



# BIULETYN

## INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

4 /2015  
WAŁBRZYCH  
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA  
PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH  
W WAŁBRZYCHU

## SPIS TREŚCI

- 1 ◆ SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY
- 2 ◆ KAMPANIA SPOŁECZNA „OSTATNI DYŻUR”
- 5 ◆ PROTEST PIELĘGNIAREK PRZED KANCELARIĄ PREMIERA. WIELKA MANIFESTACJA W WARSZAWIE – 10 WRZEŚNIA 2015 R.
- 7 ◆ ZMIANY W SYSTEMIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
- 8 ◆ PROGRAMY KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
- 9 ◆ MINISTERSTWO ZDROWIA INFORMUJE
- 22 ◆ PREZES NIPIP ODPOWIADA
- 23 ◆ KONSULTANT KRAJOWY ODPOWIADA
- 26 ◆ OPINIA KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA
- 27 ◆ PRIORYTETY SYSTEMU OPIEKI DIABETOLOGICZNEJ W POLSCE
- 29 ◆ INSULINOTERAPIA W PRAKTYCE
- 34 ◆ KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA „LECZENIE RAN”
- 38 ◆ DELEGACI NA OKRĘGOWY ZJAZD VII KADENCJI
- 40 ◆ KSIĄŻKI ONLINE. BEZPŁATNY DOSTĘP DO WIRTUALNEJ CZYTELNI DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

#### PIELĘGNIARSTWA

– mgr JOLANTA KOLASIŃSKA, UM Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław, e-mail: jolanta.kolasinska@am.wroc.pl, tel. 71 784 18 45;

#### PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

– mgr DOROTA MILECKA Akademicki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław, tel. 71 733 11 90, 733 11 95, 662 23 25 95;

#### PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

– mgr KATARZYNA SALIK, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1, ul. M. Skłodowskiej-Curie 58, 50-368 Wrocław, e-mail: kasiatolik1@wp.pl, tel. 71 327 09 30, 71 784 21 75, 606 99 30 95;

#### PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE

– mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza, ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław, tel. 71 342 86 31 wew. 344, 604 93 94 55, 667 97 77 35

#### KONSULTANT W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

– dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław tel. 71/36-89-260, e-mail: e.garwacka@gmail.com

#### KONSULTANT W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI

– mgr EWA PIELICHOWSKA, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław, tel. 71 76 60 207, 608 309 310; e-mail: naczelnia.pielęgniarka@4wsk.pl

#### PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO

– mgr BEATA MARIA ŁABOWICZ, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Iwaskiewicza 5, 59-220 Legnica e-mail: beata.labowicz@szpital.legnica.pl, tel. 76 72 11 401

### OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

58-300 Wałbrzych,  
ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)  
tel./fax: 74 842-33-25  
tel.: 74 842 56 05  
godziny pracy biura:  
7:30-15:30

#### e-mail:

oipipsekretariat@webmedia.com.pl  
www.oipip.walbrzych.pl

Kredyt Bank S.A. O/Wałbrzych  
46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

#### Przewodnicząca:

Maria Pałeczka  
oipipwch@webmedia.com.pl

#### Sekretarz:

Małgorzata Hrycak

#### BIURO

#### Sekretariat:

Łukasz Płaczkowski  
oipipsekretariat@webmedia.com.pl

#### Rejestr prawa wyk. zawodu:

Izabela Arendarczyk  
oipiprejestr@webmedia.com.pl

#### Księgowość:

Jolanta Kopacka  
oipipksiegowosc@webmedia.com.pl

#### Obsługa administracyjno-prawna:

Kancelaria Prawna §  
mgr Dorota Pakuła  
Radca Prawny  
mgr Michał Krajczar

#### Dyżur prawny:

w siedzibie izby: pon. 13-15  
lub telefonicznie do kancelarii:  
tel.: 74 666 00 02

#### Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

Irena Wydrzyńska

#### Dyżury w siedzibie OIPIP:

w każdy ostatni wtorek miesiąca od 10:00–14:00  
Szczegóły na stronie internetowej  
w zakładce Kontakt. W innym terminie po  
wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym  
z biurem OIPIP w Wałbrzychu

#### Projekt, skład i druk:

Tereny Weny Agencja Reklamowa  
Justyna Szafran-Dziewięcka  
justyna@terenowyeny.pl

# SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY

Za nami piękne lato. Przekonana jestem, że zachowamy na długo równie piękne, urlopowe wspomnienia z miejsc, do których będziemy chcieli powrócić lub polecać innym.

Teraz na pewno powracamy do swoich miejsc pracy.

Prowadzona kampania pn. „Ostatni dyżur”, kampania społeczna, uruchomiona z inicjatywy Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, której głównym celem jest uświadomienie społeczeństwu, że za niespełna 5 lat Polacy zostaną pozbawieni profesjonalnej opieki pielęgniarskiej i położniczej.

Od lipca, na terenie całego kraju trwa „akcja” zbierania podpisów pod petycją w formie recepty.

Do podmiotów leczniczych przekazane zostały recepty oraz przypinki z napisem „Ostatni dyżur”, które przypięte do naszych mundurków w czasie pracy, miały wzbudzać zainteresowanie prowadzoną kampanią, ostrzec społeczeństwo o ogromnym zagrożeniu.

Na terenie działania naszej izby, nie wszystkie podmioty włączyły się w kampanię w trosce „o bezpieczeństwo i spokój” pacjentów. Zupełnie niezrozumiałe obawy. O prowadzonej kampanii dowiadawali się również z informacji przekazywanych przez media. Najważniejsze portale medyczne informowały czytelników o ogromnych skutkach społecznych, że w ciągu siedmiu lat liczba pielęgniarek i położnych w Polsce może zmniejszyć się o 54 tys. Zdecydowana większość polskich pielęgniarek to osoby pomiędzy 41 a 65 rokiem życia. W chwili obecnej, gdyby pielęgniarki chciały pracować tylko w jednym miejscu pracy, to około 30 proc. podmiotów miałyby problem z funkcjonowaniem. Właśnie tego powinni obawiać się kierownicy podmiotów i włączyć się w nasze działania. Pacjent będzie spokojny i bezpieczny, jak będzie miał świadomość, że pielęgniarka ma dla niego czas, nie wykonuje dodatkowych czynności poza swoimi kompetencjami, że nie jest to jej kolejny zakład i 15 godzina pracy. Kampanię wspierają organizacje pozarządowe, w tym pacjenckie. Wśród sprzymierzeńców „Ostatniego dyżuru” są takie instytucje jak: Fundacja Akogo?, Stowarzyszenie Domów Opieki, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Federacja Pacjentów Polskich, Fundacja Rodzic po Ludzku. Nasze działania popiera Naczelna Izba Lekarska.

„Ostatni dyżur” to pierwsza kampania społeczna w Europie, a druga na świecie.

**21 września br.** w sali wykładowej, w nowym budynku Wydziału Farmacji Akademii Medycznej we Wrocławiu zaplanowana jest konferencja prasowa zorganizowana przez trzy Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych – z Wrocławia, Jeleniej Góry i Wałbrzycha.

Szczegółowe informacje z konferencji będą zamieszczone na stronie internetowej oraz w kolejnym wydaniu biuletynu.

**10 września br. w Warszawie** odbyła się manifestacja pielęgniarek i położnych zorganizowana przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zarząd Krajo-

wy. Samorząd Pielęgniarek i Położnych czynnie włączył się do udziału w manifestacji, w pełni popiera żądania – *godnych zarobków i warunków wykonywania pracy.*

Mówienie jednym głosem, solidarność zawodowa a nie podział, mobilizacja, pokazanie problemu, wypracowanie jak najszybciej skutecznych rozwiązań systemowych – **to jedyna skuteczna droga.**

Zabiegamy o wsparcie społeczne, mamy świadomość, że jest nam bardzo potrzebne. Nosząc plakietki z napisem „Ostatni dyżur”, zbieranie podpisów pod petycją w formie recepty to wspólna walka o zdrowie i życie.

Dobiega końca VI kadencja, w XV rejonach wyborczych wybrani zostali Delegaci Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych na Okręgowe Zjazdy VII kadencji, na lata 2015-2019.

Na zwołanym posiedzeniu Okręgowej Komisji Wyborczej, na podstawie otrzymanych protokołów OKW stwierdzi ważność wyborów, sporządzi listę delegatów na Okręgowy Zjazd VII kadencji, którą przekaze Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych na posiedzeniu 18.09.2015r. na mocy uchwały zwoła w trybie nadzwyczajnym XXXI Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy.

Szczegółowe informacje będą zamieszczano w kolejnym numerze biuletynu oraz na stronie internetowej. Serdecznie zapraszam na kolejne strony biuletynu.

*Maria Pałeczka  
Przewodnicząca ORPiP*



# KAMPANIA SPOŁECZNA „OSTATNI DYŻUR”



Na 21 września br. o godz. 11:00 we Wrocławiu w sali wykładowej, w nowym budynku *Wydziału Farmacji Akademii Medycznej we Wrocławiu* zaplanowana jest konferencja prasowa. Jest to ogólnopolska akcja. Konferencje odbywają się cyklicznie, we wszystkich miastach wojewódzkich Polski. Środowisko pielęgniarek i położnych spotyka się z organizacjami pozarządowymi, politykami i dziennikarzami.

Przypomnę – 27 maja, w Warszawie odbyła się pierwsza konferencja, która rozpoczęła Ogólnopolską Kampanię Społeczną „OSTATNI DYŻUR”.

„Ostatni dyżur” to kampania społeczna a zarazem „alarm” ostrzegający Polaków o ogromnym zagrożeniu społecznym, z którego obliczem już dziś stajemy twarzą w twarz.

## Konferencje prasowe kampanii

Znajdź nas!

Kalendarium	
	Białystok - 10.06
	Lublin - 16.06
	Rzeszów - 22.06
	Kielce - 30.06
	Gorzów Wielkopolski - 30.07



Liczba osób, które uzyskały prawo wykonywania zawodu pielęgniarce i położnej.

Mapa Polski - ile pielęgniarek i położnych na 1 tys. mieszkańców w każdym z województw?

Polska najniżej w statystykach

Wiek pielęgniarek i położnych w Polsce



Liczba osób, które uzyskały prawo wykonywania zawodu pielęgniarce i położnej.

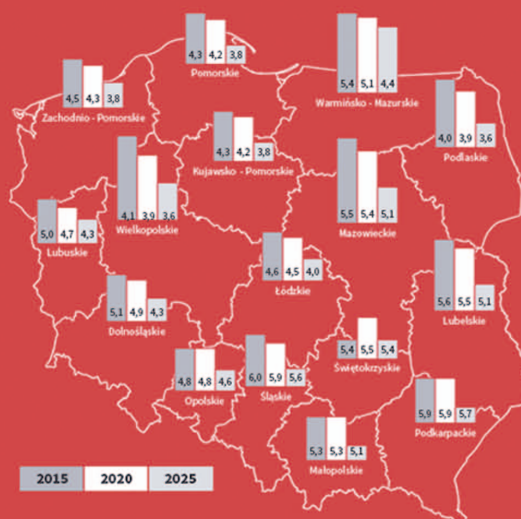
Mapa Polski - ile pielęgniarek i położnych na 1 tys. mieszkańców w każdym z województw?

Polska najniżej w statystykach

Wiek pielęgniarek i położnych w Polsce

ROK	Liczba mieszkańców w tys.			pielęgniarki wskaźnik na 1 tys.	położne wskaźnik na 1 tys.
	Mężczyźni	Kobiety	Razem		
2015	18 328,5	19 687,5	38 016	4,82	0,59
2020	18 238,5	19 591,3	37 830	4,70	0,60
2025	18 052,4	19 385,6	37 438	4,35	0,58

Prognozowany wskaźnik zatrudnionych pielęgniarek i położnych w latach 2015 - 2025 z podziałem na Województwa

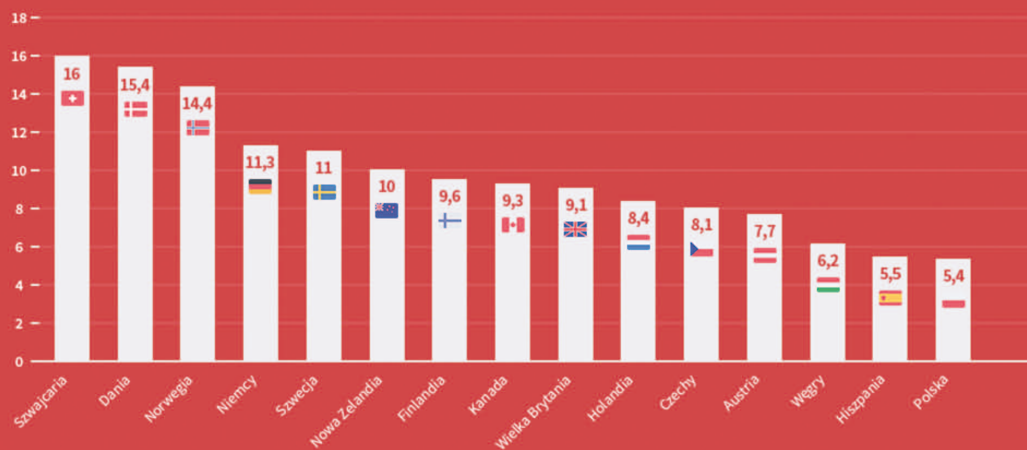


Liczba osób, które uzyskały prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

Mapa Polski - ile pielęgniarek i położnych na 1 tys. mieszkańców w każdym z województw?

Polska najniżej w statystykach

Wiek pielęgniarek i położnych w Polsce



Liczba osób, które uzyskały prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

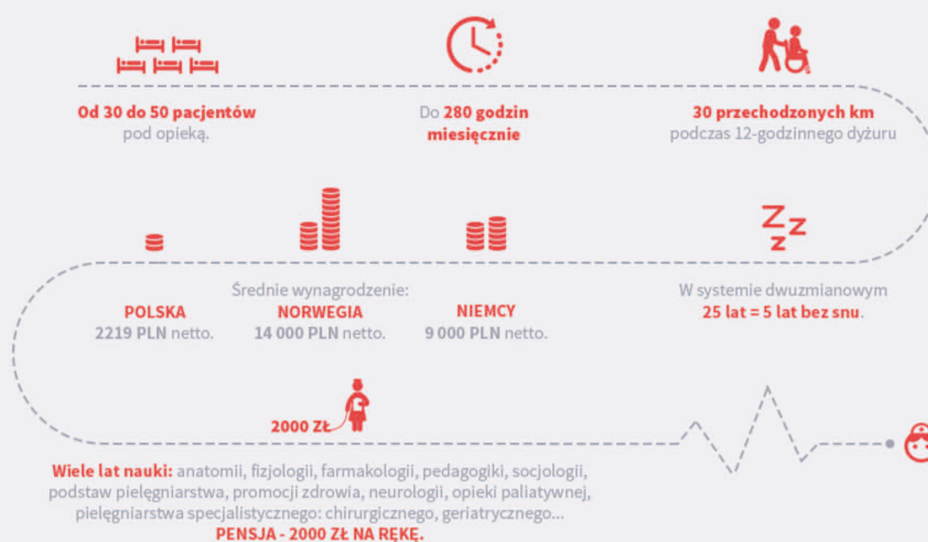
Mapa Polski - ile pielęgniarek i położnych na 1 tys. mieszkańców w każdym z województw?

Polska najniżej w statystykach

Wiek pielęgniarek i położnych w Polsce



## Codzienność pielęgniarki i położnej w liczbach



# PROTEST PIELEŃNIAREK PRZED KANCELARIĄ PREMIERA. WIELKA MANIFESTACJA W WARSZAWIE – 10 WRZEŚNIA 2015 R.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zarząd Krajowy  
„To nie są wygórowane oczekiwania”

Około 10 tys. pielęgniarek i położnych zebrało się przed budynkiem Kancelarii Premiera Rady Ministrów w Warszawie.

Domagamy się wpisania pielęgniarek w system zamawianych świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zastąpienia umów śmieciowych etatami oraz podwyżek. Protest pielęgniarek i położnych w Warszawie to kolejny sygnał ostrzegawczy, który środowisko pielęgniarek i położnych wysłała rządzącym. Poprzednio swoje niezadowolenie manifestowałyśmy w kwietniu. Od tego czasu nic się nie zmieniło. „To nie są wygórowane oczekiwania”

Rząd chciał wprowadzić pięć rocznych podwyżek po 300 zł. My oczekujemy trzech rocznych podwyżek po 500 zł. do podstawy wynagrodzenia.

To spotkanie w połowie drogi, proponujemy po 400 zł. w ciągu czterech lat – powiedział minister zdrowia Marian Zembala podczas protestu pod Sejmem.

To tylko informacja od ministra. Zobaczymy, co zostanie nam zaproponowane .





# ZMIANY W SYSTEMIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Od dnia 24 sierpnia 2015 roku weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (poniżej w pełnym brzmieniu).

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych informuje: będą obowiązywać obligatoryjnie tylko **nowe, szczegółowe programy kształcenia** dla szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych.

**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne**

Na podstawie art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1.

**1. Specjalizacje dla pielęgniarek mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa:**

- 1) anestezyjologicznego i intensywnej opieki;
- 2) chirurgicznego;
- 3) geriatrycznego;
- 4) internistycznego;
- 5) onkologicznego;
- 6) operacyjnego;
- 7) opieki długoterminowej;
- 8) opieki paliatywnej;
- 9) pediatrycznego;
- 10) psychiatrycznego;
- 11) ratunkowego;
- 12) rodzinnego.

2. Specjalizacja dla pielęgniarek może być prowadzona w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia – w ochronie zdrowia pracujących.

3. Specjalizacja dla położnych może być prowadzona w dziedzinach pielęgniarstwa:

- 1) ginekologiczno-położniczego;
- 2) rodzinnego.

4. Specjalizacja dla pielęgniarek i położnych może być prowadzona w dziedzinie pielęgniarstwa:

- 1) epidemiologicznego;
- 2) neonatologicznego.

§ 2.

**1. Kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa:**

- 1) anestezyjologicznego i intensywnej opieki;
- 2) chirurgicznego;
- 3) diabetologicznego;
- 4) geriatrycznego;
- 5) internistycznego;
- 6) kardiologicznego;
- 7) nefrologicznego z dializoterapią;
- 8) neonatologicznego;
- 9) neurologicznego;
- 10) onkologicznego;
- 11) operacyjnego;
- 12) opieki długoterminowej;
- 13) opieki paliatywnej;
- 14) pediatrycznego;
- 15) psychiatrycznego;
- 16) ratunkowego;
- 71) rodzinnego;
- 18) środowiska nauczania i wychowania;
- 19) transplantacyjnego.

2. Kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek może być prowadzony w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia – w ochronie zdrowia pracujących.

3. Kursy kwalifikacyjne dla położnych mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa:

- 1) anestezyjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii;
- 2) operacyjnego;
- 3) rodzinnego.

4. Kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek i położnych może być prowadzony w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.

§ 3.

**Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 24 sierpnia 2015 r.**

# PROGRAMY KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

## Szkolenia specjalizacyjne

**Szkolenie specjalizacyjne**, zwane **specjalizacją** jest to rodzaj kształcenia, który zgodnie z *art. 67 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435 z późn. zm.)* ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną specjalistycznej wiedzy i umiejętności

w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie.

**Program szkolenia specjalizacyjnego dla pielęgniarek w dziedzinie:**

1. Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki
2. Pielęgniarstwo chirurgiczne
3. Pielęgniarstwo geriatryczne
4. Pielęgniarstwo internistyczne
5. Pielęgniarstwo onkologiczne
6. Pielęgniarstwo operacyjne

## Kursy kwalifikacyjne

**Kurs kwalifikacyjny** jest to rodzaj kształcenia, który zgodnie z *art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435 z późn. zm.)* ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

**Program kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek w dziedzinie:**

1. Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki
2. Pielęgniarstwo chirurgiczne
3. Pielęgniarstwo diabetologiczne
4. Pielęgniarstwo geriatryczne
5. Pielęgniarstwo internistyczne
6. Pielęgniarstwo kardiologiczne
7. Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią
8. Pielęgniarstwo neonatologiczne
9. Pielęgniarstwo neurologiczne
10. Pielęgniarstwo onkologiczne
11. Pielęgniarstwo operacyjne

## Kursy specjalistyczne

**Kurs specjalistyczny** jest to rodzaj kształcenia, który zgodnie z *art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki*

7. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
8. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
9. Pielęgniarstwo pediatryczne
10. Pielęgniarstwo psychiatryczne
11. Pielęgniarstwo ratunkowe
12. Pielęgniarstwo rodzinne
13. Ochrona zdrowia pracujących

**Program szkolenia specjalizacyjnego dla położnych w dziedzinie:**

1. Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze
2. Pielęgniarstwo rodzinne

**Program szkolenia specjalizacyjnego dla pielęgniarek i położnych w dziedzinie:**

1. Pielęgniarstwo epidemiologiczne
2. Pielęgniarstwo neonatologiczne

12. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
13. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
14. Pielęgniarstwo pediatryczne
15. Pielęgniarstwo psychiatryczne
16. Pielęgniarstwo ratunkowe
17. Pielęgniarstwo rodzinne
18. Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania
19. Pielęgniarstwo transplantacyjne
20. Ochrona zdrowia pracujących

**Program kursu kwalifikacyjnego dla położnych w dziedzinie:**

1. Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii
2. Pielęgniarstwo operacyjne
3. Pielęgniarstwo rodzinne

**Program kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek i położnych w dziedzinie:**

1. Pielęgniarstwo epidemiologiczne

*i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)* ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności do wy-

konywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych.

**Programy kursów specjalistycznych dla pielęgniarek:**

1. Dializoterapia
2. Kompresjoterapia
3. Leczenie ran
4. Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową
5. Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą
6. Opieka nad dziećmi ze schorzeniami otorynolaryngologicznymi
7. Opieka nad pacjentem poddawanym procedurom diagnostycznym i terapeutycznym z użyciem otwartych źródeł promieniowania
8. Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową
9. Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie
10. Podstawy terapii objawowej w opiece paliatywnej
11. Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi
12. Szczepienia ochronne
13. Wykonanie badania spirometrycznego
14. Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego

15. Wykonywanie i ocena testów skórnych
16. Żywienie dojelitowe i pozajelitowe

**Programy kursów specjalistycznych dla położnych:**

1. Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji
2. Leczenie ran
3. Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i porodu
4. Opieka nad kobietą z cukrzycą w okresie okołoporodowym
5. Szczepienia ochronne

**Programy kursów specjalistycznych dla pielęgniarek i położnych:**

1. Edukator w cukrzycy
2. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie
3. Opieka nad osobami z cukrzycą stosującymi terapię ciągłego podskórnego wlewu insuliny CPWI
4. Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów
5. Podstawy języka migowego
6. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa
7. Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka
8. Terapia bólu ostrego u dorosłych
9. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych
10. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego
11. Wywiad i badanie fizykalne

# MINISTERSTWO ZDROWIA INFORMUJE

## Ustawa z 5 XII 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

### Rozdział 4. Szczepienia ochronne

Art. 17.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

3) kwalifikacje osób przeprowadzających szczepienia ochronne,

Art. 67.

Do dnia 31 grudnia 2015 r.

3) szczepienia ochronne mogą wykonywać lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, nieposiadający kwalifikacji określonych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3, o ile posiadają 2,5-letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych

§ 6.

Osoby, o których mowa w art. 17 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, przeprowadzają obowiązkowe szczepienia ochronne, jeżeli odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały

dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.





Minister Zdrowia

Warszawa, 20-07-2015 r.

MD-L.7062.1.2015

Pani  
Grażyna Rogala - Pawelczyk  
Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek  
i Położnych

*Łanowo Pani Prezes,*

W związku z licznymi pytaniami nadsyłanymi do Ministerstwa Zdrowia przez pielęgniarki, dotyczącymi kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne, zwracam się z uprzejmą prośbą do Pani Prezes o spowodowanie zamieszczenia w Magazynie Pielęgniarek i Położnych Komunikatu w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne.

Jednocześnie informuję, że ww. Komunikat zamieszczony jest także na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w zakładce: Kadra medyczna – pielęgniarki i położne – komunikaty dla pielęgniarek i położnych.

W załączeniu przesyłam treść Komunikatu.

*Z poważaniem,*



*Cezary Cieślukowski*  
z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
POSEKRETARZ STANU  
Cezary Cieślukowski

### **Komunikat w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne**

Zgodnie z art. 17 ust. 6 i ust. 10 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.) oraz §. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz. 1086, z późn. zm.) obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, jeżeli odbyli w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskali dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskali specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.

Jednocześnie w art. 67 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych ustalony został okres przejściowy, zgodnie z którym do dnia 31 grudnia 2015 r. szczepienia ochronne mogą wykonywać lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, nieposiadający kwalifikacji określonych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3, o ile posiadają 2,5-letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

W związku z tym, że od 1 stycznia 2016 r. obowiązkowe szczepienia ochronne będą mogły wykonywać jedynie te osoby, które odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej, należy sprawdzić, czy w trakcie dotychczasowego szkolenia zawodowego osoba, która chce przeprowadzać szczepienie, uzyskała odpowiednie przygotowanie. Jeżeli nie uzyskała, należy uzupełnić te kwalifikacje w najbliższym czasie.

Przeprowadzenie szczepienia ochronnego obejmuje kwalifikacyjne badanie lekarskie i wykonanie szczepienia.

Kwalifikacyjne badanie lekarskie do szczepień ochronnych przeprowadza wyłącznie lekarz posiadający niezbędną wiedzę z zakresu szczepień ochronnych, znajomości wskazań oraz przeciwwskazań do szczepień, a także niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że problematykę szczepień ochronnych obejmują w szczególności **programy specjalizacji opracowane na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. poz. 26):**

1. Program specjalizacji w dziedzinie **pediatrii**, składający się z modułu podstawowego w zakresie pediatrii (czas trwania 3 lata) oraz modułu specjalistycznego w zakresie pediatrii (czas trwania 2 lata).

Lekarz po ukończeniu modułu podstawowego w zakresie pediatrii powinien wykazać się wiedzą obejmującą aktualny program szczepień ochronnych oraz umiejętnościami praktycznymi w zakresie stosowania schematów szczepień u dzieci z zaburzeniami odporności.

W ramach stażu podstawowego w oddziale pediatrii ogólnej (dzieci młodsze, dzieci starsze) lekarz nabywa wiedzę obejmującą m.in. powikłania po szczepieniu BCG – zasady postępowania, natomiast w ramach stażu kierunkowego w poradni POZ sprawującej opiekę nad dziećmi – wiedzę oraz umiejętności praktyczne obejmujące szczepienia (wskazania, przeciwwskazania, NOP – niepożądane odczyny poszczepienne).

Oczekuje się, że lekarz po ukończeniu modułu specjalistycznego w zakresie pediatrii wykaze się wiedzą w zakresie szczepień ochronnych (kalendarz, przeciwwskazania, powikłania) oraz umiejętnością kwalifikowania dzieci do szczepień ochronnych.

Zawarty w programie modułu specjalistycznego w zakresie pediatrii kurs podsumowujący „Postępy w pediatrii” obejmuje wiedzę m.in. z zakresu szczepień ochronnych (wskazania i przeciwwskazania, NOP).

Należy wskazać, że ww. moduł podstawowy w zakresie pediatrii realizują nie tylko lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pediatrii, lecz również lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne, na podstawie załącznika nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, w następujących specjalizacjach, w których moduł ten stanowi jedną z części programu specjalizacji:

- 1) choroby płuc dzieci;
- 2) endokrynologia i diabetologia dziecięca;
- 3) gastroenterologia dziecięca;
- 4) kardiologia dziecięca;
- 5) nefrologia dziecięca;
- 6) neonatologia;
- 7) onkologia i hematologia dziecięca;
- 8) pediatria metaboliczna.

2. Program specjalizacji w dziedzinie **chorób zakaźnych**

Lekarz realizujący szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie chorób zakaźnych nabywa wiedzę dotyczącą szczepień i szczepionek, obejmującą zasady wykonywania, kalendarz szczepień oraz kontrolę efektywności.

Ww. wiedzę nabywa w ramach:

- 1) kursu wprowadzającego „Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie chorób zakaźnych” – zakres wiedzy obejmuje szczepienia i szczepionki, w tym szczepionki stosowane w infekcjach;
- 2) stażu podstawowego w zakresie chorób zakaźnych – zakres wiedzy obejmuje szczepienia ochronne, zasady aktualizacji i kontrolę wykonawstwa szczepień;
- 3) stażu kierunkowego w zakresie chorób zakaźnych dzieci – zakres wiedzy obejmuje ***kalendarz szczepień, niepożądane odczyny poszczepienne***.

### 3. Program specjalizacji w dziedzinie **medycyny rodzinnej**

Zagadnienia dotyczące szczepień ochronnych są realizowane w ramach kursu „Wybrane problemy kliniczne”, w którym zakres przekazywanej wiedzy obejmuje problematykę szczepień w praktyce lekarza rodzinnego, w tym:

- a) ogólne zasady wykonywania szczepień,
- b) organizacja punktu szczepień,
- c) rodzaje szczepionek,
- d) transport i przechowywanie szczepionek,
- e) szczepienia obowiązkowe i zalecane,
- f) kalendarz szczepień,
- g) szczepienia podróży,
- h) bezwzględne i względne przeciwwskazania do szczepienia,
- i) powikłania poszczepienne,
- j) rozmowa z pacjentami na temat szczepień
- k) ruchy antyszczepionkowe.

Ponadto wiedza obejmująca szczepienia ochronne jest przekazywana w ramach kursu „Opieka nad szczególnymi grupami pacjentów”.

### 4. Program specjalizacji w dziedzinie **medycyny morskiej i tropikalnej**

Wymagana wiedza obejmuje szczepienia ochronne w medycynie tropikalnej, natomiast wymagane umiejętności praktyczne obejmują umiejętność kwalifikowania do szczepień wymaganych i zalecanych przed podróżą.

Ww. wiedza jest realizowana w ramach:

- 1) kursu „Medycyna morska” – zakres wiedzy obejmuje szczepienia ochronne marynarzy, rybaków i innych osób podróżujących;
- 2) kursu „Medycyna podróży i turystyki” – zakres wiedzy obejmuje szczepienia ochronne podróżujących.

Ponadto wykaz obowiązujących zabiegów i procedur, jakie lekarz powinien wykonać w czasie szkolenia specjalizacyjnego, obejmuje udział w co najmniej w 20 procedurach poradnictwa dla osób podróżujących i w 10 procedurach stosowanych szczepień ochronnych w akredytowanych punktach szczepień i poradniach medycyny podróży.

#### 5. Program specjalizacji w dziedzinie **epidemiologii**:

Zakres wymaganej wiedzy objętej programem tej specjalizacji obejmuje:

- 1) szczepienia profilaktyczne:
  - a) typy szczepionek i szczepień,
  - b) wskazania i przeciwwskazania do szczepień,
  - c) ocena skuteczności szczepionek i szczepień: odporność indywidualna i zbiorowiskowa,
  - d) szczepienia obowiązkowe i zalecane - kalendarz szczepień,
  - e) niepożądane odczyny poszczepienne (NOP): definicja, typy, nadzór nad NOP w Polsce;
- 2) ruchy antyszczepionkowe, zasady przeciwstawiania się ich działalności.

Ww. wiedza jest przekazywana w ramach:

- 1) kursu „Epidemiologia chorób zakaźnych” – zakres wiedzy obejmuje problematykę szczepień zapobiegawczych i niepożądanych odczynów poszczepiennych;
- 2) kursu „Bioterroryzm i epidemiologiczne aspekty wojskowej służby zdrowia”, który obejmuje:
  - a) wiedzę – kalendarz szczepień Sił Zbrojnych według standardów NATO (STANAG 2037, 2491) oraz
  - b) umiejętności praktyczne – umiejętność opracowania kalendarza szczepień wojsk przewidzianych do działań w ramach NATO i misjach pokojowych ONZ;
- 3) stażu kierunkowego w zakresie epidemiologii chorób zakaźnych w Zakładzie Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny lub w wojewódzkiej stacji sanitarno-epidemiologicznej, podczas którego lekarz zapoznaje się z podstawami epidemiologii chorób zakaźnych, nadzorem epidemiologicznym nad chorobami zakaźnymi,



problematyką szczepień zapobiegawczych i niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Dokument poświadczający uzyskanie tytułu specjalisty w danej dziedzinie medycyny, po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego i zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, wydaje Centrum Egzaminów Medycznych, tj. instytucja powołana do organizacji i przeprowadzania m.in. Państwowych Egzaminów Specjalizacyjnych.

Jednocześnie informuję, że lekarze mają możliwość uczestniczenia w kursach doskonalących, obejmujących zagadnienia dotyczące szczepień ochronnych (lista ww. kursów doskonalących jest publikowana na stronie internetowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego: [www.cmkp.edu.pl](http://www.cmkp.edu.pl)).

Kursy te są przeznaczone dla lekarzy zainteresowanych określoną tematyką, są nieobowiązkowe, ale często zalecane dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne. Wśród ww. kursów przewidzianych na 2015 r. można wymienić:

- 1) kurs „Podstawy wakcynologii dla lekarzy rodzinnych” (2 edycje) – przeznaczony dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, organizowany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Studium Medycyny Rodzinnej, ul. Kleczewska 61/63 w Warszawie;
- 2) kurs „Szczepienia ochronne u dzieci – aktualny stan wiedzy” – przeznaczony dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pediatrii, medycyny rodzinnej oraz innych specjalnościach, w których konieczna jest kwalifikacja do szczepień, organizowany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Klinika Pediatrii ul. Cegłowska 80 w Warszawie.

Dokument poświadczający udział w ww. kursach doskonalących (najczęściej jest to zaświadczenie o ukończeniu kursu) wydaje każdorazowo organizator danego kursu.

Jednocześnie należy wskazać, że ww. kursy doskonalące mogą być organizowane nie tylko przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, lecz również przez inne podmioty uprawnione do prowadzenia kształcenia podyplomowego na podstawie art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464), a także podmioty, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 3 tej ustawy, po uzyskaniu wpisu w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów, prowadzonym przez okręgowe izby lekarskie lub Naczelną Izbę Lekarską.

**W przypadku pielęgniarek i położnych pożądane kwalifikacje posiadają osoby, które ukończyły:**

1. Kurs specjalistyczny pn.: „Szczepienia ochronne dla pielęgniarek”
2. Kurs specjalistyczny pn.: „Szczepienia ochronne noworodków dla położnych”.





Ministerstwo Zdrowia  
Departament Pielęgniarek  
i Położnych

Warszawa, ..... 28. 07. 2015

IK: 273113

Przewodniczące/Przewodniczący  
Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych  
wg rozdzielnika

*Gośćmi Pełniący!*

Departament Pielęgniarek i Położnych przypomina, że zgodnie z przepisem art. 67 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.), do dnia 31 grudnia 2015 r. szczepienia ochronne mogą wykonywać lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, nieposiadający kwalifikacji określonych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3, o ile posiadają 2,5-letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych. Po tym czasie, pielęgniarki i położne, które nie ukończą wymaganego kursu, nie będą mogły wykonywać szczepień ochronnych.

Mając na uwadze powyższe regulacje, Departament zwraca się z prośbą o przekazanie informacji pielęgniarkom i położnym wykonującym zawód na terenie działania Państwa okręgowych izb pielęgniarek i położnych o konieczności uzupełnienia kwalifikacji uprawniających do prowadzenia szczepień ochronnych, osobom które nie posiadają wymaganych kwalifikacji, a w ramach kompetencji wykonują to zadanie.

Jednocześnie Departament przekazuje *Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie kwalifikacji zawodowych wymaganych od osób przeprowadzających szczepienia ochronne po dniu 31 grudnia 2015 roku.*

*pozdrawiam*

DYREKTOR  
Departamentu Pielęgniarek i Położnych  
*Beata Cholewka*  
dr n. o zdr. Beata Cholewka

Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15  
00-052 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00  
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl  
www.mz.gov.pl

Warszawa, dnia 24 czerwca 2015 r.

**Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego  
w sprawie kwalifikacji zawodowych wymaganych od osób przeprowadzających  
szczepienia ochronne po dniu 31 grudnia 2015 roku**

Zgodnie z art. 17 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.) - zwanej dalej „ustawa o z.o.z.z.i ch.z.u.l.” - obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne posiadające kwalifikacje określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. Nr 182 poz. 1086, z późn. zm.).

W § 6 tego rozporządzenia wskazano, że obowiązkowe szczepienia ochronne mogą przeprowadzać osoby, jeżeli odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia, lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego określony na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry lub przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej obejmował problematykę szczepień ochronnych. Jednocześnie przepis przejściowy zawarty w art. 67 pkt 3 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u.l. umożliwi do dnia 31 grudnia 2015 roku wykonywanie szczepień ochronnych przez lekarzy lub felczerów pielęgniarki, położne i higienistki szkolne nieposiadających tak określonych kwalifikacji zawodowych, o ile posiadają 2,5 letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych. Tym samym z dniem 1 stycznia 2016 roku szczepienia ochronne mogą być wykonywane jedynie przez lekarzy lub felczerów oraz pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, którzy posiadają kwalifikacje zawodowe określone w ww. rozporządzeniu.

Zawarte w ustawie o z.o.z.z.i ch.z.u.l. przepisy określające wymóg posiadania przez osoby przeprowadzające szczepienia ochronne odpowiednich i potwierdzonych stosownymi dokumentami kwalifikacji zawodowych uzyskanych w ramach kształcenia podyplomowego i specjalizacji nie określają jednakże szczegółowo rodzaju kursów i szkoleń lub specjalizacji wymaganych od osób wykonujących szczepienia lecz w tym zakresie w całości odsyłają do regulacji dotyczących uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez lekarzy i lekarzy dentystrów oraz pielęgniarki i położne zawartych w przepisach ustawy dnia 5 grudnia 1996 r.

*o zawodzie lekarza i lekarza dentystry* (Dz.U. z 2015 r. poz. 464) oraz ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz.U. z 2014 r. poz. 1435 z późn. zm.).

Należy zauważyć, że szczegółowe regulacje prawne dotyczące kształcenia podyplomowego i specjalizacji zawodowych zawarte w tych ustawach, a także określające zakres wymaganych szkoleń i kursów doskonalących i dokumentów potwierdzających ich odbycie oraz same programy szkoleń, kursów i specjalizacji na przestrzeni lat ulegały nieustannym zmianom. Jednocześnie ww. ustawy regulujące wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz zawodów pielęgniarki i położnej zawierają przepisy przejściowe oraz przepisy z zakresu koordynacji, które w konsekwencji z mocy prawa lub w wyniku rozstrzygnięć dokonanych przez właściwe organy sprawujące nadzór nad kwalifikacjami zawodowymi lekarzy, pielęgniarek i położnych prowadzą do uznawania za równorzędne z obecnie uzyskiwanymi kwalifikacji, specjalizacji i tytułów zawodowych uzyskanych na podstawie wcześniej obowiązujących przepisów, uzyskanych w innym przewidzianym prawem trybie lub uzyskanych w innych krajach.

Tym samym w opinii Głównego Inspektora Sanitarnego uznanie kwalifikacji zawodowych uzyskanych na podstawie wcześniej obowiązujących przepisów lub uzyskanych w innym przewidzianym prawem trybie lub w innych krajach - za równorzędne z uzyskiwanymi w wyniku specjalizacji, kursów i szkoleń prowadzonych na podstawie obecnie obowiązujących przepisów, oznacza, że obecnie osoby, które wcześniej uzyskały kwalifikacje zawodowe obecnie uznawane za równorzędne z uzyskiwanymi obecnie, również posiadają kwalifikacje zawodowe wystarczające do wykonywania szczepień ochronnych i kwalifikacje te nie powinny być kwestionowane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz.U. z 2011 r. poz. 212, z późn.zm.) oraz inne ustawy nie przyznają organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej kompetencji do wszczynania i prowadzenia postępowań administracyjnych w sprawie uznania za niedostateczne kwalifikacji zawodowych osób wykonujących szczepienia ochronne. Uregulowanie przez ustawodawcę rodzaju kwalifikacji zawodowych wymaganych od osób (lekarzy lub felerów pielęgniarki, położne i higienistki szkolne) wykonujących szczepienia ochronne w ustawie o z.o.z.z.i ch.z.u.l. nie stanowi bowiem przesłanki wystarczającej dla stwierdzenia posiadania przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej takich kompetencji bądź do sprawowania jakichkolwiek form nadzoru administracyjnego nad kwalifikacjami osób wykonujących szczepienia ochronne.

Kompetencje do wyrażania opinii i rozstrzygania w tym zakresie posiadają bowiem wyłącznie odpowiednie organy samorządów zawodowych lekarzy oraz pielęgniarek i położnych.

W art. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* (Dz.U. z 2015 r. poz. 651) wśród zadań samorządu lekarzy zostały bowiem wymienione jego następujące zadania: sprawowanie pieczy nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu, przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz uznawanie kwalifikacji zawodowych osób będących obywatelami Unii Europejskiej zamierzających wykonywać zawód lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzenie i udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy, prowadzenie postępowań w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu lekarza lub w przedmiocie niedostatecznego przygotowania do wykonywania zawodu.

Podobnie w art. 4 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. *o samorządzie pielęgniarek i położnych* (Dz.U. Nr 174 poz. 1038, z późn. zm.) wśród zadań tego samorządu wymieniono m.in.: sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów pielęgniarstwa i położnej, ustalanie standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych obowiązujących na poszczególnych stanowiskach pracy, stwierdzanie i przyznawanie prawa wykonywania zawodu, uznawanie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych będących obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej zamierzających wykonywać zawód pielęgniarstwa lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

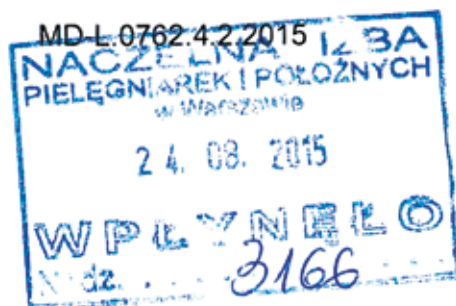
Odrębną kwestią jest wskazanie właściwego sposobu postępowania organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przypadku stwierdzenia (lub podejrzenia), że szczepienia ochronne są wykonywane przez osobę nieposiadającą niezbędnych wymaganych prawem kwalifikacji zawodowych uprawniających do ich wykonywania (lub nieposiadającą dokumentów potwierdzających uzyskanie stosownych uprawnień), co zgodnie z art. 51 pkt 1 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u l. stanowi wykroczenie zagrożone karą grzywny. Należy zauważyć, że przepis art. 54 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u l. w tym zakresie w całości odsyła do regulacji zawartych w przepisach ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. *Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia* (Dz.U. z 2013 r. poz. 395, z późn.zm.), której przepisy nie przyznają organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej kompetencji w zakresie nakładania grzywien w drodze mandatu karnego lub występowania przed sądami powszechnymi w charakterze oskarżyciela publicznego w związku z wykroczeniem wymienionym w art. 51 pkt 1 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u l. Tym samym w przypadku podejrzenia, że szczepienia są wykonywane przez osoby nieposiadające wymaganych prawem kwalifikacji zawodowych doniesienia w tej sprawie należy wnosić do organów ścigania lub do odpowiednich organów odpowiedzialności zawodowej samorządów zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych.



Minister Zdrowia

Warszawa,

2015-08-20



Pani  
 Grażyna Rogala-Pawelczyk  
 Prezes  
 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

*Szanowna Pani Prezes,*

W związku z licznymi zapytaniami dotyczącymi uprawnień osób przeprowadzających szczepienia, na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia został zamieszczony komunikat informujący o kwalifikacjach osób przeprowadzających szczepienia oraz wykaz specjalizacji, szkoleń i kursów zawierających problematykę szczepień. Należy zauważyć, że posiadanie dokumentu po ukończeniu określonej specjalizacji, szkolenia czy kursu jest wystarczającym dokumentem poświadczającym takie uprawnienia.

Jednak uznając, że szczepienia ochronne to podstawowe, bezpieczne i powszechne działanie profilaktyczne do ich przeprowadzania wystarczające jest podstawowe przygotowanie zawodowe, w związku z tym mając na względzie zapewnienie dostępności do szczepień ochronnych, przeprowadzanych przez osoby mające wieloletnią praktykę w ich wykonywaniu, podjęte zostały działania legislacyjne polegające na złagodzeniu wymogów, tak aby osoby funkcjonujące w systemie ochrony zdrowia (lekarze, pielęgniarki i położne) mogły przeprowadzać szczepienia ochronne.

*Z szacunkiem*

*M. Zembala*  
 MINISTER ZDROWIA  
 Marian Zembala

Ministerstwo Zdrowia  
 ul. Miodowa 15  
 00-952 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00  
 e-mail: kancelaria@mz.gov.pl  
 www.mz.gov.pl



# PREZES NIPIP ODPOWIADA



## NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPiP-DM.0022.64.1.2015

Warszawa, dnia 20 lipca 2015 r.

OKRĘGOWA IZBA  
PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH  
w Wałbrzychu  
WPLYNĘŁO  
dnia: ..... 31.07.2015 .....  
Nr dz.: O.S.P.P. XVI.1187.2015

Pani  
**Maria Pałeczka**  
Przewodnicząca  
Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
w Wałbrzychu

*Stanisław Piotr Pieszczyński*

W odpowiedzi na pismo dotyczące zapytania: „czy pielęgniarka w oddziale szpitalnym, która nie posiada kursu anestezyjologicznego może sprawować opiekę pielęgniarską nad pacjentem podłączonym do respiratora”, w załączeniu przekazuję pismo dr hab. Danuty Dyk konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki. Należy zaznaczyć, iż Pani Konsultant zawarła w piśmie odpowiedzi także na inne pytania w obszarze wyżej wymienionej dziedziny.

*2 podpisane*

Prezes NRPiP

*G. Rogala-Pawelczyk*  
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

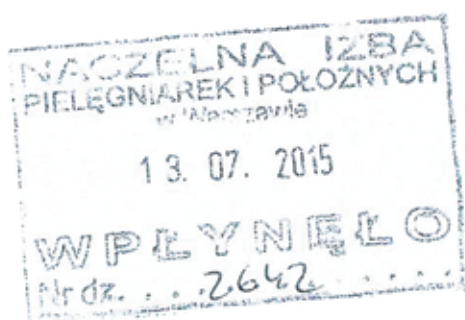


# KONSULTANT KRAJOWY ODPOWIADA

**Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa  
anestezjologicznego i intensywnej opieki  
dr hab. Danuta Dyk**

---

Poznań, 06.07. 2015r.



**Pani**

**Dr Grażyna Rogala-Pawelczyk**

**Prezes**

Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

**Szanowna Pani Prezes,**

W odpowiedzi na pismo NIPiP-NRPiP-DM.0022.40.20123 z dnia 14 maja 2015r. zajęcia stanowiska w związku z kierowanymi do biura Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych następującymi zapytaniami pielęgniarek, cytuję:

1. Czy pielęgniarka w oddziale szpitalnym, która nie posiada kursu anestezjologicznego może sprawować opiekę pielęgniarską nad pacjentem podłączonym do respiratora?
2. Kto powinien wykonywać płukanie koszulki naczyniowej założonej do dużej tętnicy ( lekarz czy pielęgniarka)?
3. Czy pielęgniarka odcinkowa Oddziału kardiologicznego z Pracownia Radiologii Zabiegowej może ( na zlecenie lekarza ) wykonać płukanie koszulek naczyniowych założonych do dużych tętnic? czy czynność ta powinna być w zakresie jej obowiązków?
4. Czy w szpitalu powinna obowiązywać szczegółowa procedura dotycząca ww. czynności? czy brak takiej procedury może być uzasadnieniem odstąpienia od wykonania płukania koszulki naczyniowej ( mimo pisemnego zlecenia lekarskiego)?

Zgodnie z zapisem art. 11. ust. 1. ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Ustawa, do której odnosi się cytowany artykuł dokonuje w zakresie swojej regulacji wdrożenia dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. Zapis Dyrektywy określa, że pielęgniarka po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej (studiów pierwszego stopnia) uzyskuje kwalifikacje ogólne jest tzw. pielęgniarką ogólną. Kwalifikacje oznaczają dyplom licencjata pielęgniarstwa, który uzyskuje absolwent studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, wydany przez uprawnioną instytucję, stwierdzający, że dana osoba osiągnęła efekty uczenia się zgodnie z odpowiednimi wymogami (Załącznik nr 4. Standardy kształcenia dla kierunku studiów Pielęgniarstwo Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. Dz. U. 2012, 631). Zawarte w rozporządzeniu efekty kształcenia, nie dają pielęgniarce kwalifikacji do wykonywania świadczeń zdrowotnych w ramach wysokospecjalistycznych procedur, do wykonania, których wymagane jest ukończenie odpowiedniego szkolenia w tym zakresie.


Odpowiadając na pytanie pierwsze, udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej, w oddziale w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. (Dz. U. 2013, 15 ). Przy udzielaniu świadczeń w ramach opieki długoterminowej w opiece nad pacjentami wentyłowanymi mechanicznie dodatkowo udziela świadczeń pielęgniarka, która ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, lub ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów – łącznie 25 % czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013r. Dz. U. 2013, 1480).

Pytania kolejne dotyczą świadczeń specjalistycznych w opiece kardiologicznej i również przy ich udzielaniu nie wystarczą kwalifikacje wynikające z efektów kształcenia absol-

wenta studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne w opracowanych zasadach akredytacji Pracowni Kardioangiograficznej wskazało, że za wykonywanie zabiegów odpowiedzialny jest lekarz specjalista, który współpracuje z pielęgniarką i technikiem. Dla zapewnienia choremu bezpiecznej specjalistycznej opieki pielęgniarka zatrudniona w pracowni powinna mieć, co najmniej 3-miesięczny staż pracy i szkolenie w pracowni wykonującej 1500 procedur rocznie ([www.ptkardio.pl](http://www.ptkardio.pl)). Inną drogą uzupełnienia kwalifikacji specjalistycznych jest kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego, który ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę specjalistycznych kwalifikacji do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa w tym m. in. monitorowania i diagnostyki inwazyjnej (wskazania, przeciwwskazania, przygotowanie i technika wykonania badania). Nie wyklucza się także możliwości utworzenia programu kursu specjalistycznego po ukończeniu, którego pielęgniarka będzie uprawniona do wykonywania wymienianych świadczeń zdrowotnych.

Podsumowując w każdej sytuacji pielęgniarka podejmując się wykonania świadczenia zdrowotnego również w ramach zlecenia lekarskiego powinna ocenić czy spełnia wymagania określone w cytowanym wyżej art. 11 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Podkreślenia wymaga także fakt, że pielęgniarki mają zapewnioną szeroką ofertę możliwości podnoszenia swoich kwalifikacji ([www.ckppip.edu.pl/](http://www.ckppip.edu.pl/)), a zgodnie z art. 17. Kodeksu pracy 2015, pracodawca jest obowiązany ułatwiać pracownikom podnoszenie kwalifikacji zawodowych.

Z poważaniem,

Danuta Dyk   
Konsultant krajowy w dziedzinie  
pielęgniarstwa anestezyjologicznego  
i intensywnej opieki

# OPINIA KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA

## Opinia w sprawie podawania przez pielęgniarkę szczepionek dla dzieci, z którymi do punktu szczepień zgłaszają się rodzice

Zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.) obowiązkowe szczepienia ochronne finansowane są ze środków publicznych, a realizowane przez świadczeniodawcę, z którym NFZ zawarł stosowne umowy. Natomiast w przypadku osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, koszty szczepień są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia. Same szczepionki, służące do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych, zakupuje Minister Zdrowia zgodnie z przepisami o zamówieniach publicznych. Ustawa nie wyklucza jednak podania szczepionki uzyskanej poza tym trybem. Zgodnie bowiem z ust. 9 powołanego artykułu, osoba może się poddać obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu z zastosowaniem szczepionki innej niż nabyta przez Ministra Zdrowia. Jednak w takim wypadku ponosi koszt jej zakupu. Pielęgniarka może zatem wykorzystać inną szczepionkę niż dystrybuowaną przez Ministra Zdrowia. Dostarczony produkt leczniczy (np. przyniesiony przez rodziców) musi być jednak dopuszczony do obrotu na terenie Polski oraz odpowiadać merytorycznym wymogom danego szczepienia, wytyczonym wspomnianym komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego. Pielęgniarka powinni również zachować warunki stosowania szczepionki określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego tego preparatu. W zasadzie w takich okolicznościach pielęgniarka nie powinni odpowiadać za ewentualne niekorzystne następstwa użycia takiego produktu. W praktyce należy jednak zachować dodatkowe środki ostrożności. Przepisy określają bowiem odpowiednie standardy przechowywania i dystrybucji szczepionek (np. z art. 18 ust. 8 ustawy wynika, iż szczepionki zakupione przez Ministra Zdrowia są transportowane i przechowywane z zachowaniem łańcucha chłodniczego oraz na zasadach określonych w przepisach prawa farmaceutycz-

nego). Wymogi te mają zapewnić trwałość i skuteczność danej szczepionki. W przypadku produktu leczniczego dostarczonego przez samego zainteresowanego może wystąpić ryzyko niezachowania tych zasad. Pielęgniarka powinna więc uprzedzić rodziców lub opiekuna prawnego o zaistnieniu zagrożenia i uzyskać od nich informację na temat przechowywania czy dystrybucji danej szczepionki (tzn. odebrać odpowiednie oświadczenie na piśmie o ww. okolicznościach- formularz zgody i odmowy zgody na szczepienie oraz formularz dotyczący wykorzystania szczepionki dostarczonej przez pacjenta). Jeśli istnieją w tym zakresie uzasadnione wątpliwości (np. pacjent nie wie, nie jest pewien lub rażąco naruszył wymagane warunki), pożądana jest odmowa pielęgniarki użycia dostarczonego produktu. Na mocy bowiem art. 11 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka wykonuje swój zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowania praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Ponadto art. 12 ustawy stanowi, że pielęgniarka może odmówić wykonanie zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem lub zakresem posiadanych kwalifikacji, po-

dając przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej. W przypadku odmowy pielęgniarka ma obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie. W przypadku odstąpienia od realizacji świadczeń zdrowotnych pielęgniarka ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. W sytuacji więc, gdy pielęgniarka ma **uzasadnione wątpliwości** co do jakości szczepionki transportowanej i/lub przechowywanej w niewłaściwych warunkach, powinna odmówić jej wykorzystania i zasugerować produkt, który wątpliwości tych nie stwarza (dotyczy to także przypadków, gdy szczepionka przechowywana w lodówce pa-

*Obowiązkowe szczepienia ochronne finansowane są ze środków publicznych, a realizowane przez świadczeniodawcę, z którym NFZ zawarł stosowne umowy. Natomiast w przypadku osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, koszty szczepień są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia. Same szczepionki, służące do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych, zakupuje Minister Zdrowia zgodnie z przepisami o zamówieniach publicznych. Ustawa nie wyklucza jednak podania szczepionki uzyskanej poza tym trybem.*



cjenta uległa zamrożeniu, np. w wyniku umieszczenia jej w zamrażalniku lub w bezpośrednim kontakcie z oblodzoną ścianą lodówki).

Odebranie wspomnianego powyżej oświadczenia jest wskazane, gdyż wykonanie szczepienia wymaga odpowiedniego udokumentowania. Na mocy bowiem art. 17 ust. 8 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, osoby przeprowadzające szczepienia ochronne zostały zobowiązane do prowadzenia dokumentacji medycz-

nej dotyczącej szczepień ochronnych, w tym przechowywania karty uodpornienia oraz dokonywania wpisów potwierdzających wykonanie szczepienia. Rozwinięcie tej powinności następuje w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. Nr 182, poz. 1086.).

Zgodnie z jego § 9, ust. 1, informacje na temat szczepień ochronnych wykonanych od dnia urodzenia są dokumentowane:

1. w karcie uodpornienia, której wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia,
2. w książeczce szczepień, której wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia, stanowiącej odrębną część włączoną do książeczki zdrowia.

W obu tych dokumentach należy odnotować informacje na temat nazwy użytej szczepionki, numeru jej serii oraz daty szczepienia. Dane te zamieszcza się w odpowiednich rubrykach na formularzu, odnośnie do poszczególnych rodzajów szczepień. Kartę uodpornienia przechowuje – jak wspomniano – osoba przeprowadzająca szczepienie ochronne. Natomiast książeczkę szczepień założoną dla dziecka przekazuje się za pokwitowaniem jego przedstawicielowi ustawowemu (osobie sprawującej prawną pieczęć nad dzieckiem) lub opiekunowi faktycznemu.

Kraków 08.04.2013 r.

*Dr hab. Maria Kózka*

## PRIORYTETY SYSTEMU OPIEKI DIABETOLOGICZNEJ W POLSCE

Zasadność i obietnica wydzielenia świadczenia edukacyjnego, jako odrębnej procedury, realizowanej przez edukatora ds. diabetologii.

Pragniemy poinformować środowisko pielęgniarek i położnych, szczególnie osoby zaangażowane w pracę z „pacjentem diabetologicznym”, o sukcesach w działaniach zmierzających do kontraktowania usług świadczonych przez edukatorów ds. diabetologii, czyli pisząc wprost jest szansa na wynagradzanie naszej pracy, osobne finansowanie godzin spędzonych tylko na edukacji.

Szerząca się na świecie epidemia cukrzycy nie omija Polski. Pod względem zachorowalności na cukrzycę nasz kraj zajmuje w Europie wysokie czwarte miejsce, a liczbę osób chorych szacuje się już na trzy miliony. Dlatego konieczne jest jak najszybsze wprowadzenie rozwiązań, które pomogą lepiej radzić sobie z epidemią cukrzycy i jej powikłaniami, a przez to zmniejszą koszty choroby.



Wydaje się, że wieloletnie starania przedstawicieli organizacji diabetologicznych, domagających się zmian systemowych i wydzielenia świadczenia edukacyjnego jako odrębnej procedury, realizowanej przez edukatora ds. diabetologii, przynoszą oczekiwane efekty. Udało się nawiązać dialog z Ministerstwem Zdrowia, które zaczęło rozważać wprowadzenie „diabetologicznej porady edukacyjnej” do tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych. Ministerstwo Zdrowia nie wyklucza też wprowadzenia karty pacjenta z cukrzycą, która nie tylko pozwalałaby dokumentować etapy leczenia chorego, ale też ułatwiałaby mu dostęp do opieki wielospecjalistycznej. Postulat ten mógłby zostać spełniony po wprowadzeniu elektronicznej dokumentacji pacjenta.

Posel Lidia Gądek, przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Profilaktyki, 23 lipca br. zaprosiła ekspertów medycznych, przedstawicieli pacjentów oraz Ministerstwa Zdrowia i NFZ na spotkanie poświęcone omówieniu koniecznych zmian w obszarze polskiej diabetologii, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki powikłań cukrzycy. Środowisko pielęgniarek i położnych reprezentowała mgr Beata Stepanow, prezes Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej. Jednogłośnie za priorytet uznano wydzielenie świadczenia edukacyjnego jako odrębnej procedury dla pacjentów chorych na cukrzycę, realizowanego przez edukatora do spraw diabetologii, udrożnienie dostępu do opieki wielospecjalistycznej, wypracowanie standardu opieki nad pacjentem diabetologicznym w zależności od stopnia zaawansowania choroby i indywidualnych cech pacjenta.

Podczas posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej przedstawiona została publikacja pt. „Potrzeby i rekomendacje edukacyjne w diabetologii” - Stanowisko Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej, która wskazuje projekt wyodrębnienia świadczeń gwarantowanych Edukatora do spraw diabetologii oraz warunki ich realizacji oraz wprowadzenia ich jako kolejnego załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2013 poz. 1248). Projekt zakłada, że świadczeniodawcą może być:

- publiczny zakład opieki zdrowotnej, w których „poradę edukacyjną” świadczyć będą uprawnione pielęgniarki/położne,
- uprawnione pielęgniarki/położne wykonujące działalność leczniczą określoną w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej art. 5 ust 2, pkt 2 a, b zwanej dalej „praktykami zawodowymi”
- podmioty lecznicze, w których „poradę edukacyjną” świadczyć będą uprawnione pielęgniarki/ położne

Korzyści płynące z takiego rozwiązania to m. in.: zapewnienie osobie chorej na cukrzycę i jego rodzinie profesjonalnej edukacji przeprowadzonej przez edukatora ds. diabetologii. Szeroki dostęp do edukacji daje większe szanse ograniczenia, a nawet eliminacji występowania najgroźniejszych powikłań związanych z cukrzycą, poprawę komfortu życia pacjenta i jego rodziny oraz obniżenie kosztów opieki i leczenia.

Od kilku miesięcy członkowie Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej pracują nad Standardami Holistycznej Edukacji Diabetologicznej, które są odpowiedzią na potrzeby środowiska pielęgniarskiego, położniczego oraz pacjenckiego, dotyczące ujednoczenia i wypracowania ogólnie akceptowalnych wytycznych w edukacji diabetologicznej. Opierając się na konkretnym, jednolitym i akceptowalnym wzorze, który mógłby ewoluować wraz z postępem wiedzy na temat cukrzycy, można dokonać wydzielenia świadczenia edukacyjnego, jako odrębnej procedury, bowiem wypracowany będzie schemat edukacji.

Przygotowywane Standardy HED mają za zadanie ujednoczenie zasad postępowania w edukacji z pacjentem diabetologicznym, jego rodziną i środowiskiem, w którym przebywa (środowiskiem rodzinnym i/lub społeczno-zawodowym). Będą przydatne edukatorom do spraw diabetologii, jako zasady dobrej praktyki zawodowej i są zgodne z „Zaleceniami klinicznymi dotyczącymi postępowania u chorych na cukrzycę 2015” - Stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Są na etapie konsultowania ich ze środowiskiem edukatorów do spraw diabetologii specjalizujących się w różnych obszarach tej dziedziny medycyny oraz recenzowane przez specjalistów. Powstają na bazie ogromnej wiedzy teoretycznej i praktycznej edukatorów nawet z kilkudziesięcioletnim doświadczeniem zawodowym.

Obecnie w Polsce jest 1882 edukatorów ds. diabetologii (dane na koniec 2014 r.), z czego 280 spełnia wszelkie wymogi pozwalające im pełnić rolę edukatora diabetologicznego. Są nimi pielęgniarki i położne, które albo mają ukoń-

czzone odpowiednie kursy albo specjalizację z diabetologii i kurs. To grupa profesjonalistów przygotowanych do edukowania pacjentów i ich rodzin z zakresu samokontroli i samoopieki w cukrzycy, żywienia i aktywności fizycznej, zalecanej terapii i ogólnie radzenia sobie z chorobą w życiu codziennym. Wiedza przekazywana przez edukatorów diabetologicznych jest równie ważna co wypisywanie przez lekarza odpowiednich leków. Wyedukowany i zmotywowany pacjent, wdrażając właściwe nawyki, wspomaga proces leczenia oraz wpływa na komfort swojego życia. Żadne broszury ani książki nie zastąpią edukatora. To właśnie dzięki edukacji diabetologicznej chory jest w stanie świadomie kontrolować chorobę i uniknąć groźnych powikłań. Gdy zmniejszy się ilość powikłań cukrzy-

*Szerząca się na świecie epidemia cukrzycy nie omija Polski. Pod względem zachorowalności na cukrzycę nasz kraj zajmuje w Europie wysokie czwarte miejsce, a liczbę osób chorych szacuje się już na trzy miliony. Dlatego konieczne jest jak najszybsze wprowadzenie rozwiązań, które pomogą lepiej radzić sobie z epidemią cukrzycy i jej powikłaniami, a przez to zmniejszą koszty choroby. Wydaje się, że wieloletnie starania przedstawicieli organizacji diabetologicznych, domagających się zmian systemowych i wydzielenia świadczenia edukacyjnego jako odrębnej procedury (...) przynoszą oczekiwane efekty.*

cowych, zmniejszy się ilość pobytów w szpitalach, a także rent z powodu niezdolności do pracy, niepełnosprawności (cukrzyca znajduje się w grupie pierwszych 10 przyczyn niepełnosprawności ludzi na całym świecie).

Cukrzyca jest chorobą, która wymaga opieki interdyscyplinarnej. Obecnie w przeliczeniu na złotówki cukrzyca kosztuje polskie społeczeństwo około 7 miliardów złotych rocznie, z czego bezpośrednie koszty powikłań to prawie 2,1 miliarda złotych, a pośrednie – prawie 1,5 miliarda złotych. Jednak obecnie diabetologiczna porada edukacyjna nie jest refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Sytuacja ta budzi niepokój, ponieważ w Polsce zarówno lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, jak i specjalista diabetolog nie mają czasu ani możliwości, żeby nauczyć chorego jak radzić sobie z cukrzyką na co dzień. Zdaniem pacjentów zapewnienie dostępu do edukacji diabetologicznej jest uzasadnioną potrzebą w zakresie systemu ochrony zdrowia.

Środowisko widzi więc konieczność wyodrębnienia świadczeń gwarantowanych edukatora do spraw diabetologii oraz warunki ich realizacji wpisane w Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Dałoby to możliwość kontraktowania

wizyty/porady edukacyjnej przez wszystkie podmioty lecznicze za pośrednictwem edukatora ds. diabetologii. To ma się zmienić od 2016 roku. Jak zapewnia Lidia Gądek (PO), przewodnicząca parlamentarnego zespołu ds. podstawowej opieki zdrowotnej i profilaktyki, po przedstawieniu wyceny tego świadczenia przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zaczną działać odrębne gabinety edukacji diabetologicznej, niezależne od wizyty lekarskiej. Ma to nastąpić w styczniu, a najpóźniej w lipcu 2016 roku. Rzeczywiście przekleństwem diabetologii jest to, że jakiegokolwiek inwestycje w nią poczynione przynoszą efekty dopiero w perspektywie wielu lat.

#### BIBLIOGRAFIA (U AUTORA)

Wyciąg z publikacji pt. „Potrzeby i rekomendacje edukacyjne w diabetologii” Stanowisko Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej. Warszawa 23 lipca 2015

Stepanow B.: Stanowisko SED w sprawie projektu diabetologicznej porady edukacyjnej jako świadczenia odrębnie kontraktowanego dla edukatora ds. diabetologii

Cukrzyca –ukryta pandemia. Sytuacja w Polsce – edycja 2014 (PTD, ...)

<http://www.sejm.gov.pl/Sejm7>

# INSULINOTERAPIA W PRAKTYCE

Kontynuując rozpoczęty w poprzednim biuletynie cykl artykułów, zawierających aktualne wytyczne z zakresu codziennej praktyki i pielęgniarstwa diabetologicznego, w bieżącym numerze omówimy zasady insulinoterapii.

**Eliot Joslin (1869–1962)**, wybitny amerykański diabetolog, który stworzył podwaliny edukacji i samokontroli w cukrzycy uważał, że jeżeli nie nauczy się pacjenta właściwego postępowania w chorobie, to leczenie insuliną jest stratą czasu i pieniędzy. Dla nas niezmiennie największą satysfakcją jest pacjent, który dzięki działaniom terapeutycznym (w tym edukacyjnym) potrafi poradzić sobie ze swoją chorobą, zachowując przy tym radość życia. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD) edukacja wstępna pacjenta leczonego insuliną powinna trwać około 9 godzin, a chorego leczonego za pomocą osobistej pompy insulinowej 9–15 godzin. Powinna się ona odbywać w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych – w zależności od sytuacji, w której znajduje się pacjent i od możliwości placówki, sprawującej opiekę.

**Insulinoterapia** jest niezbędna przeciętnie u około 20% wszystkich chorych na cukrzycę. Połowę stanowią wszyscy chorzy na cukrzycę typu 1, a pozostała część przypada na cukrzycę typu 2. U tych chorych leczenie dietą i lekami do-

ustnymi nie przynosi efektu. Dotyczy to co 10. pacjenta w tej grupie chorych. Przyjmuje się, że co 5 lat około jedna trzecia chorych na cukrzycę leczonych lekami doustnymi wymaga zmiany kuracji na insulinę. Wynika to z dążenia do normoglikemii. W wielu badaniach klinicznych z grupami kontrolnymi wykazano bowiem, że osiągnięcie docelowych wartości glikemii jest skuteczną metodą zmniejszenia ryzyka odległych powikłań o charakterze mikroangiopatii i neuropatii. Wykazano także tendencję do zmniejszania się częstotliwości powikłań makronaczyniowych.

#### Insulina jest:

1. hormonem białkowym wytwarzanym przez komórki beta trzustki, który jest niezbędny do prawidłowego wykorzystania spożywanego przez nas pokarmu (metabolizmu węglowodanów, białek i tłuszczów),

2. bezpiecznym, naturalnie występującym hormonem, który ratuje życie, pozwala opanować chorobę i zapobiegać jej następstwom.

3. odpowiedzialna za transport pozyskanej z pożywienia glukozy (energii) do komórek i regulację jej stężenia we krwi,

4. „kluczem”, który otwiera komórkę, umożliwiając przedostawanie się glukozy do jej środka. Bez insuliny komórki naszego ciała głodują, a gromadzony we krwi „cukier” doprowadza do stopniowo narastającej hiperglikemii, która uszkadza naczynia krwionośne i doprowadza do powikłań narządowych,

5. białkiem - trawiona w przewodzie pokarmowym traci swoje właściwości lecznicze, dlatego nie można stosować jej doustnie, np. w postaci tabletek.

### Wskazania do insulinoterapii

1. U chorych na cukrzycę typu 1 insulinoterapia jest jedynym sposobem leczenia. Rekomendowany model stanowi intensywne insulinoterapie przy zastosowaniu wielokrotnych wstrzyknięć lub ciągłego podskórnego wlewu insuliny.

2. Podawanie insuliny jest niezbędne w leczeniu cukrzycy ciężarnych, jeżeli modyfikacja diety i aktywności fizycznej nie daje zadowalających efektów. Doustne leki p/cukrzycowe nie są obecnie rekomendowane do leczenia cukrzycy w ciąży. U kobiet stosujących doustne leki p/cukrzycowe zaleca się w okresie planowania ciąży lub jak najszybciej po jej rozpoznaniu wdrożenie insulinoterapii.

3. Cukrzyca typu 2 ma charakter progresywny. Narastanie zaburzeń patofizjologicznych leżących u jej podłoża, szczególnie defektu komórki beta, powoduje konieczność stopniowej intensyfikacji leczenia, w tym rozpoczęcia insulinoterapii.

4. Leczenie insuliną jest zalecane, jeżeli modyfikacja diety, wdrożenie aktywności fizycznej i doustnych leków przeciw cukrzycowych nie wystarcza do prawidłowego uregulowania poziomu „cukru” we krwi lub jeżeli istnieją przeciwwskazania do stosowania terapii doustnej.

5. U niektórych pacjentów zmiana leczenia występuje po kilku latach, a inni mają zleconą insulinę od momentu rozpoznania choroby, zwłaszcza gdy występuje poziom cukru  $\geq 300$  mg/dl (16.7 mmol/L) ze współistniejącymi objawami cukrzycy tj. częste oddawanie moczu, nasilone pragnienie, niewyjaśnione chudnięcie, zaburzenie ostrości widzenia.

6. Włączenie insulinoterapii może mieć charakter tymczasowy. Wskazaniami do czasowej insulinoterapii jest dekompensacja cukrzycy wywołana przemijającymi przyczynami (infekcja, uraz, kortykoterapia, itp.), okres okołoperacyjny, udar mózgu, ostry zespół wieńcowy, zabieg PTCA, współistnienie dodatkowych chorób.

7. Niejednokrotnie wdrożenie insuliny pacjentowi z nowo rozpoznaną cukrzycą lepiej chroni produkujące insulinę komórki beta trzustki, umożliwiając ich częściową regenerację. Normalizacja masy ciała i utrzymanie indywidualnie dozowanej aktywności fizycznej zawsze zmniejsza zapotrzebowanie na insulinę i minimalizuje ryzyko przyrostu masy ciała.

8. Opóźnienie leczenia insuliną prowadzi do przewlekłej hiperglikemii, która sprzyja powstawaniu powikłań naczyniowych.

### Fizjologiczne działanie insuliny. Rodzaje insuliny stosowanych w terapii.

W leczeniu chorych należy dążyć do możliwie jak najwerniejszego odtworzenia fizjologicznego wydzielania insuliny.



Organizm zdrowego człowieka wydziela insulinę w dwojaki sposób:

1. ciągły – w niewielkich ilościach przez całą dobę; jest to wydzielanie podstawowe lub bazalne; (reguluje glikemię związaną z podażą energii na funkcje życiowe, a nie związaną z posiłkiem),

2. wyrzut insuliny w odpowiedzi na posiłek; ten sposób jest wydzielaniem okołoposiłkowym (lub bolusem).

U osób zdrowych we krwi i płynach ustrojowych zawsze znajduje się insulina w stężeniu podstawowym. Po bodźcach pokarmowych, które powodują wzrost wartości glikemii, następuje dodatkowe wydzielanie insuliny warunkujące utrzymanie homeostazy glikemii. Ocenia się, że sekrecja insuliny u osoby zdrowej o masie 70 kg waha się między 0,5 a 1 u/h (20-40 U/d). Na podstawie tych danych można ocenić dobowe zapotrzebowanie u chorych na cukrzycę typu 1, u których występuje brak endogennej insuliny. Uzupełniające leczenie insuliną w cukrzycy typu 2 zależy od tego, czy chory wymaga dodatkowego podania insuliny podstawowej czy okołoposiłkowej i jest określone na podstawie oceny glikemii przed i poposiłkowej.

Wdrażając leczenie insuliną trzeba dokładnie poznać modele terapii i preparaty insuliny, by zaproponować choremu najlepszy indywidualnie model – skuteczny, a zarazem taki, z którego będzie on umiał skorzystać. Ważne zagadnienia, to:

1. początek działania insuliny – kiedy po iniekcji insulina zaczyna obniżać glikemię;

2. szczyt działania – moment, w którym insulina najbardziej obniża glikemię;

3. czas działania – całkowity czas obniżania glikemii;

4. różnice między insulinami krótko- lub szybko działającymi a mieszkankami insuliny;

5. korzyści, wynikające ze stosowania danego preparatu insuliny (np. redukcja epizodów hiperglikemii, zmniejszenie masy ciała, dobór pory posiłków,...);

### W chwili obecnej na świecie dostępne są dwa rodzaje insuliny:

1. klasyczna insulina ludzka

2. analogi insuliny.



Obecnie, dzięki rozwinięciu technologii rekombinacji DNA uzyskuje się insulinę ludzką, wykorzystując w jej produkcji bakterie *E. coli* i drożdże piekarnicze, którym wprowadza się gen hormonu ludzkiego. Insulina ludzka jest sztucznie otrzymywanym hormonem o składzie identycznym jak insulina wytwarzana przez trzustkę człowieka. Analogi insuliny to zmodyfikowane metodami inżynierii genetycznej pochodne insuliny ludzkiej, różniące się tempem wchłaniania z tkanki podskórnej do krwi i czasem działania. Nie ma obecnie jednoznacznych dowodów na większą efektywność terapeutyczną i bezpieczeństwo mieszanek ludzkich czy analogowych.

Ostateczny wybór preparatu powinien mieć charakter indywidualny, z uwzględnieniem stanu zdrowia, trybu życia i preferencji pacjenta dotyczących liczby, składu i pory posiłków, codziennej aktywności fizycznej i zawodowej, wieku, zmienności rozkładu dnia, podróży, cech psychicznych, wsparcia rodziny, umiejętności radzenia sobie z zalecanym modelem terapii.

Na rynku polskim dostępne są:

**1. insuliny ludzkie krótko działające (Regular)** są przezroczyste. Z uwagi na profil działania powinny być podane od 15–30 min przed posiłkiem; początek działania ujawnia się po 30-60min od podania. Czas ich działania wynosi od pięciu do ośmiu godzin, stąd wymagają często przekazek między głównymi posiłkami;

**2. insuliny ludzkie o pośrednim czasie działania (NPH)** – podawane zwykle w stałej dawce o stałej porze, nie związanej z posiłkiem. Początek działania ujawnia się po 1–1,5 godz., szczyt działania osiągają po 3-6 godz, a działają do 18–20 godzin. Ze względu na bezpieczeństwo, konieczność edukacji pacjenta i ze względów praktycznych zaleca się, w miarę możliwości, rozpoczynanie leczenia insuliną od jednej dawki insuliny o przedłużonym działaniu. Insuliny NPH są zawieszinami;

**3. analogi szybko działające** – mają szybszy początek i krótszy czas działania od ludzkich insulin krótkodziałających.

Z uwagi na profil działania mogą być podawane tuż przed posiłkiem; czas ich działania to 2-5 godz, zaczynają działać po 5-20 min. od podania, a szczyt działania osiągają po jednej do trzech godzin. Są przezroczyste;

**4. analogi długo działające** – działają przez 24 godz, początek działania ujawnia się po około 1 godz od wstrzyknięcia, nie osiągają szczytu działania, uwalniane są stopniowo do organizmu. Są przezroczyste;

**5. mieszanki insulin ludzkich** - gdzie podana w nazwie liczba zawsze określa wartość procentową insuliny krótko działającej. Resztę stanowi insulina NPH. Działają zgodnie z profilem działania składowych: początek działania po około pół godz. od podania, szczyt działania 2–8 godz., a czas działania 15–24 godz. Są zawieszinami;

**6. mieszanki analogowe** – podana liczba w nazwie to procentowa zawartość wolnego analogu szybko działającego do części długodziałającej; początek działania 15 min, maksymalne stężenie 2–8 godzin i długość działania do 24 godzin. Są zawieszinami.

#### PODAWANIE INSULINY PRZEZ PIELĘGNIARKI/POŁOŻNE.

W warunkach szpitalnych insulinę możemy podawać:

1. podskórnie (wstrzykiwacze typu pen, ewentualnie strzykawki)
2. dożylnie (wlewy kroplowe, pompy infuzyjne – zdecydowanie bardziej preferowane) – tylko insuliny krótko i szybko działające.

Ze względów epidemiologicznych nawet jednorazowe korzystanie z penfila przy podawaniu insuliny podskórnie z użyciem wstrzykiwacza, wyklucza podanie insuliny z tego wkładu innemu pacjentowi (konieczne jest opisanie penfila datą pierwszego użycia i nazwiskiem pacjenta →eliminacja ryzyka zakażeń np. HCV); podskórne podawanie insuliny z jednego penfila wielu pacjentom jest możliwe tylko z użyciem strzykawkę, tzw. insulinówek (100jednostek/1 ml).

#### Wskazania do dożylnych wlewów insuliny.

Obecnie, poza leczeniem kwasicy ketonowej lub stanu hiperglikemiczno-hipertermicznego, wskazaniami do leczenia w warunkach szpitalnych wlewami dożylnymi insuliny są:

1. zawał serca lub wstrząs kardiogeny;
2. krytyczny lub ciężki, pogarszający rokowanie stan chorego;
3. leczenie przed, podczas i po zabiegu operacyjnym;
4. udar mózgu;
5. znaczna hiperglikemia podczas steroidoterapii;
6. próba „przetłumienia” insulinooporności (wlew ~ 72–96 godzin dożylny lub podskórny).

#### Zalety leczenia dożylnym wlewem insuliny u osób wymagających intensywnego leczenia:

1. jest skuteczniejsze i bezpieczniejsze; jest najbardziej elastycznym modelem leczenia cukrzycy – elastycznym w znaczeniu możliwości szybkiego reagowania na zmiany stężenia glukozy we krwi. Jeżeli wystąpi hipoglikemia, to po przerwaniu wlewu szybko ustąpi, w przeciwieństwie do niedocukrzenia, które wystąpiło po podaniu insuliny podskórnie;
2. umożliwia dostosowanie dawki insuliny u chorego: w niestabilnym stanie klinicznym lub o zmieniającej się wraz z możliwością na insulinę (dodatkowe leki, np. steroidy, leki wazopresyjne, ostry stan zapalny o zmiennym nasileniu, np. zakażona rana itd).;

*Obecnie, dzięki rozwinięciu technologii rekombinacji DNA uzyskuje się insulinę ludzką, wykorzystując w jej produkcji bakterie E. coli i drożdże piekarnicze, którym wprowadza się gen hormonu ludzkiego. Insulina ludzka jest sztucznie otrzymywanym hormonem o składzie identycznym jak insulina wytwarzana przez trzustkę człowieka. Analogi insuliny to zmodyfikowane metodami inżynierii genetycznej pochodne insuliny ludzkiej, różniące się tempem wchłaniania z tkanki podskórnej do krwi i czasem działania. Nie ma obecnie jednoznacznych dowodów na większą efektywność terapeutyczną i bezpieczeństwo mieszanek ludzkich czy analogowych.*

3. ułatwia właściwą kontrolę glikemii u chorych poddawanych zabiegom operacyjnym, wymagających dożylną podażą glukozy w celu zapewnienia odpowiedniej podaży kalorii;

4. w przypadku długotrwałego żywienia pozajelitowego znacznie upraszcza kontrolę glikemii przy stałym godzinowym dostarczaniu składników energetycznych;

5. umożliwia przełamanie stanu insulinooporności u pacjenta długotrwanie niewyrównanego przed hospitalizacją, często wymagającego początkowo bardzo dużych dobowych dawek insuliny, niemożliwych do podania w formie podskórnej;

6. ponieważ zmusza do częstego wykonywania pomiarów glikemii, znacznie poprawia wyrównanie i zmniejsza ryzyko hipoglikemii, bardzo niebezpieczne u pacjentów w ciężkim stanie ogólnym.

#### Zasady podawania insuliny dożylnie:

1. zaleca się używanie infuzyjnych pomp strzykawkowych; dopuszczalne jest stosowanie insuliny wyłącznie krótko/szybko działających, rozpuszczonych w soli fizjologicznej i przygotowanie roztworu o stężeniu 1j insuliny/1 ml 0,9% NaCl;

2. przed rozpoczęciem wlewu dożylnego należy przepłukać strzykawkę i zestaw infuzyjny roztworem insuliny z solą fizjologiczną o wyżej wymienionym stężeniu w celu wysycenia ścianek insuliną (insuliny krótko działające, jak i preparaty insuliny szybko działających mają tendencję do osadzania się na szkle i plastyku);

3. wlew należy wymieniać co sześć godzin;

4. układ przetoczeniowy z insuliną należy osłonić od światła lub użyć specjalnego zestawu „do wlewów wymagających ochrony przed światłem” (strzykawka i dren z ciemnego materiału);

5. szybkość wlewu dożylnego dostosować do glikemii według zleceń lekarskich, najczęściej - glikemia wyjściowa : 100 = wielkość bolusa i początkowa dawka insuliny / 1 godzinę, po zaokrągleniu do 0,5 jednostki

6. obniżanie poziomu glikemii nie powinno być większe niż około 100 mg/dl (5,6 mmol/l) w ciągu godziny;

7. u chorych spożywających posiłki konieczne jest podawanie dodatkowo bolusów przed posiłkami;

8. podczas zmiany sposobu podawania insuliny z dożylnego na podskórny pierwszą planowaną dawkę insuliny podskórnie należy podać około 1-2 godziny (analog szybko działający - krótko działająca insulina ludzka) przed odłączeniem wlewu dożylnego.

#### PODAWANIE INSULINY WSTRZYKIWACZEM TYPU PEN.

##### Zalecenia dla użytkowników wstrzykiwaczy i zespołu leczącego.

Większość dostępnych preparatów insuliny jest dostępna we wkładkach do wstrzykiwaczy, tzw. penfilach, Niektóre preparaty występują w jednorazowych wstrzykiwaczach. W obu postaciach mają pojemność 3 ml i zawierają 300 jednostek insuliny we wkładce. Insulinoterapia, przy zastosowaniu obecnie dostępnych przyrządów (tzw. penów) jest komfortowa i precyzyjna. Producenci oferują duży wybór wstrzykiwaczy dostosowanych do wieku, sprawności wzrokowej oraz manualnej pacjenta. Dozują insulinę od 0,5 j do 1j w ilości 30 do 60j. Specjalistyczne igły wykorzystywane w insulinoterapii są



niezbędnym elementem kompletnego systemu do podawania insuliny.

1. Wstrzykiwacze są ściśle przypisane producentom insuliny. Są bezpłatne i powinny być przekazywane pacjentom w miejscu zlecenia insuliny – przychodnia, szpital. Ważne jest dokładne poznanie sposobu ich obsługi.

2. Każdy pacjent otrzymujący insulinę za pomocą wstrzykiwaczy powinien zostać przeszkolony przez pielęgniarkę w ośrodku, w którym jest leczony w zakresie obsługi wstrzykiwacza, optymalnej dla niego techniki iniekcji insuliny, doboru długości igieł. Niezależnie od wieku pacjenta i grubości tkanki podskórnej, preferowane są igły krótkie (4, 5 i 6 mm). Stosowanie igieł dłuższych niż 8 mm u osób dorosłych nie ma uzasadnienia medycznego.

3. Do każdego rodzaju insuliny powinien być używany inny wstrzykiwacz. W celu uniknięcia pomyłek zwykle jest możliwość zastosowania dwóch kolorów penów, a każdy z nich powinien być wyraźnie opisany – nazwą preparatu.

4. Wstrzykiwacz powinien być używany i przechowywany wraz z wkładem z insuliną w temperaturze pokojowej, tj. 8-28°C nie dłużej jak 4 tygodnie; zasadne jest zapisanie daty wymiany wkładu przy podawaniu insuliny w ilości <10j /dobę.

5. Zapas insuliny należy przechowywać w lodówce w temp. 2-8°C (najczęściej drzwi lodówki). Przy wymianie wkładu należy wyjąć insulinę z lodówki 1-2godz. przed iniekcją.

6. Wszystkie insuliny w postaci zawiesiny wymagają wymieszania przed iniekcją, delikatnym, wahadłowym ruchem – do uzyskania jednolitego roztworu co jest warunkiem podania zaplanowanej dozy. Insuliny nie należy wstrząsać. Ma to niekorzystny wpływ na białkową strukturę leku.

7. Nie wolno używać insuliny zmienionej wizualnie ani z uszkodzonej fiolki.

8. Peny są sprzętem osobistego użytku, niezależnie od tego czy są jednorazowego czy wielokrotnego użycia.

9. Wstrzykiwacz uszkodzony należy bezpłatnie wymienić na nowy.

10. Igły do penów są jednorazowego użytku. Nie należy przechowywać penów z założoną igłą. Ciśnienie insuliny w penfile wypycha ją, wpływając na zmianę proporcji w mieszankach i zaburzenie oczekiwanego efektu działania; powoduje też zasysanie powietrza.

11. Insulinę należy podawać podskórnie.

12. Po podaniu całej dawki insuliny zaleca się odczekanie 5–8s z wyjęciem igły lub powolne policzenie do 10.

13. Podczas iniekcji insuliny przestrzegamy zasad aseptyki (mycie, dezynfekcja rąk, jednorazowe rękawice ochronne).

14. W warunkach domowych dezynfekcja skóry nie jest wymagana, o ile chory przestrzega podstawowych zasad higieny. W warunkach szpitalnych oraz zakładach opiekuńczych przed podaniem insuliny dopuszcza się dezynfekcję miejsca iniekcji.

15. Przed każdym nastawieniem należy dawki insuliny należy nastawić 1-2j insuliny i ją wystrzyknąć. Sprawdzimy w ten sposób drożność igły (na jej końcówce powinna pojawić się kropla leku), sprawność działania zestawu, wypełnimy pustą przestrzeń w igle i ostatecznie podamy w całości zaplanowaną dawkę insuliny.

16. Insulina nie lubi skrajnych temperatur (<2 i >30°C) – ulega w nich dezaktywacji. Jeżeli podróżuje się w upalne bądź bardzo mroźne dni, trzeba przewozić insulinę w specjalnej torbie termoizolacyjnej.

#### Bezpieczna utylizacja sprzętu.

Zużyty sprzęt powinien być usuwany do konfiskatorów, zamykanych pojemników o sztywnych ścianach z przeznaczeniem na odpady ostre. Postępowanie w placówkach ochrony zdrowia reguluje art.2 ust.3 pkt 5 Ustawy o odpadach z dnia 27 kwietnia 2001 r. Niestety odpady produkowane przez chorego w warunkach domowych nie są w świetle ustawy odpadami medycznymi, w związku z czym nie reguluje ona sposobu ich utylizacji. Choremu zalecić można jedynie, aby postępując z potencjalnie zakaźnym i ostrym materiałem (wytworzonym przez siebie), nie narażał innych oraz korzystał z lokalnych rozwiązań.

Miejsca wstrzyknięć insuliny zależą od jej rodzaju, stężenia glukozy we krwi i planowanych zajęć:

1. najszybciej wchłania się insulina z tkanki podskórnej brzucha, ze średnią szybkością z tkanki podskórnej ramienia, najwolniej z tkanki podskórnej uda i pośladka, dlatego ważny jest dobór miejsca wstrzyknięcia zgodnie z profilem działania insuliny,

2. na miejsca iniekcji wybieramy obszary z najgrubszą podskórną tkanką tłuszczową,

3. podając insulinę należy omijać miejsca chorobowo zmienione (blizny, siniaki, tatuaże, znamiona, uszkodzenia skóry, przerosty i zmiany alergiczne),

4. aby ograniczyć mikrourazy skóry i tkanki podskórnej, należy prowadzić rotację w obrębie jednego miejsca, jak i zmieniać miejsca iniekcji (prawa strona ciała/lewa strona ciała),

5. analogi insuliny można podawać w każdym z miejsc iniekcji, gdyż tempo ich wchłaniania wydaje się nie zależeć od miejsca iniekcji,

6. należy pamiętać, że silniejsze obciążenie mięśni poniżej miejsca iniekcji np. wskutek biegania, przyspiesza wchła-

nianie insuliny. Podobne zjawisko może wystąpić w wyniku ogrzania tej okolicy – np. gorąca kąpiel, masaż, termofor, nasłonecznienie.

#### Technika podawania insuliny

Aby zapewnić równomierne wchłanianie insuliny, należy ją wstrzykiwać z zastosowaniem właściwej techniki w taki sposób, aby uzyskać iniekcję podskórną. Insulinę można podawać pod kątem 45 lub 90°, ujmując fałd skórny lub bez fałdu. Technikę uniesionego fałdu skórno stosuje się, gdy przypuszczalna odległość od powierzchni skóry do mięśnia jest mniejsza niż długość igły. Prawdopodobnie fałd skórny chwyta się kciukiem i palcem wskazującym, ewentualnie środkowym. Fałdu skórno nie należy ścisnąć tak mocno, aby powodowało to blednięcie skóry lub ból.

Ryzyko związane z iniekcją domięśniową to: przyspieszenie efektu działania insuliny, podwyższone ryzyko epizodów hipoglikemii i większa percepcja bólu u niektórych pacjentów.

Aby iniekcje mniej bolały zaleca się stosowanie insuliny o temperaturze pokojowej, unikanie iniekcji w cebulki włosów, używanie igieł cieńszych i krótszych oraz ich systematyczna wymiana, a w przypadku używania alkoholu do dezynfekcji – wykonanie iniekcji po jego całkowitym wyschnięciu.

#### Ocena miejsc iniekcji. Ewentualne skutki nieprawidłowego podawania insuliny.

Ocena miejsc iniekcji jest nieodłącznym elementem insulinoterapii. Powinna być prowadzona na bieżąco przez samego chorego, jego opiekunów, a także przez pielęgniarkę/położną podczas każdego pobytu w poradni lub w oddziale szpitalnym.

Miejsca, w które podajemy insulinę należy obserwować pod kątem wystąpienia:

1. reakcji miejscowej nadwrażliwości na insulinę; reakcja natychmiastowa może objawić się obecnością rumienia, świądu, pokrzywki lub wysypki grudko-

wo – rumieniowej, które mijają po krótkim czasie. Reakcja opóźniona może pojawić się po kilku dniach od podania insuliny pod postacią swędzących guzków w miejscu iniekcji. Obecnie zmiany występują rzadko i zwykle ustępują po zmianie preparatu insuliny (jeżeli dotyczą alergii na substancje konserwujące);

2. lipoatrofii – jest to zanik podskórnej tkanki tłuszczowej. Czasem jest reakcją organizmu na środek konserwujący, będący składnikiem preparatu;

3. lipohipertrofii – przerostu podskórnej tkanki tłuszczowej, często z obecnością w przerośniętej tkance zgrubień lub obrzęku. W obszarach dotkniętych lipohipertrofią wrażenia bólowe ulegają osłabieniu i z tego powodu diabetycy preferują wstrzykiwanie insuliny w to samo miejsce. Niestety insulina

*Zużyty sprzęt powinien być usuwany do konfiskatorów, zamykanych pojemników o sztywnych ścianach z przeznaczeniem na odpady ostre. Postępowanie w placówkach ochrony zdrowia reguluje art.2 ust.3 pkt 5 Ustawy o odpadach z dnia 27 kwietnia 2001 r. Niestety odpady produkowane przez chorego w warunkach domowych nie są w świetle ustawy odpadami medycznymi, w związku z czym nie reguluje ona sposobu ich utylizacji. Choremu zalecić można jedynie, aby postępując z potencjalnie zakaźnym i ostrym materiałem (wytworzonym przez siebie), nie narażał innych oraz korzystał z lokalnych rozwiązań.*

wchłaniania się wówczas w bardzo nieprzewidywalny sposób, co znacząco pogarsza wyniki leczenia.

Insulina stosowana jest w leczeniu chorych na cukrzycę od blisko 100 lat. Jest jedynym lekiem przeciwcukrzycowym pozabawionym przeciwwskazań. Jej profil działania farmakologicznego umożliwia najbardziej elastyczny model leczenia, dając możliwości modyfikowania dawki w miarę zmieniającego się stanu ogólnego chorego. Rozpoczęcie insulinoterapii jest jednym z trudniejszych momentów w życiu diabetyka. Indywidualne dobranie modelu insulinoterapii do życia zawodowego i osobistego pozwala kontrolować cukrzycę.

*mgr Violetta Rzepka  
Edukator ds. diabetologii*

#### BIBLIOGRAFIA (U AUTORA)

A. Foltyn: Insulinoterapia dożylna – kiedy, dlaczego, jak. Medycyna Praktyczna, X 2014

A. Szewczyk (red.) Pielęgniarstwo diabetologiczne, PZWL Warszawa, 2013

Benbenek-Klupa Teresa: Jakość i efektywność edukacji diabetologicznej w intensywnej, funkcjonalnej insulinoterapii. Pielęgniarka diabetologiczna, maj 2012 Bayer HealthCare

J. Sieradzki (red.): Cukrzyca. Tom 1, Via Medica Gdańsk, 2015

Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2015 Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Via Medica Gdańsk, 2015

Zalecenia w opiece diabetologicznej PFED, Warszawa 2014

# KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA „LECZENIE RAN”

Dnia 11 września 2015 roku w Stroniu Śląskim odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa „Leczenie ran”. Na konferencji zostało zaprezentowane sprawozdanie z V Kongresu PTLR przez mgr Lidię Krzyżanowską.

Wykład oraz warsztatowy pokaz bezpiecznych metod przemieszczania pacjentów przedstawiła mgr rehabilitacji Małgorzata Stokłosa. W prezentacji wykorzystwała fotografie z własnej praktyki szpitalnej. Pokazała również na żywo w jaki sposób przetransportować pacjenta z łóżka na wózek i z wózka na łóżko.

„Zastosowanie opatrunków aktywnych” to był temat kolejnego wykładu przeprowadzonego przez mgr Lidię Biłogan. Opatrunki aktywne zostały wyczerpująco omówione z podziałem na grupy jak również pokazane uczestnikom konferencji.

#### **Sprawozdanie z V Kongresu Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran pod hasłem „Przez naukę i praktykę do leczenia ran”**

V Kongres Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran odbył się w dniach 3-5 września 2015 roku w Hotelu Gołębiowski w Karpaczu. Organizatorami Kongresu były: Polskie Towarzystwo Leczenia Ran, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej Hospicjum Stacjonarne Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra i Zakład Anatomii Opisowej i Topograficznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach oraz Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.

Kongres odbył się pod patronatem honorowym JM Rektora Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

prof. dr. hab. n. med. Jacka Wysockiego oraz JM Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach prof. dr. hab. n. med. Przemysława Jałowieckiego.

Komitetowi naukowemu przewodniczył prof. dr. hab. n. med. Arkadiusz Jawień, zaś wiceprzewodniczącą była prof. dr. hab. n. med. Maria T. Szewczyk.

Wydarzenie to mogło się odbyć dzięki pomocy firm medycznych. Złotym sponsorem była firma Paul Hartmann Polska. Srebrnymi sponsorami zostały firmy ConvaTec oraz Schulke. Byli również brązowi sponsorzy: firmy Mölnlycke Health Care oraz Smith & Nephew.

Stoiska: Alfa Wassermann, Aspironix, BBraun, Biotal, Coloplast, Iconic, KIKGel, Lohmann & Rauscher, MBRK, Mediqual, Nutricia, Real, SymPhar, Valeant – zachęcały uczestników do zapoznania się z produktami tych firm.

Kongres trwał 3 dni, w czasie których odbyło się 12 sesji naukowych. Dodatkowo, w drugim dniu trwania Kongresu, w trakcie sesji odbywały się warsztaty w zakresie praktycznego doboru opatrunków oraz pomiaru wskaźnika kostka-ramię (ABI). Odpowiednio przeszkolone pielęgniarki i praktyczne wykonanie badania ABI wraz z jego właściwą interpretacją pozwalają na wczesne prawidłowe zdiagnozowanie niedokrwienia kończyn. Wykonanie tego badania jest niezbędne do podjęcia decyzji o rozpoczęciu kompresjoterapii.

O odbyła się również sesja plakatowa, na której wystawiono wiele interesujących prac. Mnie bardzo zainteresował plakat wykonany przez grupę osób z wrocławskiego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich na temat kompleksowej oceny rany przewlekłej. Informacje zawarte w tej pracy mogą być pomocne we wczesnym podjęciu działań diagnostycznych oraz we właściwej ocenie rany i doborze odpowiedniego opatrunku specjalistycznego.

Pierwsza sesja, pod hasłem „Stopa cukrzycowa w 2015 roku. Co nowego w zasadach postępowania?”, rozpoczęła się 3 września 2015 roku o godzinie 14.00. Sesja została poprowadzona przez dr. hab. n. med. Macieja Sopotę, dr n. med. Beatę Mrozikiewicz-Rakowską i dr n. med. Annę Sobieszek-Kundro. W jej trakcie dr n. med. Beata Mrozikiewicz-Rakowska zaprezentowała najnowsze zalecenia w zakresie postępowania przy zespole stopy cukrzycowej (ZSC). Zespół stopy cukrzycowej stanowi jedno z najbardziej traumatyzujących powikłań cukrzycy. Infekcja w przebiegu ZSC jest częstą przyczyną hospitalizacji chorych diabetologicznie. Znaczna liczba osób z tego powodu traci kończyny dolne. Niestety w Polsce ta statystyka jest niechlubnie wysoka w porównaniu z innymi krajami. Międzynarodowa Grupa Robocza do spraw Stopy Cukrzycowej (International Working Group on the Diabetic Foot – IWGDF) od roku 1999 co 5 lat publikuje kolejne wydania zaleceń w tym zakresie. W tym roku po raz pierwszy Polskie Towarzystwo Leczenia Ran (PTLR) opublikowało zalecenia na łamach kwartalnika „Leczenie Ran”, wydawanego przez wydawnictwo Evereth, oraz na stronie internetowej PTLR. Wytyczne przygotowane przez ekspertów z różnych dziedzin medycyny kierowane są do wielu zawodów medycznych, dla osób pracujących w zespołach terapeutycznych z pacjentem ze stopą cukrzycową. W zaleceniach szczególny nacisk położono na diagnostykę ZSC, ocenę nasilenia cech stanu zapalnego, leczenie stanu zapalnego i wybór optymalnej metody (chirurgiczna czy zachowawcza), podkreślono zasady opracowania rany w ZSC, zasady odciążania różnymi technikami stopy cukrzycowej. Zalecenia te mają ujednoczyć metody postępowania w ZSC, co zaowocuje lepszymi efektami i pozwoli zmniejszyć liczbę amputacji.

Temat następnego wystąpienia, przygotowanego przez dr. n. med. Piotra Liszkowskiego, brzmiał: „Jak radzić sobie z odciążeniami. Różne opcje refundacyjne”. Prelegent przedstawił uregulowania prawne, które umożliwiają korzystanie z refundacji. Odwoływał się do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne. Następnie zostało omówione zastosowanie i refundacja wózka inwalidzkiego w leczeniu owrzodzenia stopy drugiej po amputacji oraz w przypadku owrzodzeń obu stóp. Inne rodzaje stosowanych odciążań to wkładki, obuwie ortopedyczne, zastosowanie ortez indywidualnie dopasowanych, ortez stopowo-goleniowych, tzw. „walkerów”, TCC lub małych bucików odciążających typu „gejsza”.

Sesja druga odbyła się pod hasłem „Praktyczne rozwiązania w leczeniu ran przewlekłych” pod przewodnictwem prof. dr. hab. n. med. Marcina Gabriela oraz dr. hab. n. med. Marka Kucharzewskiego.

Prezentację w tej sesji pod tytułem „HydroTac + Putterbinde – zgrany duet w leczeniu owrzodzeń żylnych” przedstawił prof. dr.

hab. n. med. Marcin Gabriel. Prelegent zaprezentował uczestnikom Kongresu wskazania do kompresjoterapii, uzasadniając konieczność jej stosowania. Przypomniał prawo Laplace’a i omówił wskazania do kompresjoterapii za pomocą opasek krótkorożciągliwych i długorożciągliwych. Omówione zostały również wskazania do stosowania gotowych wyrobów kompresyjnych.

Trzecia sesja, kończąca część wykładową pierwszego dnia, pod hasłem „Prawidłowe leczenie żywieniowe w terapii rany przewlekłej”, odbyła się pod przewodnictwem prof. dr. hab. n. med. Marii T. Szewczyk oraz dr. n. med. Krzysztofa Figuli.

W tej sesji dr n. med. Krzysztof Figula zaprezentował wykład na temat „Prawidłowego leczenia żywieniowego w terapii rany odleżynowej”. Istotność leczenia żywieniowego została silnie zaakcentowana podczas tego wystąpienia. Prelegent omówił trzy warianty prowadzenia leczenia żywieniowego. Pierwszy to wzbogacanie diety, tzw. fortyfikacja, drugi wariant polega na żywieniu dojelitowym przez zgłębnik lub doustnymi suplementami diety. W wariacie trzecim możliwe jest tylko podawanie składników odżywczych pozajelitowo z dostępu obwodowego lub wkłucia centralnego. Arginina jako niezbędny składnik w diecie chorego z raną przewlekłą usprawnia regenerację tkanek, wspomaga syntezę białka, poprawia ukrwienie. Selen oraz kwasy tłuszczowe omega-3 działają przeciwzapalnie. Witaminy A, C i E wpływają korzystnie na produkcję kolagenu oraz na regenerację tkanek. Leczenie żywieniowe, zgodnie z aktualną wiedzą, jest więc niezbędnym i bardzo istotnym elementem terapii ran odleżynowych i innych ran przewlekłych.

Czwarta sesja została zatytułowana „Inauguracja V Kongresu Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran”. W jej ramach odbyło się oficjalne otwarcie Kongresu przez Prezesa Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran Macieja Sopotę. Powitał on uczestników Kongresu i wygłosił krótką przemowę.

W tej sesji wiceprezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran przedstawił wykład inauguracyjny „O leczeniu ran na przestrzeni wieków”. W bardzo interesujący sposób przedstawił w nim różne metody leczenia, bazując na rozlicznych źródłach. Pokazał tym samym, że wiele metod stosowanych dawniej w świetle dzisiejszej wiedzy jest uznawanych za szkodliwe. Przykładowo – do zamykania ran ludy pierwotne w Ameryce Południowej, Indiach czy Afryce używały szczęk mrówek *Ecton burchellii*. Celem pracy było przedstawienie ewolucji wiedzy medycznej na przestrzeni wieków.

Piąta sesja zatytułowana była „Owrzodzenia o etiologii tętnicznej”. Prowadzili ją: prof. dr. hab. n. med. Arkadiusz Jawień, dr n. med. Paulina Mościcka, dr n. med. Mariusz Kózka oraz prof. dr n. med. Donatas Venskutonis.

Profesor dr. hab. n. med. Arkadiusz Jawień prowadził prezentację na temat „Klasyfikacja Wifl jako pomocne narzędzie oceniające chorych z niedokrwieniem”. Zapoznał uczestników z konstrukcją narzędzia, jakim jest skala Wifl. Nacisk położył na wykonywanie rutynowo u każdego pacjenta badania kostka-ramię. Stosowane skale oceny niedokrwienia Fontaine’a i Rutherforda nie mają właściwego odniesienia do chorych ze stopą cukrzycową, ponieważ składową całego spektrum powikłań choroby jest nie tylko niedokrwienie. Inne klasyfikacje dedykowane stopie cukrzycowej, takie jak PEDIS czy Texas, nie dają dokładnych informacji na temat perfuzji tkanek, a jako klasyfikacje owrzodzeń nie zawierają w sobie wzmianki o zgorzeli, która znacznie zwiększa ryzyko amputacji. Skala Wagnera uwzględnia z kolei istnienie

zgorzeli, jednak nie rozróżnia jej etiologii. Society for Vascular Surgery w 2014 roku opublikowało nową klasyfikację – Wound, Ischemia and foot Infection (WIFI). Klasyfikacja ta uwzględnia czynniki zagrażające w praktyce przeżyciu kończyny. Wound (W) określa rozległość rany oraz obecność zgorzeli, Ischemia (I) określa stopień niedokrwienia kończyny, foot Infection (FI) zaś definiuje obecność i nasilenie infekcji stopy. Klasyfikacja adresowana jest nie tylko do chorych ze stopą cukrzycową, lecz również do osób z niedokrwinnym bólem spoczynkowym, trudno gojącymi się owrzodzeniami kończyn czy z obecnością zgorzeli na kończynie. Skala ta określa ryzyko amputacji oraz korzyści wynikające z zastosowania rewaskularyzacji.

Kolejną prezentacją w tej sesji, przeprowadzoną przez lek. med. Marcina Malke, był wykład: „Jak zorganizować leczenie ran NPWT ambulatoryjnie?”. Wykazał on na podstawie obserwacji 255 pacjentów w latach 2009-2011, jakie oszczędności uzyskano, lecząc pacjentów w opiece ambulatoryjnej. Opisał, w jaki sposób poza szpitalem można bezpiecznie prowadzić terapię ujemnym ciśnieniem, jak zabezpieczyć pacjenta przed zbędnym alarmem oraz jakie są niebezpieczeństwa terapii w warunkach ambulatoryjnych. Udowodnił, że NPWT w warunkach pozaszpitalnych, przy zachowaniu odpowiednich zasad, jest równie bezpieczne, a znacznie obniża koszty.

Sesja szósta – „Korzyści wynikające z nowoczesnych metod leczenia ran z zastosowaniem terapii podciśnieniowej” – poprowadzona została przez dr. n. med. Arkadiusza Krakowieckiego.

„Doświadczenia własne Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich w zastosowaniu systemu PICO u chorych z ranami trudno gojącymi się” to tytuł prezentacji wygłoszonej przez dr. n. med. Joannę Glik. Przedstawiła ona opisy przypadków gojenia ran z bardzo dobrym wynikiem końcowym. Aparat PICO jest szczególnie wskazany w leczeniu ran przewlekłych oraz chirurgicznych przy umiarkowanej ilości wysięku. Jego rozmiar i łatwość transportu sprawiają, że pacjenci mający problemy z motoryką (np. z reumatologicznym zapaleniem stawów – RZS) są grupą, do której szczególnie jest dedykowana ta forma NPWT.

Lekarz med. Marcin Tusiński przedstawił możliwość stosowania NPWT w różnych wariantach aplikacji w prezentacji pod tytułem „Nowość czy już codzienność? Stacjonarne, mobilne i ultra mobilne aplikacje NPWT w warunkach oddziału Chirurgii Ogólnej i Obrazów Wielonarządowych”. Zaprezentował on swoje analizy przypadków pacjentów, również w zastosowaniu NPWT na sali operacyjnej u pacjentów z powikłanymi brzuchami. Pokazał, w jaki sposób można zamknąć brzuch po skomplikowanych urazach jamy brzusznej.

Sesja siódma odbyła się z udziałem publiczności, która brała udział w głosowaniu za pomocą systemu do głosowania. Ciekawa forma prezentacji pod hasłem „Leczyć czy wyleczyć? Leczenie ran w teorii i praktyce”, przedstawiona przez lek. med. Marcina Malke, wprowadziła słuchaczy w najnowsze wytyczne dotyczące leczenia ran przewlekłych. W dalszej kolejności zadawane były pytania. Udzielane przez prelegentów kompetentne odpowiedzi potwierdziły wysoki poziom merytoryczny Kongresu.

Sesja ósma poświęcona została „Nowemu projektowi NFZ Kompleksowego Leczenia Ran Przewlekłych”. Sesję prowadziła prof. dr. n. med. Maria Szewczyk, prezentując doświadczenia ośrodka bydgoskiego, który brał udział w projekcie NFZ SOK. Projekt obejmował opiekę pacjentów z ranami przewlekłymi, w czterech etapach. Włączenie pacjenta do programu umożliwiła

objęcie go kompleksową opieką, a przechodzenie do kolejnych etapów odbywa się na podstawie odbycia wizyty kontrolnej i spełnienia pewnych dodatkowych kryteriów. Rozliczenie pacjentów w etapie czwartym ma miejsce po wizycie kontrolnej, w trzy miesiące od wygojenia. Program KLRP umożliwia skuteczne, systematyczne i kompleksowe leczenie.

W sesji tej mgr Paweł Nawara zaprezentował dane z 2014 roku dotyczące leczenia ran przewlekłych oraz problemy związane z kodowaniem słowników ICD-9 i ICD-10. Przedstawił również możliwości rozliczenia leczenia ran w systemie finansowania świadczeń.

Sesję dziewiątą pod angielskim tytułem „Antimicrobial Wound Management” poprowadzili prof. dr. hab. n. med. Arkadiusz Jawień oraz dr. hab. n. med. Maciej Sopata. Najciekawszym wykładem w tej sesji był żywo i ciekawie przygotowany i poprowadzony wykład dr. hab. n. med. Marzeny Bartoszewicz. Narastająca lekooporność jest problemem, o którym mówiła prelegentka. Sygnalizowała też problem nadużywania antybiotykoterapii, akcentując miejscowe metody walki z infekcją.

W sesji dziesiątej, pod tytułem „Owrzodzenia żyłne” prowadzonymi byli prof. dr. hab. n. med. Arkadiusz Jawień i dr. hab. n. med. Maciej Sopata. Najciekawszym wykładem była „Kompresjoterapia”, autorstwa prof. dr. hab. n. med. Marii T. Szewczyk.

Kompresjoterapia jest jedną z najskuteczniejszych metod profilaktyki oraz leczenia przewlekłej niewydolności żyłnej i owrzodzeń w sposób zachowawczy, we wszystkich stadiach zaawansowania. Prowadzenie skutecznej i bezpiecznej kompresjoterapii wymaga odpowiedniego przygotowania teoretycznego i praktycznego i nie powinno być podejmowane przez osoby nieposiadające kwalifikacji. Wybór odpowiedniej formy terapii kompresyjnej poprzedza dokładne badanie przedmiotowe i fizykalne chorego. Badanie wstępne i diagnostyka powinny określić możliwie dokładną etiologię oraz choroby stanowiące przeciwwskazanie do stosowania kompresjoterapii, w tym głównie takie jak: zaawansowana miażdżyca kończyn dolnych, neuropatia obwodowa i niewydolność krążenia. Ocena ABPI pozwala dobrać odpowiednią klasę ucisku w zależności od ukrwienia tętniczego i dostosować ciśnienie do indywidualnych możliwości chorego.

„Wpływ różnych metod leczenia na gojenie i jakość życia pacjentów z owrzodzeniem żylnym goleni” to kolejna prezentacja, prowadzona przez lek. med. Sławomira Kaczmarka, Marcina Gabriela i Katarzynę Pawlaczyk-Gabriel.

Owrzodzenia żyłne goleni (VLU) były i są przyczyną wyalienowania społecznego osób z tym schorzeniem. Wysokie koszty leczenia powodują konieczność poszukiwania różnych metod terapeutycznych umożliwiających szybkie gojenie i trwałość efektu terapeutycznego. Strategia chirurgiczna umożliwia istotne zwiększenie odsetka wygojonych VLU i redukcję odsetka nawrotów, skraca czas leczenia i w połączeniu z przeszczepem skórnym znacznie przyspiesza szybkość gojenia, co daje pacjentom poczucie wzrostu jakości życia, zwłaszcza w sferze mentalnej.

Sesja jedenasta, pod hasłem „Zespół stopy cukrzycowej – doniesienia zjazdowe”, została poprowadzona przez dr. hab. n. med. Marka Kucharzewskiego, dr. n. med. Justynę Cwajdę-Białasik oraz dr. n. med. Beatę Mrozikiewicz-Rakowską.

Wykład pt. „Wpływ zmiany flory bakteryjnej przed i po zastosowaniu larw *Lucilia sericata* w grupie chorych z owrzodzeniami stóp w przebiegu cukrzycy” wygłosił dr. n. med. Zbigniew Szczepanowski. Problemy związane z leczeniem owrzodzeń stóp cuk-

rzycowych oraz rosnąca oporność bakterii na stosowane antybiotyki zwiększyły zainteresowanie terapią larwalną. Polega ona na stosowaniu w leczeniu ran przewlekłych sterylnych larw *Lucilia sericata*. Badaniu poddano 40 chorych z owrzodzeniem stopy w przebiegu cukrzycy. U tych chorych wykonano badanie mikrobiologiczne przed i po zastosowaniu larw. Stwierdzono, że flora bakteryjna zmienia się po oczyszczeniu rany. Zastosowanie larw *Lucilia sericata* w leczeniu przewlekłej rany stopy w przebiegu cukrzycy szybko i skutecznie oczyszcza ranę z patologicznej flory bakteryjnej i przyspiesza proces gojenia. Obecność lub brak określonych szczepów bakterii przed i po zastosowaniu terapii larwalnej wpływa na efektywność procesu gojenia rany w grupie chorych z owrzodzeniem stopy cukrzycowej.

„Praktyczne zastosowanie oceny przezskórno ciśnienia parcjalego tlenu (tpO<sub>2</sub>) u chorych poddawanych zabiegom rewaskularyzacyjnym – prezentacja przypadku” zostało poprowadzone przez lek. med. Monikę Kasprowicz, Beatę Mrozikiewicz-Rakowską i Radosława Bilskiego. Przezskórne ciśnienie parcjale tlenu jest uznawane za element prognostyczny w zakresie możliwości wyleczenia owrzodzenia u chorego z zespołem stopy cukrzycowej. Jest to wskaźnik mówiący bezpośrednio o dostępności tlenu, niezbędnego w procesie gojenia, w tkankach w okolicy owrzodzenia. Znajomość wartości tego wskaźnika ułatwia podjęcie decyzji o postępowaniu terapeutycznym w procesie gojenia ran. Po przeprowadzeniu badań uzyskano następujące wyniki: pomiar tpO<sub>2</sub> jest badaniem nieinwazyjnym, co ma szczególne znaczenie w przypadku pacjentów z cukrzycą, skojarzoną zwykle z innymi chorobami przewlekłymi, w tym z przewlekłą chorobą nerek. W procesie oceny ryzyka powstania trudno gojącego się owrzodzenia oraz prognozowania możliwości leczenia zachowawczego rany ciśnienie parcjale tlenu wydaje się być przydatnym parametrem.

Sesja dwunasta poświęcona odleżynom poprowadzona była przez dr. hab. n. med. Macieję Sopotę, dr n. med. Zofię Machyńską-Bučko i lek. med. Marcina Malkę. Prezentację „Profilaktyka i leczenie odleżyn w świetle aktualnych wytycznych EPUAP” przedstawił lek. med. Marcin Malka.

Zmiany, jakie proponuje EPUAP (ang. European Pressure Ulcer Advisory Panel), niewątpliwie przyczyniają się do poprawy jakości opieki nad pacjentem z odleżynami. Zalecenia dotyczące opieki na chorym zostały w tym dokumencie podzielone na kilkanaście grup, co pozwala odbiorcom dokumentu z jednej strony na szersze spojrzenie na wszystkie elementy mające wpływ na jakość opieki, natomiast z drugiej strony na analizę poszczególnych zaleceń. Wartość dokumentu dodatkowo uzupełniają rozdziały poświęcone opiece nad dziećmi, pacjentami terminalnymi, bariatrycznymi oraz z uszkodzeniem rdzenia. Dużą wagę autorzy dokumentu przyłożyli do sposobów edukacji personelu medycznego i rodziny pacjentów. Konsekwentne stosowanie zaleceń EPUAP pozwoli na stopniową poprawę jakości opieki nad osobami zagrożonymi wystąpieniem odleżyn oraz nad pacjentami z istniejącymi już odleżynami.

„Wiedzę personelu pielęgniarskiego na temat nowoczesnego leczenia ran” zbadała mgr Elżbieta Szkiler oraz dr hab. n. med. Marek Kucharzewski. Przeprowadzone ankiety, w wyniku których autorzy uzyskali informację o braku wiedzy w środowisku pielęgniarskim na temat aktywnych opatrunków, wzbudziły kontrowersje.

W Polsce jest dostępnych ponad 270 opatrunków specjalistycznych do leczenia ran, w tym 82 z nich jest objętych refundacją NFZ. Zalecenia i wytyczne opracowane przez PTLR powinny być

znane każdej pielęgniarsce zajmującej się leczeniem ran przewlekłych. W przeprowadzonych badaniach uzyskano informację na temat wiedzy pielęgniarek w zakresie leczenia ran przewlekłych oraz znajomości dostępnych specjalistycznych opatrunków. Badania przeprowadzono wśród 337 pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach: dermatologii, chirurgii, chorób wewnętrznych, neurologii, rehabilitacji i OIOM. Na podstawie uzyskanych wyników wyciągnięto następujące wnioski: 90% pielęgniarek w swojej praktyce zajmuje się pielęgnacją ran, a 50% z nich wykonuje to samodzielnie. Tymczasem wiedza merytoryczna pielęgniarek i znajomość specjalistycznych opatrunków są niewystarczające do samodzielnego pielęgnowania ran. Leczenie ran w dużej części placówek ochrony zdrowia jest niezgodne z wytycznymi PTLR i nowoczesnym modelem leczenia ran. Stąd wynika duża potrzeba organizowania kursów i szkoleń dla pielęgniarek.

Sesja trzynasta, tzw. „Varia”, to „Doniesienia zjazdowe”. Poprowadzili ją dr hab. n. med. Marek Kucharzewski, dr n. med. Anna Chrapusta i dr n. med. Katarzyna Malinowska.

„Rzeczywiste koszty leczenia ran przewlekłych ponoszonych przez społeczeństwo na podstawie danych statystycznych w województwie śląskim” to prezentacja wygłoszona przez prof. dr. n. med. Marka Kaweckiego. Rany przewlekłe są jednym z większych problemów medycyny społecznej i zdrowia publicznego, przyczyniając się do generowania wysokich kosztów społecznych. Podjęto próbę oszacowania wydatków ponoszonych z powodu ran przewlekłych przez NFZ i ZUS w grupie wiekowej osób czynnych zawodowo. Zbadano populację województwa śląskiego obejmującą 4,6 miliona mieszkańców, z których wyodrębniono grupę 11 tys. przypadków hospitalizacji w 2014 roku z powodu ran przewlekłych.

Z uzyskanych wyników badań wysunięto następujące wnioski: finansowane przez NFZ procedury medyczno-lecznicze są w stanie zredukować nawet do 50% nakłady ponoszone łącznie przez NFZ i pracodawców na indywidualne zakupy leków i środków opatrunkowych. Zwiększenie nakładów na profilaktykę spowoduje zmniejszenie społecznych kosztów medycyny naprawczej, a efekt końcowy dla systemu opieki zdrowotnej będzie bardzo opłacalny i wpłynie na radykalną poprawę jakości życia wielu pacjentów.

Referat pt. „Genetycznie warunkowana skłonność do tworzenia pęcherzy i ran – aktualny stan wiedzy na temat pęcherzowego oddzielania się naskórka (Epidermolysis bullosa)” przedstawiła mgr Katarzyna Wertheim-Tysarowska i Anna Sobczyńska-Tomaszewska (Fundacja EB Polska).

Epidermolysis bullosa (EB) jest rzadką (1/50 000 żywych urodzeń) chorobą pęcherzową skóry, dziedziczną w sposób autosomalny, dominujący lub recesywny. Na podstawie przeprowadzonych badań w Polsce udało się zidentyfikować defekty genetyczne u 80% chorych, a u 8% zredukowano około dziesięciokrotnie ryzyko urodzenia kolejnego chorego dziecka. Leczenie jest głównie zachowawcze, z zastosowaniem wysokospecjalistycznych opatrunków. Niestety u większości chorych dochodzi do infekcji rany. Istotny problem w Polsce polega na braku specjalistycznych ośrodków zajmujących się chorymi na EB, braku szkoleń dla pacjentów i ich opiekunów z zakresu prawidłowego zaopatrywania ran oraz postępowania profilaktycznego.

Udział w Kongresie pozwolił mi wzbogacić i zaktualizować wiedzę, którą chętnie będę przekazywać dalej.

mgr Lidia Krzyżanowska

# DELEGACI NA OKRĘGOWY ZJAZD VII KADENCJI

W XV rejonach wyborczych wybrani zostali Delegaci na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu – VII kadencji, na lata 2015–2019

Wybrani w demokratycznych wyborach, obdarowani zaufaniem środowiska zawodowego, dostali upoważnienie do reprezentowania osób wykonujących zawód pielęgniarki i położnej.

## Lista Delegatów wybranych w XV rejonach wyborczych

1. Adamowicz Danuta
2. Bieniada Grażyna
3. Bieniek Krystyna
4. Bohdanowicz Bożena
5. Brodzińska Anna
6. Bujak-Rogała Elżbieta
7. Ciesielska Dorota
8. Czeka Anna
9. Demidowska Ewa
10. Dolot Marika
11. Dubikowska Alicja
12. Dudziak Dorota
13. Dziadosz Barbara
14. Ferenc-Rudnicka Dorota
15. Figiel Dorota
16. Fleszar Małgorzata
17. Fryźlewicz Wiesława
18. Furmaniak Beata
19. Grabowska Małgorzata
20. Grajczyk Elżbieta
21. Grześków Iwona
22. Gutkowska-Domańska Barbara
23. Gwiazdacz Katarzyna
24. Hossa Elżbieta
25. Hrycak Małgorzata
26. Iwańczuk Iza
27. Janiak Małgorzata
28. Jarzębska Magdalena
29. Jęczmienna Małgorzata
30. Jędrzejczyk Danuta
31. Jurchyńska-Job Danuta
32. Just Krystyna
33. Kaszuba Natalia
34. Kmieć Anna
35. Kołkowska-Zawada Bogumiła
36. Komornicka Katarzyna
37. Konefał Barbara
38. Kopec Dorota
39. Koszyk Anna
40. Kowalcuk Bożena
41. Kowalik Małgorzata
42. Kowalska Beata
43. Kowalska Ewa
44. Krawczyk Iwona
45. Krysztofiak Anita
46. Lasyk Agnieszka
47. Leksowska-Osińska Katarzyna
48. Leśniak Wiesława
49. Luchowska Grażyna
50. Marcinowska Sylwia
51. Michańcio Iwona
52. Midor Dorota
53. Mikus Hanna
54. Młyńczak Małgorzata
55. Mrozek Renata
56. Nitkiewicz Krystyna
57. Nowaczyńska Luiza
58. Pateczka Maria
59. Pieprz-Pankiewicz Elżbieta
60. Pieronek Bogusława
61. Pisalska Danuta
62. Rawa Anna
63. Rudnicka Elżbieta
64. Salus Jadwiga
65. Sikora Dorota
66. Smogór Agnieszka
67. Sokołowska Beata
68. Sorota Anna
69. Spelak Anna
70. Stanicka Monika
71. Studzińska Edyta
72. Szachniewicz Janusz
73. Szczepaniak Helena
74. Szczepanik Agata
75. Szosler Anita
76. Szyk Monika
77. Szymańska Anetta
78. Ulanowska Halina
79. Wachowiak-Bobkiewicz Anna
80. Walczyk Aleksandra
81. Wiśniewska Edyta
82. Wiśniewski Janusz
83. Wyszomirska Beata
84. Zalewska Ewa

Wybranych Delegatów na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu – w imieniu własnym oraz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych składam serdeczne gratulacje

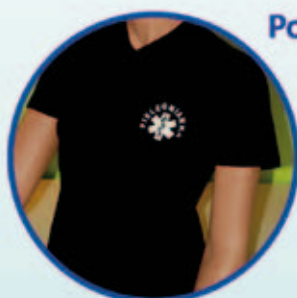
Maria Pateczka  
Przewodnicząca ORPiP





# Zabawna medycyna.pl

## Gadżety medyczne dla każdego



### Polo damskie i męskie

Gramatura 200 g

Kolory: biały, żółty, czerwony, granatowy, jasnoniebieski, błękitny, jasnozielony, ciemnozielony, czarny.

52,00 zł - 1 szt.

94,00 zł - 2 szt.



### T-shirt damski i męski

Gramatura 160 g

Kolory: biały, żółty, czerwony, granatowy, jasnoniebieski, błękitny, jasnozielony, ciemnozielony, czarny.

37,00 zł - 1 szt.

68,00 zł - 2 szt.



Trwale nadruki: z przodu, z tyłu lub na rękawku



Różne zawody  
medyczne

Indywidualny nadruk  
za dodatkową opłatą



Wysyłka już od:

12,50 zł - przelew, 16,00 zł - pobranie

## Chcesz złożyć zamówienie?

Zadzwoń: 519 087 871

Sklep internetowy: [www.zabawnamedycyna.pl](http://www.zabawnamedycyna.pl)



Nowa seria  
kubków  
KEEP  
CALM

# KSIĄŻKI ONLINE. BEZPŁATNY DOSTĘP DO WIRTUALNEJ CZYTELNI DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

## Przypominam

Możecie Państwo uzyskać bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelni IBUK Libra i księgozbioru online, który zawiera ponad 600 specjalistycznych publikacji w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin nauki.

Dzięki staraniom Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych otrzymaliście Państwo bezpłatny dostęp online do kilkuset wybranych publikacji specjalistycznych, naukowych i popularnonaukowych w języku polskim.

Zapraszam po odbiór kodów niezbędnych do rejestracji na platformie IBUK Libra.

Zgodnie z Uchwałą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 września 2014 r. w sprawie zawarcia umowy (aktualnie do X.2015r.) z wydawnictwem o świadczenie usług i udzielenie licencji na dostęp do wirtualnej czytelni dla członków samorządu pielęgniarek i położnych. Z tej oferty będzie mógł skorzystać każdy członek OIPIP w Wałbrzychu po złożeniu wniosku z wymaganymi załącznikami.

### Procedura nadania kodu PIN

Członek samorządu składa wniosek do OIPIP (**do pobrania na naszej stronie internetowej [www.oipip.walbrzych.pl](http://www.oipip.walbrzych.pl) w zakładce DRUKI DO POBRANIA**)

Kod PIN zostanie przesłany na adres poczty elektronicznej.

Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych należy go uaktywnić w koncie serwisu [www.libra.ibuk.pl](http://www.libra.ibuk.pl).

### Wymagany sprzęt

Z zasobów można korzystać za pomocą komputera, laptopa, tabletu czy smartfona. Technologia IBUK Libra nie wymaga instalowania specjalnego oprogramowania i jest bezpieczna dla urządzenia użytkownika. Katalogi dostępne są w każdej przeglądarce internetowej. Dzięki dostępowi online czytelniczy mogą korzystać z serwisu przez całą dobę, z dowolnego miejsca (w domu, w pracy – wszędzie, gdzie jest dostęp do Internetu).



### Korzyści

Platforma umożliwi nie tylko czytanie książek, lecz także zaawansowaną pracę z tekstem.

W czytelni online można:

1. Skorzystać z szybkiego podglądu pełnych tekstów lub stworzyć własną półkę z książkami.
2. Sprawdzać znaczenie wyrazów w słownikach i encyklopediach PWN.
3. Dodawać zakładki.
4. Robić własne notatki bezpośrednio w książce.
5. Wyszukiwać słowa i frazy.
6. Tagować (katalogować, indeksować) ważne fragmenty i zaznaczać kolorami.



**OKRĘGOWA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
w Wałbrzychu**

# ETYKA

## PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

**SPRAWIEDLIWOŚĆ  
BEZINTERESOWNOŚĆ  
RÓWNOŚĆ**  
profesjonalizm

**GODNOŚĆ  
ODPOWIEDZIALNOŚĆ  
KOMPETENCJA**  
doradzaj  
informuj  
edukuj  
podnoś kwalifikacje

**CIERPLIWOŚĆ  
ŻYCZLIWOŚĆ  
SZACUNEK**  
uśmiechnij się

**PRAWDA  
ODWAGA**  
nade wszystko

**ZAUFANIE**  
zrób coś dobrego,  
nie krzywdź



Czasami można wyleczyć.  
Często złagodzić dolegliwości,  
pielęgnować trzeba zawsze.

Edward L. Trudeau

