



BIULETYN

INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

1 /2019
WAŁBRZYCH
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA
PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU

SPIS TREŚCI

1. ◆ SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY
2. ◆ ZMIANY STANDARDU ORGANIZACYJNEGO OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIEDZINIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ OPIEKI
3. ◆ ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 12 GRUDNIA 2018 R.
4. ◆ ZMIANY W ORGANIZACJI OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ
6. ◆ ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 16 SIERPNI 2018 R.
10. ◆ KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA – „POSTĘPOWANIE Z RANĄ PRZEWLEKŁĄ”
13. ◆ WYTYCZNE GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO I KRAJOWEGO KONSULTANTA W DZIEDZINIE CHOROÓB ZAKAŹNYCH
15. ◆ STANOWISKO KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE ZDROWIA PUBLICZNEGO W SPRAWIE OBOWIĄZKU SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH
20. ◆ DEPRESJĘ MOŻNA WYLECZYĆ – WARTO SZUKAĆ POMOCY
26. ◆ WPŁYW STYLU ŻYCIA NA ZACHOWANIE PRAWIDŁOWEJ MASY CIAŁA
31. ◆ INFORMACJA ODNOŚNIE UREGULOWAŃ PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH PRZECHOWYWANIA I UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO ZAKOŃCZENIU PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ I POŁOŻNICZEJ
35. ◆ AKTUALNE DANE STATYSTYCZNE DOTYCZĄCE ZAREJESTROWANYCH I ZATRUDNIONYCH PIELĘGNIAREK I POŁOŻNICZY
39. ◆ KOLEŻANKO, KOLEGO



Uwaga! NOWE NUMERY TELEFONÓW

Sekretariat: tel.: 74 84 25 605; 7481 79 515
 fax: 74 84 23 325

Księgowość: 74 81 79 516

Rejestr prawa: 74 81 79 517

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNICZYCH

58-300 Wałbrzych,
 ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)
 fax: 74 84 23 325
 godziny pracy biura:
 7:30–15:30

e-mail:
 oipipsekretariat@webmedia.com.pl
 www.oipip.walbrzych.pl

Santander Bank Polska S.A. o/Wałbrzych
46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

Przewodnicząca:
 Maria Pałeczka
 przewodniczaca@oipip.walbrzych.pl

Sekretarz:
 Małgorzata Hrycak

BIURO

Sekretariat:

Anna Koła
 sekretariat@oipip.walbrzych.pl
 tel.: 74 84 25 605, 74 81 79 515

Rejestr prawa wyk. zawodu:

Marzena Gidzińska
 rejestrprawa@oipip.walbrzych.pl
 tel.: 74 81 79 517

Księgowość:

Aleksandra Neter
 ksiegowosc@oipip.walbrzych.pl
 tel.: 74 81 79 516

Obsługa administracyjno-prawna:

Kancelaria Prawna S
 mgr Dorota Pakuła
 Radca Prawny
 mgr Michał Krajczar

PIELĘGNIARSTWA – dr n. o zdr. JOLANTA KOLASIŃSKA, UM Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Bartła 5, 51–618 Wrocław; tel. 71 784 18 45
 email: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO – dr n. o zdr. WIESŁAW ZIELONKA
 Pogotowie Ratunkowe w Legnicy, ul. Dworcowa 7; 59–220 Legnica;
 tel. 502 676 039, email: w.zielonka@pogotowielegnica.pl

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

PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE
 – mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza,
 ul. Warszawska 2; 52–114 Wrocław; tel. 71 342 8631 wew. 344,
 604 939 455, 667 977 735

PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO
 – dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, Dolnośląskie Centrum
 Onkologii we Wrocławiu pl. Hirszfelda 12; 53–413 Wrocław; tel. 71 368 92 60
 lub 603 38 58 98, email: e.garwacka@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI
 – mgr EWA PIELICHOWSKA, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ
 ul. Rudolfa Weigla 5, 50–981 Wrocław; email: naczeln.pielegniarka@4wsk.pl;
 tel. 26 166 02 07, 608 309 310

PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO
 – mgr BEATA ŁABOWICZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy
 ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5; 59–220 Legnica; tel. 76 721 14 01,
 661 999 104, email: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH
 – mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej
 Będkowo Sp. z O.O. Sp. Komandytowa Będkowo 1, 55–100 Trzebnica
 email: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl, tel. 71 722 29 48, 603 852 669

PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO – mgr DOROTA MILECKA
 Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50–556 Wrocław
 tel. 71 733 11 90, 71 733 11 95, 662 232 595

PIELĘGNIARSTWA DIABETOLOGICZNEGO
 – mgr IWONA PILARCZYK-WRÓBLEWSKA
 Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii Zakład Neonatologii
 ul. Bartła 5, 51–618 Wrocław, tel. 500 141 941
 e-mail: lwona.pilarczykwroblewska@umed.wroc.pl

Diżur prawny:

w siedzibie izby: pon. 14.30–15.30
 W innym terminie po wcześniejszym
 uzgodnieniu telefonicznym
 z biurem OIPiP w Wałbrzychu

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

Iwona Michańcio

Diżury w siedzibie OIPiP:

Pierwszy i trzeci poniedziałek każdego miesiąca
 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@terenyweny.pl



Szanowne Koleżanki i Koledzy

Początek roku to zwykle plany, nadzieje i postanowienia noworoczne.

Zazwyczaj, postanawiamy zmienić chociaż trochę nasze życie, tak- aby nadchodzący rok był lepszy od poprzedniego. Żyjemy w świecie ciągłych zmian, nie oznacza to, że będzie gorzej. Przecież my też mamy wpływ na zmiany, w każdym miejscu pracy i na każdym stanowisku.

Początek 2019 roku – zmiany w prawie dotyczące pielęgniarek i położnych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej – weszło w życie z dniem 1 stycznia.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, od 1 stycznia obowiązują nowe normy zatrudnienia.

Na kolejnych stronach lekarze przekonują, że szczepienia ochronne są skutecznym i bezpiecznym środkiem zapobiegania groźnym chorobom zakaźnym – Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach „STOP NOP”, walczy o prawo rodziców do decydowania o szczepieniu dzieci.

21 lutego w Wałbrzychu odbyła się 1 dniowa Konferencja Szkoleniowo-Naukowa „Postępowanie z raną przewlekłą” – frekwencja potwierdziła zainteresowanie rozwojem i pogłębieniem wiedzy w dziedzinie opieki nad raną.

23 lutego – Ogólnopolski Dzień Walki z Depresją.
Kampania Ministerstwa Zdrowia
„Depresja. Rozumiesz – Pomagasz”

Maria Pałeczka
Przewodnicząca ORPiP



ZMIANY STANDARDU ORGANIZACYJNEGO OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIEDZINIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ OPIEKI

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki do 31 grudnia 2021 r. wydłuża termin na dostosowanie się szpitali do wymagań dotyczących rozdzielności oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dorosłych i dzieci oraz utrzymania kwalifikacji personelu medycznego.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. termin upływał 31 grudnia 2018 r. Konieczność wydłużenia terminu wynika przede wszystkim ze zróżnicowanego poziomu standardu wyposażenia bazy oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, z możliwości zabezpieczenia personelu medycznego.





DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 20 grudnia 2018 r.

Poz. 2381

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 12 grudnia 2018 r.

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

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

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

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

2. Podmioty lecznicze niespełniające w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia wymagań dotyczących odrębności oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci i oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub, w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, odrębności oddziałów anestezjologii dla dzieci i oddziałów anestezjologii dostosują się do wymagań określonych w § 4 ust. 1 i 2 w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2021 r.

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

4. Pielęgniarka będąca przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu, niespełniająca wymagań określonych w § 4 ust. 11, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2021 r.

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

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

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

Minister Zdrowia: *L. Szumowski*

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

ZMIANY W ORGANIZACJI OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

– 1 STYCZNIA 2019 R. WCHODZI W ŻYCIE NOWY STANDARD ORGANIZACYJNY

11 września 2018 r. w Dzienniku Ustaw opublikowane zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756)

Nowy standard to dokument, który w sposób kompleksowy obejmuje organizację opieki sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem. Standard będzie obowiązywał we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.

OCZEKIWANE KORZYŚCI

- korzyści dla kobiet – standard stawia kobietę w okresie okołoporodowym i jej dziecko w centrum zainteresowania personelu medycznego sprawującego nad nimi opiekę
- zapewni podmiotowe traktowanie, dialog i respektowanie praw pacjenta
- ułatwi podjęcie najlepszej decyzji co do zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży, sposobu i wyboru miejsca porodu oraz opieki nad noworodkiem,
- wyposaży w wiedzę i możliwość odniesienia, porównania, czy zastosowane wobec niej działania były właściwe,
- ujednotyci sposób postępowania personelu medycznego, bez względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
- dla lepszego komfortu rodzącej pozwoli na zapoznanie się ciężarnej z miejscem porodu, wypełnienie dokumentacji medycznej oraz odbycie konsultacji anestezyjologicznej przed porodem (w miarę możliwości organizacyjnych podmiotu leczniczego),
- nie wyklucza spożywania przez rodzącą posiłków w trakcie porodu (pozostawiając tę kwestię do decyzji osoby sprawującej opiekę);
- pozwoli na objęcie matki i dziecka uniwersalnymi zasadami, również w przypadku czasowo pojawiających się powikłań.

Korzyści i zadania dla personelu medycznego – standard daje podstawę, do której personel medyczny powinien się odnieść, aby jakość wykonywanej przez niego pracy była jak najlepsza:

- zapewni właściwą i jednolitą organizację pracy, w sposób najbardziej efektywny wykorzystując cały potencjał

kadry, przy jednoczesnym zagwarantowaniu bezpieczeństwa pacjentom,

- zapewni poczucie bezpieczeństwa pacjentom jak również personelowi, który postępuje zgodnie z jego zasadami,
- pomoże przyczynić się do zmniejszenia liczby interwencji medycznych, niewynikających ze wskazań medycznych, w tym liczby cięć cesarskich,
- podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej będą zobowiązane do ustalenia wskaźników opieki okołoporodowej i ich monitorowania, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się w szczególności ograniczaniem interwencji medycznych oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką w celu oceny skuteczności zaplanowanych i podejmowanych działań.

DODATKOWO

- standard podnosi rangę zawodu położnej, wskazując właściwe jej miejsce w opiece nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem, połogiem i opieką nad zdrowym noworodkiem (opieka w sali porodowej/oddziale porodowym powinna być realizowana wyłącznie przez położną);
- wyznacza ramowy program edukacji przedporodowej co w znacznym stopniu ujednotyci treści przekazywane kobietom w ciąży i wskazanym przez nią osobom bliskim, zapewni właściwą jakość edukacji, lepsze przygotowanie do porodu, a także zmniejszy lęk przed porodem i opieką nad dzieckiem,
- wskazuje na konieczność zakończenia ciąży przed końcem 42 tyg. bez wcześniejszej hospitalizacji, jeżeli nie występują niepokojące objawy zagrażające zdrowiu i życiu matki i dziecka,
- wprowadza konieczne zmiany w świadczeniach profilaktycznych i działaniach w zakresie promocji zdrowia oraz badaniach diagnostycznych i konsultacjach medycznych u kobiet w okresie ciąży,
- doprecyzowuje przepisy dotyczące wyboru położnej jeszcze przed porodem (w 21–26 tygodniu);



- definiuje zalecane metody łagodzenia bólu porodowego, zakres współpracy pracowników medycznych sprawujących opiekę nad rodzącą i ich kwalifikacje, odpowiedzialność za przebieg porodu z zastosowaniem tych metod, zakres i sposób monitorowania rodzącej i płodu,
- uwrażliwia na potrzeby i wskazuje właściwą organizację opieki nad kobietą w sytuacji szczególnej, do której zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi,
- wspiera karmienie piersią przez zapewnienie właściwej organizacji i warunków prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka, w tym:
 - a) właściwą edukację przedporodową dotyczącą wsparcia w laktacji i rozwiązywania problemów z nią związanych,
 - b) wzmocnienie znaczenia nieprzerwanego kontaktu noworodka z matką bezpośrednio po porodzie (kontakt „skóra do skóry”), aby jak najszybciej zainicjować pierwsze karmienie,
 - c) dostarczenie matce przez położną informacji spójnych i zgodnych z aktualną wiedzą na temat laktacji w zakresie korzyści i metod karmienia piersią
 - d) podawanie sztucznego mleka początkowego na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki, po wcześniejszym udzieleniu jej informacji o takim żywieniu,
 - e) zapewnienie każdej potrzebującej matce sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego (obowiązek od 2022 r.),
 - f) zachęcanie podmiotów leczniczych do podawania mleka z Banku Mleka Kobiecego noworodkom przedwcześnie urodzonym, w tym o znacznej niedojrzałości, które nie mogą być karmione mlekiem biologicznej matki, jednocześnie rekomendując prowadzenie działań na rzecz stymulacji laktacji u matki dziecka,
 - g) przestrzeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne skierowane do kobiet w ciąży i noworodków wolna od treści i działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, aby zmniejszyć ryzyko przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią,
 - h) profesjonalna opieka położnej w miejscu zamieszkania albo pobytu matki i jej dziecka,
 - i) wsparcie w zakresie karmienia piersią i poradnictwo laktacyjne udzielane przez położną nie kończy się po odbyciu wizyt patronażowych.



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 11 września 2018 r.

Poz. 1756

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 16 sierpnia 2018 r.

w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Określa się standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r., z wyjątkiem przepisów części XIII ust. 3 pkt 8 załącznika do rozporządzenia, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.³⁾

Minister Zdrowia: wz. *J. Szczurek-Żelazko*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).
²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 138, 650, 1128, 1375, 1532, 1629, 1669 i 1693.

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porodu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007), które tracą moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 16 sierpnia 2018 r. (poz. 1756)

STANDARD ORGANIZACYJNY OPIEKI ZDROWOTNEJ W PODMIOTACH WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

I. Postanowienia ogólne

1. Standard organizacyjny w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem, zwany dalej „standardem”, określa poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnych interwencji medycznych, w szczególności:
 - 1) amniotomii,
 - 2) indukcji porodu,
 - 3) stymulacji czynności skurczowej,
 - 4) podawania opioidów,
 - 5) nacięcia krocza,
 - 6) cięcia cesarskiego,
 - 7) podania noworodkowi mleka modyfikowanego

– z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka medyczna opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.
2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej ustalają wskaźniki tej opieki i monitorują je, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się w szczególności ograniczaniem interwencji medycznych, o których mowa w ust. 1, oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką.
3. Sposób realizacji oraz dokumentowanie działań, o których mowa w ust. 2, określa regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
4. Użyte w standardzie określenia oznaczają:
 - 1) I okres porodu – okres liczony od pojawienia się pierwszych regularnych skurczów macicy powodujących zgładzanie i rozwieranie szyjki macicy aż do jej pełnego rozwarcia;
 - 2) II okres porodu – okres między całkowitym rozwarciem szyjki macicy a urodzeniem noworodka;
 - 3) III okres porodu – okres rozpoczynający się po urodzeniu noworodka i obejmujący oddzielenie oraz wydalenie płodu;
 - 4) IV okres porodu – okres trwający 2 godziny po oddzieleniu i wydaleniu płodu;
 - 5) ciąża fizjologiczna – ciążę przebiegającą w sposób prawidłowy;
 - 6) osoba bliska – małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub inną osobę wskazaną przez ciężarną lub rodzącą;
 - 7) osoba sprawująca opiekę:
 - a) położną,
 - b) lekarza specjalistę w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii, zwanych dalej „lekarzem położnikiem”,
 - c) lekarza specjalistę w dziedzinie neonatologii, lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie neonatologii albo lekarza specjalistę w dziedzinie pediatrii, zwanych dalej „lekarzem oddziału neonatologicznego”,
 - d) pielęgniarkę

– sprawujących odpowiednio opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą albo noworodkiem;
 - 8) lekarz prowadzący analgezję regionalną porodu:
 - a) lekarza, który posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie:
 - anestezjologii lub
 - anestezjologii i reanimacji, lub
 - anestezjologii i intensywnej terapii, lub

- b) lekarza, który uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lub
 - c) lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz co najmniej pięcioletnie doświadczenie w wykonywaniu analgezji regionalnej porodu, albo
 - d) lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, po ukończeniu drugiego roku szkolenia, pod warunkiem że znajduje się pod bezpośrednim nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
- 9) położna anestezjologiczna – położną, która ukończyła:
- a) specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub
 - b) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub
 - c) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii;
- 10) pielęgniarka anestezjologiczna – pielęgniarkę, która ukończyła:
- a) specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub
 - b) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub
 - c) w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
- 11) połóg – okres rozpoczynający się po porodzie i trwający sześć tygodni, w czasie którego w organizmie kobiety następuje cofanie się zmian spowodowanych ciążą i porodem;
- 12) poród fizjologiczny – spontaniczny poród niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania, w wyniku którego noworodek rodzi się z położenia główkowego, pomiędzy ukończonym 37. a 42. tygodniem ciąży, po którym matka i noworodek są w dobrym stanie;
- 13) edukacja przedporodowa – praktyczne i teoretyczne przygotowanie ciężarnej oraz osoby bliskiej do podejmowania zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży, podczas porodu, połogu oraz do rodzicielstwa, kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych i przygotowanie do sprawowania opieki nad noworodkiem i niemowlęciem wpływające na obniżenie wskaźnika umieralności okołoporodowej, zmniejszenie liczby cięć cesarskich, porodów przedwczesnych, interwencji medycznych oraz łagodzenie lęku i niepokoju związanego z porodem, wzmocnienie zdrowia i poprawę samopoczucia matek i dzieci.
5. Ingerencja w naturalny proces ciąży, porodu i laktacji wiąże się z uzasadnionym medycznie wskazaniem. Ingerencja w naturalny proces ciąży, porodu lub laktacji, w szczególności leczenie cukrzycy ciężarnej, nadciśnienia tętniczego i innych powikłań ciąży, lub poród zabiegowy, oznacza, że ciąża, poród lub laktacja wymagają zastosowania dodatkowych procedur wykraczających poza standard.
6. Ciężarną lub rodzącą kieruje się do podmiotu leczniczego wykonującego działalność w zakresie opieki okołoporodowej, posiadającego oddział o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu, z uwzględnieniem faktu, że I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży, II poziom opieki perinatalnej obejmuje również opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia, III poziom opieki perinatalnej obejmuje ponadto opiekę nad najcięższą patologią ciąży.
7. W dokumentacji medycznej należy odnotować dzień, miesiąc, rok, godzinę i minutę objęcia rodzącej lub noworodka opieką i zakończenia jej sprawowania, z adnotacją o podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który tę opiekę przejmuje, zawierającą jego dane.
8. Zadania osoby sprawującej opiekę obejmują w szczególności:
- 1) ocenę stanu zdrowia ciężarnej, rodzącej, płodu oraz noworodka;
 - 2) wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka oraz wczesne wykrywanie patologii;
 - 3) sprawdzenie posiadanych przed kobietą wyników badań, szczególnie niezbędnych w stanie zagrożenia życia, w tym oznaczenia grupy krwi;
 - 4) prowadzenie porodu przy użyciu technik wspierających jego naturalny mechanizm;
 - 5) opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem;
 - 6) zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka lub pojawią powikłania uzasadniające takie działanie;
 - 7) wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz położnicy w okresie połogu;
 - 8) zabezpieczenie możliwości ukończenia ciąży lub porodu w trybie nagłym, jeżeli sytuacja będzie tego wymagała.

9. Osoba sprawująca opiekę podczas porodu jest przygotowana do wykonania czynności interwencyjnych w zakresie opieki nad rodzącą oraz nad noworodkiem, które polegają w szczególności na:
 - 1) zabezpieczeniu dostępu do żyły obwodowej;
 - 2) podaniu wlewu kroplowego;
 - 3) zabezpieczeniu obrażeń kanału rodnego;
 - 4) utrzymaniu drożności dróg oddechowych matki i dziecka;
 - 5) utrzymaniu czynności życiowych rodzącej albo położnicy oraz płodu albo noworodka.
10. Jeżeli osobą sprawującą opiekę jest położna, w przypadku wystąpienia objawów patologicznych niezwłocznie przekazuje rodzącą pod opiekę lekarza położnika. Dokładny czas przekazania rodzącej pod opiekę lekarza położnika, dane dotyczące stanu ogólnego rodzącej i płodu oraz dotychczasowego przebiegu porodu odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Adnotacja jest podpisywana przez położną i przez lekarza. W takim przypadku położna jest osobą asystującą przy porodzie prowadzonym przez lekarza, który przejmuje odpowiedzialność za dalsze prowadzenie porodu patologicznego. W przypadku różnicy w ocenie aktualnej sytuacji między osobą przekazującą i przejmującą opiekę fakt ten powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej.
11. Podmiot wykonujący działalność leczniczą zapewnia dostępność personelu przeszkolonego w resuscytacji noworodka, w tym w zakresie intubacji noworodka, oraz zapewnia możliwość niezwłocznego przeniesienia rodzącej lub noworodka, w czasie zapewniającym zachowanie ich zdrowia i życia, do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, jeżeli powikłania wymagają zastosowania procedur wysokospecjalistycznych. W takim przypadku osoba sprawująca opiekę udostępnia podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą przejmującemu opiekę nad rodzącą lub noworodkiem kompletną dokumentację medyczną dotyczącą dotychczas sprawowanej opieki medycznej.
12. Osoba sprawująca opiekę w warunkach pozaszpitalnych zapewnia ciągłość opieki w czasie porodu oraz w okresie pogoju. Jeżeli osoba ta nie może sprawować opieki osobiście, zapewnia odpowiednią jej organizację, przez opracowanie i uzgodnienie z odpowiednimi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą porozumień obejmujących tryb i warunki przekazania rodzącej lub położnicy lub noworodka do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego, zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, w przypadku wystąpienia niekorzystnych objawów śródporodowych czynników ryzyka lub czynników ryzyka płodu lub noworodka.
13. Realizacja praw pacjenta w zakresie opieki okołoporodowej polega w szczególności na:
 - 1) respektowaniu prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z ciążą, porodem, położeniem oraz opieką nad noworodkiem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych;
 - 2) prawie wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych;
 - 3) możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA „POSTĘPOWANIE Z RANĄ PRZEWLEKŁĄ”

WAŁBRZYCH, HOTEL-RESTAURACJA „MARIA” – 21 lutego 2019 r.

mgr Elżbieta Szkiler

prelegentka podczas konferencji

„Postępowanie z raną przewlekłą”

pielęgniarka z wieloletnim doświadczeniem

w opiece nad raną

To cykl jednodniowych konferencji naukowo-szkoleniowych dla pielęgniarek. Każda z konferencji gromadzi liczną grupę pielęgniarek zainteresowanych rozwojem i pogłębieniem wiedzy w dziedzinie opieki nad raną. Frekwencja Pań Pielęgniarek – członków OIPiP w Wałbrzychu potwierdziła potrzebę ciągłego rozwoju zawodowego, poznawać i móc wykorzystywać w praktyce wskazania aktualnej wiedzy medycznej.

Wydarzenia organizowane są w różnych miastach w całej Polsce pod honorowym patronatem **Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**.

Opiekunem naukowym cyklu, który czuwa nad wysokim poziomem merytorycznym spotkań jest ekspert w dziedzinie leczenia ran z wieloletnim doświadczeniem, **Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran, dr hab. n. med. Marek Kucharzewski**.

Organizatorem wydarzenia jest wydawnictwo naukowe Evereth Publishing oraz Śląski Zakład Anatomii Opisowej i Topograficznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.



NOWOCZESNE LECZENIE RAN

Od 2004 roku nie zaleca się stosowania kwasu bornego, wody utlenionej, rywanolu i chlorheksydyny w leczeniu ran przewlekłych. Liczne badania, w tym polskie, wykazały, że są to antyseptyki cytotoksyczne dla tkanek rany przewlekłej. Triada zasad postępowania z raną to wilgotna terapia ran, **system TIME** i cechy idealnego opatrunku. Mimo, że powstawały w różnym czasie na przestrzeni wielu lat, to dziś stanowią nierozdzielalną całość. Wilgotne środowisko rany zapewnia m.in. bezbolesną zmianę opatrunku i ogranicza zakażenia egzogenne oraz wspomaga regenerację tkanek. Kolejne litery akronimu wskazują priorytety w leczeniu ran (tabela 1).

W roku 2018 opublikowano kolejny system postępowania z raną system **MOIST**. Może być zamiennikiem dla systemu **TIME** (tabela 2).

Podstawą leczenia ran jest ich dokładne i rzetelne oczyszczanie przy każdej zmianie opatrunku.

Antyseptyki stosujemy w obu systemach wyłącznie przy objawach infekcji. Nie stosujemy w pielęgnacji ran niezakażonych i pokrytych martwicą.

Konsensus antyseptyków 2018 wprowadził ogromne zmiany w zastosowaniu antyseptyki.

Do dyspozycji mamy dziś 12 antyseptyków w tym 6 związków srebra. Każdy z nich ma swoje indywidualne wskazania.

- **Poliheksanidyna** – rany skolonizowane i zagrożone zakażeniem oraz oparzenia
- **Octenidyna**
 - 0,05% (Octenilin) rany urazowe i zakażone MRSA
 - 0,1% (Octenisept) biofilm i zakażenie drobnoustrojami wielolekoopornymi
- **Podchloryny** – rany w trakcie oczyszczania w tym przetoki i kieszenie, rany bez drenażu i zakażone MRSA
- **PVP jod** – zapobieganie ZMO i oczyszczanie ran pourazowych

Tab. 1

Etap		Postępowanie i opatrunki
T	Oczyszczanie	Maści enzymatyczne i Argosulfan Żele aktywne Opracowanie chirurgiczne, mechaniczne Biochirurgia Hydrochirurgia Opatrunki płuczące i oczyszczające Płukanie pod ciśnieniem
I	Likwidacja infekcji	Preparaty antyseptyczne Opatrunki antybakteryjne NPWT Opatrunki płuczące Antybiotykoterapia celowana, dopiero przy ogólnoustrojowych objawach zakażenia
M	Pielęgnacja tkanki i balans wilgotności	Opatrunki chłonnae wysięk (piankowe i chłonne) Opatrunki nawilżające Opatrunki płuczące NPWT
E	Naskórkowanie i remodeling	Hydrokoloidy Opatrunki piankowe z silikonem, żelem lub klejem akrylowym Ochrona skóry w przypadku opatrunku nieprzylepnego

Tab. 2

Etap		Postępowanie
M	Balans wilgotności	Żele, opatrunki alginianowe, hydrofiber, opatrunki piankowe i chłonne
O	Likwidacja hipoksji	Hemoglobina w sprayu, żele tlenowe (podchloryny) i zastosowanie urządzeń do aplikacji tlenu do rany, komora hiperbaryczna, terapia normobaryczna lub but ozonowy
I	Likwidacja infekcji	Antyseptyki, medyczny miód, opatrunki z DAAC, opatrunki ze srebrem
S	Modyfikacja gojenia	Modyfikacja poziomu metaloproteinaz, pH- kwasowości środowiska, poziomu kwasu hialuranowego, mediatorów stanu zapalnego i czynników wzrostu
T	Zarządzanie tkanką	Obojętne płyny do pielęgnacji ran (0,9% NaCl, płyn Ringera), oczyszczanie chirurgiczne, autolityczne, enzymatyczne, biologiczne, mechaniczne.

Dla uboższych chorych rekomendowany jest kwas octowy a wskazania do stosowania podobne jak dla podchlorynów.

Kwas octowy – 6% ocet owocowy (np. jabłkowy) rozcieńczony wodą destylowaną lub solą fizjologiczną do stężenia 0,5–1% działa przeciwdrobnoustrojowo, a w stężeniu 0,125% wspomaga naskórkowanie ran. Ocet można sterylizować w autoklawie.

Miody medyczne – przeciwdrobnoustrojowe (bakteriobójcze, wirusobójcze, grzybobójcze) wspomagają gojenie ran. Nie oceniane w konsensusie.

Srebro to antyseptyk często stosowany. Konsensus ogranicza jego stosowanie do 14 dni bez oceny rany i postępów gojenia. Jeżeli w tym czasie nie uzyskamy oczekiwanych efektów gojenia należy srebro zamienić na inny antyseptyk.

Nowoczesne antybakteryjne opatrunki aktywne poza tymi zawierającymi miód Manuka wskazane są na rany z wysiękiem średnim do dużego. Jeżeli zastosujemy je na rany z małą ilością wysięku należy je aktywować. Srebro metaliczne (Atraumann Ag) i srebro jonowe (Aquacel Ag, Aquacel Ag Extra, Aquacel Ag+ Extra)



aktywujemy płynem Ringera lub antyseptykiem. Rekomendowana aktywacja solą fizjologiczną może powodować powstawanie chlorków i unieczynnienie srebra jonowego. Srebro nanokrystaliczne (Acticoat, Acticoat flex) oraz siarczan srebra (UrgoTul Ag/silver) aktywujemy wyłącznie wodą destylowaną. Dwa ostatnie związki srebra nie mogą mieć kontaktu z innymi antyseptykami, więc należy je wysuszyć lub wypłukać z rany.

Sulfatiazyna srebra (Argosulfan) może być stosowany tylko jednorazowo, antybiotyk (sulfatiazyna) zawarty w preparacie wywołuje oporność krzyżową na inne antybiotyki.

Związki srebra, te jakie znamy (jonowe, metaliczne, siarczan srebra i sulfatiazyna srebra, srebro koloidalne) emitują jony naładowane dodatnio (Ag^+) i działają wyłącznie na powierzchni rany, w wysięku lub tylko w strukturach opatrunku, nie wchłaniają się do tkanek. Nie wchłaniają się do komórek bakteryjnych i działają wyłącznie na powierzchni błony komórkowej drobnoustrojów. Natomiast srebro nanokrystaliczne naładowane jest ujemnie (Ag^-) wchłania się do tkanek i do komórek drobnoustrojów, ale emituje pewną ilość jonów i na powierzchni i wewnątrz komórek drobnoustrojów. Tworzy konglomeraty i może się kumulować w tkankach. Działa szybko, już po 5 minutach od aplikacji jest pełne wysycenie tkanek i działa 1 cm wokół opatrunku. Srebro nanokrystaliczne utlenia się i po wchłonięciu do tkanek emituje wolne rodniki powodując szok tlenowy, przez co zwiększa swoje działanie bakteriobójcze. Doniesienia mówią o działaniu przeciwnowotworowym nanokryształów srebra.

Srebro nie wolno stosować u kobiet w ciąży i matek karmiących oraz małych dzieci.

Nie wolno stosować związków srebra u chorych z alergią na metale oraz poddawanych radioterapii i badaniom MRI.

Niektóre antyseptyki poddawane były badaniom. Oceniano indeks biozgodności, próg podrażnienia i współczynniki podrażnienia. W tych badaniach poliheksanidyna oraz podchloryny posiadają wysoki indeks biozgodności i jednocześnie są niepodrażniające.

Na stronie www.evereth.pl w dziale czasopisma można pobrać i wydrukować następujące artykuły:

- Szkiler E. Profilaktyka przeciwoleżynowa i pielęgnacja skóry u chorego przebywającego na oddziale intensywnej terapii. Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece 2017;3(4):193–197
- Szkiler E. Podchloryny w leczeniu owrzodzeń. Fakty i mity. Forum Zakażeń. 2017;8(4):285–289
- Szkiler E. Nowe rozwiązania w procesie leczenia ran-Rola kompleksu TIAB w tworzeniu bariery przeciwdrobnoustrojowej. Opis przypadku. Forum Zakażeń. 2016;7(4):1–5
- Szkiler E. Diagnostyka i różnicowanie ran przewlekłych. Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece. 2018;4(3):85–89
- Szkiler E. Leczenie miejscowe ran przewlekłych. Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece. 2018;4(2):59–65
- Szkiler E. Poliheksanid w miejscowym leczeniu ran – przegląd piśmiennictwa i doświadczenia własne. Forum Zakażeń. 2018;9(5)

ŹRÓDŁO MZ.GOV.PL

POSTĘPOWANIE W CHOROBAH ZAKAŻNYCH

WYTYCZNE GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO I KRAJOWEGO
KONSULTANTA W DZIEDZINIE CHORÓB ZAKAŻNYCH DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA
PRZECIWEPIDEMICZNEGO W ZWIĄZKU Z POJAWIENIEM SIĘ W PODMIOCIE LECZNICZYM
OSOBY Z PODEJRZENIEM ZACHOROWANIA NA ODRE.

Odra jest wysoce zakaźną chorobą wirusową szerzącą się drogą powietrzno-kropelkową. Osoba, która wcześniej nie chorowała na odrę i nie była szczepiona przeciw odrze jest podatna na zakażenie i w przypadku styczności z osobą chorą ulegnie zakażeniu z prawdopodobieństwem wynoszącym ok. 98%.

Osoba zakażona wirusem odry jest zakaźna dla otoczenia jeszcze przed wystąpieniem jakichkolwiek klinicznych objawów choroby (nawet do 5 dni przed wystąpieniem wysypki), z największym nasileniem zakaźności w okresie 2–3 dni przed wystąpieniem wysypki odrowej, tj. w okresie występowania wstępnych niecharakterystycznych objawów: gorączki, niezytu dróg oddechowych (nieżyt nosa i suchy kaszel) i zapalenia spojówek.

Po tym czasie zakaźność odry zmniejsza się, lecz utrzymuje się do 3 dni od pojawienia się wysypki odrowej. Rozpoznanie odry w okresie występowania wstępnych, prodromalnych objawów klinicznych oraz objawów ze strony układu oddechowego, wspólnych dla większości chorób wirusowych, jest trudne. **Z tych powodów odra ma wysoki potencjał epidemicznego szerzenia się na osoby nieuodpornione, mające styczność z osobą chorą.** Tym samym zaplanowanie i wdrożenie skutecznych procedur zapobiegających szerzeniu się odry, o których mowa w art. 11–13 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151, z późn. zm.), jest trudne w warunkach lecznictwa ambulatoryjnego.



Uwzględniając powyższe:

1. W przypadku każdej osoby chorej z objawami wysokiej gorączki, niezytu górnych dróg oddechowych, z zapaleniem spojówek, światłowstrętem, suchym kaszlem, następnie wysypką zaczynającą się za uszami kolejno na twarzy, w następnych dniach zajmującej tułów i kończyny (o zstępującym charakterze) grubo plamistej i ze skłonnością do zlewania się **należy podejrzewać zakażenie wirusem odry.**

2. Jeśli z treści rozmowy telefonicznej prowadzonej w celu uzgodnienia terminu udzielenia porady lekarskiej wynika możliwość zachorowania na odrę najlepszym rozwiązaniem jest udzielenie porady lekarskiej **w warunkach wizyty domowej, w miejscu pobytu chorego.**

3. W przypadku zgłoszenia się chorego bezpośrednio do lecznicy należy podjąć działania zmniejszające możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby jeszcze przed właściwym badaniem lekarskim.

W tym celu przy wejściu do lecznicy należy:

- w miejscu widocznym **umieścić informację dla chorego** o konieczności (jeśli chory podejrzewa u siebie odrę) wcześniejszego poinformowania personelu lecznicy o swoim przybyciu. Uzyskanie przez personel przychodni takiej informacji pozwala podjąć działania zmniejszające możliwość szerzenia się zakażenia wirusem odry przewidziane w opracowanej w tym celu procedurze wewnętrznej. Do powiadamiania personelu lecznicy można zastosować interkom, domofon przy wejściu do lecznicy lub połączenie telefoniczne na wskazany w informacji numer telefonu;
- **dokonać wstępnej segregacji pacjentów** podejrzewanych o chorobę zakaźną (w tym przypadku odrę). Osoba podejrzewana o odrę powinna zostać wprowadzona do pomieszczenia pełniącego funkcję filtra izolacyjnego, zlokalizowanego blisko wejścia do lecznicy, w którym będzie oczekiwać na udzielenie porady lekarskiej (obecnie nie istnieje prawny wymóg istnienia takiego pomieszczenia lecz budowane wcześniej lecznice posiadają takie pomieszczenia). W przypadku braku pomieszczenia filtra izolacyjnego może doraźnie zostać na ten cel przeznaczone inne pomieszczenie lecznicy;
- **przemieszczanie się pacjenta** podejrzewanego o odrę w obrębie lecznicy do gabinetu lekarskiego oraz innych gabinetów i pracowni lecznicy, a następnie po ich opuszczeniu, zorganizować wyłącznie w asyście personelu lecznicy i każdorazowo wcześniej ostrzec pozostałych pacjentów przebywających w lecznicy, w szczególności tych, którzy nie byli szczepieni przeciw odrze oraz

którzy nie chorowali na odrę, aby do maksimum ograniczyć styczność osoby chorej z nieuodpornionymi;

- o ile jest to możliwe **zaleca się rozdzielanie czasowe udzielania porad lekarskich** i innych świadczeń zdrowotnych (tj. stosowanie odrębnych godzin przyjęć) osobom podejrzany o zachorowanie lub chorym na odrę. Jeśli nie jest to możliwe to porada lekarska powinna tym osobom zostać udzielona w pierwszej kolejności tak, aby skrócić czas pobytu tych osób w lecznicy.

Pomieszczenia i wyposażenie lecznicy po udzieleniu świadczenia zdrowotnego osobie chorej na odrę nie wymagają szczególnych zabiegów dekontaminacyjnych. Dezynfekcji należy poddać wyłącznie powierzchnie zabrudzone wydzielinami lub wydaliniami osoby chorej.

Wirus odry gnie samoistnie poza strojem człowieka i nie powoduje długotrwałej kontaminacji pomieszczeń i wyposażenia lecznicy, a tym samym nie przenosi się w wyniku styczności z powierzchniami w tych pomieszczeniach i ich

wyposażeniem. Działaniem wystarczającym jest odczekanie ok. 20 minut po badaniu osoby chorej na odrę zanim do pomieszczenia zostanie wpuszczony kolejny pacjent. Wietrzenie pomieszczeń w tym czasie lub ich naświetlanie promieniami UV skutecznie prowadzi do oczyszczenia pomieszczeń z wirusa odry.

Pacjent, u którego rozpoznano odrę, jeżeli nie wymaga leczenia w warunkach szpitalnych, powinien zostać pouczony o konieczności pozostawania w izolacji w warunkach domowych do 3 dnia włącznie, liczonego od chwili pojawienia się wysypki.

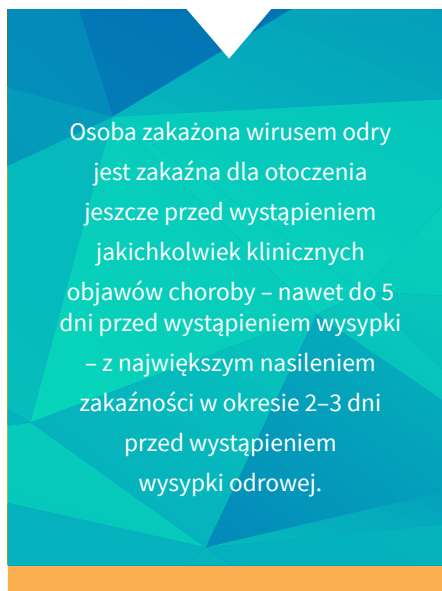
Przewóz osoby chorej na odrę, w tym z lecznicy do miejsca zamieszkania, nie może odbywać się środkami zbiorowego transportu.

Osoby, które miały lub mogły mieć styczność z osobą chorą

na odrę, a nie chorowały wcześniej na odrę i nie były przeciw odrze szczepione (lub nie pamiętają, czy były szczepione lub czy chorowały) powinny zostać poinformowane o możliwości wystąpienia u nich zachorowania na odrę w terminie 9–14 dni, liczonym od chwili styczności z osobą chorą oraz o konieczności skontaktowania się z lekarzem sprawującym nad nimi opiekę w celu rozważenia zastosowania wobec nich działań zapobiegawczych (np. zakwalifikowania do szczepienia przeciw odrze).

LEKARZU, ZAWSZE PAMIĘTAJ!

O obowiązku zgłoszenia, w ciągu 24 godzin, przypadku podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej (tu: odry) do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, co pozwoli Inspekcji na bezzwłoczne wdrożenie nadzoru epidemiologicznego nad osobami z kontaktu, w celu skutecznego przerwania szerzenia się zakażenia.



STANOWISKO KONSULTANTA KRAJOWEGO

W DZIEDZINIE ZDROWIA PUBLICZNEGO W SPRAWIE OBOWIĄZKU SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach „Stop NOP” w ramach obywatelskiej inicjatywy ustawodawczej przedstawiło autorski projekt ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, który przewiduje odejście od obowiązku szczepień ochronnych, wprowadzając zasadę dobrowolności w ich stosowaniu.

Zaproponowane w projekcie zapisy pozostawiają jednak instytucję szczepień ochronnych wraz z obowiązującym systemem kontroli. Zamiast powszechnego obowiązku szczepień przewidują jedynie doraźne, na wypadek wystąpienia sytuacji zagrożenia epidemicznego lub epidemii, obowiązkowe szczepienia akcyjne w sytuacji ogłoszenia przez wojewodę lub ministra zdrowia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii. Będą one wtórne do trwającego procesu szerzenia się epidemicznych zachorowań. Szczepienia ochronne powinny być zawsze prowadzone w sposób wyprzedzający wystąpienie zachorowań. Zmiany proponowane przez Stowarzyszenie „Stop NOP” mają na celu w rzeczywistości utrudnić, a nawet uniemożliwić prowadzenie szczepień w Polsce, spowolnić proces zmian legislacyjnych, a także wprowadzić chaos w systemie szczepień.

Należy pamiętać, że odmowa zaszczepienia dziecka jest decyzją skutkującą nie tylko na zdrowie tego dziecka, ale także na odporność całej populacji. Spadek wszczepialności poniżej 90% spowoduje nawrót epidemii chorób u nas niewystępujących lub pojawiających się rzadko.

Szczegółowa analiza postulowanych zmian w ustawie przez Stop NOP:

1. Zniesienie obowiązku na rzecz dobrowolności – kluczowa zmiana systemu szczepień, która spowoduje spadek liczby zaszczepionych osób.
2. Wprowadzenie w razie potrzeby konsultacji specjalistycznych w trakcie badań kwalifikujących do szczepień – taka możliwość istnieje.
3. Wprowadzenie dla lekarzy obowiązku udzielania informacji na piśmie o wszystkich możliwych NOP i metodach postępowania w razie ich wystąpienia, jako warunku wyrażenia zgody na szczepienie dziecka – w ulotce szczepionki i CHPL informacje te są dostępne.
4. Możliwość zgłoszenia NOP przez osobę zaszczepioną lub opiekuna do PSSE bez weryfikacji zasadności rozpoznania NOP przez lekarza – dziś takie zgłoszenie



(do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych jest możliwe, zgodnie z przepisami ustawy Prawo farmaceutyczne.

5. Państwowa Inspekcja Sanitarna w drodze decyzji administracyjnej będzie rozstrzygać w kwestii wpisu do rejestru NOP – obecnie zgłoszenie NOP w wyniku jego klinicznego rozpoznania przez lekarza skutkuje wpisem do rejestru NOP.

Czy jednak postulowana dobrowolność, jawne podważanie skuteczności oraz bezpieczeństwa szczepień ochronnych w sytuacji pogarszającej się sytuacji epidemiologicznej w Europie nie powinny budzić niepokoju?

Pytanie to jest z gruntu retoryczne. Jednak w obliczu stale narastającej liczby przeciwników szczepień, nie wolno nam odstąpić od publicznej debaty na temat znaczenia szczepień ochronnych.

Szczepienia to jedno z najpotężniejszych narzędzi, jakim dysponuje zdrowie publiczne. Są one najskuteczniejszym sposobem w walce z niebezpiecznymi, często śmiertelnymi chorobami zakaźnymi zagrażającymi zdrowiu i życiu. Są skuteczną i powszechnie społecznie akceptowaną metodą zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne, zarówno w wymiarze prewencji indywidualnej, jak również kształtowania odporności całej populacji (prewencji zbiorowej).

Proces wprowadzenia na rynek nowej szczepionki jest bardzo złożony, jest poprzedzony badaniami klinicznymi



szczepionki przed jej rejestracją i dopuszczeniem do obrotu i stosowania i trwa wiele lat, jest następnie kontynuowany po jej dopuszczeniu. Co więcej, szczepionki podlegają bardziej restrykcyjnym badaniom niż leki. Są również jedynym produktem leczniczym, którego każda seria jest badana przed dopuszczeniem na rynek. Co prawda, nie zapewniają one całkowitej ochrony przed zachorowaniem, ale istotne jest coś innego – szczepienie chroni przed ciężkim przebiegiem choroby i jej powikłaniami.

Jak dotąd w naszym kraju ponad 90% rodziców szczepi swoje dzieci zgodnie z kalendarzem szczepień.

Choć nadal działa tzw. odporność zbiorowiskowa, to obawy budzi narastająca wśród rodziców tendencja do nieszczepienia. Rezygnują oni z tego rodzaju profilaktyki ze względu na lęk o zdrowie swojego dziecka. Lęk ten jest celowo podsycany przez aktywistów tzw. ruchów antyszczepionkowych propagandą upowszechniającą nieprawdziwe, często zmanipulo-

wane informacje na temat szczepień. Zdają się oni zapominać, czy raczej nie chcą przyjąć argumentu, że szczepienia służą zarówno konkretnemu dziecku, jak i całemu społeczeństwu. Dlatego właśnie decyzja o niezaszczepieniu dziecka jest zawsze czymś więcej, niż jedynie osobistym wyborem rodziców.

Z danych publikowanych w biuletynach Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny i Głównego Inspektoratu Sanitarnego wynika, że liczba niezaszczepionych dzieci i młodzieży do 19 roku życia (niezależnie od powodów niezaszczepienia) w ostatnich latach znacznie wzrosła. I tak: w 2010 roku odnotowano 3.437 odmów, w 2011 roku – 4.689, w 2012 roku – 5.340, w 2013 roku – 7.248. W 2014 roku zarejestrowano już 12.681 odmów, w 2015 roku – 16.689, w 2016 roku – 23.147, natomiast w 2017 było ich już 30.089.

Jeśli spadek liczby zaszczepionych w populacji będzie się pogłębiał do poziomu 80-85%, dojdzie do powrotu chorób, które dotychczas były skutecznie zwalczane a nawet istniała

nadzieja na ich wyeliminowanie. W pierwszej kolejności będzie to odra, najbardziej zaraźliwa choroba infekcyjna spośród nich, na drugim miejscu krztusiec, następnie niezwykle groźne powodujące bezpośrednie zagrożenie dla życia: tężec, błonica i polio. Już dziś odnotowuje się wzrost zachorowań na odrę, czy krztusiec.

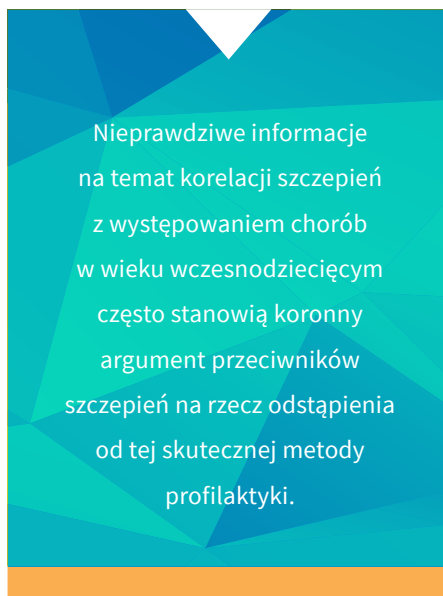
Zaniepokojenie gwałtownym wzrostem liczby zachorowań na odrę w Europie wyraziła Komisja Europejska.

Z najnowszego, opublikowanego w lipcu bieżącego roku raportu Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) wynika, że w Europie wciąż obserwujemy wzrost zachorowań na odrę. Ogniska epidemiczne odry odnotowywane w krajach europejskich stanowią ryzyko rozprzestrzeniania i utrzymywania się odry na terenach zamieszkiwanych przez wrażliwą populację (osoby, które nie zostały zaszczepione lub wcześniej nie chorowały na odrę). Zgodnie z tym raportem, najwięcej zachorowań na odrę zarejestrowano w Rumunii (4 317), Francji (2 588 zachorowań), Grecji (2 238) oraz Włoszech (1 716) (dane z 11 lipca 2018 r.). Trzydzieści siedem osób zmarło z powodu odry w Europie. Najwięcej zgonów z powodu odry odnotowano w Rumunii – 31 przypadków, ale stwierdzano je także we Włoszech, w Niemczech i Portugalii. W związku z epidemią odry oraz ryzykiem wzrostu liczby zachorowań z powodu innych chorób zakaźnych, we Włoszech liczbę chorób przeciw którym należy zaszczepić dzieci zwiększono obecnie z czterech do dwunastu, natomiast we Francji, w której obowiązkowe były szczepienia jedynie przeciw 3 chorobom zakaźnym (poliomyelitis oraz błonicy i tężcowi) od 2018 roku obowiązkowe stały się szczepienia przeciw jedenastu chorobom zakaźnym.

W wielu krajach świata nie przewiduje się wprowadzenia obowiązku szczepień, jednak szczepionki są w pełni refundowane dla osób ubezpieczonych. Stosuje się ponadto wiele systemowych mechanizmów zwiększających nacisk na to, by dzieci były szczepione jak np. odmowa przyjęcia dziecka nieszczepionego do szkoły lub przedszkola.

W Niemczech rodzice pod groźbą kary finansowej są zobowiązani do odbywania spotkań z lekarzem i rozmów na temat szczepień. Podobny obowiązek istnieje w Stanach Zjednoczonych, Australii czy Francji. W Kanadzie, Stanach Zjednoczonych, Francji i Australii dzieci nieszczepione mogą zostać nieprzyjęte do szkoły. W Australii ponadto, w ramach programu o nazwie „Nie kłujesz, nie płacimy” zmniejsza się zasiłek rodzinny, jeśli dziecko nie zostało zaszczepione. W Finlandii debatowano nad możliwością pozbawienia rodziców dodatku finansowego za brak szczepień (odpowiednik naszego 500+).

W Niemczech rodzice pod groźbą kary finansowej są zobowiązani do odbywania spotkań z lekarzem i rozmów na temat szczepień. Podobny obowiązek istnieje w Stanach Zjednoczonych, Australii czy Francji. W Kanadzie, Stanach Zjednoczonych, Francji i Australii dzieci nieszczepione mogą zostać nieprzyjęte do szkoły. W Australii ponadto, w ramach programu o nazwie „Nie kłujesz, nie płacimy” zmniejsza się zasiłek rodzinny, jeśli dziecko nie zostało zaszczepione. W Finlandii debatowano nad możliwością pozbawienia rodziców dodatku finansowego za brak szczepień (odpowiednik naszego 500+).



Nieprawdziwe informacje na temat korelacji szczepień z występowaniem chorób w wieku wczesnodziecięcym często stanowią koronny argument przeciwników szczepień na rzecz odstąpienia od tej skutecznej metody profilaktyki.

Dotychczasowe jednak wyniki badań klinicznych, z właściwie dobranymi grupami kontrolnymi oraz inne naukowe badania obserwacyjne, obejmujące duże populacje badanych osób, wykluczają związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy podaniem szczepionek, a np. wystąpieniem autyzmu. Za brakiem związku szczepionek z rozwojem autyzmu przemawia szereg przesłanek, w tym:

- opisy dzieci autystycznych pochodzą z lat 40 XX wieku, z okresu przed wprowadzeniem szczepień ochronnych, w tym przeciw odrze, śwince i różyczce,
- podłoże autyzmu jest uwarunkowane genetycznie. W ostatnich latach zidentyfikowano ponad 100 mutacji lub genów towarzyszących wystąpieniu autyzmu,
- wycofanie tiomersalu, składnika szczepionek podejrzewanego o rozwój autyzmu, nie spowodowało zmniejszenia częstości występowania choroby, wręcz przeciwnie, częstość rozpoznawania zaburzeń autystycznych zwiększa się,

- zwiększeniu liczby dzieci ze spektrum autyzmu towarzyszy zmniejszenie liczby dzieci z nieokreślonym upośledzeniem umysłowym, zatem jedną z przyczyn większej częstości rozpoznawania autyzmu jest dokładniejsza diagnostyka neurologiczna,
- mimo badań nie ustalono mechanizmu biologicznego, który tłumaczyłby wpływ szczepień na rozwój autyzmu.

W ostatnim czasie opublikowano wyniki obszernego badania, które zweryfikowało ostatecznie głoszone przez lata teorie przeciwników szczepień ochronnych. Artykuł z wynikami badania ukazał się na łamach czasopisma naukowego Proceedings of the National Academy of Sciences. Autorzy, na przykładzie małej grupy dzieci zaszczepionych przeciwko odrze, śwince i różyczce, rozwiłi wszelkie wątpliwości: nie ma związku pomiędzy

chorobami z tzw. spektrum autyzmu, a szczepieniami. To jeden z wielu argumentów, który obala negatywne mity. Niestety, z przykrością trzeba stwierdzić, że dyskusja na temat szczepień, to wciąż dyskurs między nauką a ideologią, choć prawda o szczepieniach jest tylko jedna, potwierdzona naukowo.

Ewolucja w zakresie szczepień ochronnych pozwala dostrzec i docenić istotną rolę szczepień ochronnych w profilaktyce chorób zakaźnych. Spojrzenie w przeszłość ilustruje, co ludzkość osiągnęła dzięki szczepieniom, jakie sukcesy i korzyści przyniosły szczepienia w aspekcie populacyjnym,

Tabela 1.

Spadek liczby przypadków zachorowań na choroby, na które istnieją szczepionki przed i po wprowadzeniu szczepienia

Choroba	Liczba zachorowań rocznie przed wprowadzeniem szczepienia	Liczba zachorowań rocznie po wprowadzeniu szczepienia	Spadek liczby zachorowań po wprowadzeniu szczepienia (procentowo)
Błonica	21 053	0	100%
Odra	530 162	55	99,90%
Świnka	162 344	6 584	95,90%
Krztusiec	200 752	15 632	92,20%
Poliomyelitis (postać porażenna)	16 316	0	100%
Różyczka	47 745	11	99,90%
Zespół różyczki wrodzonej	152	1	99,30%
Ospa	29 005	0	100%
Tężec	580	41	92,90%
Wirusowe Zapalenie Wątroby typu A	117 333	15 298	87%
Ostre zapalenie wątroby typu B	66 232	13 169	80,10%
Postać inwazyjna Hib	20 000	<50	>99,8%
Inwazyjna choroba pneumokokowa	63 067	41 550	34,10%
Ospa wietrzna	4 085 120	612 768	85%

w obliczu wyzwań wobec pojawiających się chorób oraz oczekiwań, co do zapobiegania ich występowaniu.

Sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych na przestrzeni lat uległa diametralnej zmianie.

Naszym obowiązkiem jest odwoływać się do faktów. Wystarczy przeanalizować twarde dane, jakie zostały przytoczone w raporcie Zespołu Analiz i Opracowań Tematycznych Biura Analiz, Dokumentacji i Korespondencji Senatu RP, opublikowanym w marcu 2018 r. (tabela 1, tabela 2).

Kraje Unii Europejskiej wracają do idei szczepień obowiązkowych. Nie tak dawno media obiegrała informacja z Włoch o tym, że tamtejszy rząd wprowadził obowiązek 12 szczepień dla dzieci, między innymi przeciwko odrze, różyczce, ospie, tężcowi, polio i WZWB. Cel tych działań to nie tylko zapobieganie epidemii, ale również aktywna walka z pseudonaukowymi twierdzeniami ruchów antyszczepionkowych i wspieranie pozytywnego obrazu szczepień w społeczeństwie.

Polska od wielu lat realizuje program powszechnych szczepień ochronnych. Jest on systematycznie modyfikowa-

ny zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, z uwzględnieniem sytuacji epidemiologicznej w Europie. Nadmienić należy, że sposób regulacji obowiązkowych szczepień ochronnych w polskim prawie wynika zarówno z uczestnictwa Polski w koordynowanych przez WHO międzynarodowych programach całkowitego wykorzenia (eliminacji) takich chorób zakaźnych jak polio, odra i różyczka, jak również z krajowych programów zwalczania chorób zakaźnych, a także konieczności zapewnienia populacji ochrony przed chorobami zakaźnymi o szczególnie ciężkim przebiegu i wysokiej śmiertelności. W krajach, gdzie takie obowiązki nie ma, obserwuje się wysoką świadomość prozdrowotną społeczeństwa, dzięki której rodzice nie odstępują od chronienia, poprzez szczepienia, swych dzieci przed skutkami chorób zakaźnych. Tak jest np. w Szwecji, gdzie ponad 90% dzieci jest szczepionych. Według danych UNICEF w Szwecji statystyki wyszczepialności przeciwko polio, błonicy, krztuścowi, tężcowi, czy Haemophilus influenzae typu b, sięgają 98%.

Jak stanowi art. 68 ust. 4 Konstytucji RP „Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych

Tabela 2.
Spadek liczby zgonów na choroby, na które istnieją szczepionki, przed i po wprowadzeniu szczepień

Choroba	Liczba zgonów rocznie przed wprowadzeniem szczepienia	Liczba zgonów rocznie po wprowadzeniu szczepienia	Spadek liczby zgonów po wprowadzeniu szczepienia (procentowo)
Błonica	1822	0	100%
Odra	440	0	100%
Świnka	39	0	100%
Krztusiec	4034	27	99,30%
Poliomyelitis (postać porażenna)	1879	0	100%
Różyczka	17	0	100%
Zespół różyczki wrodzonej	--	0	--
Ospa	337	0	100%
Tężec	472	4	99,20%
Wirusowe Zapalenie Wątroby typu A	137	18	86,90%
Ostre zapalenie wątroby typu B	237	47	80,20%
Postać inwazyjna Hib	--	<5	>99,5%
Inwazyjna choroba pneumokokowa	6500	4850	25,4%
Ospa wietrzna	105	19	81,9%

i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.” Tylko powszechne poddawanie się szczepieniom ochronnym przeciw wybranym chorobom zakaźnym zapewnia odpowiednio wysoki odsetek osób uodpornionych przeciw tym chorobom i skutecznie zmniejsza ryzyko epidemicznego szerzenia się tych chorób w populacji.

Zapewnienie wysokiego odsetka osób uodpornionych w populacji obok zabezpieczenia wykonania tego obowiązku poprzez środki egzekucji administracyjnej powinno być intensywnie wspierane działaniami oświatowo-zdrowotnymi propagującymi wiedzę o roli szczepień w zapobieganiu chorobom zakaźnym.

Obecnie trwają prace nad wprowadzeniem do przepisów prawa instytucji „opiekunczego świadczenia kompensacyjnego” w celu realizacji zasady solidarności społecznej, na której oparty jest obowiązujący w Rzeczypospolitej Polskiej system powszechnych obowiązkowych szczepień ochronnych dzieci i młodzieży. Założeniem przyświecającym temu kierunkowi działania jest fakt, że wprowadzenie w drodze prawnej obo-

wiązku realizacji szczepień dzieci i młodzieży rodzi po stronie państwa obowiązek udzielenia wsparcia tym opiekunom dzieci, którzy ten obowiązek zrealizowali, a u znajdujących się pod ich opieką dzieci wystąpiły działania niepożądane związane z wykonaniem tych szczepień.

Pomimo prowadzonych w Polsce, od kilku lat, działań na rzecz walki z oporem przeciwko szczepieniom ochronnym istnieje konieczność podjęcia nowych i wzmocnienia dotychczasowych działań, tym bardziej, iż jest to zgodne z zaleceniami Rady Europy. W lipcu 2018 roku w Sejmie RP odbyło się posiedzenie Komisji do Spraw Unii Europejskiej podczas którego przyjęto Projekt Stanowiska Rządu w związku z zaleceniem Rady Europy w sprawie ściślejszej współpracy w zakresie przeciwdziałania chorobom zwalczanym drogą szczepień. W stanowisku Polska poparła działania związane z globalnym planem szczepień zatwierdzonym w 2012 roku na 65 World Health Assembly.

Stanowisko Krajowego Konsultanta w dziedzinie zdrowia publicznego w sprawie obowiązku szczepień poparła Rada Naukowa przy Ministrze Zdrowia.

ŹRÓDŁO MZ.GOV.PL

DEPRESJĘ MOŻNA WYLECZYĆ – WARTO SZUKAĆ POMOCY

23 LUTEGO – OGÓLNOPOLSKI DZIEŃ WALKI Z DEPRESJĄ

Według Światowej Organizacji Zdrowia z depresją zmagają się ponad 350 mln ludzi, co czyni ją jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych. Celem kampanii „Depresja. Rozumiesz – Pomagasz” jest edukacja społeczeństwa i walka ze stygmatyzacją osób cierpiących na depresję.

Zaburzenia depresyjne zdiagnozowano u ponad 5% Polaków, a objawy depresyjne pojawiają się nawet u 32% osób w wieku 13–17 lat. Należy pamiętać, że liczba osób doświadczających zaburzeń depresyjnych, które nie szukają pomocy specjalistów i nie zostały zdiagnozowane, jest o wiele wyższa.

JAK ROZPOZNAĆ DEPRESJĘ?

Depresja należy do grupy zaburzeń afektywnych, czyli zaburzeń nastroju. Jedni pacjenci cierpią na depresję przewlekłą, podczas której objawy stale się nasilają, u innych ma ona charakter nawracający – z epizodami o różnym nasileniu.

Osoba cierpiąca na depresję odczuwa **obniżenie nastroju** i przeżywania, stopniowo traci radość życia – przestają ją cieszyć rzeczy, które do tej pory sprawiały jej przyjemność, natomiast zaczyna dominować **smutek i pustka**. Chorem towarzyszy **uczucie zobojętnienia**, brak odczuwania przyjemności z dotychczasowych zainteresowań, brak ochoty na jakiegokolwiek działanie. Pojawiają się **wahania nastroju** – obniżona kontrola nad emocjami, częsty płacz lub odwrotnie – wzmożona impulsywność.

U chorych w głębokiej depresji mogą się pojawić **problemy w codziennym funkcjonowaniu** – kłopoty ze wstaniem z łóżka, ubraniem się czy pójściem do pracy. Relacje z rodziną i bliskimi zostają zaburzone, ponieważ osoba zmagająca się z depresją nie jest w stanie racjonalnie wytłumaczyć, dlaczego **najprostsze czynności sprawiają jej trudność**, przestaje zabiegać o uwagę i nie poświęca czasu innym.

Depresja to nie tylko **niechęć do życia**, poczucie bezsensu, bezsilności i beznadziei, ale także **zaniżona samoocena i umniejszanie swoich dokonań**. W obrazie klinicznym często pojawiają się **zaburzenia snu**, brak apetytu oraz lęk, którego chory nie jest w stanie określić. Trzeba jednak pamiętać, że depresja nie zawsze objawia się obniżonym nastrojem i przygnębieniem, a chory może przybierać **maski**, które **utrudniają zdiagnozowanie choroby**.

ZWRÓĆ SIĘ Z PROŚBĄ O POMOC

Ponad 65% Polaków deklaruje, że zauważyło oznaki depresji u kogoś ze swojego otoczenia. Wciąż nie umiemy jednak swobodnie rozmawiać o tej chorobie, a 81% badanych twierdzi, że depresja jest chorobą wstydliwą i nie należy się z nią afiszować.

Osoby cierpiące na zaburzenia depresyjne z obawy przed stygmatyzacją nie podejmują próby sięgnięcia po pomoc. Nieleczona depresja sprawia, że objawy się pogłębiają, niosąc zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia jeśli towarzyszą im myśli samobójcze. **Wczesna diagnoza zwiększa szansę na wyleczenie**. Przy depresji o łagodnym nasileniu często wystarcza psychoterapia, a wtedy lekarz może podjąć decyzję o niesięganiu po środki farmakologiczne. Jeśli konieczna jest także terapia lekowa, specjalista w taki sposób dobiera właściwy środek i dawkę, aby terapia była bezpieczna, a leki nie powodowały uzależnienia.

MŁODZIEŻ W GRUPIE WYSOKIEGO RYZYKA

U młodych osób depresję mogą nasilać trudności związane z procesem kształtowania się tożsamości i kryzys rozwoju osobowości. W przypadku młodzieży choroba ma często niestereotypowy przebieg – objawy to m.in. zaburzenia koncentracji, rozdrażnienie, zmęczenie, złe samopoczucie fizyczne, niskie poczucie własnej wartości, izolowanie się i zachowania autodestrukcyjne. **Symptomy te są przypisywane trudom okresu dojrzewania i przez to bagatelizowane**.

PORADNIK DLA PEDAGOGÓW

Oprócz rodziców, **osobami, które mogą zauważyć u młodej osoby symptomy depresji, są nauczyciele**. W ramach kampanii Ministerstwa Zdrowia „Depresja. Rozumiesz – Pomagasz” przygotowano materiały, które mają pogłębić wiedzę nauczycieli o depresji i przygotować ich do rozmowy z uczniami na ten temat. **Do dyspozycji pedagogów oddano „Porad-**

nik edukatora”, przewodnik metodyczny scenariusz lekcji oraz karty pracy dla uczniów.

Nauczyciele szkół średnich znajdują w poradniku wiedzę na temat depresji młodzieńczej na takim poziomie, który pozwoli im prowadzić zajęcia psychoedukacyjne dotyczące profilaktyki tej choroby. Publikacja zawiera także opis modelowej interwencji, którą można zastosować w razie podejrzenia u uczniów problemów natury emocjonalnej.

Całość materiałów została przygotowana tak, aby ich forma i treść były jak najbardziej zrozumiałe dla nauczycieli, co ułatwi im prowadzenie zajęć z zakresu tej tematyki. Zadbano jednocześnie o to, aby metody i formy pracy były atrakcyjne dla młodych odbiorców. Scenariusz lekcji został przygotowany w taki sposób, aby mogli go prowadzić wychowawcy klas, pedagodzy i psychologowie szkolni. Zajęcia trwają dwie godziny lekcyjne i mają formę warsztatową.

DEPRESJA MŁODZIEŃCZA

Smutny, agresywny, przestał się uczyć, nic mu się nie chce. Czy to tylko przejawy młodzieńczego buntu? Nie wolno ich bagatelizować, może się okazać, że to symptomy depresji. Cierpi na nią prawie jedna trzecia nastolatków. Przechodzą trudny czas, muszą zacząć podejmować ważne decyzje, ułożyć sobie relacje rodzinne i rówieśnicze, a do tego przeżywają gwałtowne emocje. Bez względu na przyczyny pojawienia się depresji warto dowiedzieć się jak im pomóc.

PRZYCZYNY DEPRESJI

Zgodnie z przeprowadzonymi badaniami zaburzenia depresyjne są diagnozowane u 19–32% młodzieży w wieku 13–17 lat.

Szacuje się, że ryzyko wystąpienia schorzenia jest znacznie częstsze u dziewcząt – w okresie adolescencji dziewczynki chorują 2 razy częściej niż chłopcy. Przed okresem pokwitania depresja występuje równie często u dziewczynek i chłopców. Należy zaznaczyć, że u znacznej części nastolatków depresja ma charakter przejściowy, jednak nie u wszystkich. Choroba może wynikać z przyczyn biologicznych, trudności wynikających.

Z kształtowania się tożsamości i związanym z tym procesem kryzysem rozwoju osobowości. Konieczność przyjęcia bardziej wymagającej roli społecznej sprawia, że ten moment jest dla młodych ludzi wyjątkowo trudny. Lęki, które występują u młodych osób dotkniętych depresją są najczęściej związane z obawami o przyszłość oraz z podejmowaniem dorosłych decyzji.

OBJAWY DEPRESJI

Należy zawsze reagować w przypadku zaobserwowania u młodego człowieka objawów depresji.

Ta choroba przebiega często skrycie, a to niesie ryzyko, że zostanie niezauważona. Do jej objawów należą:

- **złe samopoczucie fizyczne**; np.: inne niż typowe dolegliwości bólowe, nadmierne wyczerpanie na punkcie funk-



cjonowania swojego organizmu (wyolbrzymianie dolegliwości fizycznych),

- **zaburzenia aktywności** – brak energii, szybkie męczenie się, ciągłe uczucie zmęczenia,
- **zaburzenia koncentracji** uwagi i zapamiętywania, które mogą powodować problemy w nauce, lepsze funkcjonowanie w **godzinach wieczornych** niż w ciągu dnia, trudności z porannym wstawaniem, zaburzenia snu i apetytu,
- **rozdrażnienie**, uczucie zmęczenia, przygnębienie, zmienność nastroju, utrata zdolności do **odczuwania przyjemności**,
- **niskie poczucie własnej wartości**, negatywna ocena siebie, rzeczywistości i przyszłości,
- **izolowanie się** – ograniczenie kontaktów z otoczeniem, zamykanie się w sobie,
- **zachowania autodestrukcyjne**: używanie alkoholu, substancji psychoaktywnych, samookaleczenia, myślenie o śmierci, w tym próby samobójcze.

PROFILAKTYKA DEPRESJI

Aby przeciwdziałać depresji wśród młodych ludzi, warto wzmacniać i wspierać ich sprawczość i samodzielność, pomagać im budować stabilną samoocenę i realną ocenę ich możliwości i oczekiwań

To zwiększy u nich odporność na ewentualne zagrożenia, należy uwrażliwiać młodych ludzi na czynniki ryzyka (stres, trudne doświadczenia życiowe, konflikty rodzinne, predyspozycje osobowościowe), przekazywać im wiedzę na temat choroby i korzyści, jakie mogą odnieść z prowadzenia zdrowego trybu życia. Trzeba zachęcać ich do tego, by dbali o higienę psychiczną – przestrzegali zdrowej diety, zapewniali sobie **ODPOWIEDNIO DŁUGI SEN**.

Warto pokazywać techniki relaksacyjne, tłumaczyć jak ważne jest podejmowanie aktywności, które sprawiają im przyjemność.

Powinno się wzmacniać u nich także umiejętności społeczne. Jednocześnie warto promować wśród

Młodych osób **AKTYWNY TRYB ŻYCIA** ponieważ ćwiczenia fizyczne mają niezwykle pozytywny wpływ na ciało i umysł. Nie wszystkie czynniki ryzyka można wyeliminować, jednak odpowiednio **DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE** mogą zmniejszyć ich wpływ i tym samym zmniejszyć ryzyko wystąpienia depresji.

LECZENIE DEPRESJI

W leczeniu depresji, często łączy się **terapię farmakologiczną z psychoterapią** – warto połączyć terapię rodzinną, przy współpracy ze szkołą, z terapią indywidualną osoby chorej, ważne jest, by podjąć także działania psychoedukacyjne ukierunkowane na zrozumienie istoty choroby.

Istotne jest także uświadamianie rodziców i młodych ludzi, że warto dbać o relacje w rodzinie i pomagać im we wzajemnym zrozumieniu swoich problemów i opinii.

Wyboru leku dokonuje lekarz, biorąc pod uwagę zarówno wiek pacjenta, jak i nasilenie oraz rodzaj objawów. Zastosowanie leków jest tylko częścią kompleksowego programu terapeutycznego. Farmakoterapia jest zalecana, jeżeli dotychczasowe postępowanie psychoterapeutyczne jest nieskuteczne,

epizody depresji nawracają, przy dużym nasileniu objawów depresji, obecności nasilonych myśli i tendencji samobójczych w depresji psychotycznej.

POMOC

Odpowiednio przeprowadzone leczenie pozwala zmniejszyć ryzyko występowania kolejnych nawrotów choroby. Osoby, które podejrzewają u siebie depresję, bądź zauważają objawy u swoich bliskich powinny skontaktować się z lekarzem psychiatrą, pomoc psychiatryczną i psychologiczną można uzyskać w **Poradni Zdrowia Psychicznego**, gdzie lekarz będzie mógł ocenić stan osoby cierpiącej na depresję.

DEPRESJA POPORODOWA

Zmiany fizyczne i psychiczne, konieczność sprostowania nowej roli – bycia matką, to dla kobiety wielkie wyzwania. Warto dowiedzieć się jak ją w tym wspierać i kiedy niezbędna staje się pomoc lekarza albo terapia.

PRZYCZYNY DEPRESJI POPORODOWEJ

Na tak trudny dla kobiety stan może wpływać wiele czynników, wśród nich:

- kobiety dwa razy częściej są narażone na doświadczenie depresji. Szczególnie często chorują te w wieku rozrodczym,
- na depresję poporodową cierpi **10–15% kobiet**, jednak ze względu na jej niską wykrywalność ten odsetek może być większy,
- nowa rola społeczna i trudności z adaptacją do niej,
- gwałtowne i znaczące zmiany stężeń niektórych żeńskich hormonów płciowych, które wpływają na funkcjonowanie mózgu,



- gdy mówi się o zaburzeniach nastroju okresu okołoporodowego, często na myśl przychodzi jedynie depresja poporodowa – przypadłość dotycząca kobiety w okresie połogowym – tymczasem depresja może mieć swój początek jeszcze w czasie ciąży i przybrać na sile w momencie przyjścia dziecka na świat,
- mianem depresji poporodowej określa się zespół objawów, które pojawiają się zwykle od 3 do 9 miesięcy, nie leczony trwa dłużej. Objawy mogą występować nawet rok po porodzie.

NA ZABURZENIE TO CIERPI 10–15% KOBIEC – choć ze względu na jego niską wykrywalność ten odsetek może być większy.

Depresja poporodowa powinna być **RÓŻNICOWANA** z tzw. **ZESPOŁEM BABY BLUES**, który dotyka 80% kobiet po porodzie. Charakteryzują go umiarkowanie obniżony nastrój, drażliwość, płacliwość, lęk i poczucie przytłoczenia nowymi obowiązkami, nadwrażliwość na bodźce, uczucie wyczerpania oraz obniżona koncentracja. Baby blues pojawia się zwykle między 1 a 14 dniem po porodzie, osiągając maksimum między 3 a 7 dniem, czyli w okresie, na który przypadają największe zmiany hormonalne. Baby blues nie wymaga leczenia psychiatrycznego, ale wsparcia kobiety, zapewnienia jej poczucia bezpieczeństwa i pomocy w codziennych czynnościach.

OBJAWY DEPRESJI

Objawy, które powinny zaniepokoić zarówno młodą mamę, jak i osoby z jej otoczenia, mogące wskazywać na chorobę to:

- **niepokój**, lęk, natrętne myśli związane często z lękiem o rozwój i zdrowie dziecka,
- przygnębienie i **obniżenie nastroju**, niezdolność do odczuwania radości,
- **nadmierna i nieadekwatna troska** o zdrowie swoje oraz dziecka,
- **zaburzenia snu**,
- **utrata apetytu**,
- **poczucie zmęczenia**, wyczerpania, brak energii do realizowania codziennych czynności,
- **znaczące problemy z koncentracją** uwagi,
- **przedłużający się baby blues**
- **brak zainteresowania dzieckiem**,
- **poczucie winy, niskiej wartości** i przeświadczenie o nie radzeniu sobie z rolą matki,
- **myśli samobójcze** lub myśli o zrobieniu krzywdy dziecku.

PROFILAKTYKA DEPRESJI

Pomimo dużej skuteczności leczenia depresji poporodowej, pozostaje ona często nierozpoznana.

Jest to związane z brakiem odpowiednich form wsparcia – od profilaktyki i wykrywania, po finalnie, opiekę nad pacjentką. Bywa, że kobiety nie zdają sobie sprawy, że ich stan psychiczny wykracza poza normalne zaburzenia hormonalne po porodzie. Objawiają się **PIĘTNA „ZŁEJ MATKI”** – nie mówią głośno o tym, co przeżywają. Ważne jest uświadamianie ciężarnym i młodym matkom oraz ich otoczeniu, czym jest depresja poporodowa i jakie są objawy. Podstawowym działaniem profilaktycznym jest **EDUKACJA PACJENTEK W ZA-**



KRESIE ZABURZEŃ NASTROJU WYSTĘPUJĄCYCH W CIĄŻY I PO PORODZIE.

Ważne jest kształcenie lekarzy i położnych, by podczas badań kontrolnych prowadzonych po porodzie prowadzili **DIAGNOSTYKĘ RÓWNIEŻ POD KĄTEM WYKRYWANIA DEPRESJI**.

W ramach badania przesiewowego powinien być stosowany kwestionariusz pn. Edynburska Skala Depresji (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS), a także przeprowadzony wywiad odnośnie czynników ryzyka depresji poporodowej. Należy uwrażliwić najbliższe otoczenie kobiety na to, że po porodzie może ona sobie początkowo nie radzić w nowej sytuacji, że **POTRZEBUJE WSPARCIA** – pomocy w codziennych obowiązkach, większego zrozumienia dla jej emocji. Zadbanie o to, by **RELACJA MATKI Z DZIECKIEM** od początku rozwijała się dobrze i bezpiecznie dla mamy może zapobiec pojawieniu się depresji oraz pozytywnie wpłynąć na rozwój dziecka.

LECZENIE DEPRESJI

Depresja w trakcie ciąży wiąże się z gorszym odżywianiem i gorszą prenatalną opieką, ale też z większym ryzykiem palenia tytoniu oraz nadużywania substancji psychoaktywnych przez ciężarną. Przysparza ona kobietom wielu cierpień m.in. poczucia winy, braku zadowolenia z ciąży i przyszłego pojawienia się dziecka, obniżonego nastroju. W skrajnych przypadkach mamy mogą podejmować nawet próby samobójstwa lub dzieciobójstwa.

Kobiety karmiące piersią mogą być **NIECHĘTNE DO PODEJMOWANIA LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO** z obawy o wpływ leków na ich dziecko.

Młode matki zaabsorbowane noworodkiem mogą nie mieć czasu, możliwości lub chęci na podjęcie psychoterapii. W konsekwencji chorujące kobiety mogą odmówić pomocy i leczenia. Podobnie jak w przypadku innego typu zaburzeń depresyjnych, istnieje wiele skutecznych metod leczenia zaburzeń nastroju w ciąży i po porodzie, zarówno farmakologicznych, jak i psychoterapeutycznych. Wybór metody leczenia zależy od kondycji psychicznej i fizycznej młodej mamy. Wiele kobiet cierpiących na depresję podczas ciąży i depresję poporodową woli działania psychologiczne, rezygnując z farmakologicz-

nych. Wiąże się to m.in. z obawami przed potencjalnymi działaniami niepożądanymi leków przeciwdepresyjnych na dziecko. Często obawy te są nadmierne lub nieuzasadnione i rozmowa z lekarzem oraz uzyskanie wyjaśnień dotyczących działania leków pozwala **POZBYĆ SIĘ BŁĘDNYCH PRZEKONAŃ**.

Oddziaływania psychoterapeutyczne mają w depresji podczas ciąży i depresji poporodowej ogromne znaczenie, i nie należy ich pomijać. Istnieje jednak szereg sytuacji, w których niezbędne jest dołączenie leczenia farmakologicznego. Skierowanie kobiety do psychiatry jest niezbędne w przypadku występowania myśli samobójczych, czy myśli o skrzywdzeniu dziecka, gdy wystąpił ciężki epizod depresji, w przypadku nieskuteczności dotychczasowego leczenia, podejrzenia choroby afektywnej dwubiegunowej albo psychozy.

W przypadku trudności z dostępem do psychiatry warto pamiętać, że depresja poporodowa o nasileniu łagodnym i umiarkowanym może być skutecznie wykryta przez wszystkich z personelu medycznego, którzy mają styczność z kobietą w okresie okołoporodowym, ale **LECZONA JEDYNIEM PRZEZ PRZESZKOLONEGO LEKARZA RODZINNEGO LUB PSYCHIATRĘ**.

DEPRESJA W WIEKU PODESZŁYM

Niełatwo zmierzyć się z problemami starości. Problemy zdrowotne zarówno somatyczne, jak i obniżona w wieku sprawność poznawcza, rzutują na ograniczoną możliwość robienia tego, co kiedyś lubili. Pojawiają się choroby i poczucie osamotnienia. Wszystko to może spowodować, że zachorują na depresję. Warto wiedzieć, jak ją rozpoznać i jak pomóc im z nią wygrać.

PRZYCZYNY DEPRESJI W PODESZŁYM WIEKU

Osoby w wieku emerytalnym stanowią **ponad 20%** wszystkich leczonych z powodu depresji.

W najbliższych latach odsetek ten może się zwiększyć z powodu starzenia się społeczeństwa.

Rośnie populacja osób w podeszłym wieku – do 2035 roku osoby powyżej 65 roku życia będą stanowić **23,8%**, a w 2050 roku – **40%** społeczeństwa. Koniec ich aktywności zawodowej i brak umiejętności odnalezienia się w nowej rzeczywistości.

Ograniczenia płynące z ciała i obniżonej z wiekiem sprawności poznawczej przekładają się na sytuację życiową, a finalnie na poczucie niskiej wartości społecznej. Ograniczając kontakty społeczne, wzmacniają swoje poczucie osamotnienia. Proces starzenia się – nie tylko zmiany w ciele i obniżenie atrakcyjności, ale też zmiany związane z ograniczeniem sprawności fizycznej. Obecność schorzeń takich jak niewydolność serca cukrzyca, nowotwory, zaburzenia hormonalne, niektóre choroby zakaźne, zaburzenia neurologiczne np. choroba **Alzheimera** czy choroba **Parkinsona** zwiększają ryzyko wystąpienia depresji. Również niektóre leki przyjmowane z powodu towarzyszących chorób przewlekłych mogą działać depresyjnie.

Strata bliskiej osoby, zwierzęcia lub odejście z domu dzieci, wieloletnia opieka nad inną osobą i trudności wynikające z tej sytuacji, następstwo zaburzeń nastroju, które po raz pierwszy pojawiły się u niej w młodym wieku.

PRZYCZYNY DEPRESJI W PODESZŁYM WIEKU SĄ RÓŻNE I CZĘSTO ZŁOŻONE

Można wyróżnić przyczyny endogenne (genetyczne, zaburzenia metaboliczne i zaburzenia neuroprzekątnictwa w mózgu), egzogenne, czyli objawowe (występujące w przebiegu różnych chorób, przyjmowania leków i substancji psychoaktywnych np. alkoholu) oraz psychogenne (trudne wydarzenia życiowe, starty, zmiany). W podeszłym wieku szczególnie często przyczyny te nakładają na siebie. Osoby w podeszłym wieku często ograniczają relacje społeczne i wyjścia z domu, wzmacniają tym **SWOJĄ SAMOTNOŚĆ**.

OBJAWY DEPRESJI

Depresja u osób w podeszłym wieku jest złożonym problemem. Należy być szczególnie wyczulonym na objawy, które występują w jej przebiegu, niektóre z nich mogą sugerować obecność innej choroby np. otępienia. Jakie są objawy depresji u osób w podeszłym wieku?

- **utrata zadowolenia z życia, niemożność odczuwania przyjemności** – anhedonia, której towarzyszy utrata zainteresowań,
- **negatywna ocena przeszłości, terażniejszości oraz przyszłości**, niskie poczucie własnej wartości,
- brak energii, męczliwość występująca nawet przy małym wysiłku, spowolnienie psychoruchowe,
- **zaburzenia koncentracji uwagi**,
- **zaburzenia pamięci**,
- **zaburzenia snu**,
- **zaburzenia łaknienia** (często z ograniczeniem przyjmowania posiłków i chudnięciem),
- **myśli rezygnacyjne i samobójcze**,
- **lęk** (poczucie niejasnego zagrożenia, napięcia, niemożności odprężenia się),
- **objawy somatyczne** (ból głowy, ucisk w klatce piersiowej, nudności, zaparcia).

W depresji o późnym początku, gdy pierwszy epizod pojawia się po 60 roku życia, mogą występować częściej także **urojenia**.

Objawy somatyczne (ból głowy, ucisk w klatce piersiowej, nudności, zaparcia) w depresji o późnym początku, gdy pierwszy epizod pojawia się po 60. roku życia, mogą występować częściej także **urojenia** (fałszywe przekonania), które najczęściej dotyczą dysfunkcji różnych narządów, zubożenia, winy, oczekiwania na karę.

OSOBY W WIEKU PODESZŁYM NIECHĘTNIE ZGŁASZAJĄ LEKARZOWI OBJAWY DEPRESJI.

Mówią o smutku, trudnościach życiowych, braku wsparcia ze strony bliskich. Kładą często główny nacisk na dolegliwości bólowe. Niechętnie przyjmują możliwość, że pogorszenie ich samopoczucia i funkcjonowania może wynikać z depresji i często nie godzą się na konsultację psychiatryczną. Chorzy bardzo często **NIE UŚWIADAMIAJĄ SOBIE CHOROBY**, a jeśli tak się dzieje, to obawiają się z różnych przyczyn zgłosić ją lekarzowi. Chorzy boją się leczenia lekami psychotropowymi, nie chcą mieć zalecanych dodatkowych farmaceutyków, bo i tak przyjmują ich dużo.

PROFILAKTYKA DEPRESJI

Umiejętne pogodzenie się z upływem czasu oraz zmianą ról społecznych, dostrzeganie innych aspektów życia poza pracą i obo-



wiązkami rodzinnymi zmniejszają ryzyko wystąpienia depresji. Dbanie o utrzymywanie więzi rodzinnych, kontakty z wnukami, które nie tylko dają radość, ale także POCZUCIE BYCIA WAŻNYM, KOCHANYM I POTRZEBNYM.

UTRZYMYWANIE REGULARNYCH KONTAKTÓW Z RÓWIEŚNIKAMI, dzielenie się swoimi odczuciami i problemami, które w tej grupie zostaną zrozumiane najlepiej, rozwijanie zainteresowań i pasji – wolontariaty i różnego typu zorganizowane zajęcia (np.: Uniwersytet Trzeciego Wieku) to miejsca, w których można poznać ludzi o podobnych potrzebach, nawiązać nowe znajomości, a nawet przyjaźnie.

POZNAWANIE NOWYCH RZECZY, NABYWANIE NOWYCH UMIEJĘTNOŚCI, REGULARNE UPRAWIANIE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ, która poza korzystnym wpływem na kondycję i zdrowie fizyczne, poprawia nastrój, stymulując wydzielanie endorfin tzw. hormonów szczęścia. Zalecane są marsze, zwłaszcza nordic walking, pływanie, rozciąganie, a także odpowiednio dobrane ćwiczenia siłowe.

Dbanie o zachowanie **ZDROWEJ DIETY I SPOKOJNEGO SNU**.

LECZENIE DEPRESJI

Zarówno osoby starsze, jak i ich otoczenie, przypisują obecność objawów depresyjnych procesowi starzenia się, co utrudnia rozpoznanie choroby. W odniesieniu do depresji wieku podeszłego konieczne jest zawsze wykluczenie somatycznej przyczyny dolegliwości. Lekarz rodzinny, geriatra lub neurolog (w przypadku gdy depresja towarzyszy chorobie neurologicznej) wybierze odpowiednie do stanu zdrowia chorego leczenie, uwzględniając inne choroby towarzyszące zaburzeniom nastroju.

W przypadku braku poprawy, depresji o większym nasileniu, trudności w rozpoznaniu czy właściwego leczenia farmakologicznego, konieczne będą wizyty u psychiatry.

WCZESNE ROZPOZNAWANIE DEPRESJI I DOBÓR ODPOWIEDNIEGO LECZENIA przekładają się na zmniejszenie ryzyka

nawrotu choroby. Depresja w populacji osób starszych występuje szczególnie często i niestety również CZĘSTO NIE JEST LECZONA.

W przypadku depresji o łagodnym nasileniu, włączenie leczenia farmakologicznego może nie być konieczne. Wskazana będzie tutaj pomoc psychologa, terapeuty, zwłaszcza jeżeli widoczny jest związek depresji z trudnymi wydarzeniami, lekarz może wystawić skierowanie do psychologa. Psycholodzy współpracują również z Ośrodkami Pomocy Społecznej. Miejscem leczenia depresji, szczególnie polecanym osobom starszym są oddziały dzienne szpitali psychiatrycznych. Jednym z największych zagrożeń w przypadku nieleczonej depresji u osób starszych są **samobójstwa**.

Chorzy w podeszłym wieku dopuszczają się tego aktu dwukrotnie częściej niż osoby młode.

POMOC

Odpowiednio przeprowadzone leczenie pozwala zmniejszyć ryzyko występowania kolejnych nawrotów choroby. Osoby, które podejrzewają u siebie depresję, bądź zauważają objawy u swoich bliskich powinny skontaktować się z lekarzem psychiatrą, pomocą psychiatryczną i psychologiczną można uzyskać w Poradni Zdrowia Psychicznego, gdzie lekarz będzie mógł właściwie ocenić stan osoby cierpiącej na depresję i zalecić dalsze postępowanie psychoterapeutyczne, czy farmakologiczne. Na stronie Zintegrowanego Portalu Pacjenta (<https://zip.nfz.gov.pl/GSL/>) udostępnionego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakładce **Gdzie się leczyć** znajdują się aktualne informacje o adresach, telefonach, lokalizacji i godzinach otwarcia ośrodków ochrony zdrowia/zakładów opieki zdrowotnej, w tym specjalistycznych Poradni Zdrowia Psychicznego oraz Centrów Zdrowia Psychicznego, gdzie można skonsultować się z lekarzem psychiatrą i otrzymać kompleksową pomoc w wypadku podejrzenia depresji.

WPŁYW STYLU ŻYCIA NA ZACHOWANIE PRAWIDŁOWEJ MASY CIAŁA

Diana Pietraszewska
KWSPZ, Dietetyka – studia podyplomowe
Autorka bloga www.fat-or-not.pl

Czy styl życia ma bezpośredni wpływ na zachowanie odpowiedniej masy ciała, dobrego samopoczucia i zdrowia? Poniżej pojawią się przykłady badań naukowych, mające na celu potwierdzenie tej hipotezy. Zostaną zaprezentowane ogólne zalecenia dietetyczne dla osób, pragnących zredukować obecną wagę, wyleczyć się z nadwagi lub otyłości. W dalszej części zostanie omówiony wpływ snu, stresu, aktywności i przebywania na świeżym powietrzu na odchudzanie oraz stan zdrowia.

1. ZALECENIA DIETETYCZNE

Jaka dieta jest najlepsza w kontekście długoterminowej utraty masy ciała? Zależy dla kogo.

Naukowcy porównali dwie bardzo popularne diety: niskotłuszczową i niskowęglowodanową, zwracając uwagę na indywidualne predyspozycje, zwłaszcza genetyczne oraz występowanie insulinooporności u badanych.

Badania dotyczyły 609 relatywnie zdrowych, dorosłych ludzi o BMI 28–40 kg/m² (mających nadwagę lub otyłość). Rozpoczęto dwunastomiesięczny projekt od 22 spotkań instruktażowych prowadzonych przez dietetyków. Grupę podzielono na 15–22 osobowe zespoły. Główne zalecenia dietetyków skupiały się wokół maksymalizacji jakości przyjmowanych produktów, zarówno w diecie niskotłuszczowej, jak i niskowęglowodanowej. Kładziono nacisk na świadome wybieranie zdrowych niskotłuszczowych lub niskowęglowodanowych składników diety.

Przed rozpoczęciem badań uczestnikom sprawdzono: masę ciała, wzrost, obwód talii, ciśnienie krwi oraz wykonano badania krwi, wyznaczając poziom insuliny, glukozy, trójglicerydów, markerów prozapalnych, genotypu. Dodatkowo, przeprowadzono również test obciążenia glukozą oraz szereg testów psychologicznych. Później, każdemu uczestnikowi przypisano odpowiedni rodzaj diety: zdrową dietę niskotłuszczową lub zdrową dietę niskowęglowodanową.

Przez pierwszy miesiąc, każdy z uczestników zachował swój aktualny model żywienia. W ciągu następnego dwóch miesięcy, osobom na diecie niskotłuszczowej zredukowano spożycie tłuszczu do 20 g dziennie, a osobom na diecie niskowęglowodanowej do 20 g węglowodanów dziennie. Uczest-

ników poinstruowano, by powoli dodawali tłuszcze lub węglowodany do codziennej diety aż osiągną taki poziom, który mogliby utrzymać do końca życia.

Obie grupy były poinstruowane, by nie liczyć spożytych w ciągu dnia kcal. Wszyscy mieli dostęp do promotorów zdrowego stylu życia, mogli używać internetowych grup wsparcia, żeby powstrzymać się przed powrotem do niezdrowych nawyków. Co najważniejsze, zalecono również:

- spożycie jak największej ilości warzyw,
- wybieranie wysokiej jakości produktów odżywczych i unikanie przetworzonej żywności,
- przygotowywanie posiłków samemu w domu,
- unikanie tłuszczu trans, cukrów dodanych, przetworzonych węglowodanów, np. mąki.

Tutaj warto zatrzymać się dłużej. Powyższe zalecenie można odnieść do każdego, komu zależy na odpowiednim sposobie odżywiania, redukcji masy ciała, stosowaniu zdrowych nawyków żywieniowych.

Piramida zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej opracowana przez Instytut Żywności i Żywienia zaleca: „**Warzywa i owoce spożywaj jak najczęściej i w jak największej ilości, co najmniej połowę, tego co jesz. Pamiętaj o właściwych proporcjach: 3/4 – warzywa i 1/4 owoce**”.

Z kolei, na stronie Światowej Organizacji Zdrowia, w październiku 2018 roku napisano, żeby spożywać przynajmniej 400 g albo pięć porcji owoców i warzyw dziennie. Codzienną konsumpcję można poprawić przez:

- włączanie warzyw do każdego posiłku,
- jedzenie świeżych owoców i surowych warzyw w formie przekąsek,

- jedzenie świeżych owoców i warzyw w trakcie sezonu,
- jedzenie różnorodnych owoców i warzyw.

Do powyższych zaleceń żywieniowych należy dodać również rodzaj spożywanych produktów. Najlepiej sięgać po te warzywa, które rosną nad ziemią, czyli: kalafior, brokuł, kapusta, brukselka, szparagi, cukinia, bakłażan, oliwki, szpinak, ogórek, sałata, szczypior, jarmuż, papryka, pomidory. Warto wybierać owoce o niskiej zawartości cukru, jak: awokado, kokos, cytryna, kiwi, śliwki, melon, arbuz, ananas, grejpfrut, mandarynki, oraz wszystkie owoc jagodowe (truskawki, borówki itp.).

Kolejny punkt odnosi się do unikania przetworzonej żywności. Według Justyny Markowskiej, dietetyka, żywność przetworzona to „wszystkie produkty, które wyglądem nie przypominają składników, z których zostały zrobione. Aby je wytworzyć trzeba było poddawać je różnym procesom fizycznym i / lub chemicznym” oraz „wysoko przetworzona żywność ma to do siebie, że zawiera substancje dodatkowe”.

Nieprzetworzone produkty, po które warto sięgać w codziennej diecie to:

- mięso (warto kupować mięso ze sprawdzonego źródła lub małego gospodarstwa, a nie z przemysłowej hodowli lub supermarketu),
- ryby (należy unikać ryb hodowlanych, poławianych na obszarze Morza Bałtyckiego, a sięgać po te dziko żyjące, morskie lub słodkowodne),
- jajka (należy kupować jajka bezpośrednio z wiejskiego gospodarstwa lub z ekologicznego chowu),
- warzywa (warto sięgać po warzywa sezonowe, najlepiej kupować je na targu lub uprawiać samodzielnie),
- owoce (rekomendowane są owoce sezonowe, nabyte na targu, a w przypadku owoców suszonych warto sięgać po niesiarkowane),
- grzyby (najlepiej jeść grzyby leśne),

- pestki i orzechy (warto kupować orzechy w łupinach i samodzielnie je rozłupywać bezpośrednio przed spożyciem).

W dalszych zaleceniach znalazła się uwaga odnośnie samodzielnego przygotowywania posiłków. Ludzie mogą kontrolować tylko tę żywność, którą własnoręcznie przyrządzą. Ważne są zarówno użyte surowce jak i obróbka termiczna. Kupując gotowe posiłki w supermarkecie, nie można mieć pewności, jakiej jakości były komponenty posiłku, a zamawiając obiad w restauracji, nie sposób poznać szczegółów dotyczące jego przygotowania. Gotując samodzielnie, badający mogą wybierać sprawdzone produkty spożywcze i postępować według zaleceń dietetycznych w procesie ich przygotowania.

Ostatnim punktem, o którym wspomniano w zaleceniach jest unikanie tłuszczu trans, cukrów dodanych, przetworzonych węglowodanów, np. mąki.

Tłuszcze trans znajdują się w przemyślowo produkowanej żywności, zwłaszcza produktach pieczonych i smażonych, pakowanych przekąskach oraz w mrożonej pizzy, ciastach, ciasteczkach, herbatnikach, waflach, olejach spożywczych i do smarowania. Występują też naturalnie w mięsie i produktach mlecznych pochodzących od zwierząt przeżuwających, takich jak krowy, owce, kozy i wielbłądy. Tłuszcze trans nie powinny przekraczać 1% całkowitego spożycia, a w szczególności należy unikać przemyślowo produkowanych tłuszczu trans.

Spożycie cukrów może być zredukowane dzięki ograniczeniu żywności i napojów zawierających dużą ilość cukru, takich jak słodczyce i słodzone napoje (każdy rodzaj napoju zawierający proste cukry, zarówno gazowane jak i niegazowane napoje, soki owocowe i warzywne, płynne i sproszkowane koncentraty, wody smakowe, napoje energetyczne i izotoniki, mleczka smakowe, herbaty i kawy gotowe do spożycia). Do-



datkowo zaleca się sięganie po świeże owoce i surowe warzywa zamiast słodkich przekąsek.

Na koniec warto wspomnieć, że uczestnikom badania zachęcono do wypełnienia aktualnych zaleceń rządu Stanów Zjednoczonych odnośnie aktywności fizycznej. Badani mieli spędzać tygodniowo 2 godziny 30 minut na umiarkowanej aktywności fizycznej.

Wyniki w obu grupach były zbliżone. Uczestnicy, zarówno na diecie niskotłuszczowej jak i niskowęglowodanowej spożywali dziennie od 500 do 600 kcal mniej niż wcześniej. W trakcie dwunastomiesięcznego projektu średni spadek wagi wynosił około 12 funtów, czyli 5,44 kg. Jedyne różnice zauważono w poziomie cholesterolu LDL („zły cholesterol”), który był niższy u osób na diecie niskotłuszczowej. Z kolei poziom cholesterolu HDL („dobry cholesterol”) był wyższy u osób na diecie niskowęglowodanowej.

2. WPŁYW SNU NA POZIOM MASY CIAŁA

Sen ma ogromny wpływ na zdrowie. Zасыпianie pomiędzy 22.00 a 23.00 i spanie przez 7–8 godzin ma swoje naukowe uzasadnienie. Poniżej przedstawiono szereg badań, które udowadniają stawianą tezę na temat czasu trwania snu, jak i pory chodzenia spać. Pokazano, że to, ile człowiek śpi jest bezpośrednio związane z rodzajem i ilością pokarmu po który sięga. Z kolei pora zasypiania jest połączona z samopoczuciem i poziomem efektywności, wydajności w ciągu dnia.

Krótki czas snu, jego kiepska jakość oraz późne chodzenie spać jest powiązane z przyjmowaniem większej ilości pożywienia, zwłaszcza o niskiej jakości. W efekcie prowadzi to bezpośrednio do zwiększania masy ciała. Pokazano, że brak wystarczającej ilości snu w nocy zwiększa potrzebę sięgania po przekąski w trakcie dnia. Udowodniono, że zwiększona została również ilość konsumowanych posiłków, a preferencje ludzi były nastawione na wysokoenergetyczną żywność.

Przedstawiono mechanizmy, które świadczą o zwiększonej podaży kalorycznej przy zbyt krótkim czasie snu.

Pierwszym z nich jest wydłużony czas w trakcie doby na sięganie po produkty spożywcze i więcej ku temu sposobności. To bardzo logiczny argument, bo w trakcie snu ludzie nie mają możliwości, żeby jeść.

Kolejnym z nich są występujące wahania nastroju, połączone z odczuwaniem smutku, niepokoju. Do tego zauważono zwiększoną wrażliwość na traktowanie jedzenia jako nagrodę i potrzebę wynagradzania sobie codziennych trudności. Dołączono do tego również niepoahamowane, kompulsywne jedzenie.

Na końcu stwierdzono zwiększone zapotrzebowanie energetyczne na to, by przetrwać dłuższy czas bez odpoczynku, a także zachwianie równowagi w gospodarce hormonalnej odpowiedzialnej za poczucie głodu.

Londyńscy naukowcy z King's College przeprowadzili badania, które mówiły o konieczności wydłużenia snu w celu zmniejszenia spożycia produktów bogatych w cukry i wybieraniu zdrowszej diety. Pokazano, że sen jest kluczowy w walce z otyłością i profilaktyce chorób układu krążenia. Dodatkowo, badania pokazują, że ponad jedna trzecia dorosłych mieszkańców Wielkiej Brytanii nie sypia wystarczająco długo.

Prace badawcze udowodniły, że wydłużenie czasu snu, z pięciu godzin do ponad siedmiu, jest skorelowane ze zredukowaniem o 10 gramów spożycia cukru, na dzień, w porównaniu z tradycyjnym modelem żywienia. Cukier odnosił się cukrów dodanych do produktów spożywczych w procesie technologicznym albo w trakcie gotowania w domu. Wzięto pod uwagę zarówno cukry obecne w miodzie, syropach, soku owocowym. Naukowcy zauważyli również obniżone spożycie węglowodanów przez grupę, u której wydłużono czas snu.

Znaczenie ma również pora chodzenia spać. Badania, które wykonano na 1197 japońskich pracowników pokazały, że sen krótszy niż sześć godzin połączony z późnym chodzeniem spać był w dużej mierze powiązany ze zwiększonym rozpowszechnieniem objawów depresji.

Inne badania, wykonane w Norwegii w 2012 roku na grupie 7798 nastolatków w wieku od szesnastu do dziewiętnastu lat miały na celu wykazanie, jak długość i rytm snu oddziałują na ich wyniki w nauce. Zanotowano, że niedostateczna ilość snu, a także jego krótki czas był powiązany z najwyższym odsetkiem uzyskiwania przez uczniów niskiej średniej. Uczniowie, którzy od poniedziałku do piątku zasypiali między 22.00 a 23.00 mieli najwyższe średnie spośród badanych. Późne chodzenie spać w trakcie weekendu również miało swoje odzwierciedlenie w słabych wynikach w nauce.

3. WPŁYW STRESU NA POZIOM MASY CIAŁA

Stres jest nieodłącznym towarzyszem współczesnego człowieka. Może powodować rozdrażnienie, bóle głowy, problemy ze snem i wyczerpanie. Stres może być też winowajcą przybierania na wadze, pomimo stosowania odpowiednio zbilansowanej diety i wysiłku fizycznego.

Badania na Stanford University School of Medicine w Kalifornii, pod przewodnictwem Mary Teruel, dotyczyły produkowania komórek tłuszczowych przez ludzki organizm. Autorka zwróciła uwagę na funkcjonowanie układu hormonalnego w cyklu dobowym. Poziom hormonów steroidowych wzrasta i spada w ciągu 24 godzin, przyjmując najwyższe stężenie około godziny 8:00, a najniższe około godziny 3:00 następnego dnia, żeby po pięciu godzinach znowu osiągnąć szczytowy poziom. Wzrost poziomu hormonów jest naturalnym sygnałem do pobudzenia apetytu. Poziom hormonów steroidowych we krwi podnosi się też przez stres – krótkie skoki są spowodowane krótkotrwałym stresem, występującym np. podczas wysiłku fizycznego, ale z kolei stres przewlekły jest odpowiedzialny za stale utrzymujący się ich wysoki poziom. Naukowcy są zgodni, że hormony steroidowe wyzwalaają komórki prekursorowe, które z kolei przekształcają się w komórki tłuszczowe. Jednak ma znaczenie pora, o jakiej ludzie doświadczają stresu. Wyniki badań sugerują, że ludzie żyjący w znacznym stresie albo leczeni na reumatoidalne zapalenie stawów czy astmę za pomocą hormonów steroidowych, nie będą przybierać na wadze, jeśli czynniki stresowe lub przyjmowanie leków odbywa się w trakcie dnia. Z kolei ludzie, którzy doświadczają przewlekłego, ciągłego stresu zaburzając tym samym dobowy rytm funkcjonowania systemu hormonalnego, narażają się na znaczny przyrost masy ciała.

Kolejną zależnością jest utrzymujący się wysoki poziom kortyzolu, nazywanego hormonem stresu, z wysokim pozio-

mem insuliny. Insulina jest odpowiedzialna za obniżanie poziomu cukru we krwi, a wraz z jego spadkiem, wzrasta ochota, zarówno, na słodkie jak i tłuste potrawy. Znacznie bardziej prawdopodobne jest sięganie wtedy po posiłki, które są łatwo dostępne, wysokokaloryczne i wysokowęglowodanowe.

Jedzenie może być źródłem pocieszenia i redukować poziom stresu. Zdarza się to w sytuacji, gdy organizm uwalnia hormony w odpowiedzi na spożywane pokarmy, które dają bezpośredni efekt uspokajający. Proste równanie przedstawia zależność między większą ilością stresu, produkcją większej ilości kortyzolu, zwiększoną ochotą na śmieciowe jedzenie i w efekcie – wzrostem masy ciała.

Skutki stresu nie zawsze są spójne. Wiele osób twierdzi, że będąc zestresowanymi, mają tendencję do przybierania na wadze, podczas gdy inni zgłaszają utratę apetytu.

Różnice w odczuwaniu chęci lub jej braku do sięgania po jedzenie zależą od rodzaju stresu, czasu trwania, poziomu natężenia, genetycznych predyspozycji i umiejętności radzenia sobie w stresujących sytuacjach. Również obecna masa ciała ma na to wpływ. Mężczyźni i kobiety, którzy mają nadwagę lub są przy górnej granicy prawidłowej masy ciała, są bardziej podatni na przybieranie na wadze w odpowiedzi na stres niż ludzie o niższej masie ciała. Uznaje się, że podwyższony poziom insuliny, obserwowany u cięższych osób, jest odpowiedzialny za większy przyrost masy ciała. W przypadku niektórych otyłych ludzi, nadmierne spożycie ulubionych pokarmów jest rodzajem uzależnienia. Badania obrazowe pokazują rozregulowanie układu neuroprzekaznikowego, podobnie jak w przypadku uzależnienia od narkotyków. Przewlekły stres, dostęp do wysokoenergetycznych, łatwo dostępnych posiłków i mała potrzeba fizycznej aktywności powodują rozwijanie się nadwagi i otyłości

4. WPŁYW AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ NA POZIOM MASY CIAŁA

Wśród społeczeństwa panuje przekonanie, że do zredukowania masy ciała potrzebna jest aktywność fizyczna. Należy się z tym zgodzić, ale warto też zadać pytanie, co ludzie rozumieją pod tym pojęciem. Do aktywności fizycznej zalicza się zarówno bieganie jak i spacer, ćwiczenia na siłowni, i jazdę na rowerze. Warto podkreślić, że wybór określonego wysiłku powinien być skorelowany z indywidualnymi predyspozycjami, wiekiem, stanem zdrowia i samopoczuciem.

W 2015 roku Ministerstwo Sportu i Turystyki przeprowadziło badania nad uwarunkowaniami do podejmowania aktywności fizycznej przez kobiety. Warto przyjrzeć się kilku z nich i zwrócić uwagę na ich zdrowotne aspekty.

Według badań „regularnie ruszają się tylko te kobiety, dla których aktywność stanowi stały element życia”

Co więcej wysiłek fizyczny realizują dobrowolnie młode i starsze kobiety, mieszkanki wsi i większych miast. Ruch może być stałym punktem w rozkładzie dnia, np. stanowić sposób przemieszczania się lub transportu do pracy albo być rodzajem hobby, uprawianym systematycznie, o stałych porach.

Do najczęściej wykonywanej aktywności fizycznej zaliczono: jazdę na rowerze, spacer, nordic walking, pływanie, bieganie, ćwiczenia na siłowni, aerobic, fitness, zumbę, gimnastykę w domu.



Warto przyjrzeć się kilku z nich.

Jazda na rowerze jest świetnym sposobem do spędzania czasu na świeżym powietrzu i mogą ją uprawiać kobiety w każdym wieku. Nie stanowi przeszkód ruchowych dla mniej sprawnych czy niewysportowanych. W trakcie jazdy na rowerze można dbać o kontakty międzyludzkie, spędzając czas z rodziną lub przyjaciółmi. W miastach można korzystać ze specjalnie do tego przystosowanych ścieżek rowerowych, a na wsi wybrać się na przejażdżkę po polnych drogach. W większości przypadków jazda na rowerze stanowi komfortowy i bezpieczny sposób na aktywne spędzanie wolnego czasu.

Spacer jest alternatywą dla ludzi mających problemy zdrowotne, uniemożliwiające im jazdę na rowerze. Są szeroko dostępne, nie wymagają używania żadnego sprzętu, a co za tym idzie, wydatków pieniężnych. Spacer jest idealną sposobnością do wyjścia z domu i pozostaniu przez dany okres czasu na świeżym powietrzu. Przez młode kobiety uważane za niezbyt interesującą aktywność fizyczną, przeznaczoną dla ludzi starszych lub mających małe dzieci. Czasami traktowane jako niepełnowartościowy wysiłek fizyczny.

Nordic walking stanowi alternatywę dla spacerów, ale wymaga poznania właściwej techniki chodzenia, najlepiej od przeszkolonej do tego osoby. Jest to aktywność fizyczna, szczególnie lubiana przez starsze kobiety, które uprawiają ją parami lub w większych grupach. Nordic walking to okazja do przebywania na świeżym powietrzu, która nie jest bardzo obciążająca fizycznie ani nie wymaga specjalnych predyspozycji zdrowotnych.

Powyższe rodzaje aktywności fizycznych łączny wspólny element – uprawiane są poza zamkniętym pomieszczeniem, na zewnątrz. Okazuje się, że dzięki temu mogą stanowić świetną okazję do zmniejszania masy ciała. Naukowcy z Uniwersytetu Alberta w Edmonton, w Kanadzie, wywnioskowali, że przybieranie na wadze w okresie zimowym jest ściśle skorelowane z brakiem światła słonecznego.

Zespół naukowców badał tzw. podskórną, żółtą tkankę tłuszczową, która stanowi główny tłuszcz odłożony w tkance tłuszczowej i bierze udział w regulowaniu metabolizmu

całego ciała. Żółta tkanka tłuszczowa jest kojarzona ze złym rodzajem tłuszczu, bo magazynuje kalorie przeznaczone do spalania na cele energetyczne. W przypadku zaburzeń, ten rodzaj tłuszczu może prowadzić do powstawania chorób układu krążeniowego, otyłości, cukrzycy i chorób serca.

W trakcie badań, próbowano opracować metodę wytwarzania insuliny pod wpływem światła, próbując pomóc chorym na cukrzycę typu I. Przypadkowo odkryto, że komórki żółtej tkanki tłuszczowej mają skłonność do kurczenia się pod wpływem niebieskiego rodzaju światła, czyli widzialnego światła, odpowiedzialnego za poprawę nastroju i spostrzegawczości w trakcie dnia. Naukowcy pobrali komórki od pacjentów, których poddawano zabiegowi redukcji masy ciała i sprawdzali wpływ niebieskiego światła na komórki tłuszczowe. Odkryto, że kiedy fale niebieskiego światła (światła które ludzie widzą gołym okiem) przenikają przez skórę i docierają do komórek tłuszczowych tuż poniżej, redukują rozmiar kropeł tłuszczu i uwalniają je z komórek. Mówiąc prościej, ludzkie komórki nie przechowują tak dużo tłuszczu.

Naukowcy wysunęli tezę, że prawdopodobnie światło słoneczne, otrzymywane dzięki oczom, reguluje ludzki rytm dobowy i może mieć wpływ na podskórne komórki tłuszczowe. Stanowiłoby to wytłumaczenie, dlaczego obecna generacja ma większe problemy ze zbyt wysoką masą ciała w porównaniu do swoich rodziców, którzy więcej czasu przebywali na zewnątrz.

PODSUMOWANIE

Zwykło się mówić, że do utraty masy ciała jest potrzebna dieta o ujemnym bilansie kalorycznym, czyli taka, w której, odchudzający się spala więcej energii niż jej dostarcza. Dieta powinna iść w parze z aktywnością fizyczną, która przynosi szybsze efekty.

Jednak powyższe przykłady pokazują, że nadrzędną wagę nad ilością spożywanych pokarmów ma ich jakość. Pacjenci poddani dwóm zupełnie innym rodzajom diety, mieli bardzo zbliżone wyniki, odnośnie utraty zbędnych kilogramów. Wspólny mianownik dotyczył unikania przetworzonego jedzenia, tłuszczu trans, cukrów dodanych oraz samodzielnego gotowania i stosowania aktywności fizycznej. Wystarczy wprowadzić w życiu kilka zmian, żeby odnieść oczekiwane rezultaty. Najprościej mówiąc, zamiast iść na kolację do ulubionej włoskiej restauracji i zamówić spaghetti bolognese, znacznie lepiej kupić na targu pomidory do przygotowania domowego sosu, po mięso udać się bezpośrednio do sklepu lub znajomego gospodarza, a makaron przyrządzić z pasków cukinii, zamiast użyć gotowego, zapakowanego w foliową torbę.

Zmiany można wprowadzać stopniowo, zmieniając kolejne przyzwyczajenia żywieniowe. Najlepiej zacząć od najłatwiejszych, czyli pozbycia się z domu słodczych, gazowanych napojów, zaprzestania słodzenia kawy, a wizyty w sklepie spożywczym rozpoczynać od czytania etykiet na produktach.

Dodatkowo, warto wprowadzić aktywność fizyczną, która początkowo może ograniczać się jedynie do wysiadania o dwa przystanki autobusowe wcześniej niż dotychczas. Zalecenia rządu Stanów Zjednoczonych mówią o 150 minutach umiarkowanego wysiłku fizycznego tygodniowo, co daje nie-

całe 22 minuty dziennie, tudzież 30 minut, pięć razy w tygodniu. Może to być spacer, jazda na rowerze, biegania czy gimnastyka, ale warto, żeby odbywały się na świeżym powietrzu. Na koniec, warto zadbać o odpowiedni czas snu (7–8 godzin) i porę kładzenia się spać, najlepiej między 22.00 a oraz zredukowanie codziennego stresu, który zaburza pracę całego organizmu i bezpośrednio przyczynia się do występowania chorób, także nadwagi i otyłości.

Literatura:

1. M. Stanton PhD, J. Robnison PhD, S. Kirkpatrick MS RD, S. Farzinkhou MS RD, E. Avery MS, J. Rigdon PhD, L. Offringa PhD, J. Trepanowski PhD, M. Hauser MD, J. Hartle DrPH, R. Cherin MS RD, A. King PhD, J. Ioannidis MD DSc, M. Desai PhD, C. Gardner PhD, DIETFITS Study (Diet Intervention Examining The Factors Interacting with Treatment Success) – Study Design and Methods, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5274550/> (dostęp: 22.01.2019)
2. M. Tello MD MPH, Which diet is best for long-term weight loss?, Harvard Health Publishing, April 2019, <https://www.health.harvard.edu/blog/weight-loss-for-life-the-dietfits-study-2018040913595> (dostęp: 22.01.2019)
3. IZZ, Zasady prawidłowego żywienia, <http://www.izz.waw.pl/pl/zasady-prawidowego-zywienia> (dostęp: 22.01.2019)
4. WHO, Healthy diet, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> (dostęp: 22.01.2018)
5. J. Markowska, Co to jest żywność wysokoprzetworzona?, <http://www.justynamarkowska.pl/co-to-jest-zywnosc-wysoko-przetworzona/> (dostęp: 22.01.2019)
6. I. Wierzbička, K. Karus-Wysocka, Polski Przewodnik Paleo, Wyd. Publicat, Poznań, s. 41.
7. J-P Chaput, Sleep patterns, diet quality and energy balance, *Physiology & Behavior*, July 2014, p. 86-91.
8. King's College London, Sleeping for longer leads to a healthier diet, <https://www.kcl.ac.uk/newsevents/news/newsrecords/2018/01-january/sleeping-for-longer-leads-to-a-healthier-diet.aspx> (dostęp: 21.01.2019)
9. N. Sakamoto, A. Nanri, T. Kochi, H. Tsuruoka, NM. Pham, I. Kabe, S. Atsuda, T. Mizoue, Bedtime and sleep duration in relation to depressive symptoms among Japanese workers, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24162148> (dostęp: 21.01.2019)
10. M. Hysing, AG. Harvey, SJ. Linton, KG. Askeland, B. Sivertsen, Sleep and academic performance in later adolescence: results from a large population-based study, Jan 2016, *Journal of Sleep Research*
11. R. Spector, Timing of stress-hormone pulses controls weight gain, *Stanford Medicine News Cell Metabolism*, <https://chemsysbio.stanford.edu/announcements/timing-of-stress-hormone-pulses-controls-weight-gain/> (dostęp: 21.01.2019)
12. J. Breeze, Can Stress Cause Weight Gain?, <https://www.webmd.com/diet/features/stress-weight-gain#1> (dostęp: 21.01.2019)
13. K. Scott, S. Melhorn, R. Sakai, Effects of Chronic Social Stress on Obesity, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3428710/> (dostęp: 22.01.2019)
14. Ministerstwo Sportu i Turystyki, Zbioreczny Raport Realizacyjny, GfK Polonia Sp. Z o.o., Grudzień 2015
15. A. Sandiu, Weight loss breakthrough: Sunlight is key, <https://www.medicalnewstoday.com/articles/320592.php> (dostęp: 23.01.2019)

PRZECHOWYWANIE I UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Informacja odnośnie uregulowań prawnych dotyczących przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności praktyki pielęgniarskiej/położniczej

KANCELARIA  DUDKIEWICZ
Radca Prawny Paweł Dudkiewicz

Informacja odnośnie uregulowań prawnych dotyczących przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności praktyki pielęgniarskiej/położniczej

1. Kwestie ogólne.

Kwestie dotyczące przechowywania dokumentacji medycznej po zaprzestaniu działalności praktyki pielęgniarskiej/położniczej (tj. wszelkich rodzajów praktyk indywidualnych bądź grupowych) jest regulowana przede wszystkim w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 30a). Regulacja ta ma charakter ogólny, tj. reguluje te kwestie jednolicie dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych.

Kwestie te w odniesieniu do praktyk pielęgniarskich/położniczych są dodatkowo przedmiotem regulacji wydanego na podstawie art. 31 ust. 1 ww. w ustawy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Wynika z niego m.in. (§ 60 ust. 2 i § 61 ust. 2), że w przypadku pielęgniarek/położnych wykonujących indywidualną praktykę, także specjalistyczną, wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, dokonują one wpisów w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej prowadzonej przez podmiot leczniczy. Oznacza to, że w takiej sytuacji pielęgniarka/położna nie prowadzi własnej dokumentacji. Kwestie analizowane w niniejszej informacji nie dotyczą zatem praktyk wykonywanych wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

2. Przejęcie dokumentacji przez podmiot, który przejął zadania praktyki.

Kwestia przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku, gdy inny podmiot przejął zadania praktyki, która zakończyła działalność jest uregulowana w sposób odrębny. W takiej sytuacji, dokumentację medyczną przejmuje po prostu podmiot, który przejął zadania praktyki (art. 30a ust. 2). Nie zachodzi zatem w takiej sytuacji konieczność przekazania dokumentacji do jakiegoś podmiotu trzeciego.

Sytuacja przejęcia zadań praktyki kończącej działalność może w szczególności nastąpić w przypadku sprzedaży przedsiębiorstwa – praktyki. Czynność taka nie jest uregulowana odrębnie w przepisach dotyczących działalności leczniczej, jednakże jest dopuszczalna na zasadach ogólnych (sprzedaż przedsiębiorstwa) i spotykana w praktyce.

Rozwiązanie to może też, należy założyć, znaleźć zastosowanie w sytuacji, gdy pielęgniarka/położna prowadząca praktykę współpracuje ściśle z podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych, ale nie w formie praktyki wykonywanej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, lecz w formie „zwykłej” praktyki.

3. Przechowywanie dokumentacji medycznej w sytuacji zakończenia działalności praktyki z powodów innych niż śmierć osoby prowadzącej praktykę.

3.1 Obowiązki pielęgniarki/położnej.

W sytuacji zakończenia działalności praktyki z powodów innych niż śmierć osoby prowadzącej praktykę, jeżeli nie zachodzi opisana wyżej sytuacja przejęcia zadań praktyki, za przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiada podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, z którym podmiot zaprzestający wykonywania działalności leczniczej zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej (art. 30a ust. 3 pkt 2).

W ocenie sporządzającego niniejszą informację, pojawia się tu wątpliwość czy powyższy przepis należy rozumieć w ten sposób, że osoba kończąca działalność praktyki musi zawrzeć umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej wyłącznie z jakimś innym podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych. A jeżeli tak, czy rzeczywiście taka była intencja ustawodawcy.

Wątpliwość taka jest uzasadniona w świetle treści art. 30a ust. 10, który przewiduje, że w przypadku, gdy podmiotem odpowiedzialnym za przechowywanie dokumentacji medycznej jest okręgowa izba pielęgniarek i położnych (o tym poniżej w pkt 4), jako administrator danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej, może ona zawrzeć umowę o przetwarzanie danych osobowych z podmiotem zewnętrznym. Nie jest przy tym powiedziane, że tym podmiotem musi być podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. W efekcie zatem ustawa dopuszcza, że dokumentacja medyczna może w takiej sytuacji trafić do podmiotu innego niż podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

Inna kwestia, że ten przepis odsyła do ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r., która w związku z wejściem w życie przepisów RODO obowiązuje obecnie jedynie w bardzo wąsko określonym zakresie, który nie dotyczy danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej. Być może jest to niedopatrzenie ustawodawcy, jednakże można założyć, że okręgowa izba pielęgniarek i położnych, zamiast przechowywać we własnym zakresie dokumentację medyczną praktyki pielęgniarskiej/położniczej, może zawrzeć stosowną umowę z podmiotem wyspecjalizowanym w przechowywaniu dokumentacji.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych skierowała w tej kwestii pytanie w ramach prenumeraty programu LEX i autor odpowiedzi potwierdza konieczność ścisłego interpretowania analizowanych przepisów. Oznacza to, że jeżeli nie zachodzi przypadek przejęcia praktyki przez inny podmiot, pielęgniarka/położna powinna zawrzeć umowę na przechowywanie dokumentacji medycznej z innym podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych. Treść tej odpowiedzi stanowi załącznik do niniejszej informacji. Odpowiedź ta jest też już „podpięta” pod art. 30a w programie LEX.

3.2 Rola okręgowej rady pielęgniarek i położnych.

Ustawa reguluje ponadto sytuację, gdy w związku z wykreśleniem praktyki pielęgniarskiej/położniczej z rejestru nie zostaną podane dane podmiotu, z którym zawarto umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej. Czyli w praktyce najczęściej sytuacji, w której pielęgniarka/położna nie zawarła w ogóle takiej umowy i siłą rzeczy nie podaje danych takiego podmiotu.

Zgodnie z art. 30a ust. 4-6, w sytuacjach, gdy wpis praktyki do rejestru podlega wykreśleniu (art. 108 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej), okręgowa rada prowadząca rejestr praktyk wzywa pielęgniarkę/położną do wskazania, w wyznaczonym terminie, nazwy (firmy) i adresu podmiotu, z którym zawarła umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej. W razie bezskutecznego upływu tego terminu, okręgowa rada określa sposób postępowania z dokumentacją medyczną, na koszt pielęgniarki/położnej, której praktyka podlega wykreśleniu. Do należności z tytułu kosztów z tym związanych stosuje się przepisy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Ustawa nie zawiera dalszych przepisów precyzujących te kwestie. Nie można zatem wykluczyć, że okręgowa rada zdecyduje o przechowywaniu dokumentacji przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych (oczywiście na koszt pielęgniarki/położnej). Przy czy ustawa nie przewiduje też przymusowego odebrania dokumentacji medycznej w sytuacji, gdy pielęgniarka/położna nie zastosuje się do decyzji okręgowej rady w kwestii sposobu postępowania z dokumentacją.

Należy zauważyć, że analizowana regulacja dotyczy wszystkich sytuacji, w których wpis do rejestru praktyk podlega wykreśleniu, nie zaś tylko, gdy to pielęgniarka/położna złoży o to wniosek. Przykładowo zatem, jeżeli wydano prawomocne orzeczenie zakazujące wykonywania działalności leczniczej, czy też niezastosowano się do zaleceń pokontrolnych. Art. 108 ust. 2a ustawy o działalności leczniczej przewiduje zaś wyraźnie, że we wszystkich sytuacjach oprócz złożenia wniosku, wykreślenie z rejestru następuje z urzędu, czyli niejako przymusowo. Należy zatem zakładać, że w takiej sytuacji pielęgniarka/położna często może nie dopełniać obowiązku podpisania umowy na przechowywanie dokumentacji medycznej i poinformowania o tym okręgowej rady. Ta zaś, tak czy inaczej, musi z urzędu dokonać wykreślenia praktyki (uchwałą wydaną w trybie k.p.a.) w sytuacji, w której zajdą do tego podstawy.

Odrębnie należałoby przeanalizować przypadek wykreślenia praktyki na skutek złożenia wniosku przez pielęgniarkę/położną. Dla takich sytuacji należy rozważyć, czy brak podania przez pielęgniarkę/położną danych podmiotu, z którym zawarła umowę na przechowywanie dokumentacji medycznej stanowi brak wniosku o wykreślenie, którego niezpełnienie skutkuje nierozpoznaniem wniosku i tym samym braku podjęcia przez okręgową radę uchwały o wykreśleniu z rejestru. W ocenie sporządzającego niniejszą informację, analizowane przepisy ustawy o prawach pacjenta [...] i ustawy o działalności leczniczej nie dają tu jednoznacznej odpowiedzi.

Nie są tu też pomocne przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. W § 76 ust. 2 tego rozporządzenia wskazane jest bowiem, że w przypadkach wykreślenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (praktyki) z innych przyczyn niż wykreślenie na wniosek (oraz z powodu uzyskania informacji o zgonie), organ prowadzący rejestr wzywa ten podmiot do wskazania miejsca przechowywania dokumentacji w wyznaczonym terminie, a po jego bezskutecznym upływie wskazuje miejsce przechowywania dokumentacji. Nie ma tam natomiast powiedziane nic o sytuacji, gdy wykreślenie podmiotu (praktyki) następuje na wniosek.

4. Przechowywanie dokumentacji medycznej przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych w sytuacji śmierci osoby prowadzącej praktykę.

W sytuacji śmierci pielęgniarki/położnej prowadzącej praktykę, w kontekście przechowywania dokumentacji medycznej rola samorządu zawodowego jest kluczowa. Zgodnie bowiem z art. 30 ust. 3 lit. c, w sytuacji, gdy nie dochodzi do przejęcia zadań praktyki przez inny podmiot, za przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej odpowiada właściwa okręgowa izba pielęgniarek i położnych.

Obowiązek ten okręgowa izba może realizować samodzielnie, tj. przechowywać dokumentację we własnym zakresie, albo, jak było wskazywane w pkt 3.1 niniejszej informacji, za pomocą podmiotu zewnętrznego (archiwum).

Ustawa nie precyzuje kto jest odpowiedzialny za to, żeby w takiej sytuacji dokumentacja medyczna trafiła do okręgowej izby. Nie jest w szczególności przewidziane, że okręgowa izba ma obowiązek aktywnie poszukiwać dokumentacji. W ocenie sporządzającego niniejszą informację, jako że okręgowa rada jest organem kontrolnym praktyk pielęgniarских/położniczych, w sytuacji dowiedzenia się przez okręgową radę o śmierci osoby prowadzącej praktykę, okręgowa izba winna co najmniej podjąć próbę ustalenia gdzie dokumentacja się znajduje w oparciu o posiadane dane rejestrowe i przejęcia dokumentacji, jeżeli będzie się tam znajdować.

Należy też zaznaczyć, że zgodnie z art. 91 ust. 1 pkt 9 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, okręgowe izby otrzymywać mają z budżetu państwa środki finansowe (czyli w ramach dotacji na zadania przejęte od administracji państwowej dotacja) na przechowywanie dokumentacji medycznej praktyk zmarłych pielęgniarek/położnych.

Warszawa, dnia 3 września 2018 r.

Radca prawny



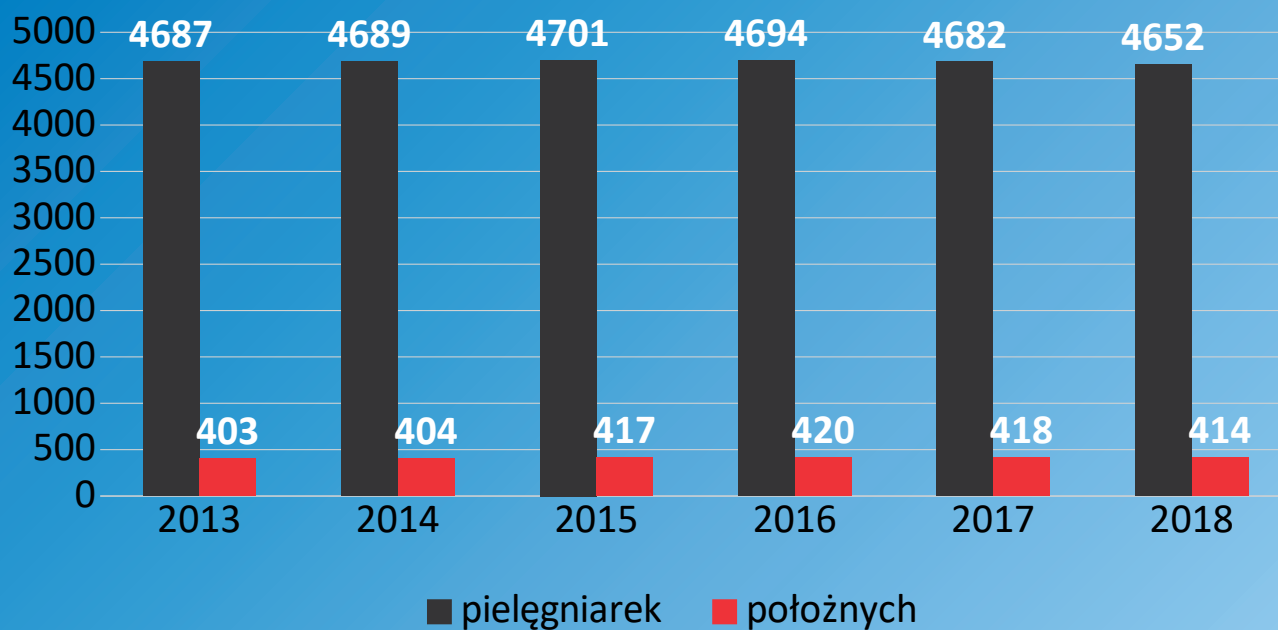
Paweł Dudkiewicz

Aktualne dane statystyczne dotyczące zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych

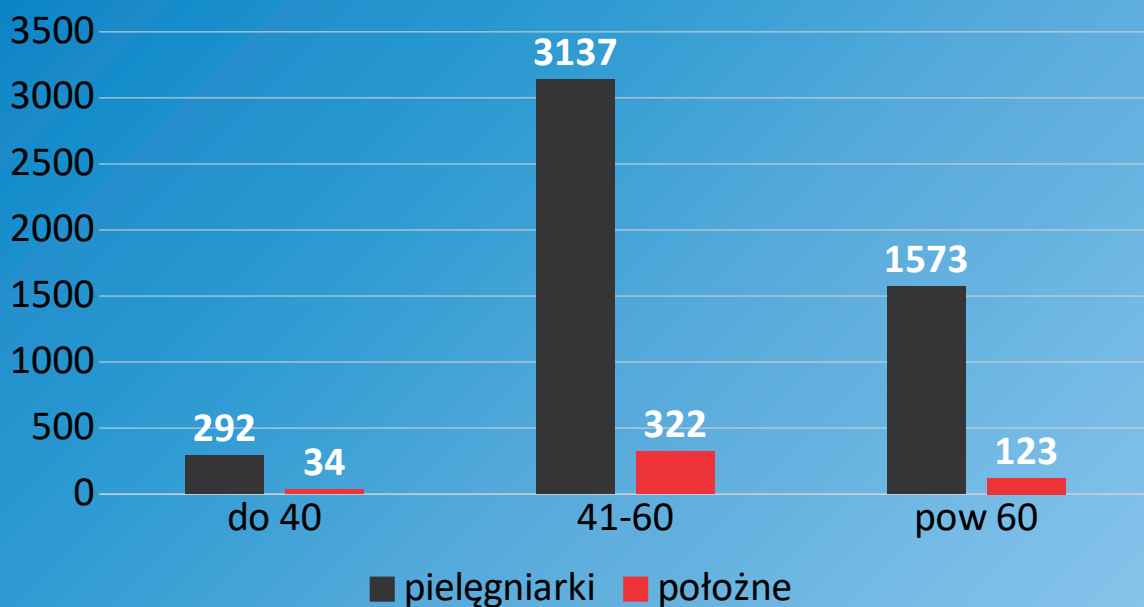
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu

stan na dzień 31 grudnia 2018 r.

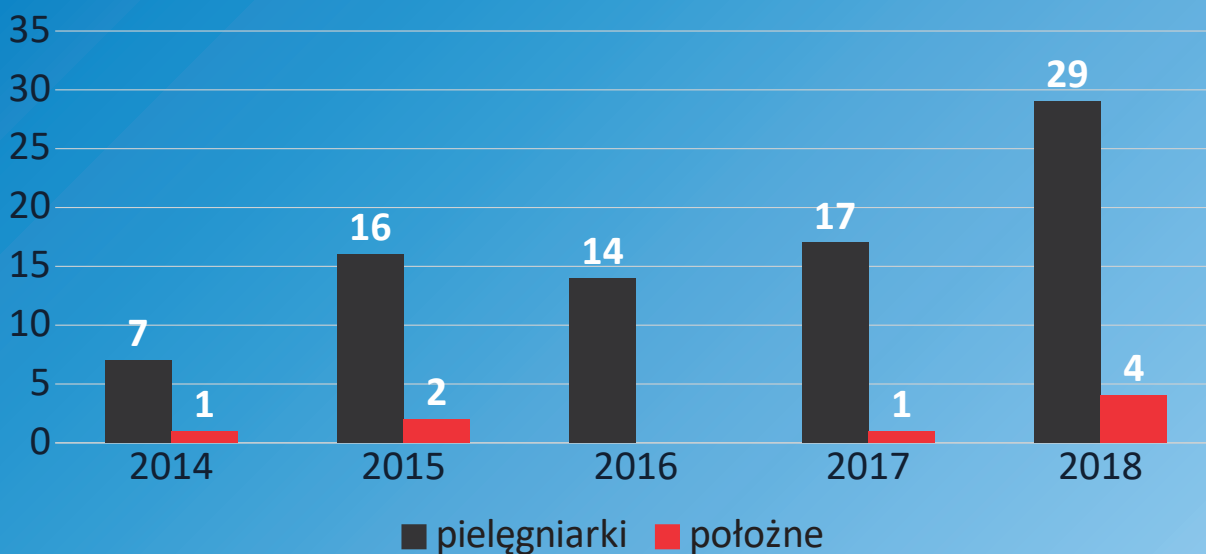
Liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych w latach 2013-2018



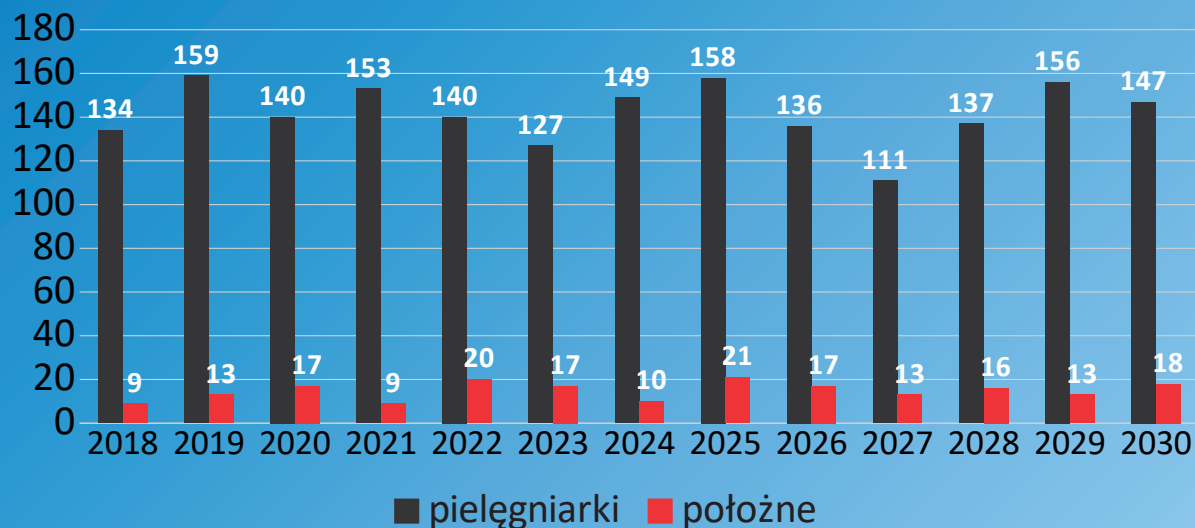
Struktura wiekowa średnia wieku pielęgniarek – 54,6 położnych- 54,2



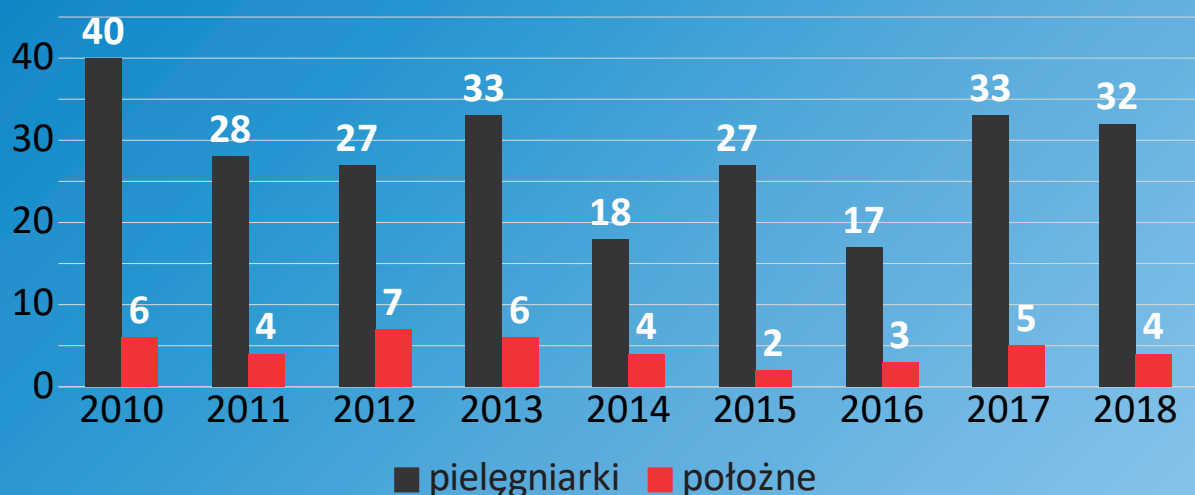
Liczba zgonów pielęgniarek i położnych w latach 2014-2018



Liczba pielęgniarek i położnych, które w okresie 2018-2030 uzyskają uprawnienia do emerytury



Liczba stwierdzonych praw wykonywania zawodu w latach 2010-2018



Liczba wydanych zaświadczeń na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych w okresie 2010-2018



Liczba pielęgniarek i położnych posiadających kształcenie podyplomowe

Liczba pielęgniarek i położnych posiadających:

- specjalizacje 801
- kursy kwalifikacyjne 2 861

W związku z licznymi zapytaniami dotyczącymi wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przypominam –

KOLEŻANKO, KOLEGO

Zapytaj swojego pracodawcę, posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czy zgłosił do Dolnośląskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia liczbę etatów / równoważnika etatu pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1–3 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Art. 19.1 Pielęgniarki i położne mogą wykonywać zawód:

- 1) W ramach umowy o pracę
- 2) W ramach stosunku służbowego
- 3) Na podstawie umowy cywilnoprawnej

Jest to warunek otrzymania środków na wzrost wynagrodzenia na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 roku w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1681)

§ 2. 1. W terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przekazuje do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, z 2017 r. poz. 1809 oraz z 2018 r. poz. 1373), informację, według stanu na dzień 1 sierpnia 2018 r., o liczbie pielęgniarek i położnych, wykonujących, u tego świadczeniodawcy, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1–3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.3)), oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia oraz w podziale na formę wykonywania zawodu, o której mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1–3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

2. Informację określoną w ust. 1 świadczeniodawca, z wyłączeniem świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa



opieka zdrowotna, w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, sporządza:

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

CO TO OZNACZENIA W PRAKTYCE

Każdą nowozatrudnioną pielęgniarkę i położną po 1 sierpnia 2018 r. pracodawca winien wykazać w terminach jw. do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.



Fundacja Pracy i Ochrony Zdrowia ALMACH

ul. Kulińska 2
87-800 Włocławek

tel. 601 256 845

KRS: 0000154303

REGON: 911327517

NIP: 888-27-47-997

Konto bankowe fundacji: 70 9557 1032 0000 2424 2000 0001

biuro@fundacja-almach.org.pl

www.fundacja-almach.org.pl

Zostań Aniołem Hospicjum



POMÓŻ UKOIĆ BÓL

Wałbrzyskie Hospicjum Podaruj nam



KRS 0000047710

POMÓŻ MI W WALCE Z CUKRZYCĄ typu 1



przeznacz



Numer KRS 0000163346

Cel szczegółowy 1%
KAROL JASIŃSKI

Diabełki!



FUNDACJA DLA DZIECI Z CUKRZYCĄ



POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZEC OSÓB Z UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM KOŁO W ŚWIDNICY

organizacja pożytku publicznego

ul. K. Słobódzkiego 28, 58-105 Świdnica

tel./fax 74 850 13 88

NIP: 884 27 10 137

*Pomóż nam rozwinąć skrzydła
dzieciom niepełnosprawnym*

Przeznacz nam Twój 1% podatku
to 100 % serca

KRS 0000 350036

www.psouu.swidnica.pl

e-mail: zk.swidnica@psouu.org.pl





**OKRĘGOWA IZBA
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
w Wałbrzychu**

**ETYKA
PIEŁĘGNIARKI 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

