinna całkowicie opróżnić pęcherz. Terning pęcherza moczowego ma na celu zwiększenie pojemności pęcherza moczowego oraz zmniejszenie objawów częstomoczu.

Biofeedback, nazywany biologicznym sprzężeniem zwrotnym, polega na dostarczaniu informacji zwrotnej (feedback) o zmianach stanu fizjologicznego organizmu i jest jedną z technik budowania samoświadomości pacjentki. Może mieć szerokie zastosowanie w

kontekście ćwiczeń mięśni dna miednicy. Biofeedback służy nauce ćwiczenia, napinania i rozluźniania odpowiednich grup mięśniowych, kontroli efektywności wykonywanych ćwiczeń oraz ocenie dokonywanych postępów w terapii lub ich brak. Działa na zasadzie informacji zwrotnej płynącej ze specjalnej aparatury wyposażonej w sondy powierzchniowe, dopochwowe lub doodbytnicze. Aparatura przetwarza aktywność mięśni w formę graficzną, liczbową lub dźwięk, umożliwiającą pacjentce obserwowanie postępów leczenia. Odbierają one sygnał płynący podczas maksymalnego napięcia mięśni. Rejestrowane sygnały pozwalają pacjentce na łatwiejsze zrozumienie funkcji ocenianych mięśni i ich pracy. Ułatwiają także zapanowanie nad reakcjami, jak również pozwalają na modyfikację działań i wspomagają trening w sposób efektywny.

Inną metodą leczenia zachowawczego nietrzymania moczu jest mechaniczna stymulacja mięśni przepony miednicznej wkładką/stożkiem dopochwowym, ale należy zwrócić uwagę na przeciwwskazanie związane z powikłaniami po radioterapii. Wkładkę zaleca się zakładać do pochwy wyłącznie w czasie chodzenia, 2 razy dziennie na 15-30 min. W zależności od nasilenia objawów wysiłkowego nietrzymania moczu. Pacjentka zostaje poinstruowana, jak ma zaciskać wokół niej mięśni dna miednicy. Wkładka założona właściwie do pochwy przekazuje zmienną energię kinetyczną na otaczające tkanki i wywołuje skurcz mięśni. Podczas tej terapii co kilka dni zakłada się do pochwy coraz cięższe wkładki, zmuszając mięśni do coraz silniejszego skurczu. Efekty leczenia pacjentka może obserwować po 6-8 tygodniach

Farmakoterapia może być również skuteczną metodą leczenia nietrzymania moczu po radioterapii. Do najczęściej stosowanych leków w leczeniu nietrzymania moczu po radioterapii należą:

- leki antycholinergiczne – pomagają w zmniejszeniu nadmiernej aktywności pęcherza moczowego (blokują receptory odpowiedzialne za jego skurcz), stosowane w przypadku nietrzymania moczu z powodu parcia naglącego,
- leki antydopaminergiczne – wpływają na funkcje układu nerwowego i pomagają w kontroli nad pęcherzem.

Gdy zachowawcze metody leczenia nietrzymania moczu po radioterapii są nieskuteczne lub pacjentka nie preferuje ich stosowania, zalecane jest zabiegowe leczenie nietrzymania moczu. Stosowane metody zabiegowe są zależne od rodzaju nietrzymania moczu, stopnia nasilenia objawów oraz innych powikłań po radioterapii w obrębie miednicy i jej struktur.

Pielęgnacja skóry po radioterapii u pacjentek z nietrzymaniem moczu

Leczenie nietrzymania moczu po radioterapii jest złożonym procesem i wymaga indywidualnego podejścia do każdej pacjentki. U wielu kobiet leczenie zachowawcze, jak i zabiegowe nietrzymania moczu jest nieskuteczne. Niekiedy pacjentki nie są kwalifikowane do żadnej z wyżej wymienionych metod terapeutycznych, ze względu na zmiany zaistniałe w wyniku radioterapii lub ogólny stan zdrowia i wtedy są zmuszone stosować materiały/środki do higieny intymnej zabezpieczające przed moczeniem.

Zarówno nietrzymanie moczu, jak i leczenie promieniami jonizującymi nowotworów narządu rodowego powodują, że skóra na okolicach intymnych staje się nadwrażliwa, a także podatna na podrażnienia i uszkodzenia. Należy pamiętać, że popromienne zapalenie skóry dotyczy nawet 90% chorych poddanych radioterapii. Po około 2-4 tygodniach od rozpoczęcia leczenia skóra łuszczy się, staje się sucha, mało sprężysta, podatna na urazy, otarcia. Następnie

pojawia się zaczerwienienie, które może ewoluować w łuszczenie na sucho lub mokro. Zaś reakcjami popromiennymi późnymi może być zanik skóry właściwej, przewlekłe zapalenie skóry, owrzodzenie popromienne i martwice, teleangiektazje, zmiany barwnikowe.

Podstawową zasadą pielęgnacji napromienianej skóry jest jej regeneracja i ochrona przed kolejnymi podrażnieniami, wynikającymi tak z samej terapii, jak i innych czynników zewnętrznych, np. drażnienie skóry moczem. Należy pamiętać, że większe nasilenie odczynu popromiennego obserwuje się w okolicach anatomicznych, gdzie naskórek jest cieńszy, np. okolica krocza oraz gdzie stykają się ze sobą dwie powierzchnie, np. pachwiny, fałdy brzuszne, pośladki. Dlatego okolice intymne należy szczególnie chronić przed bezpośrednim kontaktem z moczem. W przypadkach nasilonego nietrzymania moczu po radioterapii konieczne jest korzystanie z wkładek chłonnych lub pieluchomajtek dla utrzymania higieny osobistej oraz by dodatkowo nie powodować uszkodzeń skóry.

Profilaktyka odczynów popromiennych skóry polega na:

- prowadzeniu monitoringu stanu skóry objętej napromienianiem pod kątem wzmożonego napięcia, obrzęku, świądu, pieczenia, złuszczenia naskórka,
- ochronie skóry przed kontaktem z moczem – częsta zmiana pieluchomajtek, częste wietrzenie krocza, właściwa pielęgnacja skóry krocza,
- noszeniu luźnej, przewiewnej bielizny, z naturalnych włókien,
- ochronie skóry przed uszkodzeniami mechanicznymi (nie drapać, nie ocierać, nie dopuszczać do stykania się dwóch powierzchni ciała w obszarze napromienianym),
- myciu skóry – letnią wodą, pod prysznicem, używaniu hypoalergicznym preparatów myjących, dedykowanych do skóry napromienianej, delikatne osuszanie, np. lekki dotyk miękkim ręcznikiem,
- używaniu preparatów przeznaczonych do pielęgnacji i higieny po radioterapii – środek pielęgnacyjny należy aplikować zgodnie z zaleceniami (2 razy dziennie lub częściej i w razie potrzeby, tj. w zależności od stopnia suchości skóry), cienką warstwą, która łatwo i szybko ulegnie wchłonięciu; przed każdą kolejną aplikacją skórę należy umyć, zgodnie z wcześniejszymi zaleceniami.

Podczas pielęgnacji należy zwrócić szczególną uwagę na stosowanie kremów barierowych. Zabezpieczanie skóry przed podrażnieniami poprzez stosowanie kremów lub balsamów, np. z wazeliną i lanoliną, które działają okluzyjnie lub tlenkiem cynku, który sprzyja odbudowie skóry. Tlenek cynku, zawarty np. w kremie barierowym Sudocrem Expert, ma działanie przeciwbakteryjne, przeciwzapalne, szybko łagodzi podrażnienia, dodatkowo tworzy barierę ochronną między pieluchą, a skórą. Lanolina zmiękcza i nawilża skórę, utrzymując jej właściwą wilgotność, nie pozwala na nadmierne wysuszenie – odpowiada za utrzymanie wody wewnątrz naskórka.

Po radioterapii nie należy:

- używać dezodorantów oraz perfum na skórę okolicy napromienianej,
- stosować kosmetyków zapachowych,
- stosować bardzo tłustych maści, gdyż utrudniają oddawanie ciepła przez skórę i zwiększają ryzyko odczynu popromiennego,
- stosować środków zawierających alkohol, mydło.

Zalecenia odnośnie higieny, diety, pielęgnacji odczynów popromiennych, dla każdej pacjentki ustala indywidualnie zespół terapeutyczny w zależności zmian skórnych, dawki stosowanych promieni jonizujących, czy kojarzenia radioterapii z innymi metodami. Środki do stosowane na skórę po radioterapii powinny łagodzić działania niepożądane terapii, m.in. niwelować

podrażnienia i zaczerwienienia, świąd, suchość, rogowacenie oraz łuszczenie się skóry.

Podsumowanie

Opieka nad pacjentką z nietrzymaniem moczu po radioterapii ma na celu poznanie pacjentki oraz określenie jej problemów i potrzeb po to, by uzyskać pełen obraz jej sytuacji i podjąć adekwatne działania. Dlatego tak istotne jest nawiązanie pozytywnych relacji z podopieczną. W niektórych przypadkach nietrzymanie moczu po radioterapii jest związane z czynnikami emocjonalnymi lub stresem. Terapia behawioralna może pomóc w identyfikacji tych czynników i nauczaniu pacjentki technik radzenia sobie z nimi. Podejście to ma na celu zmianę nawyków i zachowań związanych z kontrolą pęcherza moczowego. Wysiłkowe nietrzymanie moczu zazwyczaj jest związane z uszkodzeniem mięśni dna miednicy, zwieracza cewki moczowej na wskutek działania promieni jonizujących. Prawidłowe funkcjonowanie dolnego odcinka układu moczowego jest w dużej mierze uwarunkowane kondycją aparatu wieszadłowego, tzw. hamaka, czyli zespołu więzadeł, mięśni oraz powięzi utrzymujących ten układ w prawidłowym położeniu. Etiopatogeneza zaburzeń mikcji po radioterapii jest bardzo zróżnicowana, sugeruje to stosowanie różnych metod terapeutycznych.

W literaturze znajduje się niewiele opracowań na temat postępowania w nietrzymaniu moczu po radioterapii. Poza tym dostępne wyniki badań nie są spójne pod względem metodologicznym. Jednak większość z nich wskazuje, że stosowanie fizjoterapii w leczeniu nietrzymania moczu po radioterapii wydaje się skuteczne.

Artykuł powstał w ramach Akademii Pielęgniarstwa i Położnictwa Sudocrem Expert.

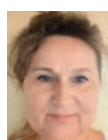
PIŚMIENNICTWO:

1. Abdel-Fattah M, Agur W, Andreis F, Booth J, Dimitrova M, Gillespie N et al. Basic versus biofeedback-mediated intensive pelvic floor muscle training for women with urinary incontinence: The OPAL RCT. *Health Technol Assess.* 2020; 24(70): 1–144.
2. Bakker RM, Mens JWM, de Groot HE, Tuijnman-Raasveld CC, Braat C, Hompus WCP, et al. A nurse-led sexual rehabilitation intervention after radiotherapy for gynecological cancer. *Support Care Cancer.* 2017; 25:729–37.
3. Bernard S, Moffet H, Plante M, Ouellet M-P, Leblond J, Dumoulin C. Pelvic-floor properties in women reporting urinary incontinence after surgery and radiotherapy for endometrial cancer. *Phys Ther.* 2017; 97:438–48.
4. Bernard S, Ouellet M-P, Moffet H, Roy J-S, Dumoulin C. Effects of radiation therapy on the structure and function of the pelvic floor muscles of patients with cancer in the pelvic area: a systematic review. *J Cancer Surviv.* 2016; 10:351–62.
5. Bø K, Herbert RD. There is not yet strong evidence that exercise regimens other than pelvic floor muscle training can reduce stress urinary incontinence in women: a systematic review. *J Physiother.* 2013; 59:159–68.
6. Brennen R, Lin K-Y, Denehy L, Frawley HC. The effect of pelvic floor muscle interventions on pelvic floor dysfunction after gynecological cancer treatment: a systematic review. *Phys Ther.* 2020; 100:1357–71.
7. Cosentino D, Piro F. Hyaluronic acid for treatment of the radiation therapy side effects: a systematic review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* (2018) 22:7562–72.
8. Cyr MP, Dumoulin C, Bessette P, Pina A, Gottlieb WH, Lapointe-Milot K, Morin M. Characterizing pelvic floor muscle function and morphometry in survivors of gynecological cancer who have dyspareunia: A comparative cross-sectional study. *Phys Ther.* 2021; 4; 101(4): 1–9.
9. Fiodorenko-Dumas Ż, Paprocka-Borowicz M. Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, Tom 20; 1, 12–16.
10. Pasek M, Jobda B. Pielęgnowanie skóry napromienianej u pacjenta w trakcie radioterapii. *Polskie Stow. Pielęgniarek Onkologicznych*. Warszawa, 2022.
11. Pilewska-Kozak A, Stadnicka G, Balanda-Baldyga A. Opieka okołoperacyjna w ginekologii i ginekologii onkologicznej. *Wydawnictwo Lekarskie PWZL*, Warszawa 2022.
12. Sacomori C, Araya-Castro P, Diaz-Guerrero P, Ferrada IA, Martinez-Varas AC, Zomkowski K. Pre-rehabilitation of the pelvic floor before radiation therapy for cervical cancer: a pilot study. *Int Urogynecol J.* 2020; 31:2411–8.
13. Yang EJ, Lim J-Y, Rah UW, Kim YB. Effect of a pelvic floor muscle training program on gynecologic cancer survivors with pelvic floor dysfunction: a randomized controlled trial. *Gynecol Oncol.* 2012; 125:705–11.



Fot. www.freepik.com

Niedrożność i zwężenie dwunastnicy



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

Niedrożność dwunastnicy jest pojęciem wspólnym dla wielu wad prowadzących do zwężenia lub całkowitego przerwania ciągłości światła tego odcinka przewodu pokarmowego. Upośledzenie drożności dwunastnicy może być bezpośrednio związane z nieprawidłowym jej rozwojem i te wady określane są jako niedrożność wewnątrzpochodna.

Obejmuje ona:

Typ 1 - błoniaste zarośnięcie z obecnością wewnętrznej przegrody przy zachowanej ciągłości ściany dwunastnicy; przegroda może całkowicie zamykać światło jelita lub może pozostawiać niewielki otwór w części centralnej;

Typ 2 - całkowite zarośnięcie dwunastnicy z obecnością

włóknistego pasma łączącego niedrożne odcinki;

Typ 3 - zarośnięcie z całkowitym rozdzielaniem zarośniętych odcinków.

Inną grupę wad wrodzonych, w przebiegu których dochodzi do ucisku i różnego stopnia zwężenia światła prawidłowo wykształconej dwunastnicy, określa się jako niedrożność zewnątrzpochodną. Czynniki zewnętrznymi powodującymi zamknięcie całkowite lub częściowe dwunastnicy są:

- ▶ trzustka obrączkowata,
- ▶ pasma włókniste powstałe na skutek nieprawidłowego zwrotu jelit (pasma Ladda),
- ▶ żyła wrotna przeddwunastnicza,
- ▶ zdwojenie dwunastnicy,
- ▶ torbiel przewodu żółciowego wspólnego.

Niedrożność dwunastnicy dotyczy przeważnie , bo aż w 80%, okolicy ujścia brodawki Vatera. Najczęściej

występuje na poziomie lub poniżej brodawki.

Epidemiologia

Częstość występowania wady określa się na poziomie 1: 500 do 1: 10000 żywo urodzonych noworodków. Wada występuje bez istotnych różnic w odniesieniu do płci. W przeciwieństwie do zarośnięć w pozostałych odcinkach jelita cienkiego, wrodzona niedrożność dwunastnicy odznacza się występowaniem w wysokim odsetku, sięgającym rzędu 50% wad towarzyszących. Szczególnie charakterystyczną cechą jest występująca u prawie 30% noworodków z zespołem Downa. Ta cecha jednoznacznie wskazuje na udział czynników genetycznych w powstawaniu wady.

Innymi wadami towarzyszącymi niedrożności dwunastnicy są:

- ▶ zaburzony zwrot jelit,
- ▶ wada serca i dużych naczyń (20%),
- ▶ zarośnięcie przełyku,
- ▶ wady układu moczowego,

- ▶ zarośnięcie odbytu,
- ▶ wady układu szkieletowego.

Wśród noworodków z wrodzona niedrożnością dwunastnicy charakterystyczny jest wysoki odsetek dzieci urodzonych przedwcześnie oraz dzieci z niską masą urodzeniową, poniżej 2500, sięgający 40- 50%.

Diagnostyka

Diagnostyka prenatalna: ocena stężenia alfa-fetoprotein w surowicy krwi matki i płynie owodniowym (podwyższone), obserwacja nieprawidłowości strukturalnych płodu na USG, ocena kariotypu w płynie owodniowym i krwi płodu (występowanie trisomii 21).

Diagnostyka po narodzeniu: USG (żołądek i dwunastnica widoczne jako torbiele z zawartością płynu), RTG przeglądowe jamy brzusznej w pozycji pionowej (obecność podwójnej bańki w nadbrzuszu), gazometria krwi (zasadowica hipochloremiczna).

Obraz kliniczny

Wielowodzie - zahamowanie pasażu płynu owodniowego. Stwierdzany u 30-75% płodów. Jest to bezwzględny objaw do wykonania dokładnego USG płodu, „podwójna bańka” płynowa w nadbrzuszu, nasilające się wymioty po urodzeniu - najczęściej zawierające treść żółciową ze względu na miejsce zarośnięcia w odcinku pozabrodawkowym dwunastnicy - 80%).

Gdy miejsce zarośnięcia jest w odcinku bliższym dwunastnicy, powyżej brodawki Vatera, wymioty są pozbawione domieszki żółci. Słabo wypełniony brzusek lub nawet zapadnięty - ze względu na brak lub nieznaczne upowietrzenie pętli jelita cienkiego dystalnie od miejsca przeszkody mechanicznej. W 50% przypadków noworodki z zarośniętą dwunastnicą oddają smółkę, ma ona jednak wygląd gęstego ciemnoszarego czopu śluzowego (brak bilirubiny). Każdy chirurg dziecięcy musi pamiętać, że u noworodka z cechami fizykalnymi zespołu Downa wymiotującego treścią żółciową należy wykonać bezwzględnie

badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie bądź potwierdzenie zarośnięcia dwunastnicy. W każdym przypadku podejrzenia niedrożności dwunastnicy wymagane jest odbarczenie przewodu pokarmowego poprzez założenie sondy do żołądka.

Przygotowanie do zabiegu wymaga wyrównania zaburzeń wodno-elektrolitowych, utrzymywania prawidłowej ciepłoty ciała i kontroli poziomu glikemii ze względu na często występujące wcześniactwo. Zabieg operacyjny ma za zadanie przywrócić drożność dwunastnicy. Należy go wykonać w trybie pilnym, ale nie nagłym. Dostępem z wyboru jest dostęp poprzeczny w nadbrzuszu, otwarcie jamy otrzewnej. Manipulacje na jelicie powinny być poprzedzone dokładną oceną anatomiczną, ze szczególnym uwzględnieniem ułożenia pętli jelitowych i zidentyfikowania zaburzeń zwrotu pętli jelitowych. W pierwszym etapie zabiegu należy zmobilizować prawe zagięcie okrężnicy i okrężnicę wstępującą. Manewr ten zapewnia właściwy dostęp do dwunastnicy. Należy również określić typ morfologiczny wady i jej przyczynę oraz ustalić miejsce niedrożności. W zdecydowanej większości przypadków dotyczy ono drugiej zstępującej części dwunastnicy.

Zespolenie dwunastniczo-dwunastnicze

Klasyczne zespolenie bok do boku obejmuje równoległe nacięcie ścian dwunastnicy ponad przeszkodą oraz poniżej przeszkody i ich dwuwarstwowe zespolenie cienkimi szwami wchłanialnymi (np. Vicryl 5-0). W pierwszej kolejności zespolane są tylne ściany odcinków dwunastnicy, w drugiej zaś ściany przednie. Przed wykonaniem

zespolenia obowiązuje dokładne skontrolowanie drożności dalszych odcinków dwunastnicy i jelita cienkiego w celu wykluczenia potencjalnych mnogich zarośnięć. Duodeno-duodenostomia może być wykonana jako standardowe zespolenie bok do boku lub zespolenie typu „karo”. Zaletą zespolenia dwunastniczo-dwunastniczego jest bardziej fizjologiczne odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego, mała ilość wczesnych i późnych powikłań, oraz wysokie przeżycie pacjentów po tych zabiegach.

Zespolenie dwunastniczo-dwunastnicze typu „karo”, nazywane też zespoleniem typu „diamentowego”, zaproponował w 1977 roku Kimura. Zasadniczym elementem wyróżniającym tę technikę operacyjną jest poprzeczne nacięcie bliższego, poszerzonego odcinka dwunastnicy oraz pionowe nacięcie odcinka dalszego o wąskim świetle. Dzięki temu uzyskuje się znacznie lepsze wyrównanie średnich dysproporcji obu zespalanych odcinków, a szerokość samego zespolenia dwunastniczego jest większa niż w klasycznej duodenuodenostomii. Obecnie uważa się, iż ta metoda jest metodą z wyboru w większości przypadków. Związane jest to z szybką adaptacją zespolenia do wczesnego żywienia enteralnego oraz lepszymi wczesnymi i późnymi wynikami leczenia niedrożności dwunastnicy. Metoda ta jest możliwa do zastosowania w większości przypadków niedrożności, zwężenia, jak i uciskiem z zewnątrz dwunastnicy, np. trzustkę obrączkowatą.

Zespolenie dwunastniczo-czcze (Duodeno-Jejunostomia)

Metodą wcześniej stosowaną i łatwiejszą jest zespolenie opijające dwunastniczo-czcze zaokrężnicze z pierwszą pętlą jelita czczego. Zabieg ten wymaga mniejszego preparowania i może być wykonany przez mniej doświadczonego chirurga dziecięcego. Zespolenie to nie jest zalecane ze względu na szkodliwe działanie soku żołądkowego na zespolenie z jelitem oraz powstawanie owrzodzeń w miejscu zespolenia. ■

Zabieg operacyjny ma za zadanie przywrócić drożność dwunastnicy. Należy go wykonać w trybie pilnym, ale nie nagłym. Dostępem z wyboru jest dostęp poprzeczny w nadbrzuszu, otwarcie jamy otrzewnej. Manipulacje na jelicie powinny być poprzedzone dokładną oceną anatomiczną

**Załącznik do nr 1 do uchwały nr 518/VIII/2024
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie z dnia 27 czerwca 2024 r.**

**REGULAMIN DOFINANSOWANIA KOSZTÓW KSZTAŁCENIA
I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO CZŁONKÓW OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W RZESZOWIE**

§1. PRZEPISY WSTĘPNE

1. Niniejszy Regulamin dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie (zwany dalej regulaminem) określa przesłanki oraz zasady przyznawania, a także tryb postępowania w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie.
2. Ilekroć w treści Regulaminu jest mowa o:
 - 1) Izbie – należy przez to rozumieć Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie,
 - 2) Okręgowej Radzie – należy przez to rozumieć Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie,
 - 3) Prezydium Rady - należy przez to rozumieć Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie.
3. Członkowie Izby, podnoszący kwalifikacje zawodowe mają prawo ubiegać się o przyznanie dofinansowania do poniesionych kosztów z tego tytułu.
4. Wysokość funduszu przeznaczanego na dofinansowanie kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Izby określa się na każdy rok kalendarzowy w budżecie Izby w kwocie nie mniejszej niż 25% planowanych wpływów ze składek członkowskich.
5. Wysokość funduszu, o którym mowa w ust. 4, może być zwiększona o środki finansowe powstałe w ciągu roku budżetowego z oszczędności w realizacji pozostałych zadań Izby. Decyzję o zwiększeniu funduszu Okręgowa Rada może podjąć po analizie wykonania budżetu Izby za trzy kwartały.
6. Funduszem, o którym mowa w ust. 4, dysponuje Okręgowa Rada lub Prezydium Rady. Uchwały w przedmiocie dofinansowania podejmuje Okręgowa Rada lub Prezydium Rady, przy czym wyłącznie Okręgowa Rada rozpatruje odwołania od uchwał Prezydium Rady w przedmiocie odmowy przyznania dofinansowania i podejmuje uchwały w wyniku ich rozpatrzenia.

§ 2. WARUNKI UZYSKANIA DOFINANSOWANIA

1. Regulamin ma zastosowanie do następujących form kształcenia i doskonalenia zawodowego (dalej łącznie jako formy kształcenia):
 - 1) studia niestacjonarne i stacjonarne (licencjackie, pomostowe, magisterskie) na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, odbywane w szkołach wyższych

- posiadających akredytację Krajowej Rady Akredytacji Szkolnictwa Medycznego,
- 2) studia podyplomowe związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej,
 - 3) szkolenia specjalizacyjne, prowadzone przez organizatorów kształcenia, w rozumieniu ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej,
 - 4) kursy kwalifikacyjne, prowadzone przez organizatorów kształcenia, w rozumieniu ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej,
 - 5) kursy specjalistyczne i doksztalające, prowadzone przez organizatorów kształcenia, w rozumieniu ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej,
 - 6) przewód doktorski, jeżeli rozprawa doktorska odnosi się do problematyki pielęgniarstwa i położnictwa,
 - 7) postępowanie habilitacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa, albo nauk o zdrowiu,
 - 8) inne formy kształcenia mogące mieć zastosowanie do realizowania zadań na zajmowanym stanowisku pracy pielęgniarki/położnej, w szczególności w sanepidzie, stacji krwiodawstwa, placówce oświaty jako nauczyciel zawodu, domu pomocy społecznej, zakładzie karnym, żłobku, klubie dziecięcym, a także kursy językowe,
 - 9) udział w konferencjach, sympozjach, kongresach, zjazdach, seminariach naukowych oraz szkoleniach, które mają związek z zawodem pielęgniarki/położnej.
2. Dofinansowaniu na podstawie niniejszego Regulaminu podlegają odpłatności za świadczone usługi edukacyjne oraz za kształcenie pobierane przez uczelnie, a także opłaty pobierane przez inne podmioty organizujące kształcenie w związku z korzystaniem z form kształcenia wskazanych w ust. 1 (dalej jako koszty kształcenia).
 3. Członek Izby może w roku kalendarzowym uzyskać dwa dofinansowania kosztów kształcenia do jednej wybranej formy kształcenia, wymienionej w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 5.
 4. Dofinansowanie do kosztów kształcenia, o których mowa w ust. 1 pkt 1,2,3,4,5,6,7 nie przysługuje w przypadku, gdy dana forma kształcenia lub doskonalenia zawodowego finansowana jest w całości lub części ze środków Unii Europejskiej, przez pracodawcę, lub inny podmiot.
 5. Członek Izby może uzyskać dofinansowanie do szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 jeden raz na 10 (dziesięć) lat. Kolejny wniosek o dofinansowanie może zostać złożony po upływie 120 miesięcy od podjęcia poprzedniej uchwały o przyznaniu dofinansowania.

§ 3. OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA DOFINANSOWANIA

1. O dofinansowanie do kosztów kształcenia mają prawo ubiegać się członkowie Izby, pod warunkiem regularnego, nieprzerwanego opłacania składek członkowskich, w następujących okresach:
 - 1) co najmniej 3 lata poprzedzające miesiąc, w którym rozpoczęto studia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, o których mowa w §2 ust. 1 pkt 1 Regulaminu,
 - 2) co najmniej 3 lata poprzedzające miesiąc, w którym rozpoczęto studia podyplomowe, o których mowa w §2 ust. 1 pkt 2 Regulaminu,
 - 3) co najmniej 3 lata poprzedzające miesiąc, w którym rozpoczęto szkolenie specjalizacyjne, o którym mowa w §2 ust. 1 pkt 3 Regulaminu,
 - 4) co najmniej 1 rok poprzedzający miesiąc, w którym rozpoczęto kurs kwalifikacyjny, o którym mowa w §2 ust. 1 pkt 4 Regulaminu, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - 5) co najmniej 6 miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym rozpoczęto kurs specjalistyczny lub doksztalcający, o których mowa w §2 ust. 1 pkt 5 Regulaminu, z zastrzeżeniem ust. 5,
 - 6) co najmniej 3 lata poprzedzające miesiąc, w którym rozpoczęto przewód doktorski, o którym mowa w §2 ust. 1 pkt 6 Regulaminu,
 - 7) co najmniej 3 lata poprzedzające miesiąc, w którym rozpoczęto postępowanie habilitacyjne, którym mowa w §2 ust. 1 pkt 7 Regulaminu,
 - 8) co najmniej 3 lata poprzedzające miesiąc, w którym rozpoczęto kształcenie, o którym mowa w §2 ust. 1 pkt 8 Regulaminu,
 - 9) co najmniej 3 lata poprzedzające miesiąc, w którym rozpoczęto jedną z form kształcenia, o których mowa w §2 ust. 1 pkt 9 Regulaminu.
2. Przez regularne opłacanie składki członkowskiej rozumie się przekazywanie składki na konto Izby albo wcześniej miejscowo właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych, zgodnie z obowiązującą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.
3. Osoby, które są zwolnione z opłacania składek zgodnie z §4 pkt 1, 3, 4, 5, 8 uchwały nr 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 roku w sprawie zmiany uchwały nr 18 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 roku w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału, mogą korzystać z dofinansowania, po udokumentowaniu okresów zwolnienia z opłacania składek.
4. Warunek, o którym mowa w ust. 1 pkt 4 nie ma zastosowania do kursu kwalifikacyjnego: Pielęgniarstwo opieki długoterminowej oraz Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania.
5. Warunek, o którym mowa w ust. 1 pkt 5 nie ma zastosowania do kursu specjalistycznego: Szczepienia ochronne dla pielęgniarek oraz Podstawy opieki paliatywnej dla pielęgniarek.

§ 4 WYSOKOŚĆ DOFINANSOWANIA

1. Członkowie Izby, którzy ponieśli koszty, o których mowa w §2 ust. 2 Regulaminu, mogą ubiegać się o dofinansowanie, które będzie przyznane jednorazowo po zakończeniu kształcenia, w wysokości:
 - 1) 500,00 zł. (słownie: pięćset złotych) do każdego semestru studiów, o których mowa w §2 ust. 1 pkt 1 Regulaminu, jednakże nie więcej niż 2000,00 zł. (słownie: dwa tysiące złotych),
 - 2) 500,00 zł. (słownie: pięćset złotych) do każdego semestru studiów podyplomowych, o których mowa w §2 ust. 1 pkt 2 Regulaminu,
 - 3) 50% kosztów kształcenia w przypadku szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w §2 ust. 1 pkt 3 Regulaminu, jednakże nie więcej niż 1500,00 zł. (słownie: tysiąc pięćset złotych), płatne po pozytywnym ukończeniu szkolenia,
 - 4) 50% kosztów kształcenia w przypadku kursu kwalifikacyjnego, o którym mowa w §2 ust. 1 pkt 4 Regulaminu, jednakże nie więcej niż 750,00 zł. (słownie: siedemset pięćdziesiąt złotych), płatne po pozytywnym ukończeniu kursu,
 - 5) 70% kosztów kształcenia w przypadku kursu specjalistycznego, o którym mowa w §2 ust. 1 pkt 5 Regulaminu - nie więcej niż 500,00 zł. (słownie: pięćset złotych) do jednego kursu,
 - 6) 70% kosztów kształcenia w przypadku kursu doksztalającego, o którym mowa w §2 ust. 1 pkt 5 Regulaminu oraz w przypadku form, o których mowa w §2 ust. 1 pkt 8 Regulaminu, nie więcej niż 500,00 zł. (słownie: pięćset złotych),
 - 7) 2000,00 zł. (słownie: dwa tysiące złotych) kosztów kształcenia w przypadku przewodu doktorskiego, o którym mowa w §2 ust. 1 pkt 6 Regulaminu, płatne po uzyskaniu stopnia doktora,
 - 8) 2000,00 zł. (słownie: dwa tysiące złotych) kosztów kształcenia w przypadku postępowania habilitacyjnego, o którym mowa w §2 ust. 1 pkt 7 Regulaminu, płatne po uzyskaniu stopnia doktora habilitowanego,
 - 9) 50% kosztów kształcenia w przypadku form kształcenia, o których mowa w §2 ust. 1 pkt 9 Regulaminu, jednakże nie więcej niż 1000,00 zł. (słownie: tysiąc złotych).
2. Członkom organów Izby oraz aktywnym członkom Komisji Okręgowej Rady, jak też zespołów problemowych działających przy Izbie może być przyznane w roku kalendarzowym, na ich wniosek dodatkowe dofinansowanie do kosztów kształcenia z pominięciem ograniczenia, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu oraz w §2 ust. 3.

§ 5 POSTĘPOWANIE W PRZEDMIOCIE PRZYZNANIA DOFINANSOWANIA

1. Dofinansowanie do danej formy kształcenia jest przyznawane wyłącznie na wniosek osoby zainteresowanej.
2. Dofinansowanie może być przyznane wyłącznie na podstawie dokładnie i czytelnie wypełnionego wniosku, którego wzór stanowi załącznik Nr 1 do niniejszego regulaminu. Wniosek może zostać złożony także za pośrednictwem platformy ePUAP, w takim przypadku dla skutecznego złożenia wniosku wystarczające jest złożenie

podpisu zaufanego pod formularzem pisma ogólnego. Złożenie tego podpisu uważa się za równoznaczne ze złożeniem podpisu w każdym miejscu formularza wniosku, w którym taki podpis jest wymagany.

3. Do wniosku należy dołączyć:
 - 1) czytelne ksero dowodu uiszczenia kosztów kształcenia na rzecz podmiotu organizującego kształcenie,
 - 2) dokument potwierdzający ukończenie kształcenia w formach wskazanych w §2 ust. 1 pkt 1 - 5 i 8, albo dokument potwierdzający uzyskanie jednego z tytułów naukowych, o których mowa w §2 ust. 1 pkt 6 i 7, albo dokument potwierdzający udział w formach kształcenia, o których mowa w §2 ust. 1 pkt 9,
 - 3) w zakresie spraw rozpoznawanych zgodnie z § 3 ust. 4 i ust. 5, w przypadku wniosku dotyczącego:
 - a) kursu specjalistycznego Podstawy opieki paliatywnej dla pielęgniarek – zaświadczenie o zatrudnieniu w podmiocie realizującym świadczenia na rzecz pacjentów objętych opieką paliatywną,
 - b) kursu specjalistycznego Szczepienia ochronne - zaświadczenie o zatrudnieniu w podmiocie realizującym świadczenia z zakresu szczepień ochronnych,
 - c) kursu kwalifikacyjnego Pielęgniarstwo opieki długoterminowej - zaświadczenie o zatrudnieniu w podmiocie realizującym świadczenia z zakresu opieki długoterminowej,
 - d) kursu kwalifikacyjnego Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania - zaświadczenie o zatrudnieniu w podmiocie realizującym świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.
4. Wniosek wraz z wymaganymi załącznikami należy składać w biurze Izby, jednakże nie później niż w ciągu 4 miesięcy od ukończenia danej formy kształcenia albo uzyskania tytułu naukowego, o którym mowa w §2 ust. 1 pkt 6 lub 7. Wnioski złożone do 1 grudnia danego roku będą rozpatrywane do końca roku kalendarzowego, natomiast złożone po 1 grudnia rozpatrzone zostaną w styczniu roku następnego i zostaną zaliczone na poczet limitu dopuszczalnego dofinansowania przysługującego wnioskodawcy w roku rozpatrzenia wniosku.
5. W przypadku złożenia wniosku niespełniającego wymagań, niedokładnie czy nieczytelnie wypełnionego, wnioskodawca będzie jednorazowo wzywany do uzupełnienia lub poprawienia wniosku w terminie 14 dni od daty przesłania zawiadomienia, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpoznania.
6. Właściwy organ podejmie uchwałę o odmowie przyznania dofinansowania, jeśli nie zostały spełnione przesłanki do jego przyznania, określone w niniejszym Regulaminie.
7. Terminy wskazane w niniejszym Regulaminie będą zachowane, jeżeli przed ich upływem odpowiedni wniosek albo pismo wpłynie do biura Izby.
8. W przypadku braku regularnego opłacania składek, członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie po uiszczeniu zaległości, może ubiegać się

- o przyznanie świadczenia przewidzianego niniejszym Regulaminem nie wcześniej niż po upływie roku od uzupełnienia zaległych składek.
9. Wypłata przyznanego świadczenia dokonywana jest nie później niż po upływie 30 dni od podjęcia uchwały przez Okręgową Radę lub Prezydium Okręgowej Rady na konto wskazane we wniosku.
 10. Jeśli dofinansowanie zostało przyznane na podstawie nieprawdziwych oświadczeń lub fałszywych dowodów, podlegała ono natychmiastowemu zwrotowi.
 11. W przypadku uzyskania informacji, o których mowa w ust.10, Okręgowa Rada niezwłocznie informuje o tych okolicznościach Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

§ 6 ŚRODKI ZASKARŻENIA

1. Od uchwały odmawiającej udzielenia dofinansowania przysługuje odwołanie do Okręgowej Rady, w terminie 14 dni od dnia doręczenia uchwały wraz z uzasadnieniem.
2. Odwołanie, o którym mowa w ust 1 podlega rozpatrzeniu na najbliższym posiedzeniu Okręgowej Rady.
3. Uchwała Okręgowej Rady w sprawie udzielenia dofinansowania do danej formy kształcenia i doskonalenia zawodowego, podjęta po wniesieniu odwołania jest ostateczna.
4. Uchwała Okręgowej Rady, o której mowa w ust. 3, odmawiająca udzielenia dofinansowania do danej formy kształcenia zawiera uzasadnienie.

§ 7 PRZEPISY KOŃCOWE

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem 01.09.2024r. Regulamin ma zastosowanie do form kształcenia, które rozpoczęły się w dniu jego wejścia w życie lub później. Zmiany regulaminu wprowadzające nowe formy kształcenia, mają zastosowanie do tych nowych form, o ile rozpoczęły się w dniu wejścia w życie zmiany lub później.
2. Do form kształcenia rozpoczętych przed dniem wejścia w życie Regulaminu stosuje się Regulamin dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie obowiązujący w momencie rozpoczęcia danej formy kształcenia.

Potwierdzenie odprowadzania składki członkowskiej na rzecz samorządu:

(sekcja płac/księgowość w zakładzie pracy, dowody wpłaty, księgowość OIPIP w Rzeszowie)

Pan/Pani regularnie
opłaca składkę na rzecz samorządu od (data)

.....
/pieczętka i podpis osoby upoważnionej/

Wypełnia pielęgniarka/położna indywidualnej lub grupowej praktyki:

Oświadczam, że składkę na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych odprowadzam regularnie i w wysokości określonej Uchwałą nr 18 i 22/VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 roku (tekst jednolity Uchwał 18 i 22 VII KZPiP z dnia 1.02.2016 roku) w sprawie wysokości składki członkowskiej od dnia

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/

Oświadczam, że znam regulamin udzielania pomocy członkom OIPIP w Rzeszowie. Zobowiązuję się do przestrzegania go, oraz że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie informacji niezgodnej z prawdą, wynikającej z art. 246 Kodeksu Karnego.

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/

ZALĄCZNIKI

Do wniosku należy dołączyć:

1. Czytelne ksero dowodu wpłaty czesnego dokonanej na rzecz organizatora kształcenia lub kopia faktury wystawionej przez organizatora kształcenia.
2. Zaświadczenie o: ukończeniu studiów z określeniem ilości lat, lub semestrów studiów; ukończeniu kursu kwalifikacyjnego; zakończeniu kursu specjalistycznego lub doksztalającego; ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego; dopuszczeniu do obrony pracy doktorskiej; potwierdzenie udziału w konferencji, zjeździe, sympozjum, kongresie naukowym, czy szkoleniu, przy czym przez potwierdzenie udziału, rozumie się dostarczenie kopii certyfikatu lub zaświadczenia potwierdzającego osobisty udział w w/w szkoleniach.

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Działając na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE („RODO”) informujemy, że przetwarzamy Pani/ Pana dane osobowe. Niniejsze zasady stosuje się począwszy od dnia 25 maja 2018 r.

1. Administrator danych osobowych

Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie. Z Administratorem Danych osobowych można się kontaktować:

- listownie, na adres: ul. Rymanowska 3, 35-083 Rzeszów
- za pośrednictwem poczty e – mail: biuro@oikip.rzeszow.pl

2. Inspektor danych osobowych

Administrator danych osobowych powołał Inspektora ochrony danych w osobie Pani Anny Gąska, z którą można się kontaktować:

- telefonicznie: (+48) 17 77 88 485
- listownie, na adres: ul. Rymanowska 3, 35-083 Rzeszów
- za pośrednictwem poczty e – mail: inspektorochronydanych@oikip.rzeszow.pl

3. Cele i podstawy przetwarzania danych osobowych

Pani/ Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie udzielonej zgody oraz obowiązujących przepisów prawa.

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu:

- rozpatrzenia wniosku o przyznanie dofinansowania lub refundacji, na podstawie udzielonej przez Panią/ Pana zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO),
- po pozytywnym rozpatrzeniu Pani/ Pana wniosku oraz przyznaniu dofinansowania lub refundacji Pani/ Pana dane osobowe będą przechowywane w związku z realizacją obowiązków prawnych spoczywających na Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wynikających z właściwych przepisów Ustawy z dnia 29 września 1994 r., o rachunkowości (art. 6 ust. 1 lit. c RODO).

4. Odbiorcy danych

Odbiorcami Pani/ Pana danych osobowych mogą być:

- upoważnieni członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie w zakresie rozpatrzenia złożonego przez Panią/ Pana wniosku o dofinansowanie lub refundację oraz kontroli wydatkowania środków samorządu zawodowego,
- upoważnieni pracownicy Administratora danych osobowych, w celu weryfikacji wniosku, wypłaty środków przyznanego dofinansowania lub refundacji bądź przygotowania i nadania korespondencji związanej z realizacją bądź odmową przyznania środków objętych Pani/ Pana wnioskiem.

5. Okres przechowywania danych osobowych

Pozyskane dane osobowe będą przechowywane przez okres 6 miesięcy, a w przypadku przyznania dofinansowania lub refundacji w ramach złożonego wniosku przez okres niezbędny do udokumentowania prawidłowego wydatkowania środków samorządu zawodowego oraz wykazania przed właściwymi organami wysokości udzielonego dofinansowania lub refundacji oraz w celu prowadzenia sprawozdawczości finansowej zgodnie z art. 74 Ustawy z dnia 29 września 1994 r., o rachunkowości, tj. przez okres 5 lat.

6. Zakres przysługujących praw

Przysługuje Pani/ Panu, prawo do:

- dostępu do danych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych,
- sprostowania (poprawienia) danych, w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne,
- usunięcia danych („prawo do bycia zapomnianym”),
- ograniczenia przetwarzania danych,
- wniesienia sprzeciwu,
- przenoszenia danych.

Administrator danych osobowych informuje również, że przysługuje Pani/ Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy Pani/ Pana zdaniem dane osobowe są przetwarzane w sposób niezgodny z obowiązującym prawem. Organem nadzorczym w kwestii ochrony danych osobowych jest Prezes Urząd Ochrony Danych Osobowych.

7. Prawo do cofnięcia zgody

Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej na adres:

ul. Rymanowska 3, 35-083 Rzeszów, elektronicznej na adres poczty e – mail: biuro@oikip.rzeszow.pl lub osobiście w siedzibie Administratora danych osobowych.

8. Informacja o wymogu/ dobrowolności podania danych osobowych

Podanie przez Panią/ Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do uzyskania pomocy o jaką Pani/ Pan wnioskuje do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie, w szczególności w celu dofinansowania lub refundacji wydatków określonych w złożonym wniosku.

Odmowa podania przez Panią/Pana danych osobowych wskazanych we wniosku uniemożliwi Administratorowi danych osobowych – Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie ich przetwarzania i wiąże się z brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku, a tym samym brakiem możliwości przyznania pomocy w jakiegokolwiek formie.

9. Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu

Pani/ Pana dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym profilowane.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie w postaci: danych zamieszczonych we wniosku o przyznanie dofinansowania do kosztów kształcenia dla członków OIPIP w Rzeszowie w celu rozpatrzenia wniosku.
2. nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie w postaci: danych zamieszczonych we wniosku o przyznanie dofinansowania do kosztów kształcenia dla członków OIPIP w Rzeszowie w celu rozpatrzenia wniosku.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i podstawie przetwarzania oraz prawach, które mi przysługują.

.....
/data, czytelny podpis wnioskodawcy/

Wypełnia OIPiP:

Wyżej wymieniony/a nie korzystał/a z dofinansowania w roku

Korzystał/a z dofinansowania w

.....
/podpis osoby upoważnionej/

Decyzja:

Uchwała Nr z dniaORPiP / Prezydium ORPiP akceptuje / odrzuca

Uzasadnienie:

.....
.....
.....

.....
/podpis i pieczęć sekretarza OIPiP/

Jakość i bezpieczeństwo pacjenta w podmiotach leczniczych - nowe obowiązki ustawowe

dr MAŁGORZATA PASZKOWSKA
adwokat

Rok 2024 roku to czas wprowadzania nowych, istotnych procedur w podmiotach leczniczych zarówno stacjonarnych jak i ambulatoryjnych. Nowe obowiązki związane są m.in. z zarządzeniem jakością i bezpieczeństwem pacjentów a wynikają one z ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. z 2023 r., poz.1692) określa zasady funkcjonowania systemu jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta. Na system jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta składają się:

- 1) autoryzacja,
- 2) wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem,
- 3) akredytacja,
- 4) rejestry medyczne.

Autoryzacja

Autoryzacja jest warunkiem realizacji przez podmiot wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Autoryzację może uzyskać podmiot wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, który spełnia następujące warunki:

- 1) prowadzi wewnętrzny system zarządzania jakością,
- 2) realizuje świadczenia opieki zdrowotnej, z zachowaniem warunków ich realizacji dotyczących miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, personelu i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną określonych w przepisach.

Autoryzację wydaje się na zakresy świadczeń na okres 5 lat. Autoryzację wydaje, odmawia wydania oraz cofa Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w drodze decyzji administracyjnej. Co do zasady autoryzację należy uzyskać przed rozpoczęciem realizacji świadczeń na podstawie umowy. Proces autoryzacji jest realizowany zgodnie z harmonogramem określonym przez Prezesa Funduszu.



Fot. freepik.com

Pierwszy harmonogram autoryzacji powinien ukazać się najpóźniej w pierwszej połowie 2027 r. Autoryzacja dotyczy tylko szpitali.

Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem

Każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia (czyli mający kontrakt z NFZ) jest zobowiązany do posiadania wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem zwanego w skrócie WSZJ, który składa się z zasad, procedur, metod oraz opisów stanowisk pracy, w celu zapobieżenia wystąpieniu zdarzeń niepożądanych. Obowiązek posiadania WSZJ dotyczy zarówno szpitali, sanatoriów, zakładów opieki długoterminowej jak i przychodni itd. a także praktyk zawodowych. Jest on nowy i niezależny od dotychczasowych procedur w tym od posiadanej certyfikacji/ dokumentacji ISO lub akredytacyjnej. Przykładowo posiadanie normy ISO 9001:2015 nie zwalnia podmiotu leczniczego od obowiązku wprowadzenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem. Jednakże podmioty lecznicze posiadające certyfikat akredytacyjny lub wdrożone normy ISO mają już pewne rozwiązania

wymagane w ramach wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, dlatego realizacja tego obowiązku jest w tych podmiotach łatwiejsza.

W świetle definicji ustawowej zdarzenie niepożądane to zdarzenie zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, powodujące lub mogące spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta, w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu; nie stanowi zdarzenia niepożądanego zdarzenie, którego skutkiem jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

Prowadzenie wewnętrznego systemu przez podmiot leczniczy polega na wdrożeniu, utrzymaniu i usprawnianiu tego systemu na podstawie oceny jego skuteczności oraz wyników badań opinii i doświadczeń pacjentów.

Zgodnie z ustawą podmiot leczniczy w ramach wewnętrznego systemu:

- 1) wdraża rozwiązania służące identyfikacji ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzaniu tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;

- 2) identyfikuje obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) określa kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) okresowo monitoruje i ocenia jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) monitoruje zdarzenia niepożądane;
- 6) zapewnia dostęp do szkolenia służącego uzyskaniu i podnoszeniu kompetencji personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń;
- 7) prowadzi badania opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie ankiety, której wzór ma zostać określony przez Ministra Zdrowia (obecnie jeszcze brak jest wzoru ankiety).

Ustawodawca nie określił metody, która miałaby służyć identyfikacji obszarów priorytetowych dla zarządzania jakością i bezpieczeństwem udzielania świadczeń. W praktyce można określić obszary ryzyka na podstawie m.in. przeprowadzonego audytu wewnętrznego lub zewnętrznego, analizy skarg i wniosków pacjentów a także zaleceń z raportów pokontrolnych w danym podmiocie. Przykładowe obszary ryzyka w podmiotach leczniczych:

- 1) związane z zarządzaniem sprzętem medycznym i organizacją pracy:
 - brak dostępności sprzętu medycznego,
 - awaria sprzętu medycznego,
 - brak dostępności leków i sprzętu stosowanego w stanach nagłego zagrożenia życia,
 - nieskuteczne procedury bezpiecznego przechowywania leków.
 - 2) związane z leczeniem i opieką nad pacjentem:
 - mylna identyfikacja pacjenta,
 - mylna identyfikacja procedury,
 - opóźnienie udzielenia pomocy w stanie nagłym,
 - odległyny powstałe w podmiocie leczniczym,
 - uszkodzenie ciała w wyniku procedury medycznej,
 - brak procedury lub niewłaściwa procedura leczenia bólu,
 - niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki,
 - brak lub niewłaściwa profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej.
- Wśród ustawowo określonych elementów WSZJ są trzy konkretnie zarysowane obowiązki podmiotów leczniczych tj.: monitorowanie zdarzeń niepożądanych, zapewnienie dostępu do szkoleń w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń, prowadzenie badania opinii i doświadczeń pacjentów na

podstawie standaryzowanej ankiety.

Obowiązkiem podmiotu leczniczego jest prowadzenie stałego monitorowania zdarzeń niepożądanych w ramach tego procesu m.in. identyfikowane są obszary występowania zdarzeń niepożądanych, przyjmowane i analizowane zgłoszenia zdarzeń niepożądanych. W praktyce powinna zostać określona (np. w formie załącznika do zarządzenia kierownika podmiotu leczniczego) procedura w zakresie zdarzeń niepożądanych określająca przede wszystkim kto, w jakiej formie (ustnie, formularz papierowy, elektroniczny itp.) oraz komu powinien zgłaszać zdarzenia niepożądane a także określająca działania po zgłoszeniu obejmujące w szczególności analizę przyczyn zdarzenia, informowanie o nim itd. W każdym podmiocie leczniczym powinna zostać wyznaczona konkretna osoba/osoby, którym należy zgłaszać zdarzenia niepożądane. Zgłoszenia zdarzenia niepożądanego może dokonać m.in. pacjent, jego rodzina, pracownik lub współpracownik podmiotu leczniczego a także inne osoby.

Zgłaszającemu zdarzenie należy zapewnić poufność. Konieczne jest także wdrożenie działań naprawczych. Niezbędna jest walidacja systemu zarządzania zdarzeniami niepożądanymi w tym monitorowanie liczby zdarzeń niepożądanych np. co miesiąc i ich omawianie w jednostce/zespole z określoną częstotliwością.

Bardzo ważne w świetle nowych przepisów są szkolenia personelu. Mogą mieć one charakter zewnętrzny i wewnętrzny. Należy dokumentować odbyte szkolenia (w tym prowadzić i przechowywać listy obecności z podpisami uczestników). Proces szkoleniowy powinien mieć charakter ustawiczny i obejmować m.in. rozmowy bezpośrednie z personelem, obserwacje terenowe, naukę na przykładach- case study. W przypadku szpitali szkolenia dla pielęgniarek powinny być organizowane w szczególności z inicjatywy naczelnych i oddziałowych dla całego personelu pielęgniarskiego lub personelu danego oddziału.

Kolejny element WSZJ to ankieta-należy wskazać m.in. formy jej udostępnienia dla pacjentów (np. dostępna na stronie internetowej i w wersji papierowej na rejestracji itp.) oraz przekazywania informacji o niej a także działania związane z jej analizą. Ankieta powinna być łatwo dostępna i anonimowa.

Osobą odpowiedzialną za prowadzenie wewnętrznego systemu jest kierownik podmiotu leczniczego (np. dyrektor szpitala). Do zadań kierownika jako osoby

odpowiedzialnej należy:

- 1) przeprowadzanie analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego,
 - 2) zapewnianie zasobów i informacji niezbędnych do właściwego monitorowania jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
 - 3) opracowywanie dokumentów określających zasady, procedury, metody oraz opisy stanowisk pracy.
- Dokument zawierający opis WSZJ powinien być podany do wiadomości personelu podmiotu leczniczego a personel zobowiązany do jego przestrzegania. Podmioty lecznicze miały czas na zrealizowanie opisywanego obowiązku do dnia 30 czerwca 2024 r. Zadanie domowe sprawdź czy w Twoim miejscu pracy wdrożono WSZJ, zidentyfikuj procedurę.

Akredytacja

W styczniu 2024 roku weszły w życie nowe przepisy dotyczące akredytacji, zastępujące poprzednią ustawę o akredytacji nową ustawą o jakości w opiece zdrowotnej. Nowe regulacje wprowadzają wyższe wymagania dla jednostek medycznych ubiegających się o akredytację, obejmujące m.in. bardziej szczegółowe wnioski i dodatkowe etapy oceny.

Zgodnie z nową ustawą akredytacja w ochronie zdrowia ma na celu potwierdzenie spełniania przez podmiot wykonujący działalność leczniczą standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz funkcjonowania tego podmiotu. Akredytacja dotyczy każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, niezależnie od rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych, pod warunkiem, że zakres udzielanych świadczeń określony jest w standardach akredytacyjnych.

Akredytacji udziela minister zdrowia na okres 4 lat w formie certyfikatu akredytacyjnego. Przy ministrze zdrowia działa Rada Akredytacyjna. Projekty standardów akredytacyjnych i ich aktualizację opracowuje Rada Akredytacyjna. Standardy akredytacyjne dotyczą rodzaju działalności leczniczej albo zakresu świadczeń i są grupowane w działy tematyczne, które zawierają pojedyncze standardy akredytacyjne. Osoba kierująca ośrodkiem akredytacyjnym niezwłocznie po zakończeniu procedury oceniającej, przedstawia raport z przeglądu Radzie Akredytacyjnej. Minister zdrowia udziela albo odmawia udzielenia akredytacji po uzyskaniu rekomendacji Rady Akredytacyjnej.

Rzeszów, dnia 21 sierpnia 2024 roku

**Okręgowa Izba Pielęgniarek
i Położnych w Rzeszowie**

**Opinia prawna
na temat kwalifikacji pielęgniarki
do podawania kontrastu**

I. WSTĘP:

Do kancelarii zwrócono się z wnioskiem o sporządzenie opinii prawnej, której przedmiotem będzie ustalenie, jakie kwalifikacje powinna posiadać pielęgniarka, w przypadku wykonywania procedur, w których niezbędne jest podanie środka kontrastowego.

II. PODSTAWA PRAWNA:

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 814) – dalej jako ustawa o zawodach,
2. Ustawa z dnia 29 listopada 2000 roku Prawo atomowe (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 173 ze zm.) – dalej jako Prawo atomowe,
3. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (t.j. Dz. U. 2018 r. poz. 345) – dalej jako rozporządzenie ws standardów kształcenia z 2012 roku,
4. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 roku w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 755 ze zm.) – dalej jako rozporządzenie ws standardów kształcenia z 2019 roku.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2021 roku w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1725) – dalej jako rozporządzenie ws wymagań.

III. WNIOSKI:

1. Obowiązujące przepisy zawierają regulacji określających kwalifikacje pielęgniarki, która wykonuje czynności polegające na podaniu środka kontrastowego.

2. Standardy kształcenia w zawodzie pielęgniarki zarówno z 2012, jak i 2019 roku nie przewidują nabycia przez pielęgniarkę wiedzy i umiejętności w zakresie objętym przedmiotem analizy.
3. Uzasadnione jest zatem ukończenie kursu „Podawanie środków kontrastowych”, którego celem jest zdobycie przez pielęgniarkę specjalistycznej wiedzy i niezbędnych umiejętności do sprawowania kompleksowej opieki nad pacjentami poddawanymi badaniom z użyciem środków kontrastowych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz umiejętności podawania środka kontrastowego z użyciem wstrzykiwacza kontrastu.

IV. ROZWAŻANIA:

Na wstępie należy zwrócić uwagę na fakt, że stan prawny dotyczący analizowanej kwestii ulegał zmianie w 2021 roku. Zmianie w ostatnich latach, co może być przyczyną wątpliwości interpretacyjnych. Na skutek nowelizacji Prawa atomowego od dnia 23 września 2019 roku uchylono dotychczasowy art. 33g ust. 6 ustawy, który stanowił, że jednostka ochrony zdrowia tworzy stosowane w niej procedury w oparciu o procedury wzorcowe. Wymagania te nie są już zatem wiążące.

Obowiązujące aktualnie rozporządzenie ws wymagań nie zwiera natomiast postanowień określających kwalifikacje pielęgniarki, która wykonuje czynności polegające na podaniu środka kontrastowego.

Stąd należy odwołać się do ogólnych przepisów regulujących zasady wykonywania zawodu pielęgniarki. Podkreślić należy, osoba wykonująca zawód pielęgniarki ma ustawowy obowiązek postępowania zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, a zatem w ramach wykonywania zawodu pielęgniarki ustawodawca nie przewiduje sytuacji uzasadniających udzielanie przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki świadczeń zdrowotnych przekraczających posiadane przez te osoby kwalifikacje zawodowe. A zakres udzielanych świadczeń związany jest z przygotowaniem zawodowym.

Analizując treść rozporządzenia ws standardów kształcenia z 2012 r. dla kierunku studiów w zawodzie pielęgniarki, należy dojść do wniosku, że w toku studiów I stopnia pielęgniarka nie nabywa wiedzy i umiejętności w zakresie objętym przedmiotem analizy. Takiej wiedzy i umiejętności nie wymienia się także w standardach kształcenia z 2012 r. dla studiów II stopnia. Nabywania wiedzy i umiejętności w analizowanym zakresie nie przewidują także standardy kształcenia z 2019 roku, ani w toku studiów I ani II stopnia.

Ponadto przepisy nakładają na pielęgniarki obowiązek aktualizacji wiedzy i podnoszenia umiejętności zawodowych (zgodnie z art. 61 ustawy o zawodach), co oznacza nieustanne doskonalenie się, podwyższanie kwalifikacji, dążenie do opanowania i wdrażania do praktyki działania najnowszych osiągnięć technicznych i technologicznych, które sprawią, że udzielanie świadczeń zdrowotnych z jednej strony będzie bardziej efektywne, z drugiej natomiast jak najmniej uciążliwie dla pacjentów.



ADWOKACI I RADCOWIE PRAWNI SP. P.

Realizacja obowiązku doskonalenia zawodowego osób wykonujących zawód pielęgniarki odbywa się według zasad określonych w ustawie o zawodach – art. 62 – 65, w formach kształcenia podyplomowego wymienionych w art. 66 ust. 1 ustawy o zawodach.

Dla czynności podawania kontrastu, w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek przewiduje się kurs doszkalający, który zgodnie z art. 73 ustawy o zawodach ma na celu pogłębienie i aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych pielęgniarki. Kryteria przystąpienia do kursu doszkalającego mają wyłącznie charakter formalny i ograniczają się do:

- 1) posiadania prawa wykonywania zawodu oraz
- 2) zakwalifikowania do odbycia kursu doszkalającego przez organizatora kształcenia za pośrednictwem SMK.

Z uwagi na istotę kursu doszkalającego jego ukończenie nie wiąże się z koniecznością przystępowania do egzaminów, a także nie przewiduje się wprowadzenia jednolitego, ramowego programu kursu, kurs doszkalający odbywa się zgodnie z programem opracowanym przez organizatora kształcenia. Celem kursu „Podawanie środków kontrastowych” jest zdobycie przez pielęgniarkę specjalistycznej wiedzy i niezbędnych umiejętności do sprawowania kompleksowej opieki nad pacjentami poddanymi badaniom z użyciem środków kontrastowych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz umiejętności podawania środka kontrastowego z użyciem wstrzykiwacza kontrastu.

Ukończenie kursu jest uzasadnione, bowiem kurs zapewnia dostęp do usystematyzowanej wiedzy, i jest przygotowywany i przeprowadzany przez wyspecjalizowanego organizatora kształcenia, a dodatkowo kończy się uzyskaniem zaświadczenia.

Na marginesie należy wskazać na opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa Prof. dr hab. Marii Kózka z dnia 21 lutego 2022 (<https://oipip.gda.pl>), zgodnie z którą pielęgniarka podająca pacjentowi produkty radiofarmaceutyczne podczas badania radiologicznego powinna przejść udokumentowane szkolenie instruktażowe obejmujące obsługę pompy zawierającej kontrast i posiadać ukończony kurs specjalistyczny Resuscytacji krążeniowo-oddechowej RKO (chyba, że wiedzę i umiejętności z tego zakresu nabyła w ramach kształcenia przed lub podyplomowego).

RADCA PRAWNY
Paulina Wójcik-Król
Paulina Wójcik-Król

Otrzymują:
Adresat x 1
a/a x 1

CARIT Adwokaci i Radcowie Prawni Sp. P.
adwokat Łukasz Trznadel, radca prawny Paulina Wójcik-Król, radca prawny Krystian Koterbicki
ul. General Maczka 6, MODO OFFICE, 35 - 234 Rzeszów
+ 48 534 702 580, biuro@carit.pl, www.carit.pl



*Jolu, styszemy Twój śmiech,
choć Cię z nami już nie ma,
w dobrych zostaniesz wspomnieniach*

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dniu 18 lipca, po krótkiej chorobie, odeszła w wieku 65 lat

Nasza Koleżanka Pielęgniarka
JOLANTA MOLISAK



Pracowała 45 lat na oddziale dziecięcym oraz wewnętrznym z wielkim oddaniem i rzetelnością, wprowadzając do zawodu wiele młodych koleżanek. W obliczu tej nagłej śmierci składamy wyrazy głębokiego współczucia pogrążonej w smutku Rodzinie.

Pielęgniarki i położne
z Centrum Medycznego
w Łańcucie

Pielęgniarce
WANDZIE SURÓWKA

najszczerze wyrazy współczucia i otuchy
z powodu śmierci
OJCA

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

Naszej Koleżance Pielęgniarce
BEACIE PADUCH

najszczerze kondolencje z powodu śmierci
MAMY

wyrazy głębokiego żalu oraz słowa otuchy
w trudnych chwilach
składa

Dyrekcja, Pielęgniarka Przełożona oraz Koleżanki
i Koledzy Wojewódzkiego Zespołu
Specjalistycznego w Rzeszowie

*"Ból i samotność po stracie tak bliskiej osoby niech
złagodzi prawda, że nie umiera ten,
kto pozostaje w sercach bliskich"*

Naczelnej Pielęgniarce
AGACIE RYBKA



najszczerze kondolencje z powodu śmierci
TATY
wyrazy głębokiego żalu oraz słowa otuchy
w tych trudnych chwilach

składa personel pielęgniarski
Nowe Techniki Medyczne
Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny
w Rudnej Małej

NEKROLOGI I POŻEGNANIA

zamieszczamy
w każdym wydaniu biuletynu,
jak również na naszej stronie internetowej
oipip.rzeszow.pl



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

*Upiętaś czepek za młodu,
choć wiedziałaś, że trud czeka.
Bo tajemnicą Twego zawodu
Jest troska o ciało i godność człowieka*

Pani mgr

GRAŻYNIE DOBRANOWICZ

Pielęgniarce Oddziałowej Chirurgii Ogólnej,
w związku z przejściem na odpoczynek po 46 latach pracy
w Centrum Medycznym w Łańcucie i 42 latach pełnienia wymienionej funkcji,
najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią pracę, zaangażowanie,
godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki, edukację
wielu pokoleń pielęgniarskich oraz za życzliwość
i koleżeńskość wraz z życzeniami zdrowia,
pomyślności oraz spełnienia marzeń

składają
Naczelną Pielęgniarkę, Oddziałowe oraz całą
Zespół Pielęgniarek i Położnych Szpitala

Serdeczne podziękowania kierujemy
do Pani

MARTY SZUBART

za 45-letnią pracę zawodową położnej,
wykonywaną z ogromnym zaangażowaniem
i empatią, za profesjonalizm i życzliwość,
za koleżeńskość, za godne reprezentowanie
zawodu położnej, oraz za wspólnie
przepracowane lata, wraz z najlepszymi
życzeniami zdrowia i pomyślności
w życiu osobistym.

Naczelną Pielęgniarkę, Oddziałowe,
Położne i Pielęgniarki
Centrum Medycznego
w Łańcucie.

Składamy serdeczne podziękowania
naszym Koleżankom Pielęgniarkom
BOGUSI BABKA i RENACIE FLESZAR
w związku z przejściem na zasłużoną emeryturę.
Wiek emerytalny po to jest nam dany, by
realizować niespełnione plany. Doceniamy Waszą
pełną zaangażowania pracę zawodową,
koleżeńskość i życzliwość.
Wszystkiego najlepszego!

Naczelną Pielęgniarkę, Oddziałowe
oraz Pielęgniarki Oddziału Neurologii
Centrum Medycznego w Łańcucie

Pani

ELŻBIECIE KROWICKIEJ

Pielęgniarce Oddziałowej Neonatologii,
w związku z przejściem na emeryturę,
serdeczne podziękowania za pełną
zaangażowania pracę zawodową,
za wspólnie przepracowane lata,
wraz z najlepszymi życzeniami
zdrowia, pomyślności i radości
w życiu osobistym

składają
Naczelną Pielęgniarkę, Oddziałowe
oraz Pielęgniarki i Położne
CM w Łańcucie

Pani

MARII KOŁODZIEJ

Pielęgniarce Oddziałowej Pediatrii Centrum
Medycznego w Łańcucie, w związku z przejściem
na odpoczynek po 46 latach pracy, serdeczne
podziękowania za pełną zaangażowania,
długoletnią pracę zawodową, wraz z najlepszymi
życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności

składają
Naczelną Pielęgniarkę, Oddziałowe wraz
z Pielęgniarkami i Położnymi Szpitala