

FORUM ZAWODOWE

1(118) 2019

CZASOPISMO OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE
ISSN 1213-2046

W numerze

- 3** Słowo Przewodniczącej
- 4** Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie
- 6** Uroczyste podsumowanie Plebiscytu Medycznego 2018 oraz projektu Mecenas 2018 Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie
- 8** Długoterminowa opieka zdrowotna w województwie podkarpackim – debata
- 10** Opinia prawna
- 12** Podział kwalifikacji zawodowych
- 13** Komunikat dotyczący aktualizacji liczby etatów/ równoważników etatu pielęgniarek i położnych
- 14** Nowe Wyzwania Pielęgniarstwa w 2019
- 16** Porada pielęgniarska: kiedy byłaby najbardziej potrzebna?
- 18** Medycyna szkolna XXI wieku
- 22** Dieta Polaków to przepis na otyłość, nadciśnienie i cukrzycę
- 24** Pierwsza wizyta położnej rodzinnej u położnicy i noworodka
- 26** Szczepienia ochronne. Jak rozmawiać o nich z rodzicami?
- 29** 11 lutego Światowym Dniem Chorego
- 29** Opieka pielęgniarska nad pacjentem z atopowym zapaleniem skóry w czasie diagnostyki i leczenia
- 31** Rola pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do samoopieki w warunkach domowych po nefrektomii
- 34** Aktualizacja danych

NASZ ADRES

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, pok. 205-210
tel./fax: 13 43 694 60, www.oipip.krosno.pl,
e-mail: oipip@interia.pl

Biuro Izby czynne

w poniedziałek od 7.30-17.00
od wtorku do piątku w godzinach 7.30-15.30

Radca Prawny

mgr Piotr Świątek
udziela porad prawnych w piątek od godz. 9.00-14.00
Kontakt za pośrednictwem Biura OIPiP

Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

czynne codziennie w siedzibie Izby w godzinach 10.00-14.00
tel. 13 43 694 60

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
pełni dyżur w pierwszy poniedziałek miesiąca
w godzinach 10.00-14.00

Podania o zapomogi i dofinansowanie szkoleń podyplomowych prosimy składać do 10-go każdego miesiąca osobiście lub listownie.

ZIMA

*Niby potoki łez zamrożniętych,
Po niebie lilajasko-bładem,
Na srebrnych żaglach rozwiniętych,
Maleńkie chmurki płyną stadem.*

*Lodowym blaskiem gwiazd promienie
Skrzą się nad pola śnieżno-białe
I rozlewają w krąg milczenie
Melancholijne, oniemiałe.*

*I jakiś pokój dziwnie błogi
Ogarnął śnieżne mgły srebrzyste;
Na sennie chaty, pola, drogi
Milczenie padło uroczyste.*

*I zamilkł wiatr, ucichły szumy
Korony topól szkieletowej;
Marzenia pełne i zadumy
W błękity patrzą nieme sowy.*

*I tylko z dala niespokojne
Słychać huczenie, śmig wiatraka;
I duch ze sobą toczy wojnę
I w nim, wśród ciszy, wrzawa taka.*

ANTONI LANGE

DYŻURY OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

ROK 2019

10 stycznia	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
24 stycznia	ORzOZ Małgorzata Sawicka
7 lutego	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
25 lutego	Z-ca ORzOZ Małgorzata Bieniasz
7 marca	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
22 marca	Z-ca ORzOZ Małgorzata Bieniasz
4 kwietnia	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
26 kwietnia	ORzOZ Małgorzata Sawicka
9 maja	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
26 maja	ORzOZ Małgorzata Sawicka
3 czerwca	Z-ca ORzOZ Małgorzata Bieniasz
28 czerwca	ORzOZ Małgorzata Sawicka
8 lipca	Z-ca ORzOZ Małgorzata Bieniasz
26 lipca	ORzOZ Małgorzata Sawicka
5 sierpnia	Z-ca ORzOZ Małgorzata Bieniasz
23 sierpnia	Z-ca ORzOZ Małgorzata Bieniasz
5 września	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
20 września	ORzOZ Małgorzata Sawicka
3 października	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
21 października	ORzOZ Małgorzata Sawicka
7 listopada	Z-ca ORzOZ Edwarda Kozubal
18 listopada	Z-ca ORzOZ Małgorzata Bieniasz
2 grudnia	ORzOZ Małgorzata Sawicka
19 grudnia	Z-ca ORzOZ Małgorzata Bieniasz

Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Nadszedł Nowy Rok, a wraz z nim nowe marzenia, nadzieje, oczekiwania i zmiany. Zmiany nie tylko te na gruncie zawodowym, ale również prywatnym. Czasem niekoniecznie się z nimi zgadzamy, gdyż wzbudzają wiele naszych wątpliwości i niekiedy są całkowicie niezależne od naszej woli. Mimo wszystko musimy dokładać wszelkich starań, aby były dla nas lepsze, korzystniejsze i napawały optymizmem.

Od 30 grudnia 2018 r. obowiązuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Rozporządzenie przedłuża okres dostosowania do wymagań dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczących rozdzielności oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dorosłych i dzieci oraz utrzymania kwalifikacji personelu medycznego do 31 grudnia 2021 r.

Po długich oczekiwaniach, wielu staraniach i wyczerpanej pracy pojawił się również nowy akt prawny, regulujący normy zatrudnienia w naszych zawodach. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego zostało podpisane 11 października 2018 r. i obowiązuje od 1 stycznia 2019 r. Jest to jeden z efektów Porozumienia, które zostało podpisane w dniu 9 lipca 2018 r. pomiędzy NIPiP, OZZPiP, MZ i NFZ. Skutkiem wejścia w życie omawianego Rozporządzenia jest konieczność likwidacji części łóżek, także z powodu braków kadrowych w zawodach pielęgniarki i położnej. I tak od początku 2019r. na oddziałach zachowawczych na jedno łóżko szpitalne ma przypadać 0,6 etatu pielęgniarskiego, na oddziałach zabiegowych współczynnik ten wyniesie 0,7 etatu. Z kolei od 1 lipca 2019 r. na oddziałach pediatrycznych zachowawczych na jedno łóżko ma przypadać 0,8 etatu, a na pediatrycznych zabiegowych 0,9 etatu pielęgniarskiego.

Zgodnie z założeniami, Rozporządzenie ma zwiększyć bezpieczeństwo pacjentów, poprawić jakość sprawowanej nad nim opieki a osobom wykonującym zawody medyczne – pielęgniarkom, położnym - stworzyć odpowiednie warunki pracy.

Od 1 stycznia 2019 r. obowiązuje również Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Celem standardu jest: zmniejszenie medykalizacji porodu, zwiększenie roli położnej w opiece okołoporodowej, ujednoczenie treści informacji przekazywanych ciężarnej i osobom im bliskim w ramach edukacji przedporodowej, zwiększenie satysfakcji pacjentek z zakresu świadczonej opieki medycznej, a ponadto promocja karmienia piersią. Standard wyznacza sposób organizacji opieki zdrowotnej w przebiegu ciąży, porodu, położu i opieki nad noworodkiem. Szczególne miejsce zajmują w nim przepisy dotyczące organizacji edukacji przedporodowej, wsparcia karmienia piersią, łagodzenia bólu porodowego, a także sposobu postępowania personelu w przypadkach szczególnie trudnych dla kobiet i ich rodzin, takich jak poronienie, urodzenie martwego lub ciężko chorego dziecka. W tym miejscu pragnę podkreślić, że temat ten zostanie szczegółowo omówiony podczas Konferencji dla położnych.

W bieżącym numerze Biuletynu przedstawiamy też informacje o debacie na temat opieki długoterminowej, która odbyła się 21 stycznia 2019 r. w Podkarpackim Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie. Spotkanie zostało zorganizowane przez Panią Bożenę Majchrowicz - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej na prośbę podmiotów, realizujących świadczenia w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej. Na spotkaniu zasygnalizowano problemy z którymi na co dzień borykają się świadczeniodawcy. Zwrócono m.in. uwagę na nakład pracy,



czas pracy, kolejki osób oczekujących na ten rodzaj opieki i obowiązki spoczywające na podmiotach leczniczych. Poruszono także kwestie dotyczące postanowień Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. W załączniku Nr 4 omawianego Rozporządzenia ustawodawca dokonał interpretacji zwrotu „1 etat przeliczeniowy”. Podczas spotkania przytoczono stanowisko Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z którym wskazane wyżej określenie należy odnosić do liczby godzin przepracowanych miesięcznie, a nie dobowo. Ponadto zaakcentowano, że wysokość dodatkowego wynagrodzenia wynikająca z OWU dla pielęgniarek realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej domowej nie powinna odpowiadać wymiarowi etatu przeliczeniowego uzależnionego od liczby pacjentów objętych opieką, lecz powinna być uzależniona od czasu pracy przeznaczonego na realizację świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę.

Informujemy również Państwa, że z dniem 1 stycznia 2019 r. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośno podniosła wysokość świadczenia dla osób odchodzących na emeryturę z kwoty 500,00 zł na kwotę 600,00 zł.

W treści tego Biuletynu znajdziecie Państwo także m. in. informacje na temat porady pielęgniarskiej, która ma być przeznaczona dla POZ i AOS, perspektyw i nowych możliwościach medycyny szkolnej XXI wieku.

*Serdecznie pozdrawiam,
Przewodnicząca ORPiP w Krośno
Renata Michalska*

Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie

od 1 grudnia 2018 r. do 31 stycznia 2019 r.

5 grudnia 2018 r.

Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

5–6 grudnia 2018 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

10 grudnia 2018 r.

Udział Pani Bożeny Kamińskiej przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Resuscytacja krążeniowo – oddechowa noworodka” dla pielęgniarek i położnych organizowanym przez Stowarzyszenie „Centrum Szkolenia Zawodowego” w Gorlicach Przedstawicielstwo w Jaśle. Egzamin odbył się w siedzibie Stowarzyszenia w Jaśle.

12 grudnia 2018 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej ORPiP, Pani Ewy Czupskiej Sekretarza oraz Pani Beaty Barańskiej członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko:

* Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Urologii i Urologii Onkologicznej,

* Pielęgniarki Oddziałowej Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej ORPiP w posiedzeniu Rady Programowej, działającej przy Zakładzie Pielęgniarstwa Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigoń w Krośnie.

14 grudnia 2018 r.

Udział Pani Ewy Czupskiej Sekretarza ORPiP w spotkaniu opłatkowym w Ośrodku Szkolenia Podplomowe-

go Pielęgniarek i Położnych Spółka z o.o. w Rzeszowie.

18 grudnia 2018 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Na posiedzeniu podjęto 35 Uchwał.

Były to uchwały w sprawie: przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu śmierci, wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu położnej z powodu śmierci, skierowania do odbycia przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, zmiany Uchwały Nr 265/VII/2018 ORPiP w Krośnie z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie zatwierdzenia „Regulaminu przyznawania bezzwrotnych zapomóg losowych dla pielęgniarek i położnych”, procentowego podziału kosztów na zadania przejęte od administracji państwowej, uchwalenia projektu prowizorium budżetowego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie na I kwartał 2019 roku, prenumeraty czasopism na rok 2019, przedłużenia abonamentu Lex Ochrona Zdrowia, zwołania XXXIV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, przyznania jednorazowego świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, zmiany Uchwały Nr 219/VII/2017 ORPiP w Krośnie z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie zatwierdzenia „Regulaminu przyznawania świadczenia w związku

z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie”, pokrycia kosztów Konferencji dla położnych, zatrudnienia pracownika w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, przyznania rekompensaty pieniężnej za pracę w organach Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, przyznania nagród pieniężnych pracownikom Biura OIPiP w Krośnie, wyrażenia zgody na zmianę wynagrodzenia osobom zatrudnionym na podstawie umów cywilnoprawnych.

Posiedzenie Komisji finansowo-socjalnej.

Przyznano 18 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby oraz dla 2 członków innych izb.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego.

39 osób otrzymało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

Uroczyste spotkanie opłatkowe w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej ORPiP, Pani Barbary Błażejowskiej-Kopiczak Wiceprzewodniczącej ORPiP w uroczystym podsumowaniu Plebiscytu Medycznego 2018 w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie, połączone z uroczystą Wigilią.

8 stycznia 2019 r.

Posiedzenie Zespołu do spraw Domów Pomocy Społecznej.

16 stycznia 2019 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w posiedzeniu Konwentu Przewodniczących w Warszawie.

21 stycznia 2019 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych i Pani Barbary Błażejowskiej-Kopiczak Wiceprzewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w debacie dotyczącej aktualnych problemów opieki długoterminowej w województwie podkarpackim. Debatę zorganizowała dr n. o zdrowiu Bożena Majchrowicz – Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Odbędzie się ona w Podkarpackim Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie.

21 stycznia 2019 r.

Posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych.

23 stycznia 2019 r.

Posiedzenie Komisji do spraw kadry zarządzającej w pielęgniarstwie i położnictwie.

24 stycznia 2019 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Na posiedzeniu podjęto 17 Uchwał.

Były to uchwały w sprawie: przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji

kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, wpisu pielęgniarek do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, stwierdzenia praw wykonywania zawodu pielęgniarek i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej i wpisu do Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wpisu położnej do Okręgowego Rejestru Położnych w Krośnie, wykreślenia pielęgniarek z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, skierowania do odbycia przeszkolenia pielęgniarek po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, przyznania jednorazowego świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, prenumeraty miesięcznika „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, propozycji przyznania odznak honorowych „Za zasługi dla ochrony zdrowia”, przeprowadzenia kontroli organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, zakupu zestawu komputerowego wraz z oprogramowaniem dla potrzeb księgowości, zakupu i montażu szaf na przechowywanie dokumentacji związanej z prowadze-

niem Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Posiedzenie Komisji finansowo-socjalnej.

Przyznano 14 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego.

30 osób otrzymało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

Posiedzenie Komisji do spraw położnych.

29 stycznia 2019 r.

Udział Pani Renaty Michalskiej Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Pani Ewy Czupskiej Sekretarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych i Pani Ewy Gryzstar członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w spotkaniu z Panem Piotrem Czerwińskim Dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

KOMUNIKAT

Szanowni Państwo,

Uprzejmie informujemy, że z dniem 1 stycznia 2019 r. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie podniosła wysokość świadczenia dla osób odchodzących na emeryturę z kwoty 500,00 zł na kwotę 600,00 zł

Uroczyste podsumowanie Plebiscytu Medycznego 2018 oraz projektu Mecenasa 2018 Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie

W dniu 18 grudnia 2018 roku w sali konferencyjnej Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie odbyło się podsumowanie dwóch cyklicznie realizowanych przez krośnieński Szpital projektów tj.: Plebiscytu Medycznego 2018 oraz projektu Mecenasa 2018 Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie. Wydarzenie to było również

połączone z otwarciem i poświęceniem Traktu Sekcyjnego, oddaniem do użytkowania nowo zakupionego ambulansu, nowych wind oraz spotkaniem opłatkowym.

W plebiscycie medycznym, już szóstej edycji, niemal przez cały rok, na specjalnie przygotowanych kuponach, pacjenci mogli składać głosy na pracowników krośnieńskiego Szpitala cieszących się

w ich opinii największą sympatią. Plebiscyt odbywał się w sześciu kategoriach.

Kapituła plebiscytu po dokonaniu przeliczenia głosów, wyłoniła tegorocznych laureatów, którymi zostali m.in.:

KATEGORIA: PIELĘGNIARKA/PIELĘGNIARZ/POŁOŻNA/POŁOŻNY ODZIAŁU 2018

I miejsce - Renata Lipka – Oddział Gastroenterologii

II miejsce - Ewa Eibin – Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej

III miejsce - Maria Wawer - Oddział Okulistyki i Okulistyki Dziecięcej

KATEGORIA: PIELĘGNIARKA/PIELĘGNIARZ/POŁOŻNA/POŁOŻNY PORADNI 2018

I miejsce - Anna Braja - Poradnia Okulistyczna

II miejsce - Beata Zielińska - Poradnia Chorób Zakaźnych

III - miejsce - Anna Pieniążek - Pracownia Endoskopii

W ramach działań podejmowanych przez Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie, które zmierzają do podnoszenia standardów świadczonych usług czy poprawy warunków socjalnych od pięciu lat kontynuowany jest projekt pod nazwą „Mecenas Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie”. W 2018 roku samorzady terytorialne pozytywnie odpowiedziały na ideę Mecenatu, jaką jest wspieranie Szpitala w modernizacji kluczowych obszarów z punktu widzenia jakości obsługi pacjenta.

Dzięki wrażliwości społecznej i wsparciu finansowym gmin: Miejsce Piastowe, Chorkówka, Rymanów, Iwonicz Zdrój, Jaśliska, Dukla, Wojaszówka, Jedlicze, a także powiat krośnieński oraz miasto Krosno zakupiono nowoczesny, spe-



cialistyczny ambulans typu C. Ponadto Szpital stara się dotrzymać kroku postępowi poprzez lepszą organizację pracy oraz wzrost jakości świadczonych usług. 18 grudnia br. zostały oddane do użytku wyremontowane dźwigi osobowo-towarowe, Trakt Sekcyjny oraz wychodząc naprzeciw potrzebom rodzin zmarłych, zostało przygotowane również miejsce dla osób oczekujących na wydanie ciała osoby bliskiej.

W tym roku uroczystość uświetniły piękne świąteczne piosenki w wykonaniu Krzysztofa Zajdla, które na pewno na długo zostaną w pamięci uczestników.

Źródło: WSZP Krosno



Długoterminowa opieka zdrowotna w województwie podkarpackim – debata

O długoterminowej opiece zdrowotnej rozmawiano podczas spotkania zorganizowanego przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej dr n. o zdrowiu Bożenę Majchrowicz.

Posiedzenie odbyło się 21 stycznia br. z udziałem wojewody podkarpackiego Ewy Leniart. Uczestniczyli w nim również poseł na Sejm RP Andrzej Szlachta, członek Zarządu Województwa Podkarpackiego Stanisław Kruczek, dyrektor

Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Rzeszowie Robert Bugaj, przedstawiciele okręgowych izb pielęgniarzek i położnych oraz świadczeniodawcy. Podczas spotkania rozmawiano m. in. o sytuacji demograficznej województwa podkarpackiego, roli opieki długoterminowej i aktualnych problemach tego sektora.

Długoterminowa opieka zdrowotna w województwie podkarpackim jest realizowana w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym. W 2017 roku w województwie funkcjonowały 54 zakłady typu opiekuńczo-leczniczego. Dysponowały one liczbą 2 tys. łóżek. W ciągu roku przebywało w nich 3,6 tys. pacjentów. Średni pobyt to ponad 194 dni.

Opiekę długoterminową stacjonarną sprawowało ok. 2,2 tys. personelu. W tym 233 lekarzy, ponad 1 tys. pielęgniarzek.



niarek, ponad 200 fizjoterapeutów, 60 psychologów.

Ponad połowa z 2 tys. pacjentów przebywających w zakładach opieki długoterminowej na koniec roku to osoby w wieku 80 lat i więcej, w większości nie opuszczające łóżek.



MINISTERSTWO SPRAWIEDLIWOŚCI
DEPARTAMENT WYKONANIA ORZECZEŃ
I PROBACJI

Szanowna Pani Przewodnicząca

W odpowiedzi na Apel nr 1 Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 25 września 2018 r. (OI-PiP.0019.22.2018), który wpłynął do Departamentu Wykonania Orzeczeń i Probacji Ministerstwa Sprawiedliwości w dniu 18 października 2018 r., uprzejmie wyjaśniam co następuje.

Podwyżki wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w myśl w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej na podstawie umowy o pracę lub w ramach stosunku służbowego zapewnione zostały postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U z 2018 r., poz. 1373), realizującym porozumienie pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych a Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia. Przedstawiciele grup zawodowych zatrudnionych w więziennych podmiotach leczniczych nie objęto ww. porozumieniem, zaś Minister Sprawiedliwości nie był jego uczestnikiem na jakimkolwiek etapie.

Wobec tego należy zauważyć, że pracownicy zatrudnieni w ramach stosunku pracy w podmiotach leczniczych podległych Ministrowi Sprawiedliwości objęci są przepisami ustawy z dnia 8 czerwca

W roku 2018 zarejestrowano 6 nowych oddziałów: 2 zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, 2 zakłady opiekuńczo-lecznicze i 2 ZOL-e psychiatryczne.

W pielęgniarstwie długoterminowej świadczonej w domu pacjenta w 2017 roku pracowało 1 tys. pielęgniarzek. Objęły opieką 5,2 tys. pacjentów. Średni czas objęcia opieką to ponad 220 dni.

niarek. Objęły opieką 5,2 tys. pacjentów. Średni czas objęcia opieką to ponad 220 dni.

źródło: <https://rzeszow.uw.gov.pl/aktualnosci/dlugoterminowa-opieka-zdrowotna-w-województwie-podkarpackim-debata/#>

DWOiP-III-070-27/18
UNP: 181126-01724

Warszawa, 26 listopada 2018 r.

Pani Renata Michalska

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1473 z późn. zm.), która stanowi podstawę do realizowania wzrostu ich wynagrodzenia. Postulaty objęcia tymi przepisami osób zatrudnionych w ramach stosunku służbowego nie były zgłaszane podczas procesu legislacyjnego.

Jednocześnie należałoby podkreślić, że z ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1542 z późn. zm.) wynika, iż zasadniczą większość personelu pielęgniarstwowego zatrudnionego w więziennej służbie zdrowia stanowią funkcjonariusze. Ich zatrudnienie regulowane jest przepisami ww. ustawy o Służbie Więziennej. Jednakże mimo podziału na pracowników i funkcjonariuszy, warunki wynagrodzenia obu grup podlegają tej samej regularnej poprawie w ramach przedsięwzięć podejmowanych zgodnie z ustawą z dnia 15 grudnia 2016 r. o ustanowieniu „Programu Modernizacji Służby Więziennej w latach 2017–2020”. Jako istotne podkreślić należy, że wydawanie środków finansowych ww. programu na wzrost wynagrodzeń i uposażeń pracowników i funkcjonariuszy następuje w sposób uzgodniony z partnerem społecznym. W związku z tym wzrost wynagrodzeń od 1 stycznia 2019 r. jest już kolejnym podniesieniem wynagrodzeń zaplanowanym zgodnie z ww. ustawą modernizacyjną.

Wypada zauważyć, że w szczególnej sytuacji na rynku pracy, obłożenia obowiązkami i deficytu kadry medycznej, w braku jednolitych uwarunkowań płacowych, Służba Więzienna oferuje stabilną pracę i w swoich planach oraz założeniach rozwojowych stale uwzględnia i podaje do społecznej dyskusji sprawę poziomu wynagrodzeń. Uczestniczą w tym procesie również związki zawodowe funkcjonariuszy i pracowników więziennictwa.

Warto nadmienić, że warunki rozwoju zawodowego pielęgniarek zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej przewidziane w art. 146 ww. ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej są obecnie wzorem dla działań Ministra Zdrowia w celu wprowadzenia dla pozostałych grup pielęgniarek płatnego urlopu szkoleniowego.

Biorąc pod uwagę wymienione powyżej uwarunkowania prawne i organizacyjne należy wskazać na stałe zainteresowanie Ministra Sprawiedliwości, jak i Centralnego Zarządu Służby Więziennej kwestiami uposażenia funkcjonariuszy i pracowników cywilnych Służby Więziennej w ramach finansowania Służby Więziennej.

NACZELNIK

Wydziału do spraw Służby Więziennej
dr Witold Mazurek

Opinia prawna

Czy pielęgniarki POZ mają możliwość zakupu w aptekach ogólnodostępnych produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego na podstawie art. 68 ust. 4 i 7 i art. 96 ust. 1 pkt 3 i ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t. jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 2211 z późn. zm.).

Zgodnie z art. 68 ust. 4 i 7 i art. 96 ust. 1 pkt 3 i ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, nie uznaje się za obrót detaliczny bezpośredniego zastosowania u pacjenta produktów leczniczych oraz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, których potrzeba zastosowania wynika z rodzaju udzielanego świadczenia zdrowotnego. Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia: wykaz produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, uwzględniając rodzaj udzielanego świadczenia oraz wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie.

Z powyższych przepisów nie wynika możliwość kupowania w aptekach ogólnodostępnych produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego przez pielęgniarki poz.

Recepty mogą być wystawiane:

1) dla osoby wystawiającej, zwanej dalej „receptą pro auctore”,

2) małżonka, wstępnego, zstępnego lub rodzeństwa osoby wystawiającej, zwanej dalej „receptą pro familiae”;

3) recepty na produkt leczniczy lub wyrób medyczny wystawionej przez osobę uprawnioną do wystawiania recept zgodnie z prawem państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego

Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, w którym recepta została wystawiona, podlegającej realizacji w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, zwanej dalej „receptą transgraniczną”;

4) recepty dla osoby o nieustalonej tożsamości;

5) recepty wystawianej przez lekarza, o którym mowa w art. 9 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza, albo pielęgniarkę i położną, o której mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. (art. 95b. Prawo farmaceutyczne).

Zgodnie z Załącznikiem nr 1 wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, które mogą być ordynowane przez pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, oraz na które pielęgniarki i położne mają prawo wystawiać recepty do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (Dz.

U. z 2018 r. poz. 299), pielęgniarki i położne mają prawo wystawiać recepty na leki zawierające substancje czynne takie jak poniżej:

1) leki przeciwwymiotne

1. Ondansetronum wszystkie dostępne postacie

2. Aprepitantum wszystkie dostępne postacie

3. Thiethylperazinum wszystkie dostępne postacie

2) leki przeciwzakaźne do stosowania miejscowego

1. Nystatinum postacie do podawania na skórę i błony śluzowe

2. Metronidazolium postacie na skórę i błony śluzowe

3) ginekologiczne leki przeciwzakaźne

1. Nystatinum postacie do podawania dopochwowego

2. Natamycinum postacie do podawania dopochwowego

3. Clotrimazolium postacie do podawania dopochwowego

4. Metronidazolium postacie do podawania dopochwowego

4) leki stosowane w niedokrwistości

AcidumFolicum postacie do podawania doustnego

5) leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach gardła

Phenoxymethylpenicillinum postacie do podawania doustnego

6) leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach ucha i zatok

Amoxicillinum postacie do podawania doustnego

7) leki przeciwbakteryjne stosowane w chorobach dróg moczowych

Trimethoprim postaci do podawania doustnego

8) leki przeciwbakteryjne stosowane w chorobach przyzębia i tkanki okostnej

Doxycyclinum postaci do podawania doustnego

9) leki przeciwbakteryjne stosowane w chorobach skóry

Oxytetracyclinum + HydrocortisoniAcetas postaci do podawania na skórę

10) środki znieczulające działające miejscowo

1. Lidocainum postaci podawane na skórę i błony śluzowe

2. Lidocainum roztwór do wstrzykiwań

3. Lidocainum + Prilocainum postaci do podawania na skórę i błony śluzowe

11) leki przeciwbólowe

1. Tramadolium postaci do podawania doustnego i doodbytniczego

2. Tramadolium + Paracetamolium

12) anksjolityki Hydroxyzinum postaci do podawania doustnego

13) leki przeciwpasożytnicze

1. Mebendazolium postaci do podawania doustnego

2. Pyrantelum postaci do podawania doustnego

3. Crotamitonum postaci do podawania na skórę

14) leki rozszerzające oskrzela

1. Salbutamolium postaci do podawania wziewnego

2. Ipratropii Bromidum postaci do podawania wziewnego

15) witaminy Cholecalciferolum postaci do podawania doustnego

16) płyny infuzyjne

1. sól fizjologiczna dożylnie we wlewie kroplowym

2. glukoza 5% dożylnie we wlewie kroplowym

3. płyn Ringera dożylnie we wlewie kroplowym

4. płyn wieloelektrolitowy (PWE) dożylnie we wlewie kroplowym

Zgodnie z Załącznikiem 3 wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie, które mogą być podawane przez lekarza, lekarza dentystę, felczera lub starszego felczera do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie (Dz. U. z 2011 r. Nr 18, poz. 94 z późn. zm.), w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie, które mogą być podawane przez pielęgniarkę, położną wchodzi:

1) Glucosum 20 % lub 40 % – roztwór do wstrzykiwań;

2) Hydrocortisonum hemisuccinatum – proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji lub odpowiedniki terapeutyczne;

3) Natrii chloridum 0,9 % – roztwór do wstrzykiwań;

4) Adrenalinum 1 mg/ml lub 300 µg/0,3 ml lub 150 µg/0,3 ml lub 1 mg/10 ml – roztwór do wstrzykiwań

Płyny infuzyjne:

1) Glucosum 5 % – roztwór do infuzji;

2) Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum dihydricum – (8,6 mg + 0,3 mg + 0,33 mg)/ml – roztwór do infuzji dożylnych.

Powyższe wyliczenie jest wykazem, które musi zawierać każdy zestaw przeciwwstrząsowy, brak jakiegokolwiek produktu leczniczego powoduje, że zestawu nie można uznać za przeciwwstrząsowy.

Z porównania powyższych wyliczeń produktów leczniczych zawartych w zestawie przeciwwstrząsowym oraz wykazu substancji

czynnych zawartych w lekach ordynowanych przez pielęgniarki i położne wynika, że z zestawu przeciwwstrząsowego mogą one wystawić recepty jedynie na: Natriichloridum 0,9 % – roztwór do wstrzykiwań i Glucosum 5 % – roztwór do infuzji.

Natomiast zgodnie § 1 Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2002 r. w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni farmaceutycznej (Dz. U. z 2002 r. Nr 216, poz. 1831), uprawnionymi do zakupu produktów leczniczych w hurtowni farmaceutycznej są pielęgniarki i położne prowadzące:

a) indywidualną praktykę pielęgniarską i położniczą,

b) indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarską i położniczą,

c) grupową praktykę pielęgniarską i położniczą,

– w zakresie produktów leczniczych wymienionych w wykazach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 6 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 i Nr 89, poz. 969) oraz w zakresie produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, które mogą być podane przez pielęgniarki i położne.

Reasumując:

Z powyższych uregulowań wynika, że wszystkie produkty lecznicze wchodzące w skład zestawu przeciwwstrząsowego pielęgniarka/położna może zakupić w hurtowni farmaceutycznej, natomiast w aptece ogólnodostępnej jedynie Natriichloridum 0,9 % – roztwór do wstrzykiwań i Glucosum 5 % – roztwór do infuzji.

Źródło: <http://nipip.pl/czy-pielęgniarki-poz-maja-mozliwosc-zakupu-w-aptekach-ogolnodostepnych-produktow-leczniczych-wchodzacych-w-sklad-zestawu-przeciwwstrzasowego-na-podstawie-art-68-ust-4-i-7-i-art-96-ust-1-pkt-3-i-us/>

DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 20 grudnia 2018 r. poz. 2381

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 12 grudnia 2018 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. poz. 2218) § 16 i § 17 otrzymują brzmienie:

„§ 16. 1. Pielęgniarki wykonujące przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia czynności przewidziane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 215 oraz z 2007 r. poz. 1133) dla przeszkolonych pielęgniarek, niespełniające wymagań określonych w § 2 pkt 6, mogą wykonywać czynności przewidziane dla pielęgniarki anestezjologicznej nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2021 r.

2. Podmioty lecznicze niespełniające w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia wymagań dotyczących od-

ębności oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci i oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub, w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, odrębności oddziałów anestezjologii dla dzieci i oddziałów anestezjologii dostosują się do wymagań określonych w § 4 ust. 1 i 2 w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2021 r.

3. Lekarz będący przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii dla dzieci albo oddziałem anestezjologii lub oddziałem anestezjologii dla dzieci w szpitalu, niespełniający wymagań określonych w § 4 ust. 10, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2021 r.

4. Pielęgniarka będąca przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu, niespełniająca wymagań określonych w § 4 ust. 11, może pełnić tę

funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2021 r.

§ 17. 1. Podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, dostosują się do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2021 r.

2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, które w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia, dotyczących „Wyposażenia stanowiska znieczulenia”, dostosują się do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2021 r.”.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 30 grudnia 2018 r.

Minister Zdrowia: Ł. Szumowski

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

Podział kwalifikacji zawodowych

Ustawa z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie medycznym oraz niektórych innych ustaw (poz. 1942), wprowadziła zmiany w za-

kresie współczynnika pracy, służącego do określenia minimalnego wynagrodzenia zasadniczego dla pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach

leczniczych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1473) podwyższenie wynagrodzenia zasadniczego następuje w drodze porozumienia (art. 3 ust. 1 pkt 1) lub zarządzenia (art. 3 ust. 1 pkt 4). Porozumienie zawiera się corocznie do dnia 31 maja, natomiast jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w tym terminie, sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego ustala

w drodze zarządzenia pracodawca w terminie do 15 czerwca.

Stosownie do treści art. 7 powołanej ustawy, do dnia 31 grudnia 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 3900 zł brutto.

Piotr Świątek; Radca Prawny

Wysokość współczynnika stosownie do zapisów ustawy wynosi:

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanych stanowiskach	Współczynnik pracy
7	Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1,05 – 4 095
8	Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa	0,73 – 2 847
9	Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	0,64 - 2 496

Komunikat dotyczący aktualizacji liczby etatów/ równoważników etatu pielęgniarek i położnych

Pracodawcy posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zgłaszają do Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie liczbę etatów/ równoważnika etatu pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Zgodnie z brzmieniem przepisu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 123), pielęgniarki i położne mogą wykonywać zawód:

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

Zgodnie z treścią §2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1681) w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przekaże do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego

Narodowego Funduszu Zdrowia, za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, z 2017 r. poz. 1809 oraz z 2018 r. poz. 1373), informacje według stanu na dzień 1 sierpnia 2018 r., o liczbie pielęgniarek i położnych, wykonujących u tego świadczeniodawcy, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.3), oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia oraz podziale na formę wykonywania zawodu o której mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Po myśli natomiast §2 ust. 2 i 3 powołanego rozporządzenia informację określoną w ust. 1 świadczeniodawca, z wyłączeniem świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie

świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kawitacyjna stawka roczna, sporządza:

- 1) w 2018 r., także według stanu na dzień 1 października 2018 r., i przekazuje do dnia 14 października 2018 r.;
- 2) w 2019 r., według stanu na dzień:
 - a) 1 stycznia 2019 r. i przekazuje do dnia 14 stycznia 2019 r.
 - b) 1 kwietnia 2019 r. i przekazuje do dnia 14 kwietnia 2019 r.,
 - c) 1 lipca 2019 r. i przekazuje do dnia 14 lipca 2019 r.
- 3) w 2019 r. informację określoną w ust. 1 świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest stawka roczna, sporządza wg. stanu na dzień 1 lipca 2019 r. i przekazuje do dnia 14 lipca 2019 r.

Co to oznacza w praktyce

Każdą nowozatrudnioną pielęgniarkę i położną po dniu 1 sierpnia 2018 r. pracodawca winien wykazać we wskazanych powyżej terminach do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Piotr Świątek; Radca Prawny

I krajowa konferencja pielęgniarskiej kadry zarządzającej

Nowe Wyzwania Pielęgniarstwa w 2019 r.

W dniach 7-8 stycznia 2019 r. w Warszawie odbyła się I KRAJOWA KONFERENCJA PIELEŃNIARSKIEJ KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ „Nowe wyzwania pielęgniarstwa w 2019”. Ponad 450 uczestników miało możliwość spotkania się w gronie kadry zarządzającej, wymienienia się doświadczeniem i dowiedzenia się, jakie wyzwania stoją przed liderami w obliczu budowania systemu wrażliwego na zmiany otoczenia.

Konferencja dedykowana była przywództwu w pielęgniarstwie, o czym dyskutowano podczas debaty z udziałem ekspertów z obszaru praktyki, nauki - w tym działających na poziomie politycznym, zarówno na szczeblu krajowym, jak i międzynarodowym. Ideą spotkania było pokazanie zgro-

madzonym liderom pielęgniarstwa oraz kadrze zarządzającej, jaki wpływ ma przywództwo na jakość opieki oraz budowanie zespołów kluczowych zasobów, niezbędnych do sprawowania optymalnej i bezpiecznej opieki.

Wykład inauguracyjny „Kompetencje pielęgniarek i położnych - uprawnienia i korzyści dla systemu ochrony zdrowia. Dokumentowanie świadczeń pielęgniarskich e-narzędzia” wygłosiła Pani dr Greta Kanownik - Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia. W dalszej części konferencji na temat „Przywództwa w pielęgniarstwie opartego na kompetencjach” mówiła Pani dr hab. Maria Kózka - Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa.

W panelu ekspertów „Pielęgniarka jako lider systemu opieki zdrowotnej” udział wzięły:

Ewa Majsterek - Departament Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia

Zofia Małas - Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

dr Grażyna Wójcik - Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

dr Marzena Barton - Prezes Stowarzyszenia Menadżerów Pielęgniarstwa

dr hab. Aleksandra Gawórska-Krzemińska, prof. GUM - Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu, Kierownik Katedry Pielęgniarstwa GUM

Krystyna Ptok - Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych



dr Dorota Kilańska - Dyrektor ENRF, Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie UM w Łodzi

dr Beata Wieczorek-Wójcik - Dyrektor ds. Pielęgniarstwa, Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. - Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie

Iwona Ługowska - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie

Kompetencje pielęgniarek to odzwierciedlenie potrzeb systemu ochrony zdrowia, a konkretnie jego klientów. Odpowiedzią na skuteczniejszą jakość opieki jest jakość zarządzania kompetentnymi kadrami pielęgniarek, zmotywowanymi do wykonywania swojej pracy na 100% możliwości. To dostarczanie opieki, jej realizacja w sposób taki, jaki każdy pacjent opiekował się sobą sam, gdyby miał do tego zasoby: siłę dla codziennego funkcjonowania, sprawny umysł, sprawne ciało i umiejętność samoopieki.” - stwierdziła Dorota Kilańska, dyrektor ENRF, Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, a jednocześnie moderator konferencji.

Drugi dzień konferencji to kontynuacja tematów związanych z zarządzaniem i edukacją personelu pielęgniarskiego w podmiotach leczniczych oraz wykłady z obszaru onkologii, neurologii i chirurgii. Dr hab. n. med. Dawid Murawa, Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Onkologii Chirurgicznej oraz Barbara Jobda, Prezes Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych przybliżyli fakty i mity dotyczące leczenia pacjenta onkologicznego, radzenia sobie z zastrzeżeniami oraz żywienia pacjenta jako integralnej części leczenia onkologicznego.

W bloku neurologicznym wykład wygłosiła Lilia Kimber-Dziwisz, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, dr n. med. Andrzej Opuchlik z Katedry i Kliniki Neurologii WUM oraz dr n. med. Aleksandra Szulman-Wardal z Zakładu Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii UG, Kierownik Pracowni Psychologicz-



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

Prof. dr hab. n. med. Stanisław Kłęk, Prezes POLSPEN oraz Ilona Kawa z Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie szeroko omówili ERAS - protokół kompleksowej opieki okołoperacyjnej dla poprawy wyników leczenia pacjenta, a dr n. med. Halina Nowakowska z Zakładu Zarządzania w Pielęgniar-

stwie, Pracowni Umiejętności Pielęgniarskich, GUM zaprezentowała jak skutecznie edukować personel pielęgniarski.

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

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





Pielęgniarki mogłyby przyjmować pacjentów, wykonywać badania fizykalne, zlecać badania kontrolne, decydować o przedłużeniu recepty. Lekarze wykonywaliby wobec pielęgniarek funkcję konsultacyjną. Fot. Shutterstock

Porada pielęgniarska: kiedy byłaby najbardziej potrzebna?

Ministerstwo Zdrowia kończy prace nad projektami, które mają wprowadzić założenia porady pielęgniarskiej. To rozwiązanie miałyby m.in. skrócić kolejki do lekarzy. Jego powodzenie zależy jednak od tego, jak liczna grupa pielęgniarek zdecyduje się na przyjęcie nowych obowiązków.

Wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko zapowiada, że pielęgniarki odciążą lekarzy. Jak wielokrotnie mówiła, m.in. w rozmowach z radiem RMF FM, pielęgniarki mogłyby w ramach porady pielęgniarskiej wykonywać podstawowe badania osób cierpiących na choroby przewlekłe - na przykład na cukrzycę. Pielęgniarki miałyby przyjmować pacjentów, wykonywać badania fizykalne, zlecać badania kontrolne, decydować o przedłużeniu recepty. Lekarze wykonywaliby wobec pielęgniarek funkcję konsultacyjną. Gdyby pielęgniarka uznała to za konieczne, kierowałaby pacjenta do lekarza.

Dotychczasowe doświadczenia dotyczące np. wypisywania recept wskazują,

że pielęgniarki bardzo ostrożnie podchodzą do nadawanych im nowych uprawnień.

Pielęgniarka ze stetoskopem

- To kwestia odpowiedzialności, ale i finansowania świadczeń. Uważamy, że porada pielęgniarska czy położnicza musi być wyceniona jako odrębne świadczenie, tym bardziej, że tylko niewielka część szkoleń pozwalających na zdobycie wyższych uprawnień jest finansowanych ze środków publicznych - mówi nam Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych od momentu nadania uprawnień pielęgniarkom i położnym w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej z 11 lipca 2011 roku w zakresie ordynowania leków czy wystawiania recept zabiegała o wyodrębnienie i wycenę tzw. porady receptowej dla pielęgniarek i położnych. Porada pielęgniarska - jak ją określa ministerstwo - nie będzie realizowana przez wszystkie pielęgniarki. Będą jej mogły udzielać tylko te z nich, które posiadają wyższe uprawnienia.

- Uprawnienia do ordynowania leków mają te pielęgniarki i położne, które ukończyły odpowiedni kurs, bądź te które otrzymały dyplomy po 2012 r. roku, gdy zostały już zmodyfikowane programy kształcenia przeddyplomowego - wyjaśnia prezes NRPiP. Umiejętności badania fizykalnego pielęgniarki nabywają natomiast w ramach jednego z modułów trwającego 2 lata szkolenia specjalizacyjnego. Obejmuje on umiejętności m.in. osłuchiwanie pacjenta, czy np. oceny zmian zapalnych górnych dróg oddechowych w oparciu o obraz gardła. Wspecjalizowana pielęgniarka jest zatem przygotowana, by w oparciu o wywiad i badanie fizykalne, pomiar ciśnienia, temperatury ciała udzielić porady receptowej pacjentowi zgłaszającemu drobne dolegliwości.

- W ramach porady mogłaby także zlecać np. ogólne badanie moczu, czy badanie ogólne krwi. Pacjent wcale nie musi trafić do gabinetu lekarza i czekać po to tylko, żeby otrzymać skierowanie na takie badanie - uważa Zofia Małas.

Inni robią to już od dawna

Z badań światowych wynika, że pielęgniarki w ramach realizowanych porad mogą nawet o 30 proc. zmniejszyć kolejki do lekarzy.

W wielu krajach porady pielęgniarskie to standard. Kompetencje dotyczące np. wypisywania leków przez pielęgniarki są sukcesywnie wprowadzane już od lat 70. W latach 2010-2015 samodzielne wypisywanie recept przez pielęgniarki wprowadzono w 14 krajach.

- W Nowej Zelandii położne przepisują substancje lecznicze z zakresu swego obszaru praktyki już od lat 90. Irlandia, Wielka Brytania udostępniły pielęgniarkom pełen receptariusz do dyspozycji. W USA zakres uprawnień jest związany ze miejscem wykonywania praktyki - mówi nam dr Dorota Kilańska przewodnicząca Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi, członek Rady Dyrektorów Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek.

Jak zauważa, pielęgniarki posiadają również cenną wiedzę w zakresie zarządzania leczeniem pacjenta. Są przygotowane m.in. do edukowania pacjenta na temat częstotliwości dozowania leków, przekazywania informacji na temat spodziewanych skutków ubocznych. Motywują do przestrzegania zaleceń ważnych ze względu na skuteczność terapii. Jak wykazały badania przeglądowe, motywowanie i zachęcanie pacjentów do stosowania się do zasad terapii najlepiej realizują właśnie pielęgniarki. Dzisiaj podstawowe zadania wykonywane przez pielęgniarki w POZ, to m.in. opieka nad osobami starszymi, realizacja zleceń, iniekcje, pielęgnacja ran, edukacja w zakresie samokontroli choroby.

- Wyodrębnienie porady pielęgniarskiej byłoby tylko usankcjonowaniem tego, co robią pielęgniarki w praktyce. Z tym, że dotychczas nie była to usługa, za którą mogły otrzymać wynagrodzenie - zaznacza Dorota Kilańska.

Porada dla przewlekłych chorych

Bożena Janicka, przewodnicząca Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia podziela zdanie, że porady pielęgniarskie mogą okazać się szczególnie przydatne u pacjentów przewlekłych, w stabilnych sytuacjach zdrowot-

nych. - Mam na myśli pacjentów trafiających do przychodni w zaplanowanym cyklu, gdy kończą się im leki wymagające przedłużenia - wyjaśnia.

Jak tłumaczy, pacjent chory przewlekle może powtórzyć receptę bez konieczności wizyty u lekarza. Ale często pojawia się w gabinecie, bo chce jeszcze zmierzyć ciśnienie, poziom glukozy. Właśnie dla takich pacjentów porada pielęgniarska byłaby dobrym rozwiązaniem.

- Pacjent chory przewlekle zgłaszałyby się do poradni w ustalonych terminach, ale najpierw do pani pielęgniarki. Pielęgniarka ma kompetencje by zmierzyć ciśnienie, ocenić poziom glukozy, sprawdzić kiedy pacjent miał wykonywane badanie poziomu cholesterolu i jakie leki przyjmuje. Jeśli ocena dowodzi, że stan zdrowia pacjenta jest stabilny, wystarczy przedłużenie leków, możliwa jest też ich zamiana, w ramach grupy leków, które pielęgniarka może ordynować. Skierowanie na dalsze badanie, konsultację do lekarza jest uzasadnione natomiast wtedy, gdy stan chorego wykazuje wahania - mówi Bożena Janicka.

Dostrzega też inną dużą grupę pacjentów, którzy odnieśliby korzyści z porady pielęgniarskiej: - O tym pani minister nie wspominała, ale można rozważać wprowadzenie porady pielęgniarskiej dla uczniów. Również matka dziecka powinna zyskać możliwość zwrócenia się do pielęgniarki z pewnymi problemami zdrowotnymi, jak wady postawy, wady wzroku, nadwaga.

Kompetencje - czy wykorzystane?

Tłumaczy: - Dzisiaj pielęgniarka z swojej przychodni bada wzrok uczniom w szkole, po czym wysyła ich do mnie po skierowanie do okulisty. Nie sądzę, by było to konieczne, skoro pielęgniarka mając odpowiednie tablice jest sama w stanie stwierdzić czy uczeń rozróżnia kolory i czy odczytuje prawidłowo litery, cyfry z odpowiedniej rubryki. Rozwiązanie jakie stosujemy dzisiaj zabiera czas lekarskich wizyt i pozostawia pielęgniarkę wraz z jej kompetencjami niejako w połowie drogi ku terapii. Tymczasem pielęgniarka udzielając porady nie tylko mogłaby skierować do okulisty, ale mając kontakt z dzieckiem w szkole sprawdziłaby czy wykonuje zalecenia.

Jak dodaje Bożena Janicka, pielęgniarka w ramach porady z powodzeniem mogłaby też zajmować się dziećmi z nadwagą, wyliczając ich BMI, ustalając propozycję diety i zapraszając na wizyty kontrolne, a w razie nieskutecznej realizacji własnych zaleceń kierować do poradni chorób metabolicznych.

Uważa też, że pielęgniarki mogą z powodzeniem udzielać porad przez telefon: - Typowa taka sytuacja to np. porada dla matki zgłaszającej gorączkę 38,5 stopni u 3-letniego dziecka, trwającą od godziny. Wiadomo, że zarówno lekarz, jak i pielęgniarka zdecydują podobnie - zalecą obniżenie gorączki, obserwację i przekażą informację, że w razie utrzymywania się niepokojących objawów proszą o ponowny telefon lub wizytę w poradni. Zatem i w tym przypadku pielęgniarka ma kompetencje by udzielić porady, zna przecież zasady postępowania przeciwgorączkowego.

Porada koniecznie do koszyka

Także prezes PPOZ zwraca uwagę, że pielęgniarki już dzisiaj mają możliwość ordynowania leków, wypisywania recept, zleceń na zaopatrzenie ortopedyczne. Jednak z tych uprawnień korzysta bardzo nieliczna grupa pielęgniarek.

- Samo usankcjonowanie porady pielęgniarskiej nie sprawi, że pacjenci uzyskają szeroką możliwość uzyskania takiej porady, odciążając lekarzy. Aby realizować ten pomysł, potrzebne jest finansowanie porady, jej wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych, a przede wszystkim napływ młodych kadr do zawodu - podkreśla Bożena Janicka.

Jak wynika z informacji podanych przez „Rzeczpospolitą” projekt porady pielęgniarskiej ma zakładać, że porada znajdzie się w koszyku świadczeń, a NFZ zapłaci za nią świadczeniodawcom.

Autor: PW/Rynek Zdrowia
09 stycznia 2019 05:50

Źródło: <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Porada-piellegniarska-kiedy-bylaby-najbardziej-potrzebna,190952,1,3.html>

Medycyna szkolna XXI wieku

Medycyna szkolna to niewątpliwie obszar, który potrzebuje reaktywacji. Sensowne rozwiązania, racjonalne zmiany przystające do potrzeb i oczekiwań powinny być przeprowadzane nieodzwonnie w konsultacji ze środowiskiem pielęgniarskim. O perspektywach i nowych możliwościach mówi Jolanta Zajac, uczestnicząca w pracach nad systemem ESMS, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania z 28-letnim stażem.

Pewne jest, że gabinet profilaktyki zdrowotnej - dobrze jeżeli funkcjonuje takowy na terenie szkoły - jest niezwykle potrzebną enklawą dla dzieci. Tu pielęgniarka, jako pracownik z profesjonalnym przygotowaniem medycznym, może fachowo diagnozować zdrowie uczniów, wykonując badania przesiewowe, realizować opiekę nad dziećmi z problemami zdrowotnymi, udzielać pomocy przedlekarckiej i porad ambulatoryjnych, podejmować profilaktykę, a także działać na rzecz promocji zdrowia, edukując w zakresie zdrowego stylu życia. O ile wykształcenie i kompetencje pielęgniarek szkolnych są w Polsce na światowym poziomie, o tyle, na tle powszechnej, także w służbie zdrowia, cyfrowej rewolucji i następującej sukcesywnie od 2006 roku informatyzacji polskiej szkoły, duch nowych czasów wydaje się wciąż omijać szkolny gabinet.

W 2018 roku 70% szkół korzystało z dziennika elektronicznego jako podstawowego narzędzia dla pracy nauczycieli i dla rodziców do kontaktu ze szkołami. Digitalizowane są stołówki szkolne czy biblioteki. Medycyna szkolna pozostaje jedynym obszarem, który do tej pory nie został objęty informatyzacją, choć wszyscy mogliby na tym wiele zyskać: pielęgniarki, dyrektorzy szkół, samorządy, dzieci, rodzice. Pojawia się szansa, by to zmienić. Rozwinąć i unowocześnić medycynę szkolną, a przede wszystkim ułatwić pracę pielęgniarkom w środowisku nauczania i wychowania przy wykonywaniu badań przesiewowych, może Elektroniczny System Medycyny Szkolnej, który chce udostępnić



JOLANTA ZAJĄC - sekretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku, Przewodnicząca Komisji ds. Pielęgniarek w Środowisku Nauczania i Wychowania, pielęgniarka szkolna w Szkole Podstawowej nr 67 w Gdańsku, pracowała również w szpitalach na oddziałach kardiologii i hematologii. Od 18 lat kieruje Niepublicznym Zakładem Medycyny Szkolnej, obejmującym opieką ponad 20 tysięcy uczniów w 47 placówkach oświatowo-wychowawczych na terenie Gdańska. Opracowuje na bazie wieloletniego doświadczenia i obserwacji wiele raportów i analiz dotyczących kształtu opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania. Widząc zagrożenia braku opieki pielęgniarskiej w szkołach, w 2016 roku na zebraniu Narodowej Rady Rozwoju przedstawiła opracowanie „Obecny stan Medycyny Szkolnej w Polsce wraz z propozycjami na przyszłość, aby uniknąć bieżących problemów i je rozwiązać”. Laureatka nagrody głównej VIII edycji Nagrody Prezydenta Miasta Gdańska dla pracowników gdańskiej służby zdrowia. Pełna pasji wobec wykonywanego zawodu oraz pracy z dziećmi.

szkołom Fundacja Medcover. Przykład dała Gdynia, która jako pierwsza zdecydowała się wdrożyć ten program.

Dlaczego warto otworzyć się na nowe technologie, a także co zrobić, by medycyna szkolna miała więcej szans na lepsze jutro? Pytamy o to Jolantę Zajac, pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania z 28-letnim stażem, która uczestniczy w pracach nad systemem.

Gdzie jesteśmy?

Liczy się, że na 11 000 szkół przypada 7753 pielęgniarek i higienistek szkolnych. Pielęgniarka w środowisku nauczania i wychowania, aby otrzymać wynagrodzenie za pełny etat, musi mieć pod swoją opieką 880-1100 uczniów. Szkoły o liczbie dzieci 1100 należą do rzadkości. W tej sytuacji pielęgniarki często realizują świadczenia w dwóch lub trzech placówkach, bywa że oddalonych od siebie, między którymi muszą się przemieszczać w ciągu dnia.

Wyzwaniem dla przyszłości medycyny szkolnej pozostaje obecna średnia wieku pielęgniarek szkolnych, która wynosi 54 lata. Wiele z pracujących nadal w zawodzie w niedługim czasie uzyska uprawnienia emerytalne. Należy również wziąć pod uwagę, iż wśród pielęgniarek szkolnych są emerytki aktywne zawodowo, gdzie część zapowiada odejście z pracy, a z pielęgniarek, które uzyskają prawa emerytalne, nie wszystkie podejmą pracę zawodową. Szacuje się, iż w najbliższych latach na emeryturę odejdzie ogółem 50 tys. pielęgniarek.

- Czy w medycynie szkolnej jesteśmy w XXI wieku? Marzyłabym, żebyśmy w nim byli zarówno pod względem jak najlepszego wyposażenia gabinetów, jak i mniejszej liczby dzieci na etat pielęgniarki, abyśmy mogły realizować swoje obowiązki w atmosferze spokoju z zachowaniem ciągłości realizacji świadczeń - mówi Jolanta Zajac - W medycynie szkolnej zadań do zrealizowania jest bardzo dużo. Diagnozowanie problemów zdrowotnych, szkolnych, społecznych i opieka nad dziećmi, które je

posiadają. Wykonywanie testów przesiewowych, kierowanie postępowaniem poprzewodowym, prowadzenie grupowej profilaktyki fluorkowej w klasach I-VI szkół podstawowych. Sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością. Współpraca z gronem pedagogicznym - pedagogiem, psychologiem czy nauczycielami wychowania fizycznego - te zadania są przez pielęgniarkę szkolną realizowane na co dzień.

Gabinet profilaktyki zdrowotnej w szkole nie służy tylko pielęgniarce w trakcie realizacji zadań, ale przede wszystkim jest azylem dla dziecka, które źle się czuje. Tu może spokojnie oczekiwać na rodzica, czasem - na karetkę pogotowia. Oczywiście, może z niego korzystać i korzysta także personel szkoły. Niekiedy są sytuacje, że przychodzą do niego dzieci z różnorodnymi problemami, na przykład takie, które nie mogą znieść hałasu w czasie przerwy. Nie wyobrażam sobie pracy w szkole, w której nie ma gabinetu. W takiej sytuacji badania odbywają się w bibliotece, w pokojach nauczycielskich lub innych pomieszczeniach. Jest to dyskomfort dla uczniów, brak prywatności, intymności i poufności działań. Dzieci niechętnie poddają się wówczas badaniom, są skrępowane. Badania wady postawy są wówczas nie-realne. W takich warunkach, często na prośbę wychowawcy, pedagoga, psychologa szkolnego, bardzo trudno współuczestniczyć w diagnozowaniu u dziecka problemów społecznych, szkolnych, podejrzeń o samookaleczenia, przemoc fizyczną, psychiczną czy zażywanie środków uzależniających. Dyrektorzy szkół winni być bezwzględnie zobligowani do utworzenia gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w każdej szkole. Komfortem byłaby poczekalnia, jednak dobrze wyposażony gabinet - to podstawa.

Widoczna jest zwiększająca się liczba problemów zdrowotnych u uczniów, zwłaszcza: astmy oskrzelowej, padaczki, cukrzycy, zaburzeń w rozwoju psychicznym oraz innych chorób wymagających opieki specjalisty. Są dzieci, które mają po kilka problemów zdrowotnych. Przez 28 lat mojej praktyki nigdy nie miałam dziecka ze stwardnieniem rozsianym. W tej chwili spotykam się już z drugim

takim przypadkiem u ucznia. W Gdańsku mamy szkołę, w której jest ośmioro dzieci z cukrzycą typu 1! Wobec dzieci z tak licznymi problemami zdrowotnymi niezbędna jest aktywna postawa pielęgniarki. Systematyczna, zaplanowana kontrola ich stanu zdrowia oraz udzielanie uczniom, a także ich rodzicom odpowiednich porad i zaleceń. To dlatego wręcz konieczne jest zmniejszenie, liczby dzieci na etat pielęgniarki szkolnej. Przy tak ogromnym deficycie, gdy tylko województwo podkarpackie i Radom mają wystarczającą ilość obsady, dobrze wyposażony gabinet mógłby też podzielać jako dodatkowy czynnik zachęcający - rozważa Jolanta Zajac. Kondycję medycyny szkolnej wzmacnia wiedza pracujących w niej pielęgniarek (lub pielęgniarzy) i ich kwalifikacje - tu poprzeczka jest bardzo wysoko postawiona i kompetencje są bardzo wysokie. Jednak obecnie obowiązujące zapisy dotyczące kwalifikacji pielęgniarek do pracy w środowisku nauczania i wychowania stanowią barierę w pozyskiwaniu kadr. Pielęgniarka ze specjalizacją z pielęgniarstwa pediatrycznego nie może realizować świadczeń w szkole. Problem tkwi w braku kadry medycznej zainteresowanej pracą w medycynie szkolnej. Gdyby powrócił zapis poprzednio obowiązujący, iż pracę w szkole może podjąć pielęgniarka, która wyraża gotowość ukończenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie środowiska nauczania i wychowania w ciągu 2 lat od rozpoczęcia pracy, moim zdaniem pozyskanie osób chętnych do pracy w tym zawodzie byłoby znacznie łatwiejsze. Natomiast doskonalenie zawodowe, cykliczne i szkolenia, kursy - ich oferta jest szeroka. Uważam, że izby pielęgniarskie bardzo wspierają podnoszenie kwalifikacji, wychodzą na wprost oczekiwaniom i zapotrzebowaniom. Także sprzęt, podstawowe wyposażenie gabinetu w tej chwili jest dobre. Zmiany, które zaszły na przestrzeni lat, oceniam na plus. Dwie subwencje oświatowe, jesienią 2017 roku i w 2018 roku, zrobiły bardzo dużo dobrego. Właściwie każdy sprzęt, jeżeli dyrekcja szkoły wystąpiła o dotację - został w gabinecie wymieniony. Są wagi elektroniczne, podświetlane tablice do badania wzroku, nowe szafy na leki, dokumentację. Z subwencji nie można było kupić tylko jednego sprzę-

tu komputerowego, gdyż nie było go w wykazie, a ułatwiłoby to wprowadzenie zapowiadanego publicznego systemu elektronicznego, który jak wskazują doniesienia, stanie się obowiązkowy. Z posiadanych informacji wynika, że liczne środki finansowe z powodu ich niewykorzystania wróciły do Ministerstwa. Mam nadzieję na kolejną subwencję oświatową, gdzie będzie możliwość zakupienia komputerów.

Wdrożenie programu ESMS może dać wgląd w sytuację zdrowotną uczniów na zupełnie innym poziomie niż dotychczas. Umożliwi to skuteczniejszą ewaluację, lepsze wydatkowanie budżetu i pomoże w planowaniu celowanych programów profilaktycznych.

ESMS i patronat NIPiP

Wprowadzany na początek w Gdyni Elektroniczny System Medycyny Szkolnej, w skrócie ESMS, to łatwe w obsłudze narzędzie informatyczne do badań przesiewowych uczniów klas III i VII, które pielęgniarkom szkolnym chce udostępnić Fundacja Medicover. Ta organizacja pożytku publicznego, działająca w środowisku medycznym i pielęgniarstwie, wspiera innowacje i rozwój w służbie zdrowia. Robi to między innymi poprzez przygotowywanie polskiej edycji corocznego konkursu o Nagrodę Pielęgniarską Królowej Sylwii (Queen Silvia Nursing Award, OSNA). Od 2007 roku Fundacja prowadzi też duże programy profilaktyczno-edukacyjne, pomaga społecznościom lokalnym poprzez projekty, które w sposób pośredni lub bezpośredni przyczyniają się do polepszenia stanu zdrowia i świadomości społeczeństwa. Autorskim rozwiązaniem, które wypracowała, jest właśnie ESMS.

Wdrażany pilotażowo we współpracy z Gdyńskim Centrum Zdrowia system jest sprawdzonym już na gruncie szkół programem komputerowym, który był wykorzystany w badaniach przesiewowych 24000 uczniów podstawówek i gimnazjów w Gdyni, Warszawie, Lublinie i Wrocławiu, w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Cukrzycy typu 2 i Chorób Cywilizacyjnych „PoZdro!”. Fundacja Medicover prowadzi ten program pro bono od 2013 roku. Do projektu ESMS włączyła się Naczelna

Izba Pielęgniarek i Położnych, która objęła przedsięwzięcie swoim patronatem.

ESMS ma ułatwić pracę pielęgniarkom szkolnym, ale też unowocześnić medycynę szkolną. Zwiastuny są pozytywne. Fundacja deklaruje, iż system powstał, by służyć społeczeństwu, a wpisanie narzędzia w funkcjonowanie i realia powszechnej medycyny szkolnej były dopracowywane przez ostatni rok w licznych konsultacjach ze środowiskiem pielęgniarskim oraz w porozumieniu z jednostkami samorządu terytorialnego, które również mają skorzystać z rozwiązania. Właśnie dobiegły końca szkolenia dla pielęgniarek w Gdyni z obsługi tego systemu.

Jak działa ESMS? System zbiera dane ucznia, wprowadzane do systemu przez pielęgniarkę szkolną podczas badania przesiewowego, analizuje wpisane parametry i od razu daje jasną odpowiedź na pytanie, czy wynik znajduje się na czerwonym czy na zielonym tle, a tym samym, czy jest prawidłowy, czy też wymaga dalszej konsultacji lub diagnostyki. Narzędzie umożliwia przekazywanie przez pielęgniarkę rodzicowi indywidualnego, czytelnego raportu, tzw. Karty Kompleksowej Analizy Zdrowotnej (KAZ) - można ją obejrzeć na stronie www.esms.fundacjamedicover.pl. Opiekunowie otrzymują w ten sposób jasny i szczegółowy obraz stanu zdrowia dziecka wraz z opisem i zaleceniami.

Wyniki badań, wydrukowane przez pielęgniarkę, trafiają do rodziców w zamkniętej kopercie, poprzez wychowawcę. Karta badania profilaktycznego KAZ ma pomóc w wystandaryzowany, prosty, zarazem angażujący uwagę sposób komunikować się z opiekunami.

Z kolei zbiorczy raport statystyczny o stanie zdrowia dzieci w danej szkole czy dzielnicy, który pielęgniarka może wygenerować poprzez system w podziale na przyjęte kryteria, na przykład płeć czy wiek, trafia do dyrekcji placówek oświatowych oraz władz samorządowych. Nie ma w nim danych osobowych.

Wdrożenie programu może więc dać wgląd w sytuację zdrowotną uczniów na zupełnie innym poziomie niż dotychczas. Umożliwi to skuteczniejszą ewaluację, lepsze wydatkowanie budżetu i pomoże w planowaniu celowanych programów profilaktycznych. Posłuży też

zintegrowaniu systemu ochrony zdrowia oraz systemu edukacji.

Gdynia jest pierwszym, ale jak ma nadzieję Fundacja Medicover, nie jedynym miejscem w Polsce, gdzie zacznie działać ESMS. Do współpracy i zgłaszania zapotrzebowania na system zaproszone są wszystkie samorządy.

Co istotne, podczas wdrożenia Fundacja zapewnia techniczne wsparcie dla każdej pielęgniarki. Praktyczne szkolenia z ćwiczeniami z obsługi systemu realizowane są w niewielkich grupach. Przewidziana jest także pomoc osób asystujących pielęgniarkom (tak zwanych

GABINET PROFILAKTYKI
ZDROWOTNEJ
W SZKOLE NIE SŁUŻY
TYLKO PIELĘGNIARCE
W TRAKCIE REALIZACJI
ZADAŃ, ALE PRZEDE
WSZYSTKIM JEST AZYLEM
DLA DZIECKA, KTÓRE
ŻŁE SIĘ CZUJE. TU MOŻE
SPOKOJNIE OCZEKIWAĆ
NA RODZICA, CZASEM NA
KARETKĘ POGOTOWIA.

ambasadorów): poprzez specjalną infolinię, przez pierwszy rok mają one pozostawać do dyspozycji w przypadku zapytań użytkowników systemu.

Jednostka samorządu terytorialnego na etapie zamówienia decydować będzie, w jakiej formule i zakresie działać będzie ESMS w podległych jej szkołach. Możliwe są dwa warianty: podstawowy - badania przesiewowe uczniów pozostaną w dotychczasowym wymiarze, jednak realizowane będą już przy pomocy komputerów i drukarek oraz systemu informatycznego ESMS, rozszerzony - zalecany przez Fundację Medicover, bo pozwalający lepiej zobrazować stan zdrowia uczniów, przewidujący maksymalnie trzy nowe elementy badania przesiewowego.

W Gdyni samorząd zdecydował się na poszerzenie diagnostyki zdrowia uczniów. Dotychczasowe badania przesiewowe dla klas III i VII uzupełnią sprawdzenie postawy ciała za pomocą podoskopu komputerowego, analiza

masy i składu ciała wagą do bioimpedancji, ocena sprawności krążeniowo-oddechowej poprzez prosty Kasch Pulse Recovery Test, czyli tak zwany „test schodka”, określający wydolność fizyczną ucznia.

By docenić pracę w nowym systemie, gdyńskie pielęgniarki mają otrzymać dodatkowe wynagrodzenie. Dzięki wprowadzeniu ESMS do szkoły nastąpi również doposażenie gabinetów medycyny szkolnej w potrzebne do działania programu komputery oraz niezbędny sprzęt, który zakupić ma i dostarczyć samorząd.

Projekt ESMS w Gdyni to efekt porozumienia na rzecz poprawy stanu zdrowia i lepszej profilaktyki uczniów w mieście oraz wyraz sieciowania instytucji i organizacji działających na rzecz zdrowia. Gdyńskie Centrum Zdrowia, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku i Fundacja Medicover podpisały je 12 września 2018 roku w Warszawie. Sygnatariuszami listu intencyjnego byli: Bartosz Bartoszewicz - Wiceprezydent Gdyni ds. jakości życia, Anna Czarna - Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku oraz Prezes Fundacji Medicover Marcin Radziwiłł.

Operator systemu Fundacja Medicover zapewnia, że ESMS jest w pełni zgodny z unijnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych - RODO. Dane zgromadzone przez ESMS nie będą wykorzystywane w żaden sposób komercyjny ani profilowane.

- Pielęgniarka szkolna w realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami współpracuje z innymi świadczeniodawcami wykonującymi określone świadczenia zdrowotne na rzecz tych dzieci. Wprowadzenie jednolitego systemu informatycznego dla świadczeniodawców, w którym widoczne będą świadczenia realizowane u ucznia, pozwoli na monitorowanie, a w konsekwencji na znaczną poprawę jakości tej opieki. Dzięki ułatwionemu przepływowi informacji pomiędzy świadczeniodawcami pielęgniarka będzie mogła dysponować dodatkowymi informacjami o stanie zdrowia uczniów, np. wykonania profilaktycznego badania lekarskiego, szczepień ochronnych czy zaleceń lekarskich po wizytach kontrolnych u lekarzy specjalistów. System ESMS umożliwi

liwi prowadzenie bieżącej sprawozdawczości do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz przekazywanie danych statystycznych w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej - wskazuje Zofia Małas, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Szkolne badania przesiewowe: czy może być lepiej?

Szkolne badania przesiewowe dają bardzo duży obraz stanu zdrowia dziecka, a ten obraz z ESMS może być jeszcze pełniejszy. To także dla nas pielęgniarek szansa na zebranie danych medycznych, zaproponowanie dziecku i rodzicom odpowiedniej formy dalszej diagnostyki i leczenia.

Nadal wszystkie zalecenia dla rodziców w karcie badania profilaktycznego wypisywane są ręcznie, co nie trwa długo, jednak cały proces - od badania przesiewowego, wykonanego przez pielęgniarkę, aż po profilaktyczne badanie lekarskie, czasem zajmuje nawet rok. Badamy, wydajemy karty badania profilaktycznego i gdy przekazujemy je jesienią - prosimy rodzica, by w ciągu 2-3 miesięcy udał się do lekarza. Wielokrotnie przypominamy o celowości wykonania profilaktycznego badania lekarskiego. Ale bywają sytuacje, że karta badania wypełniona przez lekarza wpływa dopiero w czerwcu po monitach pielęgniarki. To powinno ulec zmianie, gdyż aktualne dane dotyczące zdrowia dziecka są warunkiem zaplanowania właściwej opieki pielęgniarskiej, odpowiedniej kwalifikacji do wychowania fizycznego i zorganizowania różnych form pomocy. Bardzo przydałby się sposób, by bardziej zaangażować rodziców, „unaocnić” problem, jeżeli został wykryty, usprawnić komunikację.

Kolejne zagadnienie - sprzęt w gabinecie. Jeśli w gabinecie byłby podoskop - tak jak będzie to w Gdyni - na pewno bardzo by się przydał. Gdyby było także w gabinetach lustro na ścianie - podczas badania postawy ciała dziecka, mogłybyśmy wskazać dziecku nieprawidłowości, np. asymetrię barków. W ten sposób można do ucznia lepiej dotrzeć - poprzez obraz, doświadczenie. To taki drobiazg, ale mający duże znaczenie. Oczywiście, dziś informujemy, jednak to są niestety często „ulotne” komunikaty. To byłby właśnie ten XXI wiek. Marzy mi się, by w każdym gabinecie był podoskop, wagi z bioimpedancją.

Dzięki nowoczesnemu sprzętowi lepiej można się „przebić” także z edukacją. Bo przecież każda sytuacja badania przesiewowego, porady ambulatoryjnej, spotkania z dzieckiem - to możliwość nauki. Ale edukacja powinna być przemyślana, a jej formy - atrakcyjne.

Bardzo przydatne byłoby również przywrócenie możliwości wydawania przez pielęgniarki szkolne skierowań do okulisty, rehabilitanta i dermatologa. Gdy rozpoczynałam pracę, miałyśmy takie prawo. Skracало czas dotarcia ucznia do specjalisty.

Katarzyna Walczak-Szepczyńska

Przedruk: Magazyn Pielęgniarki i Położnej Nr 12/2018

Dieta Polaków to przepis na otyłość, nadciśnienie i cukrzycę

Przez wiele lat wydłużał się średni czas naszego życia, a stan zdrowia poprawiał. Ten trend - jak zaznaczają specjaliści - jednak hamuje, w czym istotnie pomaga polska dieta. Jak wskazuje GUS, triumfują w niej alkohol, cukier i czerwone mięso.

Ostatnie dane GUS dotyczące spożycia wybranych artykułów konsumpcyjnych w 2017 r. pokazują, że przeciętny Polak pije coraz więcej alkoholu, spożywa coraz więcej cukru i mięsa, za to je mniej produktów zbożowych i warzyw.

Słodkie jest życie Polaka

W spożyciu cukru osiągnęliśmy rekord. W zeszłym roku każdy Polak zjadł go średnio 44,5 kg - to o 4,6 kg więcej niż w 2010 i najwięcej od 28 lat. W praktyce jego spożycie jest jeszcze większe, bo poza czystą postacią, cukier przyjmujemy w formie wyrobów przetworzonych m.in. w serkach, jogurtach, słodyczach, napojach, dżemach, płatkach śniadaniowych czy sosach.

Jemy też coraz więcej mięsa. Przeciętny Polak zjadł go w minionym roku nieco ponad 70 kg. To o ponad 4 kg więcej niż dekadę temu. Więcej też spożywamy alkoholu. Tu wzrost szczególnie widoczny jest w ilości spożywanego piwa. W 2017 roku na jedną osobę wypadało 98,5 litra tego napoju, podczas gdy w 2010 roku było to 90 litra, a w 2005 roku - 80.

Odnotowano też wzrost w spożyciu wódki. Po kilku latach jego utrzymywania się na stałym poziomie ok. 3 l na osobę, w 2017 roku padł rekord. Jak ustalono, obecnie Polak wypija rocznie średnio 3,3 litra tego alkoholu.

Jak informuje Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, w Polsce alkoholu nadużywa blisko 12 proc. dorosłych - nadużywa tzn. pije go w sposób powodujący szkody dla zdrowia. U ponad 3 mln osób można rozpoznać zaburzenia związane z używaniem alkoholu.

Z szacunków WHO wynika, że w Polsce wielkość spożycia napojów alkoholowych będzie rosła. Wśród krajów europejskich nasz kraj jest w pierwszej piątce tych, w których przewiduje się największy wzrost w tym obszarze. Szacuje się, że w 2025 r. spożycie w Polsce może wynieść 12,3 l alkoholu na jednego mieszkańca - wskazuje dyrektor PARPA Krzysztof Brzózka i podkreśla, jak ważne jest wprowadzenie skutecznych działań zmniejszających spożycie alkoholu.

Brzózka zaznacza, że koszty ponoszone na walkę z nadużywaniem alkoholu to opłaczalna inwestycja dla państwa. Szacuje się, iż koszty ponoszone z powodu utraconej produktywności w wyniku przedwczesnej umieralności z powodu nadużywania alkoholu i uzależnienia wynoszą w Polsce ok. 30 mld zł.

Jedna złotówka zysku ze sprzedaży alkoholu pociąga za sobą 4 zł kosztów związanych ze spożyciem alkoholu - zaznacza.

Iluzja o zdrowym życiu i sporcie

Polacy nie znają zasad zdrowego odżywiania, chociaż im się wydaje, że mają taką wiedzę. Dowodzą tego dane GUS. To efekt tego, że w domach, a także szkołach edukacja zdrowotna praktycznie nie istnieje - mówi dr Michał Sutkowski z Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

Wskazuje, że tak to już z nami Polakami jest, że myślenie o zdrowej diecie wciąż odkładamy na kolejny, nowy rok.

W efekcie uciekają nam lata, a dla naszego zdrowia bardzo ważne jest, by zdrową dietę i aktywny tryb życia wprowadzić jak najwcześniej. To, co dziś widzimy w naszych gabinetach to alarmujący wzrost przypadków nadwagi i otyłości, także u dzieci i młodzieży. Do tego dochodzą problemy ortopedyczne, dramatycznie wysoki odsetek pacjentów z nadciśnieniem czy cukrzycą. To wszystko ma związek ze złymi nawykami żywieniowymi, nadmiernym spożyciem pokarmów wysokokalorycznych i zmniejszeniem aktywności fizycznej - zaznacza dr Sutkowski i przyznaje, że



Kadr ze spotu kampanii Ministerstwa Zdrowia „Nie serwuj sobie choroby”. Fot. MZ

iluzją jest, że Polacy żyją zdrowo i żyją sportem.

Nasz rozmówca wyjaśnia, że zdrowe żywienie polega właśnie na odwrotności tego, o czym świadczą dane GUS, czyli np. na ograniczeniu spożycia czerwonego mięsa, które jest jednym z głównych powodów zachorowań na raka jelita grubego.

Alkoholu też nie poleci żaden lekarz, bo z nim wiążemy choroby układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, różne problemy hepatologiczne - wylicza Sutkowski.

Jak wygląda prawidłowe żywienie?

Ostatnia piramida zdrowego żywienia opracowana w Instytucie Żywności i Żywienia w Warszawie pod kierunkiem prof. Mirosława Jarosza zawiera w sobie ideę: „Mniej cukru, soli i tłuszczu, więcej błonnika”. Jej podstawą są warzywa i owoce. Dostarczają, bowiem wielu bezcennych składników (mineralnych, witamin, polifenoli) i w istotny sposób zmniejszają zachorowalność i umiarkowanie na choroby układu krążenia, cukrzycę i nowotwory oraz wydłużają długość życia człowieka. Z tych powodów warzywa i owoce w Piramidzie Zdrowego Żywienia znalazły się u jej podstawy. Ważną pozycją są tu także zioła, które nie tylko poprawiają smak potraw, dostarczając jednocześnie wielu prozdrowotnych składników, lecz także mogą pomóc w redukcji spożycia soli. Można nimi zastąpić sól kuchenną, która jest traktowana jako „cichy zabójca” i w dużej mierze odpowiada za zawały serca i udary.

Zgodnie z zaleceniami dietetyków produkty zbożowe - których również Polacy spożywają coraz mniej - powinny być składnikiem większości posiłków. Oprócz pieczywa pełnoziarnistego (razowego, graham), poleca się także ryż pełnoziarnisty brązowy, makaron razowy i kasze (m.in. gryczaną i jęczmienianą). Codziennie należy też spożywać co najmniej 2 szklanki mleka lub produktów na jego bazie jak kefir, jogurt. Za to należy ograniczyć spożycie mięsa czerwonego i jego przetworów do 0,5 kg tygodniowo. Jak wskazuje IŻŻ, dobrym zamiennikiem mięsa, bogatym w białko są rośliny strączkowe, jaja oraz ryby.

Ograniczać należy również cukier i tłuszcze zwierzęce. Ważnym elementem diety jest woda. Należy do niezbędnych składników pokarmowych i musi być dostarczana do organizmu regularnie i w odpowiednich ilościach, tj., co najmniej 1,5 litra dziennie.

Tyle teorii... a statystyki są nieubłagane

W kraju nieprawidłową masę ciała ma już ponad 30 proc. maluchów w wieku od 5 do 36. miesiąca życia. Podobnie jest wśród dzieci wczesnoszkolnych. Co trzecie dziecko w wieku 6-9 lat ma nadwagę lub jest już otyłe. Otyłość dotyczy ponad 10 proc. populacji dzieci do 16 roku życia. Nadwagę lub otyłość mają już 64 proc. mężczyzn i 49 proc. kobiet.

Fala nadwagi i otyłości rośnie na naszych oczach i jeżeli nie zatrzymamy tego trendu, choroby, o których już mówimy „cywilizacyjne”, będą jeszcze dotkliwiej nękać kolejne pokolenia Polaków - wskazuje prof. Bogdan Wojtyniak Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny.

Z danych NIZP wynika, że Polacy umierają przedwcześnie przede wszystkim na choroby układu krążenia. Polki zaś na nowotwory.

Te przypadłości mają związek ze stylem życia i dietą. To, co znajduje się w naszych koszykach to dowód tego, że jednak wciąż brakuje powszechnej wiedzy na temat zdrowego żywienia. Niestety dziś głównym jej źródłem jest internet, kolorowa prasa, reklama w mediach, które nie zawsze rozpowszechniają właściwe dane - przyznaje profesor.

W jego opinii tu pole do popisu ma państwo, które musi stwarzać warunki sprzyjające zdrowemu stylowi życia, bo tylko zdrowe społeczeństwo może zapewnić dobrobyt całemu państwu. Nasz rozmówca podkreśla jednak, że nie wystarczy już powiedzieć, że należy się lepiej odżywiać i więcej ruszać.

Dziś w kraju potrzebujemy specjalistycznego poradnictwa dietetycznego, trzeba też na różne sposoby zachęcać ludzi do tego, żeby lepiej się odżywiali i ruszali - zaznacza.

Nie serwuj sobie choroby

Profesor podkreśla, że o stanie naszej populacji nie świadczy tylko długość na-

szego życia, ale także jego długość w dobrym stanie zdrowia. I tu istnieje realna obawa, że z pokolenia na wspomniane problemy zdrowotne będą dotyczyć coraz większej populacji. Kolejne prognozy dotyczące długości naszego życia nie muszą być już tak optymistyczne, jak było to do dotychczas.

Oczywiście mamy przesłanki, by wskazywać zagrożenia, zwiększenie zachorowalności na niektóre schorzenia. Ale dzięki temu możemy też jeszcze temu przeciwdziałać. Poza tym wydaje się, że zarówno po stronie społecznej, a także decydującej, jest coraz większa świadomość istniejących zagrożeń i potrzeby profilaktyki zdrowotnej - podsumowuje prof. Wojtyniak.

Minister zdrowia Łukasz Szumowski, przyznawał także na naszych łamach, że zdaje sobie sprawę, iż za wydłużenie życia w 70 proc. odpowiada zdrowy tryb życia. Dlatego resort kładzie nacisk na programy promujące promowanie profilaktyki, rozumianej, jako prozdrowotne zachowania. Jak zapewniał nas resort m.in. analizuje możliwość wprowadzenia tzw. podatku cukrowego - na produkty o dużej zawartości cukru.

W październiku br. weszło w życie rozporządzenie, które wprowadziło do koszyków świadczeń gwarantowanych cztery metody operacyjnego walki z otyłością. Z początkiem grudnia ruszyła zaś ministerialna kampania „Nie serwuj sobie choroby”, której celem jest zwrócenie uwagi na problem otyłości i wynikających z niej konsekwencji.

Jak zwraca uwagę prof. Wojtyniak, podłożem problemu nadwagi i otyłości są powszechne nawyki żywieniowe.

Wiele zależy od domu, bo tam kształtowane są nawyki. Tu jednak państwo nie ma zbyt wiele możliwości interwencji, dlatego konieczne wydaje się położenie nacisku na edukację młodych pokoleń - komentuje.

Katarzyna Lisowska
Rynek Zdrowia
29 grudnia 2018

Źródło: <http://www.rynekzdrowia.pl/Po-godzinach/Dieta-Polakow-to-przepis-na-otylosc-nadcisnienie-i-cukrzyce,190575,10,3.html>

Pierwsza wizyta położnej rodzinnej u położnicy i noworodka

Swoją wielką przygodę związaną z pracą w środowisku rozpoczęłam w 2000 roku jako młoda jeszcze położna, z niewielkim doświadczeniem, ale i wielkim zapalem. Przygodę, bo do dziś praca ta wiąże się z odkryciami - związanymi ze zmieniającymi się standardami, rozporządzeniami czy nawet sposobami komunikacji z pacjentką i jej rodziną. Praca w położnictwie rodzinnym wymaga od nas nieustannego rozwoju zawodowego, w szerokim tego słowa znaczeniu. Pożądana dziś wiedza położnej rodzinnej obejmuje znajomość fitoterapii, muzykoterapii, prawa, dietetyki, fizjoterapii, psychologii...

Uzbrojona w empatię, wrażliwość i chęć niesienia pomocy, profesjonalna położna zjawia się u pacjentki po porodzie do 48 godzin po otrzymaniu zgłoszenia o tym doniosłym fakcie. Warto umówić z pacjentką czas swojego przybycia - mało kto lubi być zaskoczony niezapowiedzianą wizytą, zwłaszcza gdy właśnie wstał z łóżka czy spożywa posiłek. Stwarza to ponadto możliwość zorganizowania czasu tak, aby w takiej wizycie mógł brać udział ojciec dziecka, starsze dziecko na ten czas może być oddane pod opiekę babci. Umawiając się na pierwsze spotkanie warto zasugerować świeżo upieczonej mamie, aby do czasu naszego przybycia zapisała swoje dylematy - mimo że otrzyma od nas na pewno dużą dawkę wiedzy, nie pozwólmy aby została z jakimikolwiek wątpliwościami.

Pamiętajmy, że już pierwsze chwile po przekroczeniu progu domu pacjentki decydują o tym czy zostaniemy obdarzone przez rodziców zaufaniem i czy będziemy postrzegane jako fachowa pomoc. Uśmiech, przedstawienie swojej osoby, zdjęcie czapki z głowy (o tak!) i brak widocznych oznak pośpiechu (ale bez przesady, flegmatyczna położna to też niedobrze), już na wstępie pomagają przełamać pierwsze lody i obniżyć napięcie gospodarzy domu. Praktykując zwy-

czaj dawania starszemu dziecku, które zazwyczaj próbuje zwrócić na siebie w tym czasie uwagę, naklejek bądź kolorowanek (dlatego przedstawiciele firm farmaceutycznych ze swoimi gadżetami są mile przeze mnie widziani) - co z reguły jest ciepło przyjmowane przez rodziców i samego malucha.

Pierwsza wizyta wiąże się z założeniem dokumentacji położnicy i noworodka. Jeżeli zatem dziecko śpi - nie kaźmy go budzić i nie róbnmy tego same! To przecież możliwość obserwacji noworodka podczas snu - jego oddechu, reakcji na otoczenie i umiejętności odcinania się od nieprzyjemnych bodźców czy zabarwienia powłok skórnych. To także dobry moment aby przeprowadzić wywiad z rodzicami - obserwując jednocześnie relacje panujące w rodzinie. Aby zorientować się w deficycie wiedzy na temat macierzyństwa warto zadawać pytania otwarte. Pytając „jak wygląda Pani dzień?”, „jak Pani radzi sobie w tych pierwszych dniach w domu z noworodkiem?”, „jak radzi sobie Pani z karmieniem?” jesteśmy w stanie uzyskać wiele informacji potrzebnych do ustalenia planu opieki. Zakładanie dokumentacji nie przypomina wówczas przesłuchania sądowego! - wypowiedź pacjentki uzupełniamy o dane z kart informacyjnych ze szpitala oraz książeczki zdrowia dziecka, odnotowując informacje o przebiegu ciąży, długości jej trwania, ewentualnych powikłań i stosowanego leczenia. Ważny jest również przebieg porodu i sposób rozwiązania, a także zabiegi stosowane po porodzie i ewentualne leczenie. Zapisujemy również informacje dotyczące dziecka: stan jego zdrowia po urodzeniu, punktację w skali Apgar, wykonane pomiary ciała, zabiegi lecznicze i profilaktyczne oraz długość pobytu dziecka w szpitalnym oddziale.

Rozmowa z pacjentką pozwala zorientować się w jakim stanie psychicznym się ona znajduje. O ile baby blues jest traktowany jako poporodowa fizjologia, to

przy podejrzeniu depresji poporodowej warto wykorzystać kwestionariusz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, by odpowiednio szybko skierować pacjentkę w ręce specjalistów.

Należy przyrzeć się wydolności opiekuńczej rodziny. Uwagę położnej powinny zwrócić takie fakty dotyczące rodziny jak bezrobocie, uzależnienia, choroby przewlekłe lub niepełnosprawność, zmieniona/niepełna struktura rodziny. Jeżeli podczas wizyty obecny jest ojciec dziecka włączmy go do rozmowy - pozwoli to zorientować się w jakim stopniu uczestniczy on w opiece nad dzieckiem i czy położnica ma zapewnione wsparcie i pomoc bliskich.

Ocena stanu ogólnego pacjentki wymaga pomiaru temperatury jej ciała (mierzona pod pachą nie powinna przekraczać 37°C), tętna (w granicach 64-78 uderzeń na minutę) i ciśnienia tętniczego (nie powinno przekraczać wartości 140/90 mmHg). Przystępując do oceny stanu położniczego pacjentki pamiętajmy o uzyskaniu zgody pacjentki na badanie. Jeżeli spotykamy się z odmową - odnotujmy ten fakt w dokumentacji. Spróbujmy jednak przekonać pacjentkę, że ocena involucji macicy, ilości i jakości odchodów połogowych, gojenia się rany naciętego krocza czy rany po cięciu cesarskim oraz badanie stanu gruczołów piersiowych są bardzo ważnymi wskaźnikami przebiegu połogu. W mojej praktyce z brakiem zgody spotykam się najczęściej w przypadku bardzo młodych pacjentek, skrzepowanych obecnością członków rodziny lub po prostu nieświadomych celu takiego badania. Umiejętne skierowanie uwagi bliskich na przykład na przygotowanie miejsca do badania dziecka oraz prośba o zapewnienie chwili intymności podczas badania pacjentki, spotykają się raczej ze zrozumieniem. Nie zapominajmy o zapytaniu położnicy o czynność pęcherza moczowego i jelit, wyjaśniając ich wpływ na involucję macicy i ogólne samopoczucie. Poroz-

mawiamy o dziecie w połogu, zwłaszcza jeżeli pojawił się problem z wypróżnianiem. Zwróćmy uwagę czy świeżo upieczona mama nie zapomina przypadkiem w ferworze opieki nad dzieckiem o posiłkach. Nie bez znaczenia pozostaje aktywność fizyczna pacjentki - zaproponujemy kilka prostych ćwiczeń w pierwszych dniach po porodzie. Odnotujmy również występowanie u pacjentki obrzęków, żyłaków, hemoroidów oraz innych problemów zdrowotnych, z którymi się ona boryka.

Nadchodzi czas aby zbadać noworodka. Podobnie jak w przypadku badania mamy dziecka musimy pamiętać o dwóch rzeczach: po pierwsze zapytać o zgodę na badanie i po drugie - umyć przed nim ręce! Nie wolno nam o tym zapominać, bo jakże niewiarygodnie wypadłybyśmy w oczach pacjentki (którą edukowałyśmy przecież o zakaźności odchodów połogowych)! Pokaż mi swą łazienkę, a powiem ci kim jesteś - brudna umywalka i ręczniki, brak mydła, stos odzieży w wannie, klejąca się podłoga i grzyb na ścianach - zdarzało mi się oglądać taką scenę, więc duży nacisk w edukacji musiałam położyć na higienę otoczenia dziecka, mimo że pokój jakby przygotowany na moje przyjsię. Częstym pytaniem rodziców jest kwestia temperatury pomieszczenia, w którym przebywa dziecko. 20-22°C i nieco wyższa podczas kąpieli (około 25°C) a także wilgotność 30-65% są optymalne, ale zwróćmy też uwagę rodziców, że pokój dziecka powinien być wietrzony.

Zawsze proszę mamę dziecka aby zebrała je do badania i ubrała po jego zakończeniu. Nigdy sama tego nie robię (choć byłoby zapewne szybciej), gdyż pozwala mi to zaobserwować jak radzi sobie z zakładaniem/zdejmowaniem pieluchy, pielęgnacją okolic krocza dziecka i jak sprawnie posługuje się ubrankami. Jeżeli widzę, że nie jest to dla niej problemem, dla odmiany proszę o to ojca dziecka. W większości przypadków mężczyźni mają na tym polu sporo wątpliwości - można wówczas pokazać jak odwrócić dziecko, jak włożyć ten mikroskopijny i pełen zatrzasków kaftanik, jak prawidłowo je trzymać i oczywiście jak wywinąć pieluchę, aby nie podrażniała kikutu pępownicy.

Badanie dziecka zawsze uzupełniam jednocześnie pogadanką na temat pielęgnacji dziecka i omówieniem objawów, które powinny zwrócić uwagę rodziców. A więc zaczynamy. Przyjrzyjmy się rozebranemu noworodkowi:

- jak się zachowuje? (apatyczny?, senny?, aktywny?, rozdrażniony?)
- jakie ma zabarwienie powłok skórnych (zażółcone? - jeśli tak odnotujmy ten fakt uwzględniając skalę Kramera, pojawiająca się sinica?)
- oceńmy stan skóry (zaczerwienienie - rumień, odparzenia, wyprzenia?, potówki?, wysypka?, ciemieniucha?, otarcia?, zadrapania?, wybroczyny?)
- sprawdźmy sprężystość, wilgotność i czystość skóry
- oceńmy ciemiączko przednie i tylne (wymiary, zapadnięte?)
- sprawdzamy także ewentualną obecność przedgłowia (ustępuje do 24-48 godzin po porodzie) lub krwiaka podokostnowego (ustępuje w 6-8 tygodniu po urodzeniu)
- mierzymy obwód głowy (wymiar czołowo-potyliczny na wysokości guzów czołowych i guzowatości potylicznej; linia pomiaru przebiega około 1 cm powyżej brwi ponad małżowinami usznymi), średni przyrost to 1,27cm/miesiąc
- mierzymy obwód klatki piersiowej (od przodu na wysokości brodawek sutkowych, od tyłu na wysokości dolnych kątów łopatek), w 3-5 miesiącu życia zrówna się z obwodem głowy
- zwróćmy uwagę na miejsce, w którym podana była szczepionka BCG - poinformujemy rodziców, że po 3-4 tygodniach może pojawić się tam naciek z ropnym pęcherzykiem, który później pęka i jest to zjawisko fizjologiczne
- mierzymy długość ciała (długość ciemieniowo-siedzeniowa i długość od pośladków wzdłuż kończyny dolnej do pięty), nie prostujemy przy tym kończyn!
- sprawdzamy obecność odruchów noworodkowych:
 - Palmera (chwytny) utrzymuje się do około 3-6 miesiąca życia
 - Bauera (pełzania)
 - automatycznego chodu - do około 2-3 miesiąca życia

- toniczno-szyjny - do 5-6 miesiąca życia

- Moro - do około 4-5 miesiąca życia, choć niektóre źródła podają, że nawet do 6 miesiąca życia)

- Rootinga (szukania) - do 3-4 miesiąca życia

- Babińskiego - do około 6 miesiąca życia, ale według niektórych źródeł nawet do 12 miesiąca życia

- ssania - do około 4 miesiąca życia

■ oceniamy oczy (obrząk powiek?, łzawienie?, obecność śluzu lub ropy?, krwawe wylewy?)

■ oceniamy nos (wydzielina?, drożność, ruchy skrzydełek, charakter oddechu)

■ oceniamy jamę ustną (pleśniawki?, nawilżenie śluzówek)

■ sprawdzamy stan kikutu pępownicy (wilgotny?, ropiejący?, suchy?)

■ oceniamy dno pępka (suche?, wilgotne?, ropiejące?, ziarninujące?, stan zapalny okołopępkowy?, przepuklina?)

W tym miejscu bardzo ważne jest omówienie suchej pielęgnacji kikutu pępownicy według Wytocznych Nadzoru Krajowego w dziedzinie neonatologii, a także poinformowanie o objawach zapalenia pępka.

■ sprawdzamy temperaturę ciała dziecka (zwykle bywa w granicach 36,6-37,5°C), sygnalizując rodzicom sytuacje kiedy może być nieco podwyższona (m.in. w czasie płaczu, zaraz po karmieniu)

■ standardy okołoporodowe zalecają także ocenę czynności oddechowej (w granicach 40-50 oddechów na minutę) i czynności serca (około 100-160 uderzeń na minutę, miarowa?)

■ sprawdzamy masę ciała noworodka - jeden z najważniejszych elementów wizyty dla rodziców, prawidłowo do 3 miesiąca życia dziecko przybiera na wadze 26-31 g na dobę. Zwykle proszę rodziców aby nie ważyli go codziennie, lub co gorsza - po każdym karmieniu (zwłaszcza na wagach domowej konstrukcji!). W razie niepokoju lub trudności w karmieniu, umawiam się na kontrolę wagi dziecka za dwa dni.

Ocenę karmienia zwykle zostawiam na koniec. Po badaniu proszę pacjentkę, jeśli karmi naturalnie, aby przystawi-

ła dziecko do piersi. Zwracam uwagę na technikę, sposób i przebieg karmienia. To dobry moment aby pomóc w rozwiązaniu problemów związanych z laktacją i okazją, by zweryfikować wiedzę mamy na temat różnych pozycji do karmienia - zaproponujemy i pomożemy przeciwzyć zwłaszcza tę, w której dotąd nie karmiła lub ma wątpliwości czy robi to dobrze. Po upewnieniu się, że dziecko zostało dobrze przystawione do piersi, warto omówić (a nawet zapisać) wskaźniki skutecznego karmienia piersią (bardzo ważne!), a także uprzedzić o objawach i postępowaniu podczas nawału pokarmu. Zakładam, że badając wcześniej gruczoły piersiowe, omówiono samobadanie i samoobserwację piersi (również pod kątem objawów zastoju/zapalenia). Jeżeli dziecko jest karmione mieszanką odnotowując jej rodzaj i ilość jaką zjada w ciągu doby. Ważne jest także pytanie o dynamikę wypróżnień i ilość mikcji u dziecka. Wyjaśnimy jak wygląda prawidłowy stolec - jego półpłynna konsystencja i poja-

wianie się po każdym karmieniu może być niepotrzebną przyczyną niepokoju rodziców.

Wszystkie obserwacje zapisujemy w dokumentacji, ustalając plan opieki nad pacjentką i jej dzieckiem. Warto zapisać mamie ważniejsze kwestie jak zalecenia laktacyjne, numer telefonu do siebie i poradni, terminy wykonania badań profilaktycznych u dziecka i na pewno datę kolejnego, z nami, spotkania. Poinformujemy pacjentkę o ilości przysługujących jej wizyt patronażowych. Wedle standardów okołoporodowych powinno ich być przynajmniej cztery, z możliwością do sześciu. Ale jeżeli naszym pacjentem było dziecko z rozpoznanymi w ciąży wadami rozwojowymi (mamy potwierdzenie jako załącznik 19B do zarządzenia Prezesa NFZ nr 50/2016/DSOZ z dnia 27 czerwca 2016 r.) liczba przysługujących rodzinie wizyt może wzrosnąć do dziewięciu w okresie do 2 miesięcy kalendarzowych. Tu nasuwa się uwaga, iż w przypadku niepowodzeń po-

łożniczych lub gdy noworodek urodził się z bardzo małą masą urodzeniową, skrajnie niedojrzały bądź z wadą wrodzoną - należy wskazać jego mamie gdzie może uzyskać pomoc psychologiczną oraz o możliwych formach wsparcia rodziny przez instytucje ich udzielające.

Powoli wizyta dobiega końca. Nasza pacjentka przebiega jeszcze wzrokiem po kartce, na której zapisała swoje pytania. Najczęściej słyszymy wówczas: hm, właściwie na wszystkie znam już odpowiedź. Mimo że nasze spotkanie trwało prawdopodobnie dwie albo i trzy godziny, pewnie nawet nie zauważyłyśmy jak szybko minął ten czas - możemy zatem spokojnie udać się na kolejną wizytę...

*Sylvia Jarco
mgr położnictwa
położna rodzinna
Piśmiennictwo u autorki*

Przedruk: OIPiP Bielsko-Biała

Szczepienia ochronne. Jak rozmawiać o nich z rodzicami?

Czarny PR robiony szczepionkom przez ich przeciwników (nazywanych też proepidemikami) sprawia, że wielu obecnych lub przyszłych rodziców ma ogromne obawy, czy powinni wykonywać je u swoich dzieci. Radzimy, jak z nimi na ten temat rozmawiać i jak obalać mity, które krążą wokół szczepień ochronnych.

Szczepionki, co nieustannie podkreśla Światowa Organizacja Zdrowia, to jedno z największych osiągnięć medycyny i naszej cywilizacji. To właśnie dzięki ich regularnemu wykonywaniu u dzieci udało się całkowicie wyplenić jedną z najgroź-

niejszych chorób zakaźnych - ospę prawdziwą oraz zapobiec śmierci i groźnym powikłaniom u milionów osób na skutek wielu innych chorób, takich jak odra, gruźlica, choroba Heinego-Medina, błonica, krztusiec czy pneumokokowe zapalenie płuc. Niestety liczba przypadków niektórych z nich obecnie rośnie, a wszystko przez tzw. ruchy antyszczepionkowe aktywne nie tylko w Polsce, ale też w innych krajach. Co, jeśli w swojej praktyce spotykasz rodziców, którym takie ruchy także namieszały w głowach?

Zdecydowani - Umiarkowani - Niezdecydowani

Ze statystyk Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (www.szczepienia.info) wynika, że ok. 20 proc. pacjentów wierzy w to, że szczepionki działają ochronnie, a jedynie ok. 2 proc. to ich zdecydowani przeciwnicy. Pozostała grupa nie wie, co myśleć, gubi się w zalewie informacji, ma wątpliwości. To właśnie oni najczęściej potrzebują rady ze strony lekarza, pielęgniarki lub położnej. Ich pytania dotyczące szczepień ochronnych u dzieci z reguły biorą się z tego, że

Rozmawiając z rodzicami na temat szczepień, koncentruj się przede wszystkim na korzyściach, które one niosą, i ryzyku medycznym związanym z rezygnacją ze szczepień, a nie na ryzyku niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP). Jednocześnie trzeba omówić zarówno łagodne, często występujące odczyny, jak i te cięższe, występujące rzadko. Aby zapewnić rodzicom poczucie bezpieczeństwa w okresie poszczepiennym, warto przedstawić zasady postępowania w razie wystąpienia NOP u dziecka.

sami nie mają dostatecznej wiedzy, żeby zweryfikować to, co na ten temat usłyszeli od innych albo przeczytali w Internecie. Nie należy więc od razu uznawać ich za antyszczepionkowców i stawiać po drugiej stronie barykady. Poza tym zadeklarowani przeciwnicy szczepień rzadko o nie pytają, a jeśli nawet pytają, to nie po to, żeby wysłuchać argumentów drugiej strony, ale się nimi przerzucać. Dyskusja z nimi jest więc niezwykle trudna i najczęściej jest źródłem frustracji dla obydwu stron.

Aby skutecznie rozmawiać z rodzicami odmawiającymi lub obawiającymi się szczepień, należy zdawać sobie sprawę, że nie są jednorodną grupą. Są wśród nich zdecydowani przeciwnicy, którzy odmawiają szczepienia dzieci, umiarkowani przeciwnicy, którzy opóźniają moment szczepienia lub godzą się na szczepionki wybiórczo oraz niezdecydowani, którzy generalnie godzą się na szczepienie dzieci, mimo że są pełni obaw wobec szczepionek.

Stanowczo nie

Zdecydowani przeciwnicy szczepień zwykle w ogóle nie chcą o nich rozmawiać, a ewentualne pytania personelu medycznego w tej kwestii wywołują u nich silne emocje. Za sukces w kontakcie z tą grupą rodziców należy uznać samo nawiązanie rozmowy, w czym pomagają pytania otwarte - „Czy chciałaby Pani/chciałby Pan porozmawiać na temat szczepień?”. Jeżeli rodzic dopuszcza dialog, to na początku spróbuj ustalić przyczynę odmowy wykonywania szczepień, a następnie postaraj się do niej odnieść.

Nie zaleca się prowadzenia długich i szczegółowych rozmów, gdyż wdawanie się z takimi rodzicami w dyskusję jest bezowocne. Co więcej, może to doprowadzić do całkowitej utraty zaufania między stronami. Rodzic, który ufa lekarzowi swojego dziecka, ma większe szanse w przyszłości uwierzyć, że - proponując szczepienia - lekarz chce chronić jego dziecko przed groźnymi chorobami.

Może tak, może nie

Rodzice z dwóch pozostałych grup zazwyczaj ciągle szukają informacji na temat szczepień, dlatego propozycja rozmowy ze strony położnej czy lekarza jest przyjmowana raczej pozytywnie. Przy-

czyną wątpliwości w tych grupach nie jest „spiskowa teoria dziejów”, jakoby szczepionki celowo były tak preparowane, by szkodzić dzieciom, ale obawa o ich bezpieczeństwo, czyli zdrowie dziecka. Grupy te różnią się między sobą wiedzą na temat szczepień - rodzice umiarkowanie przeciwni szczepieniom zwykle wiedzą znacznie więcej niż niezdecydowani, ale mają też większe wątpliwości i trudniej jest ich przekonać do szczepień. Nieumiejętna, zbyt nachalna rozmowa może przynieść skutek odwrotny od zakładanego - rodzice usztywnią się w swoich postawach i przejdą na stronę zdecydowanych przeciwników.

W rozmowie z rodzicami pełnymi wątpliwości i sceptycyzmu trzeba wykazać się dużą wiedzą. Nie mogą odnieść wrażenia, że lekarz lub położna nie wiedzą, o czym mówią, albo nie rozumieją, o czym mówią rodzice. Niezdecydowani i umiarkowanie przeciwni szczepieniom rodzice doceniają fakt, że zostaną wysłuchani, nie będą oceniani i będą mogli zadawać pytania. Rozmowę najlepiej zacznij od ustalenia źródła obaw rodziców, dzięki temu masz szansę ją ukierunkować na rozwiewanie konkretnych wątpliwości. Zamiast mówić ogólnie o szczepieniach, łatwiej rozmawiać na temat konkretnych preparatów, co do których rodzice mają obawy.

Zamiast wyśmiać - wysłuchaj

Wyobraź sobie, że masz dylemat i nie wiesz, jak go rozwiązać, jedni mówią to, drudzy tamto. Idziesz więc do kogoś, komu ufasz, kto według ciebie ma większe doświadczenie oraz wiedzę w danym temacie i prosisz o radę. Jakbyś się czuł, gdyby taka osoba zignorowała twój problem, wyśmiała go, nazwała bzdurnym, powiedziała coś w stylu „Jak możesz tak myśleć?” lub zaczęła na ciebie krzyczeć? Dokładnie tak samo poczuje się rodzic w sytuacji, gdy lekarz czy położna odnie się w ten sposób do nurtujących go wątpliwości dotyczących szczepień. Jaki będzie tego efekt? Matka lub ojciec przestaną pytać, wycofają się albo - co najgorsze - uwierzą, że szczepionki to samo zło i przestaną je robić, narażając swoje dziecko na groźne choroby. Rodzica w takiej sytuacji trzeba po prostu wysłuchać i dotrzeć do tego, czego się obawia, a potem takie obawy umiejętnie rozwiązać.

Powołaj się na fakty i doświadczenie

Rozmawiając z rodzicami na temat szczepień, powołaj się na fakty. Chcąc zdementować fałszywe informacje z nimi związane, nie mów, że są głupie albo bezsensowne, ale przytocz

wyniki badań, konkretne przykłady lub liczby. Jeśli szczepisz się lub szczepisz własne dzieci, to również o tym wspomnij. Pamiętaj też, żeby nie dyskredytować tego, co rodzice usłyszeli o szczepionkach od innych, gdyż te osoby mogą być dla nich ważne. Nie oburzaj się też na nierzetelne informacje krążące na ten temat w sieci.

Zapytaj raczej, komu rodzic woli zaufać siostrze lub koleżance bez medycznej wiedzy i doświadczenia, niesprawdzonym informacjom albo anonimowym wpisom w Internecie czy komuś, kto taką wiedzę oraz doświadczenie (często wieloletnie) posiada, a co więcej podpisuje się pod tym, co mówi imieniem i nazwiskiem? W trakcie rozmowy z rodzicami pamiętaj też o tym, żeby posługiwać się językiem zrozumiałym dla przeciętnego Kowalskiego, a nie medycznym żargonem.

Obalamy szczepionkowe mity

Poniżej przedstawiamy kilka fałszywych, ale bardzo często powtarzanych opinii dotyczących szczepień oraz argumenty, którymi możesz się posłużyć, żeby przekonać rodziców, jak bardzo są błędne i niebezpieczne.

1. Wcześnieaków nie powinno się szczepić, ponieważ mają niedojrzały układ odpornościowy

Faktycznie wcześniaki mają nie w pełni ukształtowany układ odpornościowy, dodatkowo matki przekazują im mniej przeciwciał przez łożysko. Właśnie z tych względów one najbardziej potrzebują szczepień. Badania dowodzą, że u wcześniaków występuje większe ryzyko: inwazyjnej choroby pneumokokowej (najcięższej postaci zakażenia pneumokokami, która może doprowadzić do śmierci), zachorowania na krztusiec i grypę, a także pobytu w szpitalu w 1. roku życia z powodu biegunki rotawirusowej.

2. Podawanie małym dzieciom zbyt wielu antygenów w szczepionkach przeciąża ich układ odpornościowy

Organizm dziecka od urodzenia uczy się walczyć z zagrożeniami z zewnątrz (w szczególności z drobnoustrojami) i tylko dzięki temu może prawidłowo funkcjonować. Od urodzenia ma też z kontakt z ogromną liczbą bakterii (jest ich w naszym organizmie 100 trylionów, podczas gdy komórek mamy 10 trylionów). Przebiegająca szczepionka dla małego dziecka zawiera od kilku do kilkunastu antygenów, podczas gdy zachorowanie na anginę oznacza wystawienie go na działanie 25-50 antygenów.

3. Szczepionki mogą powodować autyzm i inne groźne choroby

Żadne z 10 wiarygodnych badań na ten temat nie wykazało związku między szczepieniami a autyzmem. Na podstawie wieloletnich obserwacji ponad miliona dzieci w różnych regionach świata ustalono, że choroby ze spektrum autyzmu występują tak samo często zarówno wśród dzieci szczepionych, jak i wśród nieszczepionych. Brak również dowodów na związek między szczepieniami a rozwojem zaburzeń neurologicznych, takich jak padaczka czy zaburzenia neurorozwojowe.

4. Szczepionki zawierają szkodliwe substancje, takie jak rtęć

W składzie szczepionek są substancje, które pomagają utrzymać ich stabilność, wzmacniają działanie oraz chronią przed zanieczyszczeniem drobnoustrojami czy grzybami. Substancje te występują w nich jednak w niewielkiej ilości, co za tym idzie, bezpiecznej dla zdrowia dawce (ich dopuszczalna zawartość jest dokładnie kontrolowana w każdej serii szczepionki). Dotyczy to także Tiomersalu, czyli etylowej postaci rtęci, która - w odróżnieniu od wysoce toksycznej metylortęci - nie kumuluje się w organizmie.

5. Szczepionki wywołują wiele negatywnych reakcji

Ryzyko wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych oczywiście istnieje, ale najczęściej mają postać łagodnych objawów miejscowych (obrzęk, bolesność lub zaczerwienienie w miejscu wkłucia), rzadziej ogólnych (gorączka, gorsze samopoczucie, osłabienie). Poważne reakcje (trudny do utulenia płacz, wysoka 40-stopniowa gorączka czy drgawki) zdarzają się sporadycznie, bo mniej niż w 1 przypadku na 10 000 podanych dawek. Występują więc niepo-



ŹRÓDŁA RZETELNYCH INFORMACJI NA TEMAT SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH:

www.szczepienia.gis.gov.pl
(strona prowadzona przez Główny Inspektorat Sanitarny)

www.szczepienia.czdlp
(strona prowadzona przez Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”)

www.szczepienia.info
(portal prowadzony przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH)

równanie rzadziej niż powikłania chorób, którym szczepionki zapobiegają.

Dziecko rodzica, ale odporność zbiorowa

Podczas rozmowy z rodzicami ważne jest też uświadomienie im faktu, że szczepienie ich dziecka ma znaczenie dla powstania tzw. odporności zbiorowej. Zjawisko to polega na tym, że, jeśli na daną chorobę zakaźną zaszczepione jest 85-95 proc. społeczeństwa, to się ona nie rozprzestrzenia, a więc chronieni są wszyscy. Także osoby, które nie mogą być zaszczepione, np. z powodu przeciwwskazań medycznych, ciężkich lub przewlekłych schorzeń, jak również te, których organizm na szczepionkę nie odpowiedział, a więc nie wyprodukował odpowiedniej liczby przeciwciał.

ZDECYDOWANI PRZECIWNICY - JAK NAWIĄZAĆ Z NIMI ROZMOWĘ?

- Poproś o rozmowę.
- Ustal przyczynę odmowy i odnieś się do niej.

- Nie przekonuj na siłę.
- Nie oceniaj postawy.
- Rozmawiaj krótko i rzeczowo.

UMIARKOWANI PRZECIWNICY I NIEZDECYDOWANI - JAK ZDOBYĆ ICH ZAUFANIE?

- Ustal przyczyny obaw i odnieś się do nich.
- Nie oceniaj, podawaj merytoryczne kontrargumenty.
- Staraj się rozmawiać o konkretnym preparacie.
- Podkreślaj korzyści ze szczepień i ryzyko medyczne nieszczepienia.
- Pozwalaj zadawać pytania.
- Staraj się na bieżąco rozwiewać wątpliwości.

Magdalena Róg

Przedruk z magazynu „W czepku urodzone”, grudzień 2018/nr 3 (12)

11 lutego Światowym Dniem Chorego

11 lutego, pod hasłem „Darmo otrzymaliście, darmo dawajcie”, po raz 27. obchodzimy Światowy Dzień Chorego. Święto ustanowił 13 maja 1992 r. św. Jan Paweł II. Wybrał szczególną datę – to dzień, w którym kościół katolicki wspomina Matkę Bożą z Lourdes. Światowy Dzień Chorego po raz pierwszy obchodzono właśnie w tym francuskim sanktuarium maryjnym. W tym roku jego centralne obchody odbędą się w indyjskiej Kalkucie, mieście św. Matki Teresy, założycielki zgromadzenia Misjonarek Miłości.

Na każdy Światowy Dzień Chorego papież kieruje orędzie, apelując o podjęcie współpracy pomiędzy narodami biednymi i bogatymi, mającej na celu ochronę zdrowia i życia ludzkiego od poczęcia do naturalnej śmierci. Nawiązując do tegorocznego hasła: „Darmo otrzymaliście, darmo dawajcie”, papież podkreślił, że są to słowa wypowiedziane przez Jezusa, gdy wysyłał apostołów, by głosili Ewangelię. Zaznaczył, że „Opieka nad chorymi wymaga profesjonalizmu i czułości, bezinteresownych gestów, niezwłocznych i prostych, jak zwyczajny dotyk, poprzez które daje się odczuć drugiemu, że jest ważny”.

W Dniu Chorego w wielu kościołach organizowane będą uroczyste liturgie, połączone z udzieleniem sakramentu chorych.

Cele obchodów Światowego Dnia Chorego:

1. uwrażliwienie społeczeństwa i instytucji działających na rzecz ochrony zdrowia na konieczność zapewnienia jak najlepszej opieki chorym;
2. pomaganie chorym w dostrzeżeniu wartości cierpienia na płaszczyźnie ludzkiej, a przede wszystkim na płaszczyźnie nadprzyrodzonej;

3. włączenie w duszpasterstwo służby zdrowia diecezji, wspólnot chrześcijańskich, rodzin zakonnych; popieranie coraz bardziej owocnej służby wolontariatu;

4. przypominanie o potrzebie duchowej i moralnej formacji pracowników służby zdrowia;

5. ukazywanie znaczenia opieki duchowej nad chorymi ze strony kapłanów diecezjalnych i zakonnych, jak również tych wszystkich, którzy żyją i pracują obok cierpiących.

Za <https://kdsz.pl/chorzy/swiatowy-dzien-chorego/>



Opieka pielęgniarska nad pacjentem z atopowym zapaleniem skóry w czasie diagnostyki i leczenia

Rola i zadania pielęgniarki nad pacjent z atopowym zapaleniem skóry

Pielęgniarstwo jest dziedziną, która od samego początku powstania cechuje się dominacją nurtu praktycznego, mimo ciągłego rozwoju podstaw teoretycznych opartych na dowodach naukowych [Ślusarska B., Pabiś M., Zarzycka D., 2009, s. 5-11].

Pielęgnowanie wg. WHO to opieka nad chorą osobą, a także zapobieganie różnym schorzeniom i umacnianie

zdrowia. Pielęgniarstwo jest dziedziną, która zajmuje się profesjonalnym pomaganiem i towarzyszeniem nie tylko w zdrowiu, ale przede wszystkim w chorobie. Ważnym celem pielęgnowania jest nauka samoopieki i samopielęgnacji, aby pacjent po powrocie do środowiska domowego mógł żyć na godnym poziomie. Pielęgniarstwo to zawód samodzielny oparty na dowodach naukowych oraz

przestrzegający zasady etyki zawodowej [Ślusarska B., Pabiś M., Zarzycka D., 2009, s. 5-11].

Pielęgniarka w trosce o zdrowie pacjenta spełnia następujące funkcje:

- Wychowawczą,
- Opiekuńczą,
- Rehabilitacyjną,
- Terapeutyczną,
- Promującą zdrowie,

Cele funkcji wychowawczej:

- Przygotowanie chorego do samoopieki i samo pielęgnacji,
- Przygotowanie chorego do współpracy z personelem medycznym,
- Nauczanie pacjenta działań prozdrowotnych,
- Budowanie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie,
- Przygotowanie opiekunów do sprawowania opieki nad chorym.

Cele funkcji opiekuńczej:

- Zapobieganie chorobą,
- Potęgowanie zdrowia,
- Wzmacnianie zdrowia,
- Motywowanie chorego,
- Pomoc w rozwiązywaniu problemów,
- Współuczestnictwo w diagnozowaniu, usprawnianiu i leczeniu.

Cele funkcji rehabilitacyjnej:

- Przywrócenie sprawności,
- Przywrócenie samodzielności,
- Zdobycie niezależności,
- Radzenie sobie w nowej sytuacji życiowej.

Cele funkcji terapeutycznej:

- Wykonywanie niezbędnych zleceń lekarskich,
- Dokonywanie badań diagnostycznych,
- Udzielanie pierwszej pomocy.

Cele funkcji profilaktycznej:

- Nauka umacniania zdrowia,
- Propagowanie zachowań podtrzymujących zdrowie,
- Realizowanie działań profilaktycznych. [Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., 2004, s. 302-313].

W opiece nad pacjentem z atopowym zapaleniem skóry, pielęgniarka powinna sprawować wszystkie powyższe funkcje. Rzetelne wykonywanie swoich obowiązków prowadzi do szybszego zdrowienia pacjenta.

Pielęgniarka jako wychowawca powinna:

- Gromadzić dane o pacjencie,
- Bacznie obserwować pacjenta,
- Analizować dokumenty medyczne,
- Dokumentować bieżący stan pacjenta,
- Przeprowadzić badanie fizykalne ciała,
- Asystować lekarzowi podczas badania,

- Przygotować chorego do życia z chorobą w warunkach domowych,
- Wzbudzić w sobie zaufanie,
- Nauczyć chorego dbania o własne zdrowie,
- Wzbudzić w chorym odpowiedzialności za swoje zdrowie,
- Przygotować opiekunów i bliskich do sprawowania opieki nad osobą dotkniętą chorobą AZS.

Pielęgniarka jako opiekun powinna:

- Pomóc choremu w zapobieganiu rozwoju choroby,
- Motywować chorego do walki z AZS,
- Uczestniczyć podczas diagnostyki, leczenia i usprawnianiu pacjenta,
- Potęgować zdrowie chorego,
- Przekazać informacje pacjentowi o emolientach stosowanych na skórę atopową,
- Przekazać informacje na temat istoty choroby, diagnostyki i leczenia,
- Wesprzeć psychicznie pacjenta,

Pielęgniarka jako rehabilitant powinna:

- Pomóc pacjentowi przywrócić sprawność fizyczną i psychiczną,
- Nauczyć radzenia sobie w okresie zaostrzeń objawów,
- Nauczyć samoopieki z AZS,
- Nauczyć radzenia sobie ze stresem i niepokojem,
- Pomóc przywrócić samodzielność choremu,
- Przekonać go, że z tą chorobą można żyć.

Pielęgniarka jako terapeuta powinna:

- Podawać leki na zlecenie lekarza np.: zmniejszające świąd skóry np.: Clemastin, Dexaven,
- Wykonywać opatrunki na miejsca zmienione chorobowo,
- Stosować kąpiele lecznicze przy zastosowaniu ziół np.: owiec pospolity
- Stosować kosmetyki i preparaty emolientowe na miejsca zmienione chorobowo,
- Wykonywać badania diagnostyczne,
- Określać rodzaj, ilość i obszar zmian skórnych,
- Pobierać materiały do badań np.: morfologia,
- Przygotować pacjenta do badań diagnostycznych,

- Udzielać pierwszej pomocy w każdej potrzebie pacjenta.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z atopowym zapaleniem skóry sprawdza się również do działań prewencyjnych, które obejmują profilaktykę pierwotną, wtórną oraz trzeciorzędową.

1. Profilaktyka pierwotna - dotyczy dzieci obciążonych genetycznie atopią. Czynniki, które zapobiegają rozwój AZS to:

- Eliminacja dymu tytoniowego podczas ciąży,
- Karmienie piersią do 3-6 m.ż.
- Zmniejszenie ekspozycji dziecka na alergeny,
- Powolne rozszerzanie diety dziecka,
- Zredukowanie kontaktu z alergenami pokarmowymi [Karbowska M., Szereszunowicz H., 4/2009, s. 26].

2. Profilaktyka wtórna - dotyczy osób, u których rozpoznano atopowe zapalenie skóry i ma zadanie zapobiegać nawrotom tego schorzenia. Obejmuje ona:

- Szczegółowa dniagnostyka,
- Regularnie i poprawnie stosowana pielęgnacja skóry,
- Eliminacja alergenów,
- Eliminacja czynników drażniących,
- Farmakoterapia,
- Zapobieganie infekcjom [Szczepański M., Krajewska-Kułak E., 6/2008, s. 30-33].

3. Profilaktyka trzeciorzędowa - są to działania terapeutyczne, które polegają na:

- Podawanie leków na zlecenie lekarza np. przeciwhistaminowych,
- Alergenowi - swoista immunoterapia,
- Bardzo ważna jest edukacja chorego oraz jego rodziny na temat istoty choroby. Pielęgniarka powinna uświadomić choremu, że AZS jest schorzeniem, którego cechują okresy remisji i zaostrzeń. Pacjent powinien być świadomy, że choroba ta często towarzyszy choremu przez całe życie i nie jest on z tym sam, gdyż wiele osób cierpi na podobne dolegliwości. Należy poinformować pacjenta, że czynniki takie jak wysiłek fizyczny czy gorące posiłki mogą nasilać świąd skóry. Chory powinien nosić przewiewną odzież wykonaną z naturalnego two-

rzywa. Wełna działa drażniąco na skórę! Środowisko w jakim przebywa pacjent powinien być pozbawiony dymu tytoniowego. Temperatura otoczenia powinna wynosić od 18-20 °C, a wilgotność w granicy 70-80 %. Pielęgniarka powinna poinformować pacjenta, aby wyeliminował czynniki drażniące np.: niepotrzebne ozdoby jeśli uczulają go roztocza kurzu domowego, zamiast zasłon można stoso-

wać rolety. Również personel medyczny powinien przygotować pacjenta do samoopieki w warunkach domowych [Szczepański M., Krajewska-Kułak E., 2008, s. 38-39]

Bez wątplenia zadania jakie spełnia pielęgniarka są uwarunkowane miejscem pracy oraz stanowiskiem jakie zajmuje. Każda pielęgniarka powinna być świadoma, że jedynie idealna współpraca personelu medycznego oraz rze-

telne wykonywanie swoich zadań może zaowocować poprawą zdrowia pacjenta [Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., 2011, s. 302-313]

Autor: Paula Pica

Praca dyplomowa napisana pod kierunkiem: dr n. med. Renata Rabiasz

Rola pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do samoopieki w warunkach domowych po nefrektomii

Zwalczanie bólu pooperacyjnego i pielęgnowanie rany pooperacyjnej

Pacjenci w przygotowywaniu do samoopieki powinni posiadać motywację do zachowań prozdrowotnych, profilaktycznych, rehabilitacyjnych oraz do podejmowania czynności pielęgnacyjnych, oceny bólu pooperacyjnego i jego przeciwdziałaniu. Edukacja pacjenta nie powinna opierać się jedynie na jednorazowym poinformowaniu chorego, lecz powinna być procesem, którego głównym zadaniem ma być kreowanie odpowiedniej postawy chorego. Przebieg edukacji w zakresie bólu pooperacyjnego ma za zadanie nauczyć pacjenta zręczności w posługiwaniu się skalami nasilenia bólu, oceniać natężenie, a także wykorzystywać znane mu sposoby działania przeciwbólowego. [Kołodziej W., Dobrzyń D., Eszyk J. 2010, s.59]

Ból określa się jako doznanie czuciowe, zależne od działania uszkodzającego bodźca oraz odpowiedzi organizmu na podstawie psychicznej interpretacji, spostrzeżeń zachodzących wydarzeń. Ból przysparza nie tylko cierpienia fizycznego, ale również psychicznego. Dolegliwości bólowe po zabiegu chirurgicznym pojawiają się, gdy ustaje działanie analgezji śródoperacyjnej, a spowodowane są uszkodzeniem tkanek powierzchniowych i struktur położonych głęboko. Oprócz uszkodzeń tkanek wpływ na poziom odczuwanego bólu mają czynniki takie jak: podejście pacjenta do spo-

dziewanych dolegliwości, poziom lęku, poziom traumatyzacji tkanek, stopień unerwienia. Pielęgniarki odgrywają ważną rolę w procesie rozpoznawania i zwalczania bólu pooperacyjnego, dzięki temu, że mają z pacjentami bezpośredni kontakt. Opiekując się chorym po zabiegu operacyjnym, zadaniem pielęgniarki jest podawanie leków zgodnie ze zleceniem lekarskim, jaki i rozpoznawanie niepokojących objawów u pacjenta (grymas na twarzy, przyspieszony oddech, wzrost ciśnienia tętniczego, tętna). W takich przypadkach istotna jest szybkość reakcji. Prawidłowa ocena bólu powinna opierać się na opisanie go przez chorego i obserwacji personelu. Inną z metod jest pomiar podstawowych parametrów życiowych. Stosuje się również skale: słowna, skala numeryczna (cyfrowa), wizualno-analogowa (visual analogue scale- VAS). [Prochowicz D., Krajewska-Kułak E., Trochimowicz L. 2014, s. 171]

Po zabiegu usunięcia nerki pacjenci odczuwają silny ból pooperacyjny w miejscu przeprowadzonego cięcia, pod łukiem żebrowym. Chorzy cechują się skłonnościami do spłykania oddechu, ażeby ruchy w miejscu cięcia operacyjnego były jak najmniejsze, co w efekcie może doprowadzić do niedodmy tkanki płucnej i zapalenia płuc, dlatego tak ważne jest działanie mające na celu uwolnienie cho-

rego od bólu. Oprócz niwelowania bólu istotne jest również pielęgnowanie rany pooperacyjnej. Do zadań pielęgniarskich należy obserwacja czystości rany, zmiana opatrunków. W konsekwencji przeprowadzonej resekcji nerki, pacjenci mają założony dren Redona. Pielęgniarka ma za zadanie obserwować ilość oraz jakość wypływającej treści z założonego drenu. Dren Redona zazwyczaj usuwany jest dzień lub kilka dni po zabiegu. [Bączyk G., Kapała W. 2012, s.61]

Rana pooperacyjna zabezpieczana jest opatrunkiem jałowym, który ma spełniać rolę bariery ochronnej, zabezpiecza ranę przed zakażeniem, urazem oraz wchłaniania wysięk z rany. Pielęgniarka odpowiedzialna jest za zamianę opatrunków, a także przygotowania pacjenta do samodzielnej zmiany opatrunków. Pacjent powinien otrzymać niezbędne informacje o postępowaniu z raną. Edukacja powinna obejmować odpowiednią higienę, zasady aseptyki i antyseptyki, techniki wykonania opatrunku, odpowiedniego doboru materiałów potrzebnych do wykonania opatrunku oraz naukę obserwacji rany pod kątem zakażeń i niepokojących objawów. Przed wypisem pacjenta do domu pielęgniarka powinna skontrolować poziom gotowości chorego do samoopieki. [Szewczyk M., Deptuła A., Kózka M. 2015, s. 76, 85]

Sugerowana dieta po zabiegu usunięcia nerki

Odpowiednie odżywianie jest bardzo istotne po przebytych zabiegu usunięcia nerki. Prawidłowa dieta pozwala uniknąć negatywnych skutków niedożywienia. Zaliczyć do nich można: osłabienie siły mięśni, zmniejszenie odporności, nieprawidłowości w funkcjonowaniu układu oddechowego i krążeniowego. Następstwem niedożywienia w okresie po zabiegu jest także zwiększone ryzyko zakażeń, opóźniony proces gojenia ran, występowanie powikłań. Wszystkie te negatywne czynniki wydłużają cały proces zdrowienia i utrudniają rehabilitację. Szczególną rolę w leczeniu żywieniowym posiada pielęgniarka, która ocenia stan odżywienia (pomiar BMI), przy pomocy zebranego wywiadu i przy współpracy z dietetykiem uwzględnia preferencje żywieniowe pacjenta. Udziela porad pacjentom, którzy oczekują wsparcia w doborze odpowiedniej diety. Dla pacjentów wypisywanych do domu, odgrywa to ważną rolę w zapewnieniu ciągłości opieki i daje nadzieję na powrót do normalnego życia. [Rosołowska M., Jankowski K. 2014, s.35, 39]

Pacjenci po nefrektomii we wczesnym okresie po zabiegu powinni przyswajać większą, ilość płynów doustnych, co ma wpłynąć na jak najwcześniejsze, kompensacyjne rozpoczęcie pracy przez zdrową nerkę. Zaleceń tych jednak nie można zastosować, gdy pozostała nerka już wcześniej była niewydolna, jest to zdecydowane przeciwwskazanie. We wskazówkach dietetycznych w początkowym etapie po zabiegu należy uwzględnić zmniejszoną podaż białka, aby zminimalizować niebezpieczeństwo wystąpienia białkomoczu bądź albuminurii. Należy więc ograniczyć spożywanie wędlin, mięsa, serów i wszystkich przetworów mlecznych. Ograniczyć należy także spożycie soli, a także wystrzegać się palenia papierosów oraz spożywania alkoholu. [Bączyk G., Kapała W. 2012. s. 62-63]

Dieta po nefrektomii nie powinna jednak znacząco różnić się od diety człowieka zdrowego, jeśli pacjenci nie odczuwają skutków ubocznych przeprowadzonego leczenia. Sposób odżywiania powinien być ukierunkowany na zapotrzebowanie organizmu w niezbędne składniki odżywcze. Odpowiednie i ra-

jonalne żywienie wpływa na szybszy powrót do pełnej aktywności. [Kłęk S. 2011, s. 271]

Usprawnianie oraz aktywność fizyczna

Leczenie nowotworów nerek związane jest z zabiegiem chirurgicznym, co prowadzi do pooperacyjnego unieruchomienia, powikłań płucnych, powikłań zakrzepowo-zatorowych, zmniejszenia sprawności fizycznej i wydolności. Również ból spowodowany leczeniem operacyjnym, czy osłabienie siły mięśni, mogą przyczyniać się do wystrzegania się przez pacjentów aktywności ruchowej. Fizjoterapia po kuracji nowotworów układu moczowo-płciowego ukierunkowana jest na leczenie zaburzeń czynnościowych oraz powikłań. Prawidłowo prowadzona fizjoterapia powinna mieć swój początek już przed zabiegiem operacyjnym i kontynuowana być w okresie pooperacyjnym. Metody fizjoterapii powinny być dostosowane do możliwości i wydolności chorego. W zerowej dobie po zabiegu, należy wykonywać ćwiczenia oddechowe, pobudzające krążenie, ćwiczenia efektywnego kaszlu, mając na uwadze ochronę miejsca operowanego. Usprawnianie powinno przebiegać stopniowo i systematycznie, mając na celu przywrócenie samodzielnej sprawności chorego. [Markowska R., 2012, s.223-228]

Plan rehabilitacji chorych leczonych na nowotwory nerek powinien być odpowiednio zaplanowany z uwzględnieniem indywidualnej sytuacji pacjenta. Warto zastosować ćwiczenia wzmacniające mięśnie brzucha, mięśnia czworobocznego łądźwi. Pacjenci powinni unikać nagłych ruchów skrętnych. Chorych po nefrektomii powinno się przestrzec przed podnoszeniem ciężkich rzeczy po schyleniu się, przesuwaniami ciężkich przedmiotów, ponieważ zbyt duży wysiłek może doprowadzić do krwawienia z układu moczowego. Należy wyedukować pacjentów dobierania odpowiednich postaw ciała. Odpowiednio dostosowana terapia prowadzi do zmniejszenia obręzków, wzmocnienia mięśni i poprawy samopoczucia. Prowadzona fizjoterapia nie może wywoływać dolegliwości bólowych, a po ćwiczeniach zalecana jest relaksacja, polegająca głównie na zastosowaniu technik rozluźniania mięśni,

muzykoterapii, kontrolowaniu oddechu. Ważna jest również profilaktyka zapalenia płuc, do której zalicza się oklepywanie, drenaż ułożeniowy, nauka ćwiczeń oddechowych. W profilaktyce zakrzepicy żyłnej stosuje się ćwiczenia bierne. Leczenie uzdrowskowe może być prowadzone dopiero po upływie pięciu lat od zakończenia leczenia choroby nowotworowej. [Łagoda K., Malczyk E., Kudelski J., Darewicz B. 2011, s.379-381]

Zalecenia rehabilitacyjne dotyczą także blizny pooperacyjnej powstałej w wyniku usunięcia nowotworu, poprzez zabieg chirurgiczny. Wykorzystać można stymulację laserową, która przyspiesza proces gojenia się ran. Rodzaj terapii laserowej oraz dawkę promieniowania dostosowuje się do pacjentów indywidualnie. [Latajka A. 2015, s. 42-43]

Zalecenia profilaktyczne dotyczące nerki zdrowej

Po przebytej nefrektomii istotna jest profilaktyka i kontrolowanie stanu zdrowia. Duże znaczenie mają okresowe badania krwi i moczu, dające informacje o oczyszczaniu krwi przez nerkę oraz o właściwej filtracji kłębuszkowej. Częstość przeprowadzania tych badań jest uzależniona od indywidualnego stanu pacjenta. Istotne jest wykonywanie okresowo morfologii krwi, w celu wykluczenia niedokrwistości, która może powstawać w wyniku uszkodzenia bądź deficytu miąższu nerkowego, którego rolą jest sekrecja erytropoetyny. Do zadań chorych po nefrektomii należy włączyć systematyczną kontrolę ciśnienia tętniczego krwi. Jest to zasadnicze w wykrywaniu podwyższonych wartości ciśnienia, ponieważ stwierdza się zwiększoną zapadalność na nadciśnienie tętnicze wśród pacjentów po nefrektomii. Pacjenci poddani operacji usunięcia nerki, spowodowanej nowotworem muszą pozostać pod stałą kontrolą lekarza onkologa, w celu weryfikacji ewentualnych przerzutów. [Bączyk G., Kapała W. 2012, s.62-63]

Monitorowanie chorego po nefrektomii umożliwia wczesne wykrycie powikłań pooperacyjnych, zidentyfikowanie potencjalnych przerzutów, daje możliwość oceny czynności nerki zdrowej. Wizyty kontrolne planowane są zazwyczaj co sześć miesięcy, natomiast badania

obrazowe wykonywane są według wskazań klinicznych. [Stelmach A., Wysocki P., Fijuth J., Potemski P. 2013, s.376]

Wsparcie psychiczne

Każda choroba w życiu człowieka powoduje negatywne odczucia i ma duży wpływ na sferę życia psychicznego, zaburza wewnętrzną równowagę. Wprowadza w stan przygnębienia i powoduje utratę kontroli nad własnym życiem, kreuje nowy sposób patrzenia na świat. [Bolek A. 2013, s.18]

Każdy człowiek inaczej reaguje na wiadomość o chorobie. Od poziomu akceptacji napotkanej sytuacji w dużej mierze zależy proces zdrowienia. Pacjenci akceptujący swoją chorobę z większym zaangażowaniem podchodzą do walki z chorobą, co powoduje mniejsze odczuwanie negatywnych uczuć, niższy poziom stresu i lepszą adaptację. [Moczyłowska A., Krajewska- Kułak E., Kózka M., Bielski K. 2014, s.63]

Spśród wszystkich chorób przewlekłych jedną z najtrudniejszych do przyjęcia przez pacjentów jest wiadomość o chorobie nowotworowej. Informacja o nowotworze budzi silne emocje, zaprzeczenie, niedowierzenie. Niektórzy pacjenci zaczynają unikać swoich najbliższych i kontaktów ze społeczeństwem, inni udają, że wszystko jest w porządku tłumiąc wewnątrz prawdziwe emocje rozpacz, strachu i obaw czy będą w stanie poradzić sobie z zaistniałą sytuacją. Wśród pacjentów dotkniętych nowotworem nerki najczęstsze obawy dotyczą utracenia drugiej nerki, możliwości wystąpienia przerzutów oraz koniecznością zmiany stylu dotychczasowego życia. [Kurowska K., Siekierska I., 2013, s.66]

Choroba wprawia w stan wyjątkowy pacjenta, jego rodzinę, a także otoczenie. Ważną rolę w sytuacji trudnej spełnia wsparcie, które pacjent powinien otrzymywać od personelu medycznego. Rolą pielęgniarek jest pomoc w rozwiązywaniu problemów psychicznych i niwelowaniu dolegliwości somatycznych. Proces wspierania przez pielęgniarkę powinien dawać poczucie bezpieczeństwa, motywować do walki z chorobą i prowadzenia przez pacjenta zdrowego trybu życia oraz profilaktyki. Otoczenie chorego troską, niesie pomoc w procesie zdrowienia i rekonwalescencji, niweluje

ciężar negatywnych dolegliwości psychicznych. Pielęgniarka udziela porad dotyczących pielęgnacji, higieny, zmiany opatrunków, wskazówek dietetycznych oraz dawkowania i podaży leków. Istotne jest nie tylko to co pielęgniarka powinna przekazać pacjentowi, ale także sposób w jaki to robi. Pielęgniarka podczas rozmowy z pacjentem powinna wzbudzać jego zaufanie, dążyć do poznania jego potrzeb i obaw, a rozmowa powinna przebiegać w życzliwej atmosferze oraz skupiać się na empatycznym wysłuchaniu chorego. Zadania wspierające prowadzone przez personel pielęgniarski, powinny również obejmować rodzinę pacjenta. Tylko rodzina akceptująca stan swoich bliskich, mająca przekonania o możliwości pokonania choroby, może być wsparciem dla pacjenta. Podsumowując, opieka pielęgniarska nad pacjentem i jego rodziną jest dużym wyzwaniem a jej urzeczywistnienie wymaga odpowiednich kompetencji. Żadne środki farmaceutyczne nie są w stanie zastąpić wsparcia i obecności drugiego człowieka. [Ośka E., Skura-Madziała A. 2015, s.6-9]

Ważne może okazać się także wsparcie od osób, które znalazły się w podobnej sytuacji życiowej. Pielęgniarka może zaproponować pacjentowi nawiązanie kontaktu z grupami wsparcia bądź stowarzyszeniami działającymi na rzecz pomocy dla osób dotkniętych nowotworem nerki. Takie grupy dają możliwość zapoznania się z przeżyciami innych chorych, prowadzą kampanie prozdrowotne i wspierające. Pozwala to chorym oswoić się z nową sytuacją oraz niweluje u nich poczucie wyobcowania. [Pasek M. 2013, s. 22-23]

Bibliografia:

1. Bączek G., Kapała W.: Podstawy kliniczne oraz pielęgnowanie chorych w okresie przed- i pooperacyjnym w chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii. Wydawnictwo naukowe uniwersytetu medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2012, s. 61-63
2. Bolek A.: Gdzie jesteś?- czyli cztery etapy adaptacji do choroby. *Dializa i Ty*, 1, 2013, s.18
3. Kłęk S.: Leczenie żywieniowe w onkologii. *Onkologia w praktyce klinicznej*, 5, 2011, s.271
4. Kołodziej W., Dobrzyń D., Eszyk J.: Edukacja pacjentów leczonych chirurgicznie

w zakresie oceny bólu pooperacyjnego [W:] *Pielęgniarstwo a edukacja zdrowotna Tom 1*, pod red. Penar-Zadarko B., Binkowskiej-Bury M. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, 2010, s. 59

5. Kurowska K., Siekierska I.: Akceptacja choroby a poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia u osób po usunięciu nerki z powodu nowotworu. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2, 2013, s.66

6. Latajka A.: Rehabilitacja w chorobach onkologicznych- rola i zadania pielęgniarki. *Opieka onkologiczna*, 2, 2015, s.42-43.

7. Łagoda K., Malczyk E., Kudelski J., Darewicz B.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem z nowotworem nerek i układu moczowego [W:] *Pielęgniarstwo internistyczne*, pod red. Jurkowskiej G., Łagody K. WL PZWL, Warszawa, 2011, s.379-381

8. Markowska R.: Fizjoterapia pacjentów leczonych z powodu nowotworów układu moczowo- pęciowego [W:] *Fizjoterapia w onkologii*, pod red. Woźniewskiego M. WL PZWL, Warszawa, 2012, s. 223-228

9. Moczyłowska A., Krajewska-Kułak E., Kózka M., Bielski K.: Stopień akceptacji choroby przez pacjentów oddziałów zachowawczych i zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2, 2014, s.63

10. Ośka E., Skura-Madziała A.: Wsparcie w chorobie nowotworowej- rola pielęgniarki. *Opieka onkologiczna*, 4, 2015, s.6-9

11. Pasek M.: Pacjent z nowotworem. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 10, 2013, s.22-23

12. Prochowicz D., Krajewska-Kułak E., Trochimowicz L.: Skala bólu pooperacyjnego w percepcji pacjentów oddziału urologii onkologicznej i ogólnej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 4, 2014, s.171

13. Rosołowska M., Jankowski K.: Żywnienie w chorobach onkologicznych. *Opieka onkologiczna*, 3, 2014, s. 35,39

14. Stelmach A., Wysocki P., Fijuth J., Potemski P.: Rak nerki [W:] *Zalecenia postępowania diagnostyczno- terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013*, Tom 1. pod red. Krzakowski M., Warzocha K. Wyd. VIA MEDICA, Gdańsk, 2013, s. 376

15. Szewczyk M., Deptuła A., Kózka M.: Zalecenia profilaktyki zakażeń miejsca operowanego w okresie pooperacyjnej opieki pielęgniarskiej na oddziałach zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2, 2015, s. 76,85

*Autor: Iwona Wójcik
Promotor pracy:
dr n. med. Renata Rabiasz*

Aktualizacja danych

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie przypomina wszystkim członkom o obowiązku aktualizacji swoich danych osobowych, tj. zmiany nazwiska, zmiany adresu zamieszkania, zmiany miejsca pracy, ukończonego kształcenia podyplomowego (szkolenia, kursy, specjalizacje, studia itd.); infor-

macji o przejściu na rentę, świadczenie emerytalne, emeryturę.

Obowiązek aktualizowania danych wynika z art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa

Aktualizacji dokonuje się poprzez wypełnienie i czytelne podpisanie „Arkusza

zgłoszeniowego / aktualizacyjnego danych osobowych w Rejestrze Pielęgniarek i Rejestrze Położnych prowadzonym przez ORPiP”, a następnie przekazanie wypełnionego i podpisanego arkusza (osobiście lub listownie) do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno.



ADRES REDAKCJI: 38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, tel. 13 43 694 60
www.oipip.krosno.pl, e-mail: oipip@interia.pl

REDAKCJA: Dorota Krochmal - koordynator, Barbara Błażejowska-Kopiczak, Renata Michalska, Ewa Czupska
OIPiP Krosno, tel. 13 43 694 60

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa
DRUK: Chroma. Korekta redakcji.

Nakład egz. 500, numer oddano do druku 15 II 2019 roku.

Informacje o opłacaniu składek członkowskich na 2019 rok

Podstawa prawna obowiązku opłacania składek: – ustawa z dnia 1 lipca 2011 r.
o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 916) – tekst jednolity uchwał Nr 18 i 22
VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej.

SKŁADKI NALEŻY WPLACAĆ NA KONTO:

PKO BP o/ Krosno Nr 70 1020 2964 0000 6302 0003 5998
- do piętnastego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. Składka członkowska uiszczana jest na rzecz
okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest pielęgniarka lub położna.

OKREŚLENIE WYSOKOŚCI MIESIĘCZNEJ SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ:

1. 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego;
2. Przepis pkt 1 ma zastosowanie także w przypadku pielęgniarki lub położnej nie prowadzącej działalności gospodarczej, a wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia;
3. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w ust. 1 składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła w którym jej wysokość jest najwyższa.

WAŻNY KOMUNIKAT:

Wysokość składki członkowskiej w 2019 roku dla osób wykonujących zawód pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/ położnego w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek, w tym również wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych, wynosi **38 zł 03 gr.**

Jest to 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku ogłoszonego przez Prezesa GUS za czwarty kwartał poprzedniego roku kalendarzowego, czyli kwoty 5071zł 25 gr.

INFORMACJA O OPŁATACH ZA WPISY DO REJESTRU NA 2019 ROK

1. Wpis do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych/
grupowych praktyk pielęgniarek i położnych **98,00 zł**
2. Zmiana wpisu w rejestrze indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych/
grupowych praktyk pielęgniarek i położnych **49,00 zł**
3. Wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie
podyplomowe pielęgniarek i położnych **292,00 zł**

PŁATEK ŚNIEGU

*Mały płatek śniegu
bielutki jak chmurka
unosił się w górze
w swych leciutkich piórkach.*

*Położył się na chwilę
na maleńkiej sośnie
wypił z drzewa soki
odleciał radośnie.*

*Wynosił się coraz wyżej
dosięgał prawie chmur
wiatr muskał mu skrzydełka
doleciał aż do gór.*

*Spotkał tam panią Zimę
pięknie wystrojoną
w białej sukni leciutkiej
z śnieżnych płatków koroną.*

*W koronie pani Zimy
w pierwszym rzędzie z brzegu
paradował aż do wiosny
dumny płatek śniegu.*