BIULETYN INFORMACYJNY
DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

W CIENIU CZEPKA

ISSN 1425 - 6584 | WWW.DOIPIP.WROC.PL

NUMER 11/420
LISTOPAD 2026



DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

W NUMERZE:

Stanowisko Nr 19
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek I Położnych
z dnia 15 września 2026 r. 4

Stanowisko nr 20
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 14 października 2026 r. 5

Stanowisko nr 21
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 14 października 2026 r. 6

Bezpieczeństwo pacjenta powinno być uwzględniane już
na etapie przygotowania do zawodu 7

Pielęgniarka na odległość. Kiedy sztuczna inteligencja
wkracza do telemedycyny 8

Prawo do porozumienia. Pacjent Głuchy w systemie
ochrony zdrowia
Część II. Od prawa do praktyki – jak komunikować się
z pacjentem Głuchym 11

Pierwsza rozmowa z uczniem w kryzysie
Jak pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania
może spokojnie zareagować, czego unikać i gdzie dalej
pokierować ucznia. 16

KOMUNIKAT GŁÓWNEGO INSPEKTORA
SANITARNEGO 17

Zespół Emerytowanych Pielęgniarek I Położnych DOIPiP
we Wrocławiu na wycieczce w Mosznej 18

XVII edycja Akademii Pielęgniarstwa 19

Uroczyste poświęcenie obrazu Błogosławionej Hanny
Chrzanowskiej – patronki pielęgniarek 22

Zaczepek etyczny 25

Ogłoszenia i podziękowania 26

Pamięć i serce... 29

SZANOWNI PAŃSTWO,
DOLNOŚLĄSKA OKREGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁÓŻNYCH WE WROCŁAWIU
PRZYPOMINA SWOIM CZŁONKOM O ICH UPRAWNIENIACH W TYM ZWŁASZCZA:

1 CZŁONKOWIE SAMORZĄDU MAJA PRAWO:

- wybierać i być wybieranym do organów DOIPIP we Wrocławiu,
- korzystać z pomocy Izby w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych i ochrony właściwych warunków pracy,
- korzystać z pomocy prawnej Izby,
- korzystać z innych swiadczeń Izby i działalności samopomocowej

2 DOLNOŚLĄSKA IZBA PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH OFERUJE SWOIM CZŁONKOM ZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI REGULAMINAMI:

- nieodpłatne kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, dokształcajace oraz szkolenia specjalizacyjne (specjalizacje),
- bezpłatny udział w spotkaniach informacyjno-edukacyjnych,
- bezpłatny udział w konferencjach organizowanych przez Izbę,
- refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego,
- pomoc finansowa w związku z wystąpieniem zdarzeń losowych takich jak: choroba, śmierć małżonka lub dziecka, kradzież, pożar, powódź itp.,
- pomoc finansowa na rehabilitację medyczną,
- pomoc finansowa w związku z urodzeniem (przysposobieniem) dziecka.
- podarunek emerytalny w związku z przejściem na emeryturę lub rentę.

3 DOLNOŚLĄSKA IZBA PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH OFERUJE SWOIM CZŁONKOM RÓWNIEŻ:

- bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelni IBUK LIBRA
- bezpłatny dostęp do serwisu informacji prawnej LEX,
- mozliwość skorzystania z karnetów sportowo-rekreacyjnych FitProfit oraz FitSport,
- korzystanie z bardzo bogatego księgozbioru Izby,
- korzystanie z bezpłatnej pomocy prawnej w związku z wykonywaniem zawodu,
- cykliczne spotkania dla emerytowanych pielęgniarek i położynych,
- comiesięczny dostęp do biuletynu informacyjnego „W Cieniu Czepka”,
- korzystanie z aktualnej strony internetowej Izby: www.doipip.wroc.pl oraz newsletteru,
- pomoc w zakresie korzystania z SMK oraz wszelkie doradztwo w zakresie wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej,
- dla absolwentów ułatwienia dotyczące korzytania z refundacji kosztów kształcenia i nieodpłatnych form kształcenia podyplomowego (informacja dostępna na: www.doipip.wroc.pl w zakładce pomoc finansowa)

STANOWISKO NR 19 PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z DNIA 15 WRZEŚNIA 2026 R.

W SPRAWIE WPŁYWU OGRANICZANIA ZATRUDNIENIA OPIEKUNÓW MEDYCZNYCH NA ORGANIZACJĘ PRACY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ORAZ BEZPIECZEŃSTWO I JAKOŚĆ OPIEKI NAD PACJENTEM

PREZES NRPIP - MARIOLA ŁODZIŃSKA
SEKRETARZ NRPIP - KAMILLA GÓLCZ

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża dezaprobatę wobec ograniczania zatrudnienia oraz zwalniania opiekunów medycznych, którego celem jest doraźne ograniczenie kosztów, a ich skutkiem ma być przeniesienie czynności opiekuńczych, pielęgnacyjnych i wybranych czynności medycznych na pielęgniarki i położne Opiekunowie medyczni są zawodem medycznym o ustawowo określonych kwalifikacjach i zakresie czynności. W szpitalu nie zastępują pielęgniarki ani położnej, lecz uzupełniają pracę zespołu w granicach własnych kompetencji. Dzięki ich pracy pielęgniarki i położne mogą przeznaczać odpowiednią ilość czasu na świadczenia odpowiadające kompetencjom i kwalifikacjom, samodzielności zawodowej, oceny klinicznej i odpowiedzialności. Ograniczanie udziału opiekunów medycznych w opiece nad pacjentami będzie skutkować zwiększeniem zakresu zadań realizowanych przez pielęgniarki i położne, w odniesieniu do czynności opiekuńczych i pielęgnacyjnych. W konsekwencji będzie dochodzić do ograniczenia czasu, który pielęgniarki i położne mogą przeznaczyć na świadczenia wymagające ich profesjonalnych kwalifikacji, wiedzy, doświadczenia i odpowiedzialności zawodowej.



Prezydium NRPiP podkreśla, że pielęgniarka i położna nie mogą być traktowane jako zasób kadrowy służący do kompensowania braków powstałych w wyniku eliminowania udziału innych członków zespołu opieki nad pacjentem. Właściwa organizacja pracy powinna opierać się na zasadzie racjonalnego wykorzystania kompetencji wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Każdy zawód medyczny powinien realizować zadania odpowiadające posiadanym kwalifikacjom i kompetencjom, przy jednoczesnym zapewnieniu właściwej współpracy i odpowiedzialności za bezpieczeństwo pacjenta. Jednocześnie Prezydium NRPiP wskazuje, że minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych nie powinny być interpretowane jako maksymalny poziom zabezpieczenia kadrowego. Ich spełnienie nie może stanowić uzasadnienia dla ograniczania zatrudnienia innych członków zespołu uczestniczących w bezpośredniej opiece nad pacjentem. Prezydium NRPiP stoi na stanowisku, że właściwym kierunkiem polityki kadrowej powinno być wzmacnianie zespołów terapeutycznych, a nie ograniczanie udziału poszczególnych zawodów medycznych w opiece nad pacjentem.

Oszczędność, która ogranicza dostępność opieki, zwiększa przeciążenie pielęgniarek i położnych oraz podnosi ryzyko zdarzeń niepożądanych, jest oszczędnością pozorną i społecznie nieakceptowalną. Odpowiedzialne zarządzanie wymaga najpierw oceny potrzeb pacjentów i ryzyka, a dopiero potem wyboru rozwiązań ekonomicznych. Prezydium NRPiP oczekuje od kierowników podmiotów leczniczych, podmiotów tworzących i organów administracji publicznej ochrony stabilnych, kompetentnych zespołów terapeutycznych. Obrona zatrudnienia opiekunów medycznych jest zarazem obroną bezpieczeństwa pacjentów oraz bezpiecznych warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej.

Odpowiednio zorganizowany i liczebny zespół, w którym poszczególni jego członkowie wykonują zadania adekwatne do swoich kompetencji, jest warunkiem zapewnienia ciągłej, kompleksowej, bezpiecznej i wysokiej jakości opieki nad pacjentem.

STANOWISKO NR 20 PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z DNIA 14 PAŹDZIERNIKA 2026 R.

W SPRAWIE STANOWISKA RADY PRZEJRZYSTOŚCI NR 141/2026 Z DNIA 28 WRZEŚNIA 2026 R. ORAZ REKOMENDACJI PREZESA AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI NR 147/2026 Z DNIA 29 WRZEŚNIA 2026 R W SPRAWIE OCENY ZASADNOŚCI ZAKWALIFIKOWANIA PORADY PIELĘGNIARSKIEJ W LECZENIU RAN TRUDNO GOJĄCYCH SIĘ I PRZEWLEKŁYCH JAKO ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO Z ZAKRESU AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ

WICEPREZES NRPIP - ANDRZEJ TYTUŁA
SEKRETARZ NRPIP - KAMILLA GÓLCZ

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych ze zdumieniem przyjęło i nie podziela oceny wyrażonej w Stanowisku Rady Przejrzystości nr 141/2026 z dnia 28 września 2026 r. oraz Rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 147/2026 z dnia 29 września 2026 r w sprawie oceny zasadności zakwalifikowania porady pielęgniarskiej w leczeniu ran frudno gojących się i przewlekłych jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w których uznano powyższe zakwalifikowanie za niezasadne.

Przyjęte dokumenty budzą tym większe zastrzeżenia, że zakres przedmiotowy projektowanej porady obejmuje problemy zdrowotne o istotnym znaczeniu klinicznym. Do najczęstszych ran przewlekłych należą bowiem owrzodzenie żylne, owrzodzenia stopy w wyniku cukrzycy, odleżyny, owrzodzenia mieszane i tętnicze goleni, rany w miejscu przerzutu i powikłania skórne leczenia onkologicznego.

W odniesieniu do tak rozumianego pojęcia ran przewlekłych nie można zgodzić się z argumentem, że zakres czynności przewidzianych w projektowanej poradzie nie znajduje wystarczającej podstawy w obowiązujących przepisach określających kompetencje pielęgniarek.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* wykonywanie zawodu pielęgniarki obejmuje m.in. rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta, rozpoznawanie jego problemów pielęgnacyjnych, planowanie i sprawowanie opieki oraz samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń diagnostycznych i leczniczych.

Uszczegółowienie powyższych kompetencji zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. *w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego*. Zgodnie z § 3 pkt 3 lit. a rozporządzenia pielęgniarka posiadająca wymagane kwalifikacje jest uprawniona do samodzielnego doboru sposobów leczenia ran. Rozporządzenie przewiduje również możliwość samodzielnego przeprowadzania badania fizykalnego, pobierania materiału do określonych badań diagnostycznych oraz ich wykonywania.

Leczenie ran nie jest więc obszarem pozostającym poza samodzielnymi kompetencjami pielęgniarek. Przepisy wprost przewidują możliwość podejmowania przez odpowiednio wykwalifikowane pielęgniarki czynności stanowiących podstawowe elementy opieki nad pacjentem z raną trudno gojącą się lub przewlekłą.

Ponadto art. 15a ust. 1 ustawy *o zawodach pielęgniarki i położnej* przyznaje pielęgniarkom posiadającym tytuł specjalisty albo dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia, po spełnieniu warunków określonych w ustawie, prawo do samodzielnego ordynowania określonych produktów leczniczych. Ewentualna potrzeba uzupełnienia wykazów substancji czynnych lub doprecyzowania innych regulacji wykonawczych nie powinna stanowić argumentu przeciwko wprowadzeniu świadczenia, lecz przemawia za dostosowaniem tych regulacji.

Zauważalny od lat kierunek zmian legislacyjnych wskazuje na zwiększanie samodzielności zawodowej pielęgniarek poprzez powierzanie im realizacji świadczeń zdrowotnych wymagających specjalistycznej oceny stanu pacjenta.

Przykładem tego zjawiska może być chociażby przekazany do konsultacji publicznych projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 września 2026 r. zmieniającego rozporządzenie *w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego* (MZ 1918). Zgodnie z jego uzasadnieniem, projektowana zmiana pozwoli pielęgniarkom realizującym świadczenia w zakresie leczenia ran na samodzielne stosowanie produktu leczniczego Lidocaini hydrochloridum (chlorowodorek lidokainy) w postaci roztworu do wstrzykiwań, bez konieczności uzyskiwania zlecenia lekarskiego. Produkt ten będzie mógł być wykorzystywany przez pielęgniarki wyłącznie podczas wykonywania świadczeń związanych z leczeniem ran, w szczególności do miejscowego znieczulenia w trakcie oczyszczania i opracowywania rany.

Projekt powyższej zmiany wprost obrazuje brak zasadności jednego z głównych argumentów podniesionych w uzasadnieniu do Stanowiska Rady Przejrzystości, zgodnie z którym „zakres czynności w proponowanej poradzie nie znajduje pełnego odzwierciedlenia w obecnie funkcjonujących regulacjach prawnych dotyczących kompetencji pielęgniarek, w szczególności w zakresie zlecania badań diagnostycznych i wykonywania diagnostyki ultrasonograficznej oraz **wykonywania znieczulenia nasiękowego** i ordynowania leków związanych z leczeniem ran". Należy wskazać, iż zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego, jednym z głównych wskazań do stosowania lidokainy w formie roztworu do wstrzykiwań jest znieczulenie regionalne w formie nasiękowej. Powoływanie się więc w przedmiotowych dokumentach oceniających zasadność wprowadzenia danego świadczenia na brak aktualnie obowiązujących przepisów, które już w tej chwili stanowią przedmiot zaawansowanych prac legislacyjnych budzi sprzeciw ze strony Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Nie j est wystarczającym argumentem przeciwko wprowadzeniu świadczenia brak identycznego rozwiązania organizacyjnego w analizowanych systemach zagranicznych. Organizacja świadczeń, zakres kompetencji zawodowych oraz

sposób ich finansowania są zróżnicowane w poszczególnych państwach. Doświadczenia zagraniczne mogą mieć zatem charakter pomocniczy, jednak podstawą oceny powinny być przede wszystkim polskie regulacje prawne, system kształcenia pielęgniarek oraz potrzeby polskiego systemu ochrony zdrowia.

Leczenie ran, w tym odleżyn, jest szczególnie ważne, ponieważ problem ten dotyka często najbardziej bezbronnych pacjentów: osób starszych, przewlekle chorych, unieruchomionych i niesamodzielnych, które nie zawsze są w stanie same zmienić pozycję czy zasygnalizować pogarszający się stan skóry. Rana może oznaczać tygodnie lub miesiące leczenia, ograniczać rehabilitację, wydłużać hospitalizację i jeszcze bardziej odbierać pacjentowi samodzielność. Badania pokazują również, że powikłania związane z unieruchomieniem istotnie pogarszają jakość życia pacjentów leżących. Dlatego profesjonalne leczenie ran i zapobieganie odleżynom to nie tylko procedura medyczna, to także ochrona zdrowia, godności i jakości życia osób, które często same nie są w stanie o siebie zadbać. Zwracamy uwagę, iż w dobie kryzysu obowiązkiem osób odpowiadających za system ochrony zdrowia jest poszukiwanie najbardziej efektywnych kosztowo i klinicznie rozwiązań.

W ocenie Prezydium NRPiP zasadne jest zakwalifikowanie świadczenia „Porada pielęgniarska - leczenie ran trudno gojących się i przewlekłych" jako świadczenia gwarantowanego. Jeżeli realizacja pełnego zakresu porady doprecyzowania niektórych przepisów wykonawczych, zmiany te powinny zostać przeprowadzone równolegle z wprowadzeniem świadczenia. Rozwiązanie takie pozwoli wykorzystać kwalifikacje zawodowe pielęgniarek, zwiększyć dostępność specjalistycznej opieki nad pacjentami z ranami przewlekłymi oraz poprawić ciągłość i koordynację leczenia.

STANOWISKO NR 21 PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z DNIA 14 PAŹDZIERNIKA 2026 R.

W SPRAWIE PROJEKTU USTAWY O ZMIANIE USTAWY O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH ORAZ NIEKTÓRYCH INNYCH USTAW

WICEPREZES NRPIP - ANDRZEJ TYTUŁA
SEKRETARZ NRPIP - KAMILLA GÓLCZ

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża sprzeciw co do kierunku zmian proponowanych w procedowanym aktualnie przez Sejm projekcie ustawy *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (druk nr 3157).

Na wstępie należy podkreślić, iż wymieniony wyżej projekt został istotnie zmodyfikowany w stosunku do wersji wcześniej opiniowanej przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Zgłoszone przez samorząd zawodowy uwagi zostały uwzględnione jedynie częściowo, natomiast część rozwiązań uznanych za istotne z punktu widzenia warunków pracy pielęgniarek i położnych została odrzucona.



Szczególne zaniepokojenie budzą projektowane przepisy przejściowe w nowym kształcie — art. 4 projektu ustawy - dotyczące organizacji zatrudnienia i możliwości modyfikowania stosunków pracy w podmiotach leczniczych. Potencjalne zagrożenia wynikają z wyłączenia stosowania niektórych przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. *Kodeks pracy* (tj. Dz. U. z 2026 r. poz. 1245) dotyczących ochrony pracowników przed wypowiedzeniem lub rozwiązaniem umowy o pracę, w szczególności:

- art. 38 — dotyczącego konsultacji zamiaru wypowiedzenia umowy o pracę z zakładową organizacją związkową;
- art. 39 — dotyczącego ochrony pracowników w wieku przedemerytalnym;
- art. 41 — dotyczącego ochrony przed wypowiedzeniem umowy o pracę w okresie urlopu lub innej usprawiedliwionej nieobecności pracownika.

Proponowane rozwiązania mogą prowadzić do osłabienia ochrony pracowniczej, w szczególności osób w wieku przedemerytalnym oraz pracowników korzystających z ustawowych uprawnień związanych z nieobecnością w pracy. Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pragnie również zwrócić uwagę na ryzyko ograniczenia znaczenia regulaminów pracy, układów zbiorowych i dotychczasowych porozumień oraz na możliwość pogorszenia stabilności zatrudnienia w okresie dostosowawczym.

Dodatkowo, projekt nie wyjaśnia wprost relacji projektowanych przepisów przejściowych - art. 4 ust. 6 projektu ustawy - do ustawy z dnia 13 marca 2003 r.

o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 1195) w zakresie obowiązków informacyjnych, konsultacji zbiorowych, zawarcia porozumienia i wypłaty odpraw w przypadkach rozwiązania lub wypowiedzenia umów z pracownikami medycznymi przez kierowników podmiotów leczniczych.

Zakwestionować również należy wymóg, aby przy kolejnym zatrudnieniu objętym regulacją (projektowanego art. 132aa ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) potrzebna była zgoda każdego właściwego kierownika aktualnie zatrudniającego osobę wykonującą zawód medyczny. Jeden podmiot może zablokować podjęcie pracy w nowym miejscu i możliwość poprawy dochodów pracownika. Proponowane rozwiązanie osłabia konkurencję o pielęgniarki i położne oraz ich pozycję negocjacyjną wobec dotychczasowego pracodawcy.

Problemu tego nie rozwiązuje obowiązek przedłożenia przez kierownika oferty zwiększenia wymiaru czasu zatrudnienia do poziomu zaspokajającego potrzeby kadrowe podmiotu leczniczego. Oferta zwiększenia wymiaru zatrudnienia nie musi zapewniać równie korzystnych warunków płacowych jak oferta innego podmiotu.

Mając na uwadze powyższe Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych postuluje ograniczenie uznaniowości takich decyzji poprzez określenie zamkniętego katalogu wyraźnych przesłanek odmowy wyrażenia zgody na zatrudnienie, w tym przypadków kolizji harmonogramów pracy lub naruszenia norm odpoczynku dobowego i tygodniowego.

Wątpliwości budzi również sposób ustalania pełnego wymiaru pracy przy zastosowaniu 8-godzinnego dobowego wymiaru czasu pracy, podczas gdy w przypadku zawodów medycznych zastosowanie znajduje dobowa norma czasu pracy wynosząca 7 godzin i 35 minut. Projekt nie określa, jaka relacja występuje między jego treścią a regulacją art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 156 z późn. zm.).

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pragnie zwrócić uwagę, że projektowane zmiany mogą negatywnie wpłynąć nie tylko na sytuację zawodową i socjalną pielęgniarek i położnych, lecz również na stabilność organizacyjną podmiotów leczniczych oraz bezpieczeństwo pacjentów. Mając to na uwadze, przedmiotowy projekt ustawy wymaga szeregu zmian, w szczególności w zakresie przedstawionych powyżej kwestii.

BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA POWINNO BYĆ UWZGLĘDNIANE JUŻ NA ETAPIE PRZYGOTOWANIA DO ZAWODU

WWW.NIPIP.PL

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przyjęła Stanowisko nr 17 z 17 września 2026 r. w sprawie oceny predyspozycji do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej oraz wzmocnienia systemu bezpieczeństwa pacjentów.

Pielęgniarki i położne wykonują zawody wymagające nie tylko specjalistycznej wiedzy i umiejętności, ale również szczególnej odpowiedzialności za życie i zdrowie drugiego człowieka. Dlatego, zdaniem Naczelnej Rady, bezpieczeństwo pacjenta powinno być uwzględniane na każdym etapie przygotowania do zawodu i jego wykonywania: od rekrutacji na studia, przez kształcenie i praktykę, aż po codzienną działalność zawodową.

NRPiP wskazuje na potrzebę uzupełnienia zasad rekrutacji na kierunki pielęgniarstwo i położnictwo o jednolitą i standaryzowaną ocenę szczególnych predyspozycji psychospołecznych i fizycznych, które mają znaczenie dla bezpiecznego i odpowiedzialnego wykonywania zawodu.

Taka ocena powinna odnosić się wyłącznie do cech i kompetencji bezpośrednio związanych z wymaganiami zawodowymi. Wśród nich Naczelna Rada wskazuje m.in. odpowiedzialność, przestrzeganie zasad i procedur, zdolność funkcjonowania pod obciążeniem i presją stresu, umiejętność komunikacji oraz respektowanie granic w relacji z pacjentem.

Jednocześnie NRPiP podkreśla, że ewentualny system oceny musi opierać się na jasnych i obiektywnych zasadach. Powinien być prowadzony przez odpowiednio wykwalifikowane osoby, z wykorzystaniem zwalidowanych narzędzi oraz z poszanowaniem zasad proporcjonalności, niedyskryminacji i praw kandydatów.

Stanowisko zwraca również uwagę na potrzebę stworzenia rozwiązań chroniących osoby zgłaszające w dobrej wierze sytuacje mogące stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów, przy jednoczesnym zagwarantowaniu praw osobom, których takie zgłoszenia dotyczą. Konieczne jest przy tym wyraźne rozróżnienie zgłoszeń dokonywanych w dobrej wierze od zawiadomień świadomie fałszywych lub instrumentalnych.

Naczelna Rada postuluje, aby kwestie te zostały uwzględnione w prowadzonych pracach legislacyjnych, w szczególności dotyczących nowych regulacji odnoszących się do zawodów pielęgniarki i położnej.

Bezpieczeństwo pacjenta nie zaczyna się w momencie udzielania świadczenia. Jest ono efektem całego procesu: właściwego przygotowania do zawodu, wysokiej jakości kształcenia, odpowiedzialnej praktyki oraz odpowiednich standardów wykonywania zawodu.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych deklaruje gotowość do udziału w pracach nad szczegółowymi rozwiązaniami, w tym nad określeniem zakresu i sposobu oceny predyspozycji oraz zasad postępowania w sytuacjach mogących wskazywać na zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów.

PIELĘGNIARKA NA ODLEGŁOŚĆ. KIEDY SZTUCZNA INTELIGENCJA WKRACZA DO TELEMEDYCYNY

KAMILA POLCZYK – WICEDYREKTOR DS. PIELĘGNIARSTWA W SZPITALU MOUNT CARMEL W DUBLINIE, MAGISTER PIELĘGNIARSTWA I SPECJALISTKA PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO, ABSOLWENTKA UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO WE WROCŁAWIU. ŁĄCZY WIELOLETNIE DOŚWIADCZENIE KLINICZNE Z PASJĄ DO NOWOCZESNYCH TECHNOLOGII.

W poprzednich artykułach zaglądałyśmy na sale szpitalne wyposażone w inteligentne czujniki, przyglądałyśmy się robotom i uczyłyśmy korzystania z narzędzi AI, które mieszczą się w telefonie. Tym razem proponuję wyjść poza szpital. I to dosłownie. Bo jedna z ciekawszych zmian w opiece zdrowotnej polega na tym, że coraz więcej czynności, które dotąd wymagały obecności pacjenta w placówce, można wykonać w jego własnym domu.

Telemedycyna większości z nas kojarzy się z teleporadą. Rozmową telefoniczną z lekarzem, e-receptą albo konsultacją przez kamerę. Tymczasem jest to zaledwie część znacznie szerszej dziedziny. Dziś pacjent może w domu mierzyć parametry życiowe, przesyłać zapis i pozostawać pod opieką zespołu prowadzącego. Do tego dochodzi sztuczna inteligencja, która zaczyna porządkować napływające dane i wychwytywać zmiany niewidoczne w pojedynczym pomiarze.

Oddział bez ścian

Wyobraź sobie pana Jana, osiemdziesięcioletniego pacjenta z niewydolnością serca, wracającego do domu po zaostrzeniu choroby. Nie jest już w stanie wymagającym stałego pobytu w szpitalu, ale wciąż potrzebuje uważnej obserwacji. Rano zakłada opaskę mierzącą tętno, staje na wadze i sprawdza ciśnienie. Wyniki trafiają do aplikacji, a stamtąd do zespołu opiekującego się nim na odległość. Gdy od dwóch dni rośnie masa ciała, zmienia się tętno i pojawia się nasilająca duszność, system sygnalizuje, że warto skontaktować się z pacjentem. Nie musi czekać, aż jego stan stanie się na tyle poważny, że zadzwoni po pogotowie.

Pan Jan jest przykładem fikcyjnym, ale sam model opieki istnieje naprawdę. W brytyjskiej publicznej służbie zdrowia (NHS) rozwijane są tak zwane virtual wards, czyli wirtualne oddziały. Pacjent otrzymuje określoną część opieki szpitalnej w domu, a nad jego stanem czuwa zespół kliniczny. W zależności od potrzeb może to oznaczać telemonitoring, rozmowy wideo, wizyty domowe, badania i leczenie. Dotyczy to między innymi chorych z problemami oddechowymi, niewydolnością serca czy osób starszych, a także wybranych grup dzieci. Nie każdy chory może być objęty taką formą opieki. Istotą rozwiązania jest właściwa kwalifikacja pacjenta i możliwość szybkiej reakcji zespołu.

Warto tu jasno rozróżnić dwie rzeczy. Samo przesłanie wyniku ciśnienia z domu do przychodni nie oznacza jeszcze wykorzystania sztucznej inteligencji. To telemonitoring. AI pojawia się dopiero wtedy, gdy system analizuje większy zestaw danych, szuka zależności, porównuje przebieg pomiarów albo ocenia prawdopodobieństwo pogorszenia stanu zdrowia. Innymi słowy, zwykły termometr powie nam, ile wynosi temperatura, natomiast inteligentny system może zauważyć, że jej niewielki wzrost, w połączeniu z kilkoma innymi sygnałami, tworzy wzorzec wymagający uwagi.

Nie jedna liczba, lecz cały obraz

To szczególnie interesujące w chorobach przewlekłych. Pacjent z niewydolnością serca może jednego dnia mieć parametry, które osobno nie budzą niepokoju. Nieznacznie wyższe tętno, odrobinę mniejszą aktywność, gorszy sen, zwiększoną masę ciała. Dopiero gdy przyjrzymy się ich zmianom w czasie, zaczynamy rozumieć, że organizm może wysyłać ostrzeżenie. Algorytm, który potrafi równocześnie porównywać wiele takich sygnałów, ma szansę wskazać pacjenta wymagającego wcześniejszej kontroli.

W przeglądzie naukowym opublikowanym pod koniec 2025 roku w „Current Heart Failure Reports" opisano rosnącą rolę urządzeń noszonych na ciele i nieinwazyjnego monitorowania pacjentów z niewydolnością serca. Autorzy podkreślają potencjał wcześniejszego wykrywania pogorszenia oraz rolę AI w analizowaniu danych. Nie oznacza to jednak, że każdy zegarek czy opaska potrafi przewidywać hospitalizację, ani że takie rozwiązania działają jednakowo dobrze u wszystkich pacjentów. W medycynie wartość technologii mierzy się nie atrakcyjnością aplikacji, lecz jej skutecznością w konkretnych warunkach klinicznych.

Z perspektywy pielęgniarskiej najbardziej interesująca wydaje się inna zmiana. Kontakt z pacjentem nie kończy się w chwili, gdy wychodzi przez szpitalne drzwi. Opieka może stać się procesem bardziej ciągłym. Pielęgniarka nie musi widzieć chorego codziennie, żeby otrzy-



mywać istotne informacje o tym, jak radzi sobie w domu. A jeśli system zasygnalizuje niepokojącą zmianę, może rozpocząć się normalna, ludzka rozmowa: jak pan się dziś czuje, czy pojawiła się duszność, czy przyjmuje pan leki, czy potrzebna jest pilna konsultacja?

Kiedy algorytm zaczyna decydować

A teraz przenieśmy się do Stanów Zjednoczonych, do stanu Utah. W 2026 roku głośno zrobiło się o porozumieniu władz stanu z firmą Doctronic, dotyczącego wykorzystania sztucznej inteligencji przy odnawianiu recept na wybrane leki stosowane przewlekle. To zdecydowanie inna sytuacja niż zwykła teleporada. System ma uczestniczyć w ocenie, czy wcześniej przepisany lek można ponownie wydać zgodnie z określonymi zasadami.

Tu jednak potrzebne jest ważne doprecyzowanie, bo nagłówki o „AI wystawiającej recepty" łatwo prowadzą do nieporozumienia. W programie nie chodzi o rozpoczynanie nowej terapii, samodzielną zmianę dawki czy przepisywanie środków kontrolowanych. Zgodnie z informacjami urzędu stanu Utah, w pierwszej fazie każde proponowane przez AI odnowienie recepty wymaga weryfikacji przez uprawnionego lekarza. Dopiero następna faza przewiduje możliwość przekazania odnowienia bez takiej wcześniejszej akceptacji, pod warunkiem spełnienia wymogów i uzyskania zgody regulatora. Program jest ograniczonym czasowo eksperymentem, a nie ogólnym pozwoleniem na wykonywanie zawodu lekarza przez komputer.

Ten przykład jest ciekawy nie dlatego, że recepta powstaje szybciej. Ciekawy jest moment przesunięcia odpowiedzialności za ocenę przypadku. Jeśli AI potrafi zestawić historię leczenia, informacje o przeciwwskazaniach i zasady odnowienia, pojawia się pokusa, by oddawać jej coraz więcej samodzielności. Tymczasem życie pacjenta nie zawsze mieści się w schludnym formularzu.

Czy obecność zawsze oznacza bycie obok?

Telemedycyna stawia przed nami również pytanie mniej techniczne, a bardziej ludzkie. Czy opieka nad pacjentem wymaga fizycznej obecności? W wielu sytuacjach oczywiście tak. Nie da się przez ekran ocenić wszystkiego, wykonać każdego badania ani zastąpić kontaktu, którego chory naprawdę potrzebuje. Są jednak sytuacje, w których codzienny pomiar wykonany w domu i rozmowa z pielęgniarką, która widzi zmianę w wynikach, mogą być lepsze niż oczekiwanie przez kilka tygodni na kolejną wizytę.

Technologia nie tworzy automatycznie dobrej opieki, ale może otwierać dla niej nowe możliwości. Można siedzieć obok pacjenta i nie zauważać jego potrzeb. Można też rozmawiać z nim na odległość, uważnie analizując jego stan i reagując we właściwym momencie.

W poprzednich częściach cyklu przyglądałam się temu, co sztuczna inteligencja może zrobić na oddziale i w naszych własnych telefonach. Telemedycyna pokazuje kolejny kierunek: może połączyć pacjenta, jego dom, urządzenia i zespół kliniczny w jeden system opieki. Pozostaje tylko ustalić, gdzie AI powinna pomagać, a gdzie musi się zatrzymać. I właśnie o tej granicy, tym razem już w naszym codziennym życiu, będzie ostatni artykuł.





ZMIANA REGULAMINU POMOCY FINANSOWEJ

ZWROT KOSZTÓW ZAKUPU SZCZEPIONEK DO 500 ZŁ!

W regulaminie przyznawania pomocy finansowej dla członków DOIPiP we Wrocławiu wprowadzono możliwość ubiegania się o zwrot kosztów zakupu preparatów szczepionkowych — do 500 zł, raz w roku kalendarzowym.

Pomoc obejmuje szczepienia przeciw: tężcowi, błonicy, krztuścowi, polio, WZW typu A, grypie, pneumokokom, półpaścowi, RSV, HPV, kleszczowemu zapaleniu mózgu i wściekliźnie.

Zwrot dotyczy zakupu szczepionek sfinansowanego w całości z własnych środków. Warunkiem jest m.in. nieprzerwane opłacanie składek członkowskich przez co najmniej 2 lata przed złożeniem wniosku oraz przedstawienie imiennych faktur i potwierdzenia wykonania szczepienia.

Wniosek wraz z wymaganymi załącznikami należy złożyć w Biurze Izby lub przesłać pocztą. Przyznanie zwrotu ma charakter uznaniowy, a jego kwota odpowiada udokumentowanym kosztom zakupu, maksymalnie do 500 zł.

Pełne zasady i wykaz wymaganych dokumentów znajdziesz w regulaminie na stronie DOIPiP.
Link poniżej
https://www.doipip.wroc.pl/wp-content/uploads/2026/10/regulamin-przyznawania-pomocy-finansowej-2026.pdf

PRAWO DO POROZUMIENIA. PACJENT GŁUCHY W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

CZĘŚĆ II. OD PRAWA DO PRAKTYKI – JAK KOMUNIKOWAĆ SIĘ Z PACJENTEM GŁUCHYM

DOROTA MILECKA[1,2,3] ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR[1,2,4]
[1] KOMISJA HISTORYCZNA DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH WE WROCŁAWIU
[2] POLSKIE TOWARZYSTWO PIELĘGNIARSKIE, ODDZIAŁ WE WROCŁAWIU
[3] COLLEGIUM WITELONA UCZELNIA PAŃSTWOWA WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU I KULTURZE FIZYCZNEJ
[4] DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII, PULMONOLOGII I HEMATOLOGII WE WROCŁAWIU

Znajomość przepisów jest punktem wyjścia, lecz o bezpieczeństwie pacjenta decyduje sposób ich zastosowania w rejestracji, gabinecie, pracowni diagnostycznej i na oddziale. Najważniejsza zasada jest prosta: nie zakładać z góry, jak pacjent chce się porozumiewać, lecz zapytać go o preferowaną formę komunikacji i zapewnić warunki, w których może świadomie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji.

Najpierw ustal sposób komunikacji

Osoba Głucha może preferować Polski Język Migowy (PJM), system językowo-migowy (SJM), komunikację pisemną, odczytywanie mowy z ust, piktogramy albo połączenie kilku metod. Wybór należy do pacjenta [1]. Informację o uzgodnionym sposobie komunikowania się warto odnotować w dokumentacji i przekazywać członkom zespołu w zakresie niezbędnym do ciągłości opieki.

Pismo, gesty i karty obrazkowe mogą wspierać rozmowę, ale nie wolno automatycznie uznawać ich za równoważne tłumaczeniu na PJM. W sprawach złożonych – dotyczących rozpoznania, rokowania, ryzyka zabiegu, zgody, wypisu lub zmiany leczenia – należy zapewnić komunikację umożliwiającą pacjentowi zadawanie pytań i sprawdzenie, czy właściwie zrozumiał informacje [2–4].

Gdy nie ma natychmiastowego dostępu do tłumacza

W sytuacji pilnej należy wykorzystać wszystkie dostępne środki komunikacji: proste komunikaty, gesty, mimikę, piktogramy, tekst pisany, telefon pacjenta oraz usługę tłumaczenia zdalnego. Takie rozwiązania pozwalają zebrać podstawowe informacje i rozpocząć niezbędne działania. Nie zastępują jednak pełnej rozmowy z tłumaczem, zwłaszcza gdy od jakości przekazu zależy świadoma decyzja pacjenta.

Zasady te służą komunikacji doraźnej, prowadzonej do czasu zapewnienia pacjentowi właściwego wsparcia, w tym – gdy jest ono potrzebne – dostępu do tłumacza PJM.

Jak zwrócić uwagę osoby Głuchej

Najbezpieczniej wejść w pole widzenia pacjenta lub lekko pomachać dłonią na wysokości jego wzroku. Jeśli potrzebny jest dotyk, można delikatnie dotknąć ramienia albo przedramienia. Nie należy chwytać, dotykać twarzy ani niespodziewanie podchodzić od tyłu. W pomieszczeniu można wykorzystać krótkie mignięcie światłem, jeżeli jest to bezpieczne i wcześniej przyjęte w danym otoczeniu. Sposób zwracania uwagi powinien uwzględniać stan pacjenta i zasady obowiązujące w placówce.

Pacjent, tłumacz i osoba udzielająca świadczenia

Podczas rozmowy z udziałem tłumacza należy zwracać się bezpośrednio do pacjenta, patrzeć na niego i używać pierwszej osoby, na przykład: „Jak się Pani czuje?", a nie: „Proszę zapytać, jak ona się czuje". Osoba mówiąca i tłumacz powinni znajdować się w polu widzenia pacjenta. Trzeba także pozostawić czas na przekład i pytania; języki nie odwzorowują się słowo w słowo [5,11].

Ustawa dopuszcza korzystanie z pomocy osoby przybranej, która ukończyła 16 lat i została wybrana przez osobę uprawnioną [1]. Osoby przybranej nie należy jednak utożsamiać z profesjonalnym tłumaczem PJM. W sprawach skomplikowanych, intymnych lub obciążających emocjonalnie bezpieczniejszy jest wykwalifikowany tłumacz – na miejscu albo zdalnie. Członek rodziny, a zwłaszcza dziecko pacjenta, nie powinien być domyślnie ob-

Zasady doraźnej komunikacji wspomagającej

Element komunikacji	Zalecane postępowanie
Ustawienie względem pacjenta	Stań naprzeciwko pacjenta i utrzymuj kontakt wzrokowy.
Warunki rozmowy	Zadbaj o dobre oświetlenie twarzy. Nie zasłaniaj ust i ogranicz hałas oraz inne czynniki rozpraszające.
Sposób mówienia	Mów naturalnie i wyraźnie. Nie krzycz ani nie artykułuj przesadnie.
Forma komunikatu	Używaj krótkich zdań, prostych określeń i ogranicz żargon medyczny.
Tempo przekazywania informacji	Przekazuj jedną informację naraz. Nie mów, gdy pacjent patrzy na dokument, kartę komunikacji lub badany przedmiot. Zaczekaj, aż ponownie skieruje wzrok na rozmówcę.
Sprawdzenie zrozumienia	Zastosuj metodę „teach-back": poproś pacjenta, aby w uzgodnionej i możliwej do oceny formie przekazał, jak zrozumiał najważniejsze ustalenia.
Postępowanie w razie trudności	Nie udawaj, że rozumiesz przekaz pacjenta. W razie niejasności poproś o powtórzenie informacji albo zastosowanie innego sposobu komunikacji.

ciążany tłumaczeniem diagnozy czy zgody na zabieg.

CODA i KODA – pomiędzy dwoma językami i kulturami

Skrót CODA pochodzi od angielskiego określenia Child of Deaf Adults i odnosi się do słyszących dzieci Głuchych rodziców. W polskim środowisku spotyka się również rozróżnienie: KODA oznacza dziecko niepełnoletnie, a CODA – dorosłe słyszące dziecko Głuchych rodziców [16,17]. Osoby te często dorastają w kontakcie z PJM i polszczyzną oraz poruszają się między kulturą Głuchych i kulturą osób słyszących.

Znajomość języka i rodzinnych sposobów komunikacji sprawia, że CODA bywają naturalnymi pośrednikami. Nie oznacza to jednak, że każda osoba CODA posiada kwalifikacje tłumacza ani że powinna tłumaczyć w każdej sytuacji. Szczególnie niewłaściwe jest obciążanie małoletnich KODA rozmowami o rozpoznaniu, rokowaniu, intymności, zdrowiu psychicznym lub zgodzie na procedurę. Może to naruszać prywatność pacjenta i nadmiernie obciążać dziecko odpowiedzialnością [16–18]. Jeśli dorosły pacjent sam wybiera pełnoletniego członka rodziny jako osobę przybraną, jego decyzję należy respektować, a jednocześnie ocenić, czy zakres i trudność rozmowy nie wymagają profesjonalnego tłumacza PJM.

Jeżeli pacjent posługuje się imiennym znakiem migowym, może po przeliterowaniu imienia i nazwiska wskazać także swój znak. Jest on elementem tożsamości i zwykle zostaje nadany przez społeczność Głuchych; osoba słysząca nie powinna samodzielnie tworzyć sobie takiego znaku.

Karty komunikacji – pomoc, nie zamiennik rozmowy

Karty komunikacji wykorzystują piktogramy i krótkie komunikaty do zebrania podstawowego wywiadu, określenia bólu, chorób, przyjmowanych leków i zgody na proste czynności. Są szczególnie przydatne w ratownictwie, szpitalnym oddziale ratunkowym i podstawowej opiece zdrowotnej. Nie zastępują tłumacza podczas przekazywania złożonych informacji medycznych [5–10].

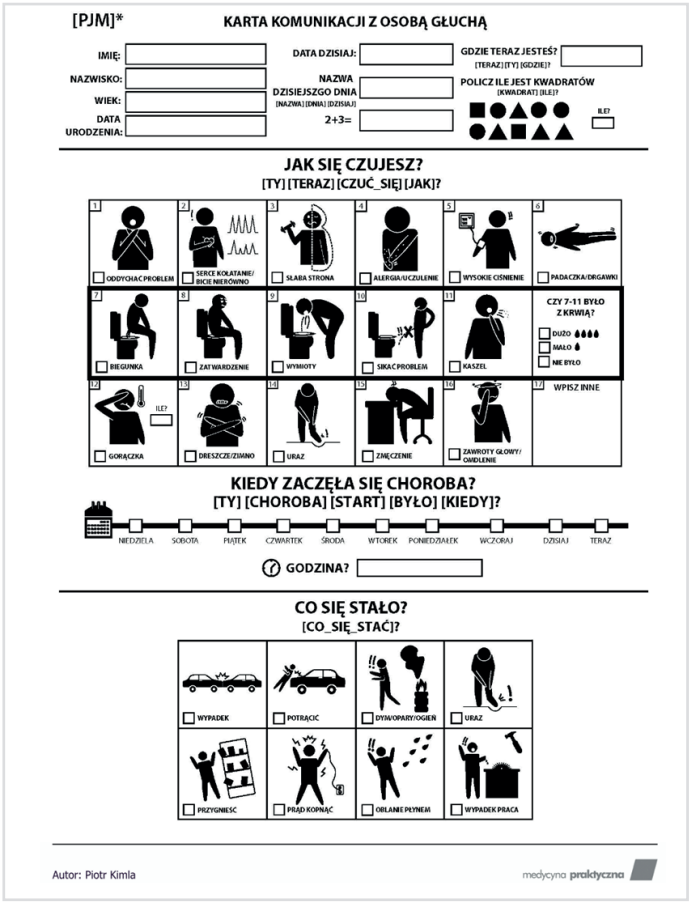
Karty Medycyny Praktycznej

Karta komunikacji z osobą głuchą w SOR, opracowana przez Piotra Kimlę we współpracy z Szymonem Michniewiczem, obejmuje między innymi pytania o dolegliwości, czas wystąpienia objawów, natężenie i lokalizację bólu, alergie, choroby, leki, używki oraz zgodę na hospitalizację. Odrębna karta przeznaczona dla POZ pozwala szerzej zebrać informacje dotyczące objawów i poszczególnych układów [5,6].

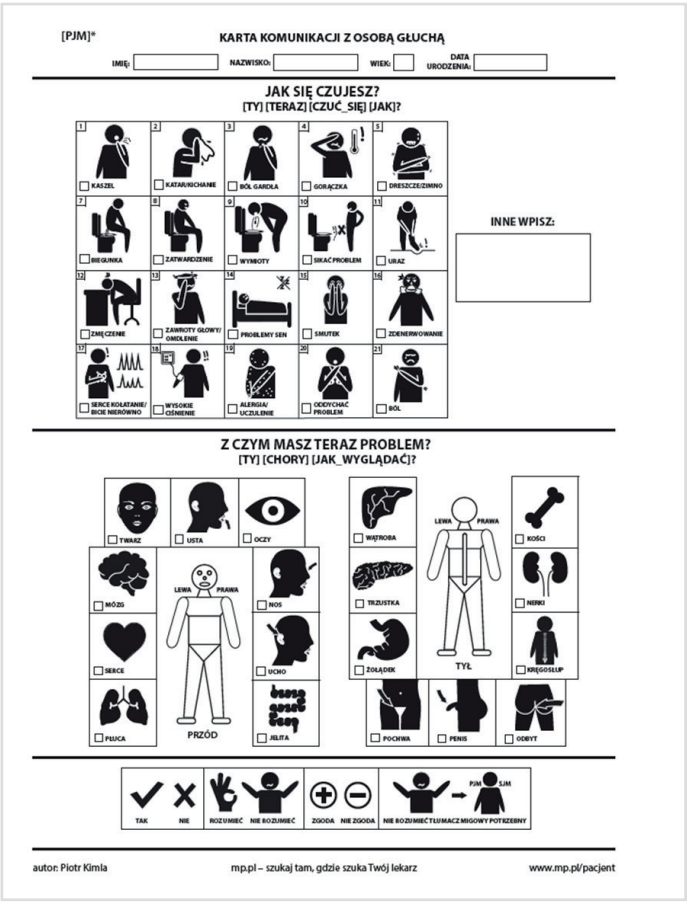
Karta przeznaczona dla zespołów ratownictwa medycznego i szpitalnych oddziałów ratunkowych umożliwia uporządkowanie rozmowy wokół kilku najważniejszych grup pytań:

1. samopoczucie pacjenta, początek choroby i okoliczności zdarzenia;
2. obecność, lokalizacja, czas rozpoczęcia, charakter i natężenie bólu;
3. alergie, ciąża oraz użycie alkoholu, narkotyków lub innych substancji;
4. choroby przewlekłe, przyjmowane leki oraz czas ostatniego posiłku i przyjęcia płynów;
5. zgoda na przewiezienie do szpitala, hospitalizację i inne niezbędne czynności.

Karta dla podstawowej opieki zdrowotnej zawiera ponadto bardziej szczegółową ocenę objawów ze strony poszczególnych narządów i układów, pytania o czynniki nasilające i łagodzące dolegliwości, dotychczas przyjęte leki, potrzebne badania, zalecenia oraz skierowania. Obie karty przeszły konsultacje medyczne i konsultacje z osobami niesłyszącymi [5,6].



Fragment Karty komunikacji z osobą głuchą w SOR. Autor: Piotr Kimla. Źródło: Medycyna Praktyczna.



Fragment Karty komunikacji z osobą głuchą w POZ. Autor: Piotr Kimla. Źródło: Medycyna Praktyczna.

Karta Zespołu Pomigam

Karta opracowana przez Aleksandrę Pyrek składa się z części przeznaczonej do zebrania informacji od pacjenta oraz części dotyczącej badań, zaleceń i skierowań. Powinna być stosowana jako narzędzie wspierające, najlepiej przy udziale tłumacza PJM lub osoby biegle posługującej się językiem wybranym przez pacjenta [10].

W części wypełnianej przez pacjenta przewidziano miejsce na dane identyfikacyjne, opis samopoczucia, początek i częstość objawów, ocenę natężenia oraz rodzaju bólu, okoliczności wypadku, choroby przewlekłe i dodatkowe informacje zdrowotne. Druga część służy osobie udzielającej świadczenia do wskazania planowanych badań, zaleceń i skierowań. Legenda umożliwia przekazanie podstawowych odpowiedzi: „tak", „nie", „zgadzam się", „nie zgadzam się", „rozumiem", „nie rozumiem" oraz „proszę o tłumacza". Także ta karta pozostaje wsparciem, a nie zamiennikiem pełnej informacji przekazanej w języku zrozumiałym dla pacjenta.

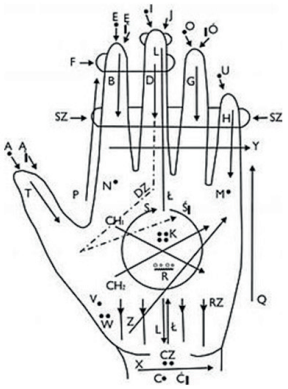


Fragment Karty komunikacji z Głuchym pacjentem. Autorka: Aleksandra Pyrek. Źródło: Zespół Pomigam.

Komunikacja z osobą głuchoniewidomą

W przypadku osoby głuchoniewidomej sposób komunikacji dobiera się indywidualnie do zakresu widzenia i słyszenia oraz jej preferencji. Możliwe są między innymi znaki odbierane dotykiem, alfabet palcowy do dłoni, pismo kreślone na dłoni lub alfabet Lorma. Wsparcie może zapewnić tłumacz-przewodnik. Przed rozpoczęciem kontaktu należy zapytać, jak pacjent chce otrzymywać informacje i w jaki sposób można bezpiecznie go prowadzić.

Skrót SKOGN oznacza sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych. Jednym z nich jest alfabet Lorma, polegający na kreśleniu linii, punktów i innych znaków na wewnętrznej lub zewnętrznej stronie dłoni. Poszczególnym miejscom i ruchom przypisane są litery. Metoda nie wymaga dodatkowego sprzętu, ale jej zastosowanie jest możliwe tylko wtedy, gdy zna ją pacjent i osoba komunikująca się albo tłumacz-przewodnik.



Rozmieszczenie liter w polskiej wersji alfabetu Lorma. Źródło: Wikimedia Commons.

Rozwiązania, które można wdrożyć w placówce

1. Aplikacja Alarm112

Aplikacja Alarm112 umożliwia osobom, które nie mogą wykonać połączenia głosowego, przekazanie zgłoszenia do centrum powiadamiania ratunkowego. Użytkownik wybiera rodzaj i miejsce zdarzenia, wskazuje potrzebną służbę i uzupełnia informacje wymagane przez aplikację. Korzystanie z niej wymaga wcześniejszego pobrania i rejestracji, dlatego warto informować o niej pacjentów jeszcze przed wystąpieniem sytuacji nagłej [12].

2. „Koperta życia"

Przydatnym rozwiązaniem jest aktualizowana „koperta życia" zawierająca podstawowe dane pacjenta, rozpoznane choroby, alergie, listę przyjmowanych leków, ważne informacje o sposobie komunikowania się oraz kontakt do osoby wskazanej przez pacjenta. Może ułatwić zebranie wywiadu w miejscu wezwania, SOR lub POZ. Powinna znajdować się w łatwo dostępnym, uzgodnionym miejscu i być regularnie aktualizowana. Wspomaga postępowanie, lecz nie zwalnia zespołu z zapewnienia dostępnej komunikacji.



Przykładowa legenda odpowiedzi w karcie komunikacji. Źródło: Zespół Pomigam.

3. Karty komunikacji

Placówka powinna mieć łatwo dostępne karty odpowiednie do miejsca udzielania świadczeń. Personel musi wiedzieć, gdzie się znajdują i jak z nich korzystać. Kartę należy wypełniać wspólnie z pacjentem, a w sprawach złożonych – przy wsparciu tłumacza PJM. Szczególnie użyteczna jest legenda umożliwiająca przekazanie odpowiedzi: „tak", „nie", „zgadzam się", „nie zgadzam się", „rozumiem", „nie rozumiem" i „proszę o tłumacza".

4. Sprzęt umożliwiający tłumaczenie online

Placówka powinna mieć opisaną procedurę szybkiego uruchomienia tłumaczenia PJM – stacjonarnie albo zdalnie – oraz dysponować tabletem lub komputerem z kamerą. Sprzęt powinien być dostępny nie tylko w rejestracji, ale również podczas obchodu lekarskiego, przygotowania do badań, omawiania procedury, uzyskiwania zgody i planowania wypisu. Wybierając usługę, trzeba uwzględnić poufność, bezpieczeństwo danych, godziny dostępności oraz przygotowanie tłumaczy do pracy w ochronie zdrowia.

5. Telefon, wiadomości tekstowe i poczta elektroniczna

Telefon osoby Głuchej może służyć do rozmów wideo, korzystania z komunikatorów, odbierania SMS-ów i nagrań w PJM. Rejestracja nie powinna opierać się wyłącznie na połączeniu głosowym. Pacjent powinien otrzymać adres poczty elektronicznej, numer do wiadomości tekstowych albo formularz internetowy oraz informację o czasie odpowiedzi. Nie należy jednak zakładać, że każdy pacjent preferuje ten sam kanał. Dane o zdrowiu trzeba przekazywać w sposób uzgodniony z pacjentem i zgodny z zasadami bezpieczeństwa informacji; zwykły e-mail nie zawsze

jest właściwy do przesyłania szczegółowej dokumentacji medycznej.

6. Skuteczne przekazanie rozpoznania i zaleceń

Informacja o diagnozie, leczeniu, przyjmowaniu leków i dalszym postępowaniu powinna zostać przekazana w języku i formie zrozumiałej dla pacjenta. W razie potrzeby należy zapewnić tłumacza PJM, wykorzystać materiały graficzne i przekazać krótkie zalecenia pisemne. Dokument pisemny jest pomocny, ponieważ pacjent może do niego wrócić, ale nie może być jedyną formą informacji, jeżeli nie zna dostatecznie języka polskiego. Zrozumienie trzeba sprawdzić, prosząc pacjenta o przedstawienie ustaleń własnymi słowami lub znakami.

7. Badania wykonywane bez kontaktu wzrokowego

Przed tomografią, rezonansem, zdjęciem rentgenowskim lub innym badaniem, podczas którego pacjent nie widzi personelu, należy omówić cały przebieg oraz ustalić jednoznaczne sygnały wizualne lub dotykowe. Mogą one oznaczać na przykład nabranie i wypuszczenie powietrza, pozostanie w bezruchu lub zakończenie badania. Jeśli to możliwe, warto je wcześniej przećwiczyć. Należy korzystać z rozwiązań przewidzianych dla danego urządzenia i pracowni; improwizowane gaszenie oświetlenia nie może naruszać zasad bezpieczeństwa.

8. Świadoma zgoda na świadczenie zdrowotne

Pacjent musi otrzymać przystępną informację o stanie zdrowia, proponowanej procedurze, ryzyku, alternatywach i następstwach odmowy [2]. Gdy przepisy wymagają pisemnej formy zgody, dokument pozostaje pisemny, ale jego treść trzeba dodatkowo wyjaśnić w języku i formie zrozumiałej dla pacjenta – na przykład z udziałem tłumacza PJM. Nagranie w PJM może wspierać standardowy przekaz, lecz nie zastępuje indywidualnej rozmowy ani możliwości zadawania pytań. Zrozumienie należy sprawdzić, a wykorzystany sposób komunikacji odnotować w dokumentacji.

9. Udogodnienia i usługi w budynku

W placówce potrzebne są czytelne tablice informacyjne, drogowskazy i piktogramy, ekrany wywołujące pacjentów oraz wizualne alarmy. Dla osób słabosłyszących przydatne są wzmacniacze dźwięku, słuchawki, pętle indukcyjne i inne systemy wspomagania słuchu. Przy wejściu warto zamieścić informację, gdzie znajduje się pętla indukcyjna, punkt pomocy, osoba znająca język migowy albo stanowisko umożliwiające kontakt z tłumaczem online. Sam ogólny znak dostępności jest mniej użyteczny niż dokładna informacja o konkretnej usłudze.

Przykładowe oznaczenia stosowane w placówkach:



Piktogram informujący o pętli indukcyjnej dla osób słabosłyszących.



Piktogram informujący o udogodnieniach dla osób Głuchych i słabosłyszących.



Piktogram informujący o dostępie do osoby znającej język migowy lub tłumacza PJM online.

10. Dostępna strona internetowa

Na stronie placówki powinny znaleźć się informacje w PJM o sposobie rejestracji, godzinach pracy, przygotowaniu do najczęstszych badań, dostępnych usługach i możliwości skorzystania z tłumacza. Potrzebne są również napisy do materiałów wideo, czytelna struktura strony oraz formularz, adres e-mail lub numer do wiadomości tekstowych. Można przygotować prosty wzór zgłoszenia wizyty, w którym pacjent uzupełnia tylko niezbędne dane. Personel obsługujący te kanały powinien być przygotowany na to, że polszczyzna osoby, dla której PJM jest pierwszym językiem, może mieć odmienną składnię i zawierać błędy.



Piktogram oznaczający stronę internetową dostosowaną do potrzeb osób Głuchych i słabosłyszących.

11. Asystent lub koordynator dostępności

W większej placówce warto wyznaczyć osoby znające procedury dostępności. Mogą one pomóc uruchomić tłumaczenie, odnaleźć właściwy oddział lub poradnię, dokonać rejestracji i skoordynować przejście pacjenta przez kolejne etapy świadczenia. Powinny dysponować odpowiednim sprzętem i materiałami, ale nie mogą zastępować tłumacza, jeżeli nie mają wymaganych kompetencji. Krótkie szkolenia całego personelu – również rejestracji, diagnostyki, transportu i ochrony – są równie ważne jak wyposażenie.

Inspiracja z Syros

Bezpośrednią inspiracją do przygotowania artykułu był wyjazd autorek do Grecji w ramach programu Erasmus+ w lipcu 2026 roku. Dzięki Elisavet Katsaraki, psycholożce i tłumaczce greckiego języka migowego związanej z Hellenic Institute of Sign Language, część pobytu poświęcono perspektywie osób Głuchych. Warsztaty oraz spotkanie z Głuchymi kierowcami tworzącymi ateńską korporację przewozową pokazały, jak wiele barier można usunąć dzięki właściwej organizacji, technice i szacunkowi dla języka.

Jednym z tematów poruszanych podczas warsztatów była aktywność zawodowa osób Głuchych i słabosłyszących, również możliwość podejmowania przez nie kształcenia oraz pracy w zawodach medycznych, w tym w pielęgniarstwie. Ta perspektywa jest ważna, ponieważ osoby Głuche zbyt często przedstawia się wyłącznie jako odbiorców pomocy. Tymczasem mogą one być także studentami, specjalistami, nauczycielami i członkami zespołów ochrony zdrowia, jeżeli wymagania kształcenia i pracy są oceniane indywidualnie, a potrzebne rozwiązania dostępności zostaną właściwie zaplanowane.

Doświadczenie to potwierdziło najważniejszy wniosek: skuteczna komunikacja nie zależy wyłącznie od indywidualnej znajomości znaków przez pracownika medycznego. Jest rezultatem przygotowania całej placówki – od sposobu umówienia wizyty, przez obecność tłumacza i warunki rozmowy, po przekazanie zrozumiałych zaleceń. Pacjent Głuchy nie powinien być biernym odbiorcą czynności, lecz partnerem w opiece.



Od lewej: Elżbieta Garwacka-Czachor, Elisavet Katsaraki i Dorota Milecka podczas spotkania na wyspie Syros w lipcu 2026 roku. Źródło: zbiory własne autorek.



Warsztaty prowadzone przez Elisavet Katsaraki na wyspie Syros w lipcu 2026 roku. Źródło: zbiory własne autorek.

Podsumowanie

Piętnaście lat po uchwaleniu ustawy o języku migowym nadal najważniejsze pozostaje przełożenie prawa na codzienną praktykę. Dobra komunikacja zaczyna się od pytania pacjenta o jego potrzeby, a następnie wymaga zapewnienia odpowiednich ludzi, narzędzi i czasu. W opiece pielęgniarskiej oznacza to nie tylko większy komfort rozmowy, ale przede wszystkim bezpieczeństwo, poszanowanie autonomii oraz rzeczywistą możliwość współdecydowania o zdrowiu.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się. Dz.U. 2023 poz. 20, tekst jednolity z późn. zm.
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. 2024 poz. 581, tekst jednolity z późn. zm.
3. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne. Dz. Urz. Min. Zdrow. 2024 poz. 73.
4. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Dz. Urz. Min. Zdrow. 2024 poz. 145.
5. Kimla P. Analiza komunikacji głuchego pacjenta z personelem medycznym. Najczęstsze błędy i problemy komunikacyjne [Internet]. Medycyna Praktyczna; 2019. Dostępny w: https://www.mp.pl/ratownictwo/pacjent-gluchy/218240 [dostęp: 09.09.2026].
6. Kimla P. Karta komunikacji z osobą głuchą [Internet]. Medycyna Praktyczna; 2019. Dostępny w: https://www.mp.pl/ratownictwo/pacjent-gluchy/218294 [dostęp: 09.09.2026].
7. Roczyńska J. Pacjent głuchy u lekarza. Część 1. Gaz GUMed. 2023;(2):52–54.
8. Roczyńska J. Pacjent głuchy u lekarza. Propozycje rozwiązań. Część 2. Gaz GUMed. 2023;(3):40–45.
9. Roczyńska J. Jak się komunikować z pacjentem głuchym. Med Prakt. 2018;(2):130–132.
10. Pyrek A. Karta medyczna komunikacji z Głuchym. Zespół Pomigam. Materiał udostępniony przez autorkę.
11. Stowarzyszenie Tłumaczy Polskiego Języka Migowego. Etyka i profesjonalizm [Internet]. Dostępny w: https://stpjm.org.pl/strefa-tlumaczy/etyka-i-profesjonalizm/ [dostęp: 09.09.2026].
12. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji. Aplikacja mobilna Alarm112 [Internet]. Dostępny w: https://www.gov.pl/web/numer-alarmowy-112/aplikacja-mobilna-alarm1122 [dostęp: 09.09.2026].
13. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. Dz.U. 2024 poz. 1411, tekst jednolity z późn. zm.
14. Włodarczyk A. Głuchy pacjent. Wyzwania i potrzeby. Konin: Psychoskok; 2018.
15. Kuenburg A, Fellinger P, Fellinger J. Health care access among deaf people. J Deaf Stud Deaf Educ. 2016;21(1):1–10.
16. Ministerstwo Edukacji Narodowej. KODA. Słyszące dzieci – niesłyszący rodzice [Internet]. Dostępny w: https://www.gov.pl/web/edukacja/koda-slyszace-dzieci--niesslyszacy-rodzice [dostęp: 09.09.2026].
17. Stowarzyszenie CODA Polska. Statut Stowarzyszenia „CODA Polska. Słyszące Dzieci – Niesłyszący Rodzice" [Internet]. Dostępny w: https://codapolska.org/statut [dostęp: 09.09.2026].
18. Rzecznik Praw Dziecka. Dzieci rodziców niesłyszących potrzebują opieki i wsparcia [Internet]. 2024. Dostępny w: https://brpd.gov.pl/2024/10/09/dzieci-rodzicow-niesslyszacych-potrzebuja-opieki-i-wsparcia/ [dostęp: 09.09.2026].

PIERWSZA ROZMOWA Z UCZNIEM W KRYZYSIE

JAK PIELĘGNIARKA ŚRODOWISKA NAUCZANIA I WYCHOWANIA MOŻE SPOKOJNIE ZAREAGOWAĆ, CZEGO UNIKAĆ I GDZIE DALEJ POKIEROWAĆ UCZNIA.

MGR EWA LEDWOŃ
EDUKATORKA DIABETOLOGICZNA
UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W OPOLU
WYKŁADOWCA W INSTYTUCIE NAUK O ZDROWIU UNIWERSYTET OPOLSKI

Uczeń w kryzysie rzadko mówi wprost, że jest mu bardzo źle. Znacznie częściej puka do gabinetu z bólem brzucha, bólem głowy albo prośbą o zwolnienie z lekcji. Gabinet pielęgniarki jest dla niego miejscem bezpiecznym: nie ma tu ocen ani spojrzeń kolegi z ławki, jest za to dorosły, który ma chwilę czasu i pyta o samopoczucie. Dlatego to pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania często jako pierwsza zauważa, że dzieje się coś niepokojącego. Nie musi być przy tym terapeutką. W pierwszej rozmowie jej zadaniem jest wysłuchać, ocenić, czy uczeń jest bezpieczny, i przekazać go dalej, w ręce osób, które zapewnią mu właściwą pomoc. Pojedynczy objaw zwykle niczego nie przesądza. Niepokój powinna budzić przede wszystkim zmiana w zachowaniu ucznia, kilka sygnałów występujących jednocześnie albo trudności, które utrzymują się dłużej niż dwa tygodnie. W gabinecie mogą to być częste wizyty z dolegliwościami bez wyraźnej przyczyny somatycznej, zwłaszcza w te same dni tygodnia lub przed konkretnymi lekcjami. Warto przyjrzeć się także wyglądowi i zachowaniu: wyraźnemu zmęczeniu, zaniedbaniu higieny, nagłej zmianie masy ciała czy noszeniu długich rękawów niezależnie od pogody. Sygnałem bywa też nastrój, czyli płaczliwość, drażliwość, apatia lub wycofanie się z kontaktów z rówieśnikami. Szczególnie ważne są słowa. Zdania w rodzaju „to i tak nie ma sensu", „bez mnie byłoby łatwiej" albo „zmęczyłem się wszystkim" nie powinny przejść bez echa. Ślady samookaleczeń, mówienie o śmierci, rozdawanie swoich rzeczy czy żegnanie się z innymi to sygnały alarmowe, które wymagają reakcji jeszcze tego samego dnia.

W pierwszej rozmowie najważniejsze są spokój i uwaga, a nie idealnie dobrane słowa. Uczeń zapamięta przede wszystkim to, czy dorosły wysłuchał go bez oceniania. Dobrze jest zamknąć drzwi, wyciszyć telefon i usiąść na tej samej wysokości co uczeń, a jeśli to możliwe, nie odsyłać go od razu na lekcję. Najprościej zacząć od tego, co się widzi, na przykład: „Zauważyłam, że w tym miesiącu często przychodzisz do mnie z bólem brzucha. Zastanawiam się, czy coś cię ostatnio martwi". Dalej pomagają pytania otwarte: jak się czujesz ostatnio, co jest teraz dla ciebie najtrudniejsze, od kiedy tak jest. Więcej się słucha, niż mówi, a cisza i łzy są w takiej rozmowie czymś naturalnym. Krótkie potwierdzenia w rodzaju „rozumiem" czy „to brzmi naprawdę ciężko" wystarczą, by uczeń poczuł, że ktoś za nim podąża. Pomaga też nazwanie emocji, które słychać w jego słowach, i podziękowanie za zaufanie: „Dobrze, że mi o tym powiedziałeś. To wymagało odwagi". Rozmowę warto zakończyć wspólnym ustaleniem kolejnego kroku. Uczeń powinien wiedzieć, co się teraz wydarzy, z kim pielęgniarka porozmawia i kiedy otrzyma wsparcie. Zapisz, co usłyszałaś, zgodnie z przyjętymi w szkole zasadami dokumentacji.

Jeśli cokolwiek wskazuje na poważny kryzys, trzeba zapytać wprost o myśli samobójcze. Wiele osób obawia się, że takie pytanie „podsunie pomysł", jednak badania tego nie potwierdzają. Dla wielu młodych ludzi to raczej ulga, że ktoś w końcu nazwał to, o czym boją się mówić. Można zapytać na przykład tak: „Czasem, kiedy ktoś czuje się tak źle jak ty, myśli o tym, żeby nie żyć. Czy tobie też zdarzają się takie myśli?".

Gdy uczeń odpowie twierdząco, należy zachować spokój i dopytać, jak często pojawiają się takie myśli, czy zastanawiał się, w jaki sposób mógłby odebrać sobie życie, czy ma do tego dostęp i czy kiedykolwiek wcześniej próbował zrobić sobie krzywdę. Konkretny plan, dostęp do środków lub wcześniejsza próba oznaczają bezpośrednie zagrożenie. Wtedy ucznia nie zostawia się samego ani na chwilę i działa się natychmiast.

Nawet życzliwe słowa mogą zamknąć rozmowę. Zdania takie jak „nie przesadzaj, każdy ma gorsze dni", „inni mają gorzej" czy „weź się w garś" sprawiają, że uczeń czuje się zbagatelizowany i następnym razem może już nie przyjść. Podobnie działa pytanie „dlaczego nie powiedziałeś wcześniej?", które brzmi jak wyrzut. Znacznie lepiej powiedzieć, że sytuacja jest naprawdę trudna, że jego uczucia są ważne i że dobrze, że mówi o tym teraz. Warto też powstrzymać się od szybkich rad, moralizowania, opowiadania o własnych doświadczeniach i okazywania przerażenia. Ucznia, co do którego bezpieczeństwa ma się wątpliwości, nie odsyła się samego ani do domu, ani na lekcję.

Jednym z najczęstszych błędów jest obietnica, że „nikomu się nie powie". Zdrowie i życie ucznia są ważniejsze niż dyskrecja, dlatego lepiej od początku uczciwie powiedzieć: „To zostanie między nami, chyba że będziesz w niebezpieczeństwie. Wtedy muszę komuś powiedzieć, żeby ci pomóc". Złamana obietnica kosztuje więcej niż szczerość na starcie. Uczniowi należy też wyjaśnić, komu i co zostanie przekazane, a jeśli to możliwe, zaproponować mu udział w rozmowie z psychologiem lub pedagogiem szkolnym.

O zagrożeniu życia lub zdrowia ucznia muszą zostać poinformowani rodzice lub opiekunowie prawni. Wyjątkiem jest sytuacja, w której to właśnie oni mogą być źródłem krzywdy. Wtedy obowiązują szkolne standardy ochrony małoletnich, które każda placówka ma obowiązek posiadać. Warto znać je zawczasu i wiedzieć, kto w szkole odpowiada za interwencję kryzysową i jak ją dokumentować.

Dalsze kroki zależą od pilności sytuacji. Przy bezpośrednim zagrożeniu życia, czyli gdy uczeń ma plan, środki lub ma za sobą próbę, pielęgniarka nie zostawia go samego, powiadamia dyrektora i rodziców oraz dzwoni pod numer alarmowy 112. W stanie nagłego zagrożenia życia szpitalny ośrodek III poziomu referencyjnego przyjmuje bez skierowania.

Gdy kryzys jest poważny, ale nie ma bezpośredniego zagrożenia, sprawę trzeba jeszcze tego samego dnia przekazać psychologowi lub pedagogowi szkolnemu i porozmawiać z rodzicami. Pomocy można wtedy szukać w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci w centrum II poziomu, do której nie jest potrzebne skierowanie. Przy utrzymującym się obniżonym nastroju, lęku czy innych trudnościach dobrym pierwszym adresem jest ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej I poziomu. Działa on bezpłatnie i bez skierowania, a jego specjaliści współpracują z rodziną i szkołą. Wykaz placówek wszystkich trzech poziomów można znaleźć na mapie NFZ. Warto zawczasu sprawdzić, które z nich są najbliżej szkoły.

Niezależnie od sytuacji dobrze jest dać uczniowi numery, pod które może zadzwonić sam. Bezpłatny i całodobowy Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116 111 prowadzi Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, która oferuje też czat. Całą dobę działa również Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka 800 12 12 12, pod który mogą dzwonić także dorośli zaniepokojeni sytuacją dziecka

Rozmowa z uczniem w kryzysie jest obciążająca także dla tego, kto jej wysłuchuje. Po trudnej interwencji warto omówić ją z psychologiem szkolnym lub kimś z zespołu. To nie oznaka słabości, tylko element profesjonalnej pracy. Najważniejsza myśl, którą warto zabrać ze sobą do gabinetu, jest prosta: pielęgniarka nie musi rozwiązać problemu ucznia. Wystarczy, że go zauważy, spokojnie zapyta, uważnie wysłucha i nie zostawi go z tym samego.

KOMUNIKAT GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO

W związku dużym zainteresowaniem programem bezpłatnych szczepień przeciw wirusowi ludzkiego brodawczaka (HPV) u osób dorosłych w wieku 19-26 lat, informujemy że na wniosek Głównego Inspektora Sanitarnego, Minister Zdrowia przeznaczył na realizację tych szczepień dodatkową pulę 8 400 dawek (szczepionka Cervarix, seria AHPVA467AD, z terminem ważności do dnia 31 stycznia 2028). Ta druga transza szczepionki jest ostatnią w ramach powyższego terminowego programu.

Z dniem 1 listopada 2026 r. zakończono przyjmowanie nowych zapotrzebowań na szczepionkę przeciw HPV przeznaczoną do bezpłatnych szczepień osób dorosłych w wieku 19-26 lat. Zamówienia przekazane przez świadczeniodawców do właściwych państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych przed dniem 1 listopada 2026 r. będą realizowane w zależności od dostępności szczepionki, w kolejności przekazanych zgłoszeń.

Dla kogo przeznaczony jest nowy Program Bezpłatnych Szczepień przeciw HPV?

Bezpłatne szczepienia realizowane są wyłącznie szczepionką Cervarix (szczepionka dwu-walentna), obejmuje osoby dorosłe, które ukończyły 18 r.ż. a nie ukończyły 26. roku życia. Szczepienie musi być rozpoczęte przed ukończeniem 25 r.ż. Do szczepień została przeznaczona pula 59,4 tys. dawek szczepionki Cervarix, co pozwoli na pełne zaszczepienie 19,8 tys osób.

Schemat szczepień i termin realizacji bezpłatnych szczepień u osób dorosłych

Szczepienia realizowane są w okresie od 1 października 2026 r. do 31 maja 2027 r. Obejmuje podanie 3 dawek w schemacie 0, 1, 6 miesięcy. Warunkiem skorzystania z bezpłatnych szczepień, jest podanie wszystkich 3 dawek do końca maja 2027 r.

Placówki wykonujące szczepienia

Szczepienie przeciw HPV w ramach Programu bezpłatnych szczepień osób dorosłych należy do szczepień zalecanych, które są wykonywane w trybie wskazanym w art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2025 r. poz. 1675 z późn. zm.). Do realizacji szczepienia właściwe są placówki POZ posiadające umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.



Badanie kwalifikacyjne przed szczepieniem oraz podanie szczepionki może być przeprowadzone przez lekarza lub inny uprawniony do wykonywania szczepień personel medyczny w szczególności pielęgniarkę lub położną.

Dodatkowe informacje dla personelu medycznego

Szczepienie przeciw HPV dla osób dorosłych wskazanych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia jest rozliczane w ramach stawki kapitacyjnej (bez dodatkowej płatności za ich wykonanie).

Do szczepień została udostępniona szczepionka Cervarix serii: AHPVA453A oraz AHPVA451AB o datach ważności 31.05.2027 r. oraz AHPVA467AD, z terminem ważności do dnia 31 stycznia 2028). Szczepionka jest zamawiana i odbierana przez świadczeniodawców z powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych (PSSE) na podstawie tego samego formularza zamówienia, który służy zamawianiu szczepionek na potrzeby realizacji Programu Szczepień Ochronnych (PSO). Formularz jest dostępny jest na stronie internetowej Głownego Inspektoratu Sanitarnego.

Szczepienia osób dorosłych objętych Programem mogą być wykonywane również szczepionką Cervarix, która została pobrana z PSSE przed dniem 1 października 2026 r. z pierwotnym przeznaczeniem na inne grupy wieku. Każde szczepienie bezwzględnie należy odnotować w elektronicznej Karcie Szczepień, wskazując numer dawki schematu 3-dawkowego.

Przed czym chroni szczepionka przeciw wirusowi ludzkiego brodawczaka HPV?

HPV (Human Papilloma Virus) to ludzki wirus brodawczaka, który przenosi się przede wszystkim drogą płciową oraz poprzez kontakt bezpośredni lub pośredni. Typy wirusa HPV-16 i HPV-18 stanowią główny czynnik rozwoju raka szyjki macicy, a także innych chorób nowotworowych w szczególności raka odbytu, gardła, szyi i głowy u kobiet i mężczyzn. Szczepionka dwuwalentna chroniąc przed zakażeniem HPV zapobiega powikłaniom w postaci zmian przednowotworowych i nowotworowych.

ZESPÓŁ EMERYTOWANYCH PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH DOIPIP WE WROCŁAWIU NA WYCIECZCE W MOSZNEJ

21 października 2026 r. Zespół Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych - zwanych„Szczęśliwymi Emerytkami", działający przy DOIPiP we Wrocławiu, wybrał się na wycieczkę do zamku w Mosznej.

Bajkowa architektura, jesienne barwy i piękna pogoda stworzyły wyjątkową oprawę wspólnego wyjazdu. Zwiedzaniu towarzyszyły rozmowy, uśmiechy i doskonała atmosfera.

Choć codzienne obowiązki zawodowe są już za nimi, potrzeba spotkań, koleżeńskie więzi i ciekawość świata wciąż pozostają! Takie wyjazdy pozwalają pielęgnować znajomości, dzielić się wspomnieniami i przeżywać razem kolejne piękne chwile.

Dziękujemy wszystkim Uczestniczkom za wspólnie spędzony czas. Niech dobry humor i energia towarzyszą Wam podczas kolejnych spotkań i podróży!









XVII EDYCJA AKADEMII PIELĘGNIARSTWA

DANUTA MUSIOŁ SEKRETARZ DORPIP WE WROCŁAWIU

Za nami wyjątkowa XVII edycja Akademii Pielęgniarstwa, corocznego spotkania, które na stałe wpisało się w kalendarz środowiska medycznego jako przestrzeń wymiany wiedzy, doświadczeń oraz dobrych praktyk zawodowych. Wydarzenie odbyło się w dniach 15-16 października 2026 r. we Wrocławiu i zostało zorganizowane przez Dolnośląską Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu we współpracy z wydawnictwem Evereth Publishing oraz Stowarzyszeniem Naukowym Leczenia Ran. Tematem wiodącym wydarzenia było „POSTĘPOWANIE Z RANĄ".

Uroczystego otwarcia konferencji dokonała Sekretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu, Danuta Musioł, podkreślając, że to spotkanie w gronie profesjonalistów, których codzienna praca łączy w sobie najwyższe kompetencje medyczne, ogromną odpowiedzialność i niezwykłą empatię. Za każdą raną stoi człowiek – pacjent cierpiący, a często z powodu niegojącej się rany, wykluczony społecznie z powodu bólu i wstydu. Wiedza i zaangażowanie personelu to dla tych pacjentów szansa na powrót do normalnego życia, na odzyskanie godności i komfortu. Leczenie ran – zarówno tych przewlekłych, jak i pooperacyjnych czy powikłanych – to jedna z najbardziej wymagających dziedzin współczesnej opieki zdrowotnej. To obszar, w którym to właśnie pielęgniarki, pielęgniarze oraz położne i położni odgrywają kluczową i niezastąpioną rolę.

Pierwszego dnia wydarzenia odbyły się warsztaty praktyczne jako integralna część programu Forum Leczenia Ran „FLR Lokalnie".

„FLR Lokalnie" to odsłona największej konferencji o leczeniu ran w Polsce – Forum Leczenia Ran. Tym razem zagościła we Wrocławiu – mieście spotkań. Warsztatom towarzyszyła ogromna ilość pytań i potrzeba podzielenia się swoimi doświadczeniami. Podczas warsztatów szczególny nacisk położono na rozwój kompetencji praktycznych a jego uczestnicy mieli możliwość samodzielnego testowania opatrunków, antyseptyków, urządzeń oraz innych rozwiązań stosowanych w terapii ran. To była wyjątkowa okazja, by w kameralnych grupach zdobywać doświadczenie, doskonalić swoje umiejętności i podnosić jakość opieki nad pacjentami. Zajęcia warsztatowe dotyczyły m.in. takich zagadnień jak:

- Profilaktyka zakażeń: aseptyka, oczyszczanie rany i antyseptyka;
- Ocena rany: klasyfikacja, analiza tkanek i czynników opóźniających gojenie;
- Opatrunki specjalistyczne: dobór materiałów do rodzaju i fazy rany;
- Rany przewlekłe: odleżyny, stopa cukrzycowa, owrzodzenia, rany pooperacyjne;
- Monitoring leczenia: ocena efektów i dostosowanie terapii;
- Wsparcie pacjenta: pielęgnacja skóry, profilaktyka odleżyn i edukacja w zakresie samoopieki.

Drugi dzień XVII Akademii Pielęgniarstwa to część teoretyczna wydarzenia.

Program konferencji dotyczył szerokiego spektrum tematów – od nowoczesnej diagnostyki, przez aktualne standardy postępowania terapeutycznego, aż po innowacyjne metody leczenia i terapie wspomagające. Swoją wiedzą zechcieli podzielić się znakomici wykładowcy. Nie zabrakło miejsca na dyskusje z ekspertami oraz poznania najnowszych kierunków rozwoju w obszarze opieki nad pacjentem z raną. To także przestrzeń do integracji środowiska oraz budowania współpracy między profesjonalistami różnych dziedzin medycyny.

Dwudniowe wydarzenie połączyło teorię z praktyką, bogaty program wykładów oraz intensywne warsztaty praktyczne, stworzyły wyjątkową okazję do rozwoju zawodowego dla pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych.

Chcielibyśmy serdecznie podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do sukcesu tegorocznej Akademii Pielęgniarstwa. Szczególne wyrazy wdzięczności kierujemy do wydawnictwa Evereth Publishing oraz Stowarzyszenia Naukowego Leczenia Ran za nieocenioną współpracę przy organizacji tego wydarzenia oraz do znakomitych prelegentów za ich inspirujące wystąpienia, pełne merytorycznej wiedzy i pasji.

Ogromne podziękowania składamy także wszystkim uczestnikom, których obecność i aktywne zaangażowanie stworzyły wspaniałą atmosferę pełną otwartości i wsparcia. Bez Was to wydarzenie nie byłoby tak wyjątkowe.

Z niecierpliwością czekamy na kolejną edycję Akademii Pielęgniarstwa!



Akademia Pielęgniarstwa

35 LAT

XVII AKADEMIA PIELĘGNIARSTWA: POSTĘPOWANIE Z RANĄ

16 PAŹDZIERNIKA 2026 R.
Q HOTEL PLUS WROCŁAW
UL. ZAOLZIAŃSKA 2
53-334 WROCŁAW

08:00	**REJESTRACJA UCZESTNIKÓW**
09:00–09:20 (20')	**OTWARCIE KONFERENCJI I CZĘŚĆ INAUGURACYJNA**
	dr n. med. i n. o zdr. Anna Szafran - Przewodnicząca DORPiP we Wrocławiu
09:20–11:30 (130')	**CZĘŚĆ I.**
09:20–09:50 (30')	Rola postępowania wielospecjalistycznego w onkologii dziecięcej ***prof. dr hab. n. med. Bernarda Kazanowska***
09:50–10:30 (40')	Rany onkologiczne i przewlekłe w praktyce ***Irena Gil***
10:30–11:00 (30')	Rana pod lupą prawa. Kiedy prawidłowe leczenie nie wystarczy? ***mgr Marta Leśnik***
11:00–11:30 (30')	Algorytmy postępowania z raną w świetle aktualnych wytycznych. Rola i kompetencje w zespole interdyscyplinarnym ***mgr Zuzanna Konrady***
11:30–12:00	**PRZERWA KAWOWA**
12:00–15:30 (210')	**CZĘŚĆ II.**
12:00–12:30 (30')	Żywienie medyczne w wielochorobowości ***mgr Zuzanna Konrady***
12:30–13:00 (30')	Nowy rozdział w terapii ran. Od kontroli infekcji do wspierania gojenia ***mgr Angelika Borowiec***
13:00–13:30 (30')	Pomóż ranie – praktyczne rozwiązania w terapii ran trudno gojących się ***mgr Sylwia Rogowska***
13:30–14:00 (30')	Kompresjoterapia – wytyczne i algorytmy postępowania ***dr n med. i n. o zdr. Elżbieta Szkiler***
14:00–14:20 (20')	Jak sobie radzić z brakiem gojeni? Rany o różnej etiologii w praktyce pozaszpitalnej ***dr n med. i n. o zdr. Elżbieta Szkiler***
14:20–14:50 (30')	Właściwa strategia – kiedy i jak łączyć różne metody leczenia ran? Od terapii podciśnieniowej po kompresjoterapię i nowoczesne opatrunki ***mgr Renata Osęka***
14:50–15:10 (20')	Mechanizmy działania w leczeniu ran. Przykłady zastosowań klinicznych ***mgr Bartłomiej Dolatkowski***
15:10–15:30 (20')	Avilin Spray – refundowany wyrób medyczny. Opisy przypadków zastosowania w leczeniu przewlekłych i trudno gojących się ran ***mgr Adrian Czepiczek***
15:30	**ZAKOŃCZENIE KONFERENCJI**

ORGANIZATORZY

evereth

35 LAT

PARTNER MERYTORYCZNY

Stowarzyszenie Naukowe Leczenia Ran


XVII Akademia Pielęgniarstwa






Rany onkologiczne i przewlekłe w praktyce.




Akademia Pielęgniarstwa
XVII Akademia Pielęgniarstwa
Postępowanie z Raną
16 października 2026 r., Wrocław


Akademia Pielęgniarstwa
XVII Akademia Pielęgniarstwa
Postępowanie z Raną
16 października 2026 r., Wrocław




Akademia Pielęgniarstwa

UROCZYSTE POŚWIĘCENIE OBRAZU BŁOGOSŁAWIONEJ HANNY CHRZANOWSKIEJ – PATRONKI PIELĘGNIAREK

DANUTA MUSIOŁ SEKRETARZ DORPIP WE WROCŁAWIU

W dniu 7 października 2026 roku w Katedrze Wrocławskiej odbyło się uroczyste poświęcenie obrazu Błogosławionej Hanny Chrzanowskiej – patronki pielęgniarek. W roku jubileuszu 35 lecia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych uroczystość ta w szczególny sposób podkreśliła tradycje zawodowe oraz historie zawodu pielęgniarki i zawodu położnej.

Historię zawodów buduje nie tylko jej teraźniejszość, ale też przeszłość i przyszłość. To ważne dla przyszłych pokoleń. Historia naszych zawodów jest bowiem żywą pamięcią pokoleń. Tworzą ją ludzie, ich praca, poświęcenie, doświadczenie i wartości, które przekazywane są kolejnym pokoleniom. Troska o tę historię i jej pielęgnowanie jest szczególnym zadaniem naszego samorządu. To właśnie dzięki pamięci możemy lepiej rozumieć, skąd przyszliśmy, kim jesteśmy dziś i jaką odpowiedzialność ponosimy za tych, którzy przyjdą po nas.

W murach Katedry Wrocławskiej spotkali się ci, których łączy troska o człowieka, szacunek dla zawodu i odpowiedzialność za jego przyszłość. Była to chwila, w której mogliśmy zatrzymać się na moment w codziennym trudzie, spojrzeć z wdzięcznością na minione lata, wspomnieć tych, którzy przed nami budowali fundamenty naszego samorządu i naszych zawodów, a także z nadzieją patrzeć w przyszłość.

Uroczystą Eucharystię odprawił abp Józef Kupny. Metropolita wrocławski podziękował całemu środowisku za codzienną służbę chorym i pobłogosławił obraz bł. Hanny Chrzanowskiej, który zawisł na ścianie archikatedry. Metropolita wrocławski podkreślił w homilii, że „jest to przede wszystkim czas wdzięczności za człowieka, za każdą pielęgniarkę, każdą położną, za każdego, kto w szpitalu, przychodni, hospicjum, domu pomocy społecznej, domu chorego czy na sali porodowej staje przy drugim człowieku wtedy, kiedy jego życie jest szczególnie kruche. Wizerunek bł. Hanny Chrzanowskiej jest znakiem dla wszystkich pielęgniarek i położnych. – Nie traćcie serca – zaapelował.

Jednocześnie przestrzegł przed tym, co może stać się jednym z największych zagrożeń w zawodzie opartym na relacji z drugim człowiekiem: przed utratą wrażliwości wskutek zmęczenia.

– Nie pozwólcie, aby zmęczenie odebrało wam wrażliwość, bo tak może się dziać. Wszyscy tylko ciągle wymagają, że jesteśmy w pełni siły – zauważył. Jednocześnie zachęcił pielęgniarki i położne, by nie bały się upominać o godność własnego zawodu, dobre warunki pracy i należny szacunek".



Obraz Błogosławionej Hanny Chrzanowskiej ufundowany przez Dolnośląską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu, który od tego dnia znajduje się w lewej nawie Katedry Wrocławskiej, będzie trwałym znakiem tej pamięci. Będzie przypominał o niezwykłej postaci Patronki Pielęgniarek – o jej oddaniu drugiemu człowiekowi, wrażliwości, pokorze i bezgranicznej służbie potrzebującym. Pozostanie również symbolem wartości, które od pokoleń stanowią fundament pielęgniarstwa i położnictwa.

Błogosławiona Hanna Chrzanowska uosabia najpiękniejsze wartości zawodu. To pielęgniarka, która całe życie poświęciła służbie chorym i potrzebującym. Jej przykład pozostaje inspiracją dla współczesnego pielęgniarstwa, przypominając, że profesjonalizm powinien iść w parze z troską o człowieka.

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych pięknie dziękuje wszystkim, którzy uczestniczyli w tej wyjątkowej i wzruszającej dla wszystkich Mszy Św.

Serdecznie dziękujemy wszystkim Pielęgniarkom, Pielęgniarzom i Położnym, które osobiście uczestniczyły w tej uroczystości.

Dziękujemy również tym, którzy tego dnia, pełniąc swoje zawodowe obowiązki, nie mogli być razem z nami w Katedrze. O Was również pamiętaliśmy w modlitwie i w naszych podziękowaniach.

Dziękujemy wrocławskiemu artyście Mariuszowi Mikołajkowi przy współpracy Ireny Rożańskiej i Józefa Mikołajka za namalowanie obrazu Błogosławionej Hanny Chrzanowskiej z jej życiem i historią w tle oraz wszystkim osobom zaangażowanym, za ich pomoc i wolę, aby dzieło powstało.

Dziękujemy Pocztom Sztandarowym:

- Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze,
- Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krakowie,
- Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu,
- Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
- Wspólnoty Żywego Różańca im. Bł. Hanny Chrzanowskiej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu.

Podziękowania za udział w tej wyjątkowej uroczystości kierujemy również do Katolickiego Stowarzyszenia Pielęgniarek i Położnych Polskich.

Szczególne podziękowania kierujemy do:

- Jego Ekscelencji Księdza Arcybiskupa Józefa Kupnego Metropolity Wrocławskiego za przewodniczenie Eucharystii oraz piękne słowa skierowane do całego środowiska pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych,
- Księdza Pawła Cembrowicza – Proboszcza Parafii Katedralnej,
- wszystkich kapelanów szpitalnych, którzy w tym dniu byli z Nami, za ich przychylność i błogosławieństwo.

Na pamiątkę uroczystości poświęcenia obrazu Błogosławionej Hanny Chrzanowskiej powstał okolicznościowy folder w języku polskim i angielskim oraz zakładka do książki z wizerunkiem Hanny Chrzanowskiej i kopii obrazu (fotografie w załączeniu).

Przedstawiamy również zdjęcia ze spotkań w pracowni artysty malarza, które stanowią niezwykłą pamiątkę okoliczności powstawania obrazu.

Wszystkich Państwa serdecznie zapraszamy do odwiedzenia Katedry Wrocławskiej i zatrzymania się na chwilę przy obrazie Błogosławionej Hanny Chrzanowskiej, znajdującym się w lewej nawie Katedry.








JELENIA GÓRA



ZACZEPEK ETYCZNY
O ADAMIE

DR HAB. JAROSŁAW BARAŃSKI - ETYK, FILOZOF, KIEROWNIK ZAKŁADU HUMANISTYCZNYCH NAUK LEKARSKICH UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Giorgio Agamben pisze, że u podstaw koncepcji człowieka leży postać Adama, który nie miał dzieciństwa, a przez to również pamięci o nim: „I być może właśnie z powodu tego braku, bardziej pierwotnego niż jakikolwiek grzech, dzieciństwo jest dla każdego z nas z jednej strony źródłem nostalgii za niemożliwym szczęściem, a z drugiej strony, w organizacji społecznej, stanem wadliwym, który należy dyscyplinować i kształcić za wszelką cenę. A jeśli psychoanaliza postrzega dziecko jako ukryty podmiot każdej nerwicy, to być może właśnie dlatego, że gdzieś w nas działa adamowy paradygmat człowieka bez dzieciństwa" (L'infanzia di Adamo).

Dzieciństwo jest w nas obecne nieustanną nostalgią, która podsyca pragnienia. Chętnie oddajemy się kaprysom, śpiesznie zgłaszamy roszczenia, skarżymy się, wypowiadając pretensje w rozczarowaniu, że nie otrzymaliśmy od życia oczekiwanych lub wymarzonych prezentów. Ciągle zerkamy w swoją pamięć o nim, upatrując w tym przypomnieniu raju własnej egzystencji, żałując, że sięgnęliśmy po owoc poznania, który pozbawił nas nieświadomości i wygnał ze świata zabaw. W dzieciństwie bowiem nie chorowaliśmy i obca nam wtedy była uwierająca troska o siebie oraz lęk o bliskich. Byliśmy jednością z ciałem, byliśmy nim w beztrosce, troska zaś przyszła wraz z wiekiem, gdy nauczyliśmy się odróżniać siebie od ciała. Byliśmy jednością, o którą upomina się starość, nawykając do niesprawności. Medycyna istniała dla innych, bo też tych właśnie dosięgały limity zdrowia i życia. Dzieciństwo limitów nie znało, nie miało czasu. W dorosłości ciało ogranicza wolę, wówczas wola ograniczała ciało.

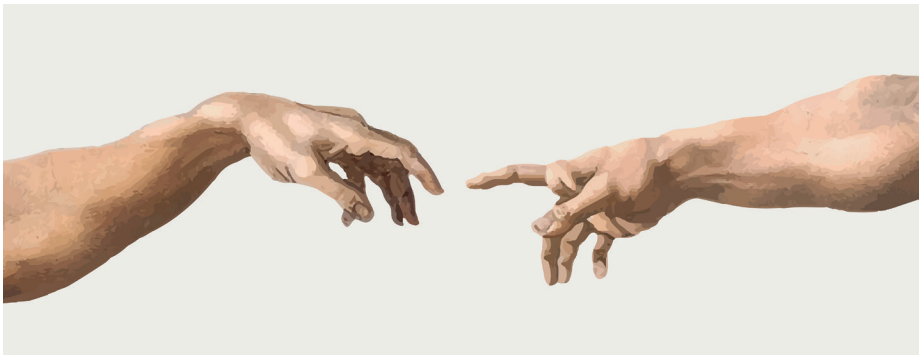
W dzieciństwie zadziwiająco przejawiało się zło: nie było naszą skłonnością, lecz czymś, co się nam przytrafia. W zasadzie zdarzało się przypadkiem – było mniej udaną wersją dobra, które chroniło nas przed krzywdą. Podążamy za dzieciństwem smakiem lub węchem. Kojarzy się powiewem firanki w podmuchu porannego lata, drożdżówką z kompotem, zapachem matczynych dań, które wnosiły tulące ramiona. Poza nimi była magia codzienności, w której wszystko było możliwe albo skrywało się pod gestem czaru. Byliśmy chronieni przez przemożne siły, które w dorosłości odstąpiły i swoim brakiem otworzyły horyzonty czasu, z których wylęga się zwykłość.

Tę bezczasowość i beztroskę zakłócił szkolny dzwonek. Dźwiękiem upominał nas o tym, że dzieciństwo jest niebezpieczne, że należy nauczyć się dorosłości, która jest wiedzą, słowem, a nie smakiem lub zapachem. Gdy zrzuciliśmy szaty dzieciństwa, pozostaliśmy nadzy. W szkole nauczyliśmy się języka, który stał się bolesną dyscypliną myśli. Zanikła spontaniczność, a gramatyka dorosłych w relacjach międzyludzkich wzbudziła w nas jedynie podejrzliwość co do ich intencji. Choć są dobrzy, mogą być źli. To było odkrycie, które pozbawiło nas naiwności i skryło dzieciństwo w zakamarkach pamięci, do której prowadziły już tylko ścieżki nostalgii śladami pierwszych pocałunków. Potem nastąpiła erupcja pieszczot, po których pozostało pytanie: czy warto było?

Adam był pozbawiony nostalgii. Pewnie nie zamyślał się, nie marzył, nie tęsknił, bo nie miał pamięci. Jeśli więc Agamben pisze, „że uzdrowienie choroby Zachodu – to znaczy kultury dorosłych, która tłumiąc dzieciństwo, skazując się na infantylność – będzie możliwe tylko wtedy, gdy będziemy w stanie przywrócić Adamowi dzieciństwo", to kluczem do rozwiązania problemów jest pamięć. Zadziwiające jest to, że ona ulotniła się nam. I nie chodzi tutaj o wspomnienia, lecz o coś, co jest cząstką naszej tożsamości i wiedzą o cierpieniach, które nie powinny nam się już nigdy zdarzyć. Bezczasowość i niepamięć są zagrożeniem: ci, którzy szydzą z pamięci, drwią z czyhających niebezpieczeństw. Ci, którzy myślą, że przeszłość jest jedynie muzeum, nawet nie zauważą, kiedy tam trafią. O to chodziło zaborcom, abyśmy nie pamiętali, abyśmy nie mieli łączności z tymi, dzięki którym jesteśmy. Dlatego budzi niepokój dziś nieustanna pokusa zawłaszczania tych historii: rugowania ich i symulowania. Dziś dezinformacja nasyciła się teraźniejszością, sięga więc po przeszłość. Zawłaszczanie historii i pamięci czynią ci, którzy jej się zrzekli, a pragną zostać sędziami ludzkich doświadczeń i – tak po prostu – decydować, które mamy opowiadać, a które nie; o czym mamy pamiętać, o czym zapomnieć. W tej pysze zapominamy o cierpieniu i krzywdzie, a niepamięcią o nich wystawiamy się niefrasobliwie na kolejne. Niepamięć wtenczas staje się rezultatem kolonizacji jednostkowego doświadczenia, czyli przejmowania kontroli nad czasem i doświadczeniem każdego z nas. W niepamięci stajemy się pozornie młodsi. Tylko dusza może być młoda, o której prawił kapłan egipski, mówiąc o Grekach do Solona: „jesteście wszyscy młodzi duszą, bo w niej nie macie złożonego żadnego poglądu, który by pochodził od starej tradycji, ani żadnej nauki wyblakłej przez czas". A niepamięć zapewne uwalnia nas od zmór sennych, lecz przyczynia się do ich obecności na jawie.

Po Adamie pozostało nam zawstydzenie, prowokujące pytanie: kim jestem? To dialektyka tożsamości, która może zaistnieć tylko wtedy, gdy odczuwana jest sprzeczność przedstawienia siebie, wstyd wywołujący. W dwoistości odczuwania siebie, przeżywania siebie, przemyśliwania siebie we wstydzie rodzi się poczucie tożsamości, które staje się dialektyczną syntezą negowania siebie: jestem tym, czym nie jestem; nie jestem tym czym jestem. Z tego zaklętego kręgu wyrywamy się bezwstydnością – jak dziecko.

Adam był człowiekiem, który nie znał żadnego mitu, ale to było zadaniem Adama – stworzenie mitu. Rozpoczął od nadawania nazw rzeczom, roślinom, zwierzętom. I nic nie zapisywał, bo słowo było światem, w którym żył. Lecz mitu dzieciństwa stworzyć nie mógł. Nie miał pamięci. Stworzył tylko mit nostalgii za utraconym dzieciństwem.




BEZPŁATNE
#FunduszeEuropejskie
KURSY UNIJNE
NA 2027 r.
już dostępne w SMK!
dla pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych
zarejestrowanych w DOIPiP we Wrocławiu
www.doipip.wroc.pl
35 LAT
Przesuń i sprawdź →
Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego
Rzeczpospolita Polska
Dofinansowane przez Unię Europejską
NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego | Rzeczpospolita Polska | Dofinansowane przez Unię Europejską | NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH


www.doipip.wroc.pl
BEZPŁATNE KURSY 2027
Kursy specjalistyczne
Leczenie ran
dla położnych
30.01.2027 – 23.03.2027
Żywienie dojelitowe i pozajelitowe
dla pielęgniarek
20.02.2027 – 13.04.2027
Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie
dla pielęgniarek i położnych
01.02.2027 – 01.04.2027
35 LAT
3 / 6


www.doipip.wroc.pl
BEZPŁATNE KURSY 2027
Kursy dokształcające
Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych
dla pielęgniarek i położnych
23.01.2027 – 31.01.2027
Zarządzanie w ochronie zdrowia
dla pielęgniarek i położnych
13.02.2027 – 23.02.2027
35 LAT
4 / 6


www.doipip.wroc.pl
Co otrzymujesz?
Bezpłatne materiały: tablet i pamięć USB
Catering podczas zajęć teoretycznych
Zaświadczenie o ukończeniu kursu
Platforma e-learningowa: 15 kursów z certyfikatami
Dla kogo?
Dla pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych z prawem wykonywania zawodu – aktywnych i nieaktywnych zawodowo (np. na urlopie wychowawczym lub szukających pracy).
35 LAT
5 / 6


www.doipip.wroc.pl
Jak się zapisać?
Złóż wniosek w systemie SMK
UWAGA! Jedna osoba może wziąć udział tylko w jednym kursie stacjonarnym w ramach projektu realizowanego w latach 2025–2027.
KONTAKT
tel. 71 333 57 08 · kom. 502 030 721
dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl
Więcej: nipip.pl/projekt · doipip.wroc.pl
Projekt „Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce" współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027.
35 LAT
6 / 6

„Śmierć nie jest kresem naszego istnienia,
żyjemy w naszych dzieciach i następnych pokoleniach".

Naszej koleżance
AGNIESZCE NAGAJ
oraz Jej Rodzinie,
wyrazy żalu i głębokiego współczucia z powodu śmierci
Babci

składają Koleżanki i Koledzy
z Oddziału Neurochirurgii
Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego
im. T. Marciniaka

„Nie umiera ten, kto trwa w pamięci naszej"

Z głębokim smutkiem i żalem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci Naszej Drogiej Koleżanki
DANUTY GRZYBEK
wieloletniej Pielęgniarki Oddziałowej
Oddziału Neurochirurgii.

Odeszła od nas osoba, która przez lata współtworzyła
historię naszego oddziału i szpitala.
Rodzinie zmarłej składamy najszczersze kondolencje.

Koleżanki i Koledzy Oddziału Neurochirurgii
Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego, CMR
im. T. Marciniaka we Wrocławiu

„Kiedy tracisz kogoś, kogo kochasz
zyskujesz anioła, którego znasz..."

Najszczersze wyrazy współczucia
oraz słowa otuchy po śmierci MAMY

Naszej Koleżance
JOLANCIE JASIŃSKIEJ
i Jej Rodzinie

składają
Koleżanki i Koledzy
Kliniki Okulistycznej z Polikliniką
Szpitala Wojskowego we Wrocławiu.

„Są pożegnania na które nigdy nie będziemy gotowi"

Wyrazy współczucia, głębokiego żalu
i słowa otuchy z powodu śmierci TATY
naszej koleżance
MARII SŁODKOWSKIEJ

składają koleżanki i koledzy
z Oddziału Anestezjologii
i Intensywnej Terapii,
Szpitala im. T. Marciniaka

„Kiedy tracisz kogoś, kogo kochasz,
zyskujesz anioła, którego znasz..."

Wyrazy współczucia, głębokiego żalu
i słowa otuchy z powodu śmierci MAMY,
naszej koleżance
ZDZISŁAWIE SZPUNAR

składają
koleżanki i koledzy z Oddziału Anestezjologii
i Intensywnej Terapii,
Szpitala im. T. Marciniaka

„Na tamten świat nikt się nie spóźnia,
niektórzy są tam nawet przed czasem„

Wyrazy współczucia, głębokiego żalu
i słowa otuchy z powodu śmierci TATY,
naszej koleżance
MAGDALENIE KOŃCZAK

składają koleżanki i koledzy
z Oddziału Anestezjologii
i Intensywnej Terapii,
Szpitala im. T. Marciniaka

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

Naszej Koleżance
URSZULI STADNIKIEWICZ
oraz Jej Rodzinie
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci TEŚCIOWEJ

składają

Koleżanki, Koledzy, Współpracownicy
Bloku Operacyjnego
oraz Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Dolnośląskiego Centrum Onkologii Pulmonologii
i Hematologii

„Dzień, którego się boisz jako ostatniego, jest dniem narodzin wieczności"
– Seneka Starszy

Naszej Koleżance
DOROCIE HUDZIAK
oraz Jej Rodzinie
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci TEŚCIA

składają
Koleżanki, Koledzy, Współpracownicy
Bloku Operacyjnego
oraz Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Dolnośląskiego Centrum Onkologii Pulmonologii
i Hematologii

„ Ludzie, których kochamy zostają z nami na zawsze"

Naszej koleżance
BARBARZE MYCEK
Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci Taty

składają
Naczelna Pielęgniarka z całym zespołem Pielęgniarek
i Położnych ze Szpitala MSWiA we Wrocławiu

„Zmarli wcale nie odeszli, dopóki żyją w sercach bliskich"
– George Eliot
Koleżance
URSZULI STADNIKIEWICZ
oraz Jej Rodzinie
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci
TEŚCIOWEJ
składa Dyrekcja, Koleżanki, Koledzy oraz
Współpracownicy
Dolnośląskiego Centrum Onkologii Pulmonologii
i Hematologii

„Smutek, kiedy przychodzi, nie przypomina w niczym tego, czego się spodziewaliśmy"
Joan Didion

Naszej Koleżance
DOROCIE HUDZIAK
oraz Jej Rodzinie
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci TEŚCIA

składają
składa Dyrekcja, Koleżanki, Koledzy oraz
Współpracownicy
Dolnośląskiego Centrum Onkologii Pulmonologii
i Hematologii

DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH we Wrocławiu
ul. Powstańców Śląskich 50, 53–333 Wrocław
tel. 71 333 57 02
e–mail: info@doipip.wroc.pl
www.doipip.wroc.pl

NUMER KONTA BANKOWEGO DOIPiP
na który należy przekazywać SKŁADKI CZŁONKOWSKIE
Bank PEKAO SA O/Wrocław
Nr konta: 63 1240 6670 1111 0000 5641 0435

GODZINY PRACY BIURA DOIPiP
we Wrocławiu
poniedziałek, środa, czwartek: 8-16
wtorek: 8-17, piątek 8-15

BIBLIOTEKA
czynna codziennie
w godzinach pracy BIURA

DZIAŁ KSZTAŁCENIA
tel. 71 333 57 08
poniedziałek, środa, czwartek: 8-16
wtorek: 8-17, piątek 8-15
e-mail: dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl

KONTO DZIAŁU KSZTAŁCENIA
Bank PEKAO SA O/Wrocław
Nr konta: 13 1240 6670 1111 0000 5648 5055

GODZINY PRACY KASY
poniedziałek, środa: 10–16;
wtorek, czwartek: 8–13
piątek: NIECZYNNA
tel. 71 333 57 02

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ
tel. 518 280 601
poniedziałek: 8:00–18:00
wtorek, środa, czwartek: 8:00–17:00

OKRĘGOWY SĄD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
tel. 71 333 57 02
Informacja o dyżurach pod numerem telefonu lub w Sekretariacie Biura DOIPiP

RADCA PRAWNY – Marcin Dziki
poniedziałek: 12.30-15.30, środa: 8:00-12:00
tel. 785 930 294
e-mail: info@doipip.wroc.pl

KASA POŻYCZKOWA PRZY DOIPIP
Bank PKO BP IV Oddział Wrocław,
ul. Gepperta 4
Nr konta: 56 1020 5242 0000 2702 0019 9224
tel. 71 333 57 02
Informacje o stanie swojego konta w Kasie Pożyczkowej można uzyskać w czasie dyżuru w środę 15-16.30 telefonicznie lub osobiście.
KSIĘGOWOŚĆ IZBY NIE PROWADZI KASY POŻYCZKOWEJ I NIE UDZIELA INFORMACJI.

WYKAZ TELEFONÓW W SIEDZIBIE BIURA DOIPIP WE WROCŁAWIU

Sekretariat	71 333 57 02
Sekretariat (fax)	71 373 20 56
Dyrektor Biura	71 333 57 00
Przewodnicząca	71 333 57 02
Wiceprzewodnicząca	71 333 57 10
Sekretarz	71 333 57 04
Skarbnik	71 333 57 05
Ewidencja/rejestr piel. i poł.	71 333 57 09/ 71 333 57 11
Ewidencja/rejestr piel. i poł.	71 333 57 14
Praktyki zawodowe	71 333 57 07
Księgowość	71 333 57 06
Kasa	71 333 57 02
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	518 280 601
Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych	71 333 57 02
Dział Kształcenia	71 333 57 08
Kierownik Działu Kształcenia	71 333 57 12
Radca Prawny	785 930 294
Biblioteka	71 333 57 11

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

- **PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI** – mgr Ewa Pielichowska
  4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinika SP ZOZ
  ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław
  T: 261 660 207, 608 309 310
  E: naczelna.pielegniarka@4wsk.pl

- **PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO** OD 01.10.2022 R.
  – Dr n. med. Monika Przestrzelska
  Zakład Położnictwa i Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego
  ul. Bartla 5, 50-996 Wrocław
  T: 71 784 18 24, 608 509 727
  E: mprzestrzelska.konsultantd@gmail.com

- **PIELĘGNIARSTWA W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ** – mgr Dorota Rudnicka
  Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Będkowo Sp. z o.o. Sp. k.
  Będkowo 1, 55-100 Trzebnica
  T: 71 722 29 48, 603 852 669
  E: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

- **PIELĘGNIARSTWA INTERNISTYCZNEGO**
  prof. dr hab. n. med. Uchmanowicz Izabella
  Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
  E: izabella.uchmanowicz@umw.edu.pl

- **PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO**
  – dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor
  Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii
  pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław
  T: 71 36 89 260, 603 38 58 98
  E: e.garwacka@gmail.com

- **PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO**
  – mgr Klaudia Michnik
  T: 787 523 032
  E: klaudiamichnik5@gmail.com

- **PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO**
  – dr n. o zdr. Jerzy Twardak
  Uniwersytet Medyczny
  Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego
  ul. Bartla 5, 56-618 Wrocław
  T: 668 193 147
  E: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

- **PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO**
  dr n. o zdr. Chudiak Anna Krystyna
  Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii
  T: 726 510 816
  E: chudiakanna@gmail.com

- **PIELĘGNIARSTWO OPIEKI PALIATYWNEJ**
  – mgr Ewa Śniechowska-Krzyżanowska
  Bonifraterskie Centrum Zdrowia sp. z o.o.
  ul. Gen. R. Traugutta 57
  T: 728 871 779
  E: ewakrzyzanowska@gmail.com

- **PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO**
  – dr n. o zdr. Wiesław Zielonka
  Pogotowie Ratunkowe w Legnicy
  ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica
  T: 502 676 039
  E: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl

- **PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO**
  – mgr Dorota Kaczor
  Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Sp.z o.o.
  ul. J.Korczaka 1, 58-400 Kamienna Góra
  T: 606 226 655
  E: kador@wp.pl

- **PIELĘGNIARSTWA GERIATRYCZNEGO**
  dr hab. Wróblewska Izabela Małgorzata
  Collegium Witelona Uczelnia Państwowa
  T: 76 723 22 15
  E: izabella.wroblewska@collegiumwitelona.pl



Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych realizuje projekt **„Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce”** (FERS.01.12-IP.07-0001/25)

Projekt jest realizowany w ramach programu **Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027**, współfinansowanego ze środków **Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.**

Wartość projektu: 102 690 725,50 zł, w tym wkład **Funduszy Europejskich:** 84 740 386,68 zł

Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego | Rzeczpospolita Polska | Dofinansowane przez Unię Europejską | NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH