



# BIULETYN

## INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

5 /2019  
WAŁBRZYCH  
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA  
PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH  
W WAŁBRZYCHU

## SPIS TREŚCI

- 1 ◆ SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY
- 2 ◆ SAMODZIELNOŚĆ ZAWODU PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ  
– OPINIA
- 4 ◆ UMOWA CYWILNOPRAWNA Z WŁASNYM PRACOWNIKIEM  
– OPINIA
- 5 ◆ PŁATNY URLOP SZKOLENIOWY DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
– OPINIA
- 8 ◆ KOMUNIKATY CKPPIP
- 11 ◆ KOMUNIKAT MINISTERSTWA ZDROWIA  
– REKRUTACJA NA STUDIA II STOPNIA
- 13 ◆ STYPENDIA DLA STUDENTÓW III ROKU STUDIÓW  
NA KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO.
- 15 ◆ PISMO PODSEKRETARZA STANU – MINISTERSTWO ZDROWIA  
DO PREZES NRPIP
- 22 ◆ STANOWISKO W SPRAWIE POWOŁANIA WSPÓLNYCH ZESPOŁÓW  
KONTROLNYCH
- 26 ◆ OPINIA ZESPOŁU KONSULTANTÓW W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA  
PEDIATRYCZNEGO
- 29 ◆ STANOWISKO NR 30 PREZYDIUM NRPIP
- 30 ◆ VIII KONFERENCJA „JESIENNE SPOTKANIA Z AUTORYTETEM”
- 39 ◆ JAK ŚWIĘTOWAĆ BEZ ZBĘDNYCH KILOGRAMÓW
- 44 ◆ POŻEGNANIE

## KONSULTACJI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

**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. Rudolfa Weigla 5, 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. Hirsfelda 12, 53–413 Wrocław, tel.: 71 368 92 60,  
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, tel.: 26 166 02 07, 608 309 310,  
email: naczelnia.pielgniarka@4wsk.pl

**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,  
tel.: 71 722 29 48, 603 852 669, email: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

**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: iwona.pilarczykwroblewska@umed.wroc.pl

**PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO** – mgr JERZY TWARDAK  
Zakład Chorób Układu Nerwowego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet  
Medyczny we Wrocławiu, ul. Bartła 5, 56-618 Wrocław  
tel. 668 193 147, e-mail: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

**OKRĘGOWA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

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 §  
mgr Dorota Pakuła  
Radca Prawny  
mgr Michał Krajcarz

**Dyżur 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

**Dyżury 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@terenywenty.pl



## *Szanowne Koleżanki i Koledzy*

Niech nadchodzące Święta Bożego Narodzenia  
będą czasem spędzonym bez pośpiechu i trosk życia codziennego.  
Niech każda chwila upłynie w spokoju, spędzona w gronie najbliższych i przyjaciół.  
Życzę Świąt niosących nadzieję na jeszcze lepszy Nowy 2020 Rok.

*W imieniu własnym  
oraz Okręgowej Rady Pielęgniarek  
i Położnych w Wałbrzychu  
Maria Pałeczka  
Przewodnicząca ORPiP*





## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPIP-OIE.060.185.2019

Warszawa, 22 listopada 2019 r.

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

Szanowna Pani Przewodnicząca,

W związku z pismem otrzymanym w dniu 7 listopada 2019 r. (znak: OIPIP.B.VII.1774.2019) w odniesieniu do kwestii zatrudniania pielęgniarek i położnych u lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską należy wskazać, iż zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2019 r. poz. 576 ze zm.) zawód pielęgniarki i zawód położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi. Pielęgniarka i położna ma prawo do samodzielnego wykonywania zawodu w szczególności do realizacji określonych świadczeń zdrowotnych w granicach posiadanych kompetencji zawodowych zarówno w podmiocie leczniczym, jak i poza nim - w ramach indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki. Należy również podzielić pogląd doktryny wyrażony w komentarzu do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, w którym to autor wskazał, że cyt.....”*Zasada samodzielności łączy się z prawnym obowiązkiem osobistego wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, czyli podejmowania i prowadzenia w sposób osobisty (indywidualny) działań medycznych ukierunkowanych na organizm pacjenta, odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, na podstawie kwalifikacji i umiejętności zdobytych w wyniku kształcenia i nabytych uprawnień. Ponadto udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach zawodu pielęgniarki i położnej ma zawsze charakter adresowany, indywidualny, co wynika ze szczególnego zaufania łączącego pielęgniarkę lub położną z pacjentem.*<sup>1</sup>

W świetle powyższego wobec osobistego i samodzielnego wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej oraz zakresu wykonywanych świadczeń zdrowotnych nie jest możliwe przyjęcie, iż pielęgniarka lub położna wykonuje czynności pomocnicze wobec lekarza lub lekarza dentystry, który prowadzi indywidualną lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską/dentystyczną. To na takie czynności wskazuje natomiast art 53 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 537 ze zm.).

<sup>1</sup> Wojciech Lis, Monika Sadowska Komentarz do art. 20 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej dostępny w serwisie informacji prawnej LEX

W opinii NRPiP przepis ten nie dotyczy pielęgniarki, ponieważ wykonuje ona samodzielnie inny zawód medyczny, a świadczenia zdrowotne które wykonuje nie są czynnościami pomocniczymi dla lekarza czy lekarza dentystry. Czynnościami pomocniczymi w opinii NRPiP mogą być czynności o charakterze administracyjnym czy też czynności w zakresie rejestracji wykonywane przez rejestratorkę czy asystentkę ale nie działania obejmujące udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Należy jednocześnie zaznaczyć, iż powyższe stanowisko odnośnie charakteru czynności pomocniczych jest aktualne również na gruncie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej w odniesieniu do zatrudniania innych osób przez pielęgniarki i położne prowadzące indywidualne praktyki. Ustawa ta w art. 20 przewiduje bowiem, iż pielęgniarka lub położna wykonująca indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę może zatrudniać osoby niebędące pielęgniarkami lub położnymi do wykonywania czynności pomocniczych (współpracy). Jest to zatem analogiczna regulacja prawna do istniejącej w art. 53 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Na gruncie ww. zapisu ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej w komentarzu do tej ustawy został wyrażony pogląd doktryny podzielany przez NRPiP przewidujący, iż cyt. *"Konsekwencją osobistego wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej jest zakaz zatrudniania przez pielęgniarkę i położną wykonującą zawód w ramach praktyki zawodowej innej pielęgniarki lub położnej (art. 20 u.z.p.p.). Jednakże samodzielne i osobiste wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej nie wyłącza pomocy osób, które będą im podporządkowane jako przedsiębiorcy, przy czym warunkiem jest zatrudnianie tych osób do wykonywania czynności pomocniczych, ograniczających się wyłącznie do wspomaganie pracy pielęgniarki i położnej, czyli np. czynności administracyjnych, prac porządkowych, czyli w innym zakresie niż udzielanie świadczeń zdrowotnych".*<sup>2</sup>

Reasumując z uwagi na powyższe lekarz lub lekarz dentysta nie powinien zatrudniać pielęgniarki w indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyce z uwagi na to, iż nie wykonuje ona czynności pomocniczych wobec lekarza lub lekarza dentystry. Tym samym zawód pielęgniarki nie jest objęty dyspozycją przepisu art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Analogiczne stanowisko dotyczy zawodu położnej.

Z poważaniem

Wiceprezes NRPiP



Mariola Łodzińska

<sup>2</sup>Wojciech Lis, Monika Sadowska Komentarz do art. 20 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej dostępny w serwisie informacji prawnej LEX



## NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPIP-OIE.060.186.2019

Warszawa, 27 listopada 2019 r.

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

*Szanowne Pani Przewodnicząco*

W nawiązaniu do pisma otrzymanego w dniu 7 listopada 2019 r. (znak: OIPIP.B.VII.1774.2019) odnośnie kwestii zatrudniania przez pracodawcę pracownika na podstawie umowy cywilnoprawnej w opinii Pani prof. Doroty Karkowskiej trudno odnieść się do kwestii „obchodzenia godzin nadliczbowych” i braku reakcji Państwowej Inspekcji Pracy, z uwagi na brak znajomości umów zawartych przez strony. Poniżej przekazuję uwagi ogólne Pani Profesor.

Umowa zlecenia lub inna umowa o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, zawarta przez podmiot leczniczy lub jego jednostkę organizacyjną z własnym pracownikiem, stwarza domniemanie zawarcia umowy o pracę w sferze ubezpieczenia społecznego, co powoduje rozszerzenie ochrony z tytułu ubezpieczeń społecznych. W związku z powyższym zawarcie umowy cywilnoprawnej z własnym pracownikiem skutkuje obowiązkiem odprowadzenia składek na ubezpieczenie społeczne od sumy uzyskanych z tego tytułu przychodów. Jeśli zaś umowa została zawarta nie z własnym pracodawcą, ale w ramach takiej umowy wykonywana jest praca na rzecz pracodawcy, z którym osoba wykonująca umowę pozostaje w stosunku pracy, należy zgłosić taką osobę do ubezpieczenia społecznego i w następstwie tego odprowadzić także składki na ubezpieczenia na takich samych zasadach jak w przypadku umowy o pracę (art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczenia społecznego, dalej: u.s.u.s.). W związku z tym osoba taka podlega obowiązkowi zgłoszenia do wymienionych ubezpieczeń społecznych. Obowiązek ten obciąża płatnika składek (art. 36 ust. 1 i 2 u.s.u.s.).

Z punktu widzenia ochronnej funkcji prawa pracy chodzi o zapobieganie i przeciwdziałanie przypadkom obchodzenia przepisów prawa pracy przez pracodawców, którzy unikając obowiązku płacenia składek np. za godziny nadliczbowe, pomniejszają przyszłe świadczenia otrzymywane przez pracownika. Zasadniczym celem regulacji jest wyeliminowanie sytuacji, gdy pracownik na podstawie stosunku zlecenia i stosunku pracy wykonuje na rzecz pracodawcy te same czynności.

*Mariola Łodzińska*  
Mariola Łodzińska

*[Podpis]*

Wiceprezes NRPIP

# URLOP SZKOLENIOWY

Ustawa z dnia 4 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarce i położnej  
(Dz. U. z dnia 8 sierpnia 2019 r. poz. 1490)

Zmiana z dniem: 23 sierpnia 2019 r.

## Po art. 61 dodaje się art. 61a w brzmieniu:

Art. 61 a

1. Pielęgniarka i położna podnoszącej kwalifikacje zawodowe w formach innych niż określone w art. 66 ust. 1 przysługuje, na jej wniosek i za zgodą pracodawcy, urlop szkoleniowy w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie, płatny według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy.

2. Wymiar urlopu szkoleniowego dla pielęgniarce i położnej, o której mowa w ust. 1, jest ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania poszczególnych form podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

3. Pielęgniarka i położna ma obowiązek niezwłocznie przedstawić pracodawcy dokument poświadczający jej udział w formach podnoszenia kwalifikacji zawodowych innych niż określone w art. 66 ust. 1.4. Urlop szkoleniowy w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie, płatny według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy, przysługuje również pielęgniarce i położnej, która zamierza odbyć kształcenie podyplomowe bez skierowania, o którym mowa w art. 61 ust. 3, na podstawie umowy zawartej z organizatorem kształcenia. Przepisy ust.

1–3 stosuje się odpowiednio.



# OPINIA

## PŁATNY URLOP SZKOLENIOWY DLA PIEŁĘGNIAREK, POŁOŻNYCH

Uwagi dotyczą do art. 61a ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 576 ze zm., dalej zwana u.z.p.p.

### 1. UWAGI OGÓLNE

Generalnie kodeks pracy nie stanowi o obowiązku podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez każdego pracownika. Inaczej jest w przypadku zawodów medycznych, w tym zawodów pielęgniarki i położnej, ponieważ obowiązek podnoszenia przez te osoby kwalifikacji zawodowych wynika z przepisów poza kodeksem pracy, które są częścią prawa pracy. Zgodnie z art. 61 ust. 1 u.z.p.p. każda pielęgniarka czy położna ma ustawowy obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Tym samym obowiązek podnoszenia kwalifikacji zawodowych powstanie po stronie pracownika pielęgniarki lub położnej, który ustawowo jest zobowiązana do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi i umiejętnościami (art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Ponadto, posiadanie przez pielęgniarkę lub położną określonych kwalifikacji zawodowych jest warunkiem sumiennego i starannego wykonywania umówionej pracy. Obowiązek wykonywania pracy w sposób sumienny i staranny należy do katalogu podstawowych obowiązków pracownika wynikających z art. 100 §1 k.p.

### 2. WPROWADZENIE NOWEJ REGULACJI PRAWA PRACY, POZA KODEKSEM PRACY

Wychodząc na przeciw postulatowi środowisk pielęgniarek i położnych, zawarto porozumienie pomiędzy Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych a Ministrem Zdrowia w celu urzeczywistnienia możliwości realizacji obowiązku kształcenia podyplomowego o którym mowa w art. 61 ust. 1 u.z.p.p. w zw. z art. 61a ust. 4 u.z.p.p. i wprowadzono poza kodeksem pracy uregulowanie szczególne płatny urlop szkoleniowy dla pielęgniarek i położnych w wyraźnie wskazanych okolicznościach.

Zgodnie z art. 61 a. u.z.p.p.:

1. *Pielęgniarka i położnej podnoszącej kwalifikacje zawodowe w formach innych niż określone w art. 66 ust. 1 przysługuje, na jej wniosek i za zgodą pracodawcy, **urlop szkoleniowy w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie, płatny według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy.*** 2. *Wymiar urlopu szkoleniowego dla pielęgniarki i położnej, o której mowa w ust. 1, jest ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania poszczególnych form podno-*

*szenia kwalifikacji zawodowych.* 3. *Pielęgniarka i położna ma obowiązek niezwłocznie przedstawić pracodawcy dokument poświadczający jej udział w formach podnoszenia kwalifikacji zawodowych innych niż określone w art. 66 ust. 1*

4. **Urlop szkoleniowy w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie, płatny według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy, przysługuje również pielęgniarkie i położnej, która zamierza odbyć kształcenie podyplomowe bez skierowania, o którym mowa w art. 61 ust. 3, na podstawie umowy zawartej z organizatorem kształcenia.**

*Przepisy ust. 1–3 stosuje się odpowiednio.”*

Z kolei przepis art. 61 ust. 3 u.z.p.p. stanowi: *Pielęgniarka i położna zatrudniona na podstawie umowy o pracę odbywając kształcenie podyplomowe na swój wniosek, na podstawie wydanego przez pracodawcę skierowania do organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, zwanego dalej „organizatorem kształcenia.*

Zgodnie z art. 61 a ust. 4 u.z.p.p. – każda pielęgniarka lub położna w okresie kształcenia podyplomowego bez skierowania pracodawcy ma prawo do płatnego urlopu szkoleniowego w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie. Jak wynika już z literalnego brzmienia analizowanego przepisu ustawodawca w zakresie prawa do skorzystania z płatnego urlopu szkoleniowego stara się łagodzić różną sytuację prawną pomiędzy pielęgniarkami lub położnymi zatrudnionymi na podstawie umowy o pracę, a odbywającymi kształcenie na podstawie skierowania i za zgodą pracodawcy, a tymi, które wypełniają ustawowy obowiązek kształcenia podyplomowego bez takiego skierowania.

Różnica sprowadza się do tego, że obecnie mamy dwie różne podstawy prawne udzielania przez pracodawcę płatnego urlopu szkoleniowego. Dla osób ze skierowaniem pracodawcy są to regulacje kodeksu prawa pracy (art. 1031 art. 1036 kp.), a dla osób bez skierowania pracodawcy – uregulowanie poza kodeksem prawa pracy-zawarte w komentowanym artykule.

### 3. PRZESŁANKI SKORZYSTANIA Z PŁATNEGO URLOPU SZKOLENIOWEGO PRZEZ PIEŁĘGNIARKĘ I POŁOŻNĄ, KTÓRA ZAMIERZA ODBYĆ KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE BEZ SKIEROWANIA

1. Pielęgniarka lub położna jest zatrudniona na podstawie umowy o pracę.

2. Pielęgniarka lub położna zawiera umowę z organizatorem kształcenia w zamiarze odbycia kształcenia podyplomowego.

3. Kształcenie podyplomowe, o których mowa w art. 61a ust. 4 u.z.p.p. w zw. z art. 66 u.z.p.p. to: 1) szkolenie specja-



lizacyjne, zwane dalej „specjalizacją”; 2) kurs kwalifikacyjny; 3) kurs specjalistyczny; 4) kurs dokształcający.

4. Pielęgniarka lub położna nie posiada skierowania pracodawcy na kształcenie podyplomowe, bez względu na przyczynę np. odmowa przez pracodawcę czy przejście do innego pracodawcy.

5. Wniosek pracownika. Udzielenie urlopu szkoleniowego wymaga odpowiedniego wniosku pracownika złożonego w dowolnej formie. W analizowanym przypadku pielęgniarka lub położna ma obowiązek niezwłocznie przedstawić pracodawcy dokument poświadczający jej udział w kształceniu podyplomowym poprzez przedstawienie dokumentu, jakim jest umowa zawarta z organizatorem kształcenia.

6. Zgoda pracodawcy. Z treści art. 61a ust. 4 u.z.p.p. w zw. z odpowiednim stosowaniem ust. 1–3 art. 61a u.z.p.p. wynika, że skorzystanie przez pracownika z urlopu szkoleniowego jest uzależnione od jego udzielenia przez pracodawcę. W rezultacie dopiero od momentu wyrażenia zgody o udzieleniu urlopu szkoleniowego w uzgodnionym przez strony terminie pracownik może skorzystać z przysługującego mu świadczenia. Pracownik, który samodzielnie „udzielił” sobie urlopu szkoleniowego i nie stawi się do pracy w uzgodnionym terminie, naraża się na odpowiedzialność porządkową, uregulowaną w art. 108 i n. k.p. za nieprzestrzeganie przyjętego sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy. W takiej sytuacji pracodawca może skorzystać także z instytucji natychmiastowego rozwiązania stosunku pracy w trybie art. 52 §1 pkt 1 k.p.

7. Forma zgody. Ustawa nie rozstrzyga, w jakiej formie powinna być podjęta decyzja o udzieleniu płatnego urlopu szkoleniowego, w rezultacie zgodnie z art. 60 k.c. w zw. z art. 300 k.p. udzielenie tego urlopu może nastąpić w każdej formie pod warunkiem, że zamiar taki wynika w sposób dostatecznie zrozumiały z zachowania pracodawcy.

#### 4. CZY PRACODAWCA MA OBOWIĄZEK UDZIELIĆ ZGODY NA PŁATNY URLOP SZKOLENIOWY O KTÓRYM MOWA W ART. 61A UST. 4 U.Z.P.P.?

Zgodnie z art. 17 i 94 pkt 6 k.p. *Pracodawca jest obowiązany ułatwić pracownikom podnoszenie kwalifikacji zawodowych*. Z ogólnego zwrotu „ułatwianie podnoszenia kwalifikacji zawodowych” wynika, że obowiązkiem pracodawcy jest jedynie stwarzanie warunków umożliwiających podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez pracowników. Należy **przez to rozumieć nieodmawianie bez uzasadnionych przyczyn** pracownikowi udziału w wybranej przez nie go formie szkolenia zawodowego, a także tworzenie pozytywnej atmosfery wobec uczących się pracowników.

Z literalnego brzmienia art. 61a ust. 4 w zw. z ust. 1–3 art. 61a u.z.p.p. pracodawca samodzielnie podejmuje decyzję w przedmiocie udzielenia pracownikowi zwolnienia od pracy. Z tym jednak, iż z punktu widzenia wykładni celowościowej i systemowej *samodzielna decyzja* pracodawcy nie oznacza *samowolnej i niczym nie ograniczonej decyzji* pracodawcy. Pracodawca ma obowiązek sprzyjać staraniom pracownika w tym zakresie, zgodnie z powszechnie akceptowanym rozumieniem zwrotu „ułatwiać”, występującym na gruncie powo-

łanych przepisów, a świetle analizowanego art. 61a u.z.p.p. ułatwienie pracownikom pielęgniarkom i położnym **podnoszenia kwalifikacji nabiera szczególnego znaczenia**. **Przyjęcie, iż zgoda pracodawcy sprowadza się tylko do swobodnej decyzji, niczym nie ograniczonej czyniłaby ustawowy zapis art. 61a ust. 4 martwym przepisem i świadczyłoby to o barku racjonalności po stronie ustawodawcy.**

Zasadniczą funkcją prawa pracy jest ochrona pracownika przed ekonomicznie i socjalnie silniejszą pozycją pracodawcy, ale równocześnie nie można jednak pominąć jego funkcji organizacyjnej, mającej gwarantować prawidłowy i niezakłócony przebieg procesu pracy oraz wysoką efektywność pracy. Dlatego dostrzegając rysującą się na tym tle konieczność wyważenia interesów obu stron stosunku pracy, należy, moim zdaniem, przyjąć, że pracodawca jest obowiązany sprzyjać staraniom pracownika pielęgniarki czy położnej przez udzielenie prawa do płatnego urlopu szkoleniowego o którym mowa w art. 61a ust. 4 u.z.p.p. Należy podkreślić, iż pielęgniarka czy położna która decyduje się na podnoszenie swoich kwalifikacji zawodowych realizuje swój obowiązek pracowniczy (art. 61 u.z.p.p. w zw. z art. 12 ust. 1 i art. 11 ust. 1 u.z.p.p. oraz art. 100 kp §1 kp.) i działa na rzecz dobra zakładu pracy (art. 100 kp §2 pkt. 4 kp.).

Tym bardziej, jeżeli kształcenie podyplomowe jest zgodne z rodzajem wykonywanej pracy na danym stanowisku pracy.

**Instytucja płatnego urlopu szkoleniowego ma charakter szczególny i celowy**, względem dotychczasowego stanu prawnego. Dlatego decyzja **odmowna powinna być podejmowana w sytuacjach absolutnie wyjątkowych**, gdy nieobecność pracownika w pracy spowodowałaby istotne zakłócenia toku pracy czy naraziłaby pracodawcę na znaczną szkodę majątkową. Należy podkreślić, że odmiennie niż przy urlopie wypoczynkowym, nie udzielanie pracownikowi płatnego urlopu szkoleniowego w terminie niezbędnym na przystąpienie do egzaminów w rzeczywistości pozbawi go prawa do tego świadczenia, ze względu na brak możliwości wykorzystania go w terminie późniejszym.

#### 5. WNIOSEK

Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że w świetle art. 61a ust. 4 u.z.p.p. w zw. z art. 61 ust. 3 u.z.p.p. realizacja obowiązku ułatwiania podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wyrażenie zgody na płatny urlop szkoleniowy nie jest przedmiotem nieograniczonego, swobodnego uznania pracodawcy, gdyż podlega weryfikacji z punktu widzenia obiektywnych okoliczności. Analizowany przepis jest przepisem ustawowym, częścią prawa pracy, wyrażonym jak wiele przepisów poza kodeksem prawa pracy.

Wyrażenie zgody, przyznanie pracownikowi dodatkowych świadczeń w trybie art. 61a u.z.p.p., powinno uwzględniać także wymagania wynikające z zasady równości i niedyskryminacji pracowników.

dr hab. Dorota Karkowska, prof. nadzw. UŁ, radca prawny



## CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

**Komunikat z dnia 28 stycznia 2019 r.  
w sprawie prowadzenia kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych  
metodą e-learningu**

W związku z licznymi zapytaniami dotyczącym realizacji kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych metodą e-learningu, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych informuje, że kształcenie podyplomowe w ramach szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych prowadzone jest na podstawie programów kształcenia zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia. Zapisy odnoszące się do stosowanych metod i środków dydaktycznych, metod sprawdzania efektów kształcenia, warunków zaliczenia, jak również rodzaju i liczby godzin dydaktycznych wymagających bezpośredniego udziału prowadzącego zajęcia nie przewidują metody e-learningu.

Beata Guzak  
Dyrektor  
Centrum Kształcenia  
Podyplomowego  
Pielęgniarek i Położnych

Jacek Chojnacki  
Radca Prawny



## CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### **Komunikat z dnia 18 października 2018 r. w sprawie Elektronicznych Kart Kształcenia uczestników szkoleń specjalizacyjnych**

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych zwraca się do wszystkich uczestników szkoleń specjalizacyjnych, którzy rozpoczęli kształcenie począwszy od dnia 1 lipca 2017 r., tj.: za pośrednictwem Systemu SMK, **o sprawdzenie, czy jako uczestnik specjalizacji posiadacie Państwo wygenerowaną przez organizatora, Elektroniczną Kartę Kształcenia (EKK).**

Centrum przypomina, że zgodnie z § 10 ust.1 pkt 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. poz.1761), jednym z warunków ubiegania się o zakwalifikowanie do egzaminu państwowego jest złożenie wniosku (za pośrednictwem Systemu SMK), do którego należy dołączyć **EKK**.

**W związku z powyższym brak EKK uniemożliwi pielęgniarce, położnej złożenie wniosku o zakwalifikowanie do egzaminu państwowego, a tym samym przystąpienie do egzaminu państwowego.**

Beata Szlendak  
Zastępca Dyrektora  
Centrum Kształcenia Podyplomowego  
Pielęgniarek i Położnych

Jacek Chojnacki  
Radca Prawny



## CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

**Komunikat z dnia 22.07.2019r.**

### **w sprawie weryfikacji danych osobowych oraz numeru PWZ w SMK**

W związku z procedowaniem wniosków o dopuszczenie do egzaminu państwowego złożonych za pomocą SMK, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych obserwuje dużą różnorodność w zakresie wpisywania danych osobowych, w tym: imienia i nazwiska oraz Numeru Prawa Wykonywania Zawodu. Prawidłowe zapisanie ww. danych w SMK jest istotne z uwagi na fakt, że zostaną zamieszczone na dyplomie uzyskania tytułu specjalisty.

W związku z powyższym Centrum zwraca się z prośbą o weryfikację danych w profilu użytkownika. W tym celu, należy zalogować się do SMK, wybrać kafelek – „Mój Profil” i po użyciu przycisku „Edytuj” dokonać zmian w danych osobowych tj. w polu - imię, drugie imię i nazwisko. Każda dana zawarta w ww. polach powinna zaczynać się wielką literą, a kolejne małymi literami. W przypadku nieposiadania drugiego imienia należy zostawić puste pole, a w sytuacji posiadania nazwiska dwuczłonowego należy zarówno pierwszy człon jak również drugi napisać z wielkiej litery lub zgodnie z dokumentem tożsamości.

W celu dokonania weryfikacji numeru PWZ należy zalogować się do SMK, wybrać kafelek – „Wniosek o modyfikację uprawnień”, a następnie kafelek – „Nowy wniosek o modyfikację uprawnień”. Po wybraniu tej funkcji należy prawidłowo wpisać numer PWZ, który powinien zawierać ciąg 7 cyfr zakończonych wielką literą P (dla pielęgniarki) lub wielką literą A (dla położnej). Dokonane zmiany należy zapisać i przesłać do właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych, celem weryfikacji uprawnień.

Dokonanie powyższych aktualizacji zniweluje pojawiające się nieprawidłowości w zakresie danych osobowych i numeru PWZ.

Centrum nie ponosi odpowiedzialności za błędnie wypełnione pola w profilu użytkownika.

dr n. med. Beata Guzak  
Dyrektor  
Centrum Kształcenia Podyplomowego  
Pielęgniarek i Położnych

# KOMUNIKAT MINISTERSTWA ZDROWIA



## Komunikat w sprawie planowanego prowadzenia przez uczelnie rekrutacji na studia drugiego stopnia na kierunku położnictwo dla osób które ukończyły studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo oraz rekrutacji na studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo dla osób które ukończyły studia pierwszego stopnia na kierunku położnictwo

W związku z informacją powziętą przez Departament Pielęgniarek i Położnych w sprawie planowanego prowadzenia przez uczelnie rekrutacji na studia drugiego stopnia na kierunku położnictwo dla osób które ukończyły studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, Departament Pielęgniarek i Położnych informuje, że kształcenie w zawodzie pielęgniarki i w zawodzie położnej realizowane jest w systemie szkolnictwa wyższego na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668, z późn. zm.) i ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 576, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych do tych ustaw.

Szczegółowe standardy kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo – ogólne i szczegółowe efekty uczenia się oraz minimalną liczbę godzin zajęć określa rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1573). Zgodnie z ww. standardami kształcenia studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo oraz kierunku położnictwo trwają nie krócej niż 6 semestrów, liczba godzin zajęć w tym praktyk zawodowych nie może być mniejsza niż 4720 (liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 180). Natomiast studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo oraz kierunku położnictwo są studiami uzupełniającymi kwalifikacje w danym zawodzie. Studia trwają nie krócej niż 4 semestry, liczba godzin zajęć w tym praktyk zawodowych nie może być mniejsza niż 1300 (liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 120).

Zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi. W związku z powyższym nie jest możliwe, aby osoby, które ukończyły studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo kształciły się na studiach drugiego stopnia na kierunku położnictwo i po ukończeniu studiów drugiego stopnia na kierunku położnictwo wystąpiły do okręgowej izby pielęgniarek i położnych o wydanie prawa wykonywania zawodu położnej. Ukończe-

nie studiów drugiego stopnia na kierunku położnictwo przez osoby, które ukończyły studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo nie uprawnia tych osób do otrzymania prawa wykonywania zawodu położnej, ponieważ nie ukończyły one pełnego cyklu kształcenia w zawodzie położnej, określonego w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Jednocześnie nie jest możliwe, aby osoby, które ukończyły studia pierwszego stopnia na kierunku położnictwo kształciły się na studiach drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i po ukończeniu studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo wystąpiły do okręgowej izby pielęgniarek i położnych o wydanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki. Ukończenie studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo przez osoby, które ukończyły studia pierwszego stopnia na kierunku na kierunku położnictwo nie uprawnia tych osób do otrzymania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, ponieważ nie ukończyły one pełnego cyklu kształcenia w zawodzie pielęgniarki, określonego w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

### O ZAWODACH PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

**Pielęgniarka i położna uzyskuje kwalifikacje zawodowe** po ukończeniu szkoły (uczelni) kształcącej na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo. Kształcenie w tych zawodach odbywa się na poziomie studiów pierwszego stopnia i studiów drugiego stopnia.

Kto może wykonywać zawód pielęgniarki i położnej  
Zawód pielęgniarki i położnej może wykonywać osoba, która:

- ma **świadcstwo lub dyplom**:
  - ukończenia polskiej szkoły kształcącej w zawodzie pielęgniarki lub położnej,
  - uzyskany w innym państwie, które nie jest członkiem Unii Europejskiej. Dokumenty te muszą zostać **uznane w Polsce**, a także **spełniać wymogi kształcenia** określone w prawie Unii Europejskiej,
- ma pełną zdolność do czynności prawnych,
- nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zawodu,

- wykazuje nienaganną postawę etyczną.

Wykonywanie zawodów pielęgniarki i położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej.

#### OBOWIĄZKI PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarka i położna mają obowiązek:

- wykonywać zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej,
- udzielić pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowia,
- wykonywać zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej,
- poinformować pacjenta o jego prawach,
- poinformować pacjenta (lub jego przedstawiciela albo osobę wskazaną przez pacjenta) o jego stanie zdrowia, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i połogu,
- zachować w tajemnicy informacje dotyczące pacjenta,
- prowadzić i udostępniać dokumentację medyczną.

#### SAMORZĄD ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych reprezentuje osoby, które wykonują te zawody.

Do jego zadań należy m.in.:

- dbanie o należyte wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej,
- ustalenie zasad etyki i standardów zawodowych,
- prowadzenie postępowań z zakresu odpowiedzialności zawodowej.

Samorząd wykonuje swoje zadania w sposób niezależny i podlega tylko przepisom prawa. Przynależność aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych do samorządu jest obowiązkowa.

Jednostkami organizacyjnymi samorządu są:

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych  
Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych

#### ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA

Odpowiedzialność zawodowa jest to odpowiedzialność za przewinienie, które miało związek z wykonywaniem zawodu. Może do niego dojść np. przez naruszanie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu.

#### Kodeks etyki zawodowej

Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej zawiera zasady, zgodnie z którymi powinna ona postępować, a za naruszenie których ponosi konsekwencje.

Pielęgniarka lub położna może zostać pociągnięta do odpowiedzialności zawodowej, jeśli naruszy obowiązek:

- udzielenia pomocy medycznej,
- respektowania praw pacjenta,
- prowadzenia dokumentacji medycznej.

O odpowiedzialności zawodowej orzekają autonomiczne sądy pielęgniarek i położnych.

#### OŚRODKI INFORMACYJNO-EDUKACYJNE PROWADZONE PRZEZ OKRĘGOWE IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Jednym z zadań samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych jest informowanie na temat:

- uznawania kwalifikacji zawodowych,
- uregulowań prawnych dotyczących ochrony zdrowia,
- zasad wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- ubezpieczeń społecznych oraz zasad etyki zawodowej.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych może tworzyć w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia ośrodki informacyjno-edukacyjne.

#### PODSTAWA PRAWNA

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej [Dz. U. 2019 poz. 576](#)

Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych [Dz. U. 2018 poz. 916](#)

#### POLITYKA WIELOLETNIA PAŃSTWA NA RZECZ PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA W POLSCE

(z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w roku 2018)

„Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce” kompleksowo określa kierunki działań Ministerstwa Zdrowia jakie należy podjąć, aby zapewnić wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostęp do opieki pielęgniarskiej dla pacjentów. Chodzi w szczególności o zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych, powstrzymanie emigracji zarobkowej, zmotywowanie absolwentów do podejmowania pracy w zawodzie oraz utrzymanie na rynku pracy pielęgniarek i położnych, w tym nabywających uprawnienia emerytalne.

Głównym celem przyjętego przez rząd dokumentu jest:

- zwiększenie liczby studentów oraz poprawa jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo;
- zmiany w systemie kształcenia podyplomowego;
- poprawa warunków pracy pielęgniarek i położnych;
- wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej zawodu wspomagającego pracę pielęgniarek w bezpośredniej opiece nad pacjentem.
- określenie ról i kompetencji pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia
- określenie faktycznej liczby pielęgniarek i liczby położnych w systemie ochrony zdrowia, wraz z określeniem docelowych wskaźników na 1 tys. mieszkańców;
- wypracowanie przepisów dotyczących liczby oraz kwalifikacji pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia gwarantowane w poszczególnych zakresach świadczeń;
- wypracowanie mechanizmów motywujących podmioty lecznicze, posiadające umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, do określenia minimalnych norm zatrudniania;
- rozwój badań naukowych w pielęgniarstwie.

Środki finansowe przewidziane na realizację planowanych działań będą pochodzić z budżetu państwa, Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych (w 2019 r.), Funduszu Pracy (w 2020 r.), środków innych jednostek sektora finansów publicznych oraz środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej

# STYPENDIA DLA STUDENTÓW III ROKU STUDIÓW NA KIERUNKU PIELEGNIARSTWO



Zarząd Województwa Dolnośląskiego na podstawie uchwały ogłosił nabór wniosków przyznanie stypendiów dla studentów studiów pierwszego stopnia kształcących się na kierunku pielęgniarstwo.

Warunkiem ubiegania się o stypendium jest złożenie prawidłowo wypełnionego kompletnego wniosku o przyznanie stypendium przez studenta, który spełnia kryteria określone w „Zasadach udzielania stypendiów dla studentów studiów pierwszego stopnia kształcących się na kierunku pielęgniarstwo”:

- 1) nie powtarza roku, na który ubiega się o przyznanie stypendium,
- 2) nie korzysta z urlopów określonych w regulaminie studiów w okresie, na który ubiega się o przyznanie stypendium,
- 3) uzyskał średnią ocen na poziomie co najmniej 4,2,
- 4) zobowiąże się do podjęcia pracy w podmiocie leczniczym wskazanym w wykazie załączonym do ogłoszenia o naborze wniosków, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Dolnośląskie, przez okres co najmniej 3 lat.

Wysokość stypendium dla każdego studenta wynosi 1 000 złotych brutto przez 9 miesięcy tj. od 1 października 2019 r. do 30 czerwca 2020 r.

Stypendium wypłacane jest ze środków budżetu Województwa Dolnośląskiego.

Komisja powołana przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego do oceny wniosków o przyznanie stypendiów studentom pierwszego stopnia kształcących się na kierunku pielęgniarstwo 23 października 2019 r. w składzie:

- Przedstawiciel Zarządu Województwa Przewodniczącego Komisji, Dyrektor Biura Marszałka, Departament Marszałka – Michał Rado;
- Przedstawiciel Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Rodziny Sejmiku Województwa Dolnośląskiego – Małgorzata Calińska-Mayer;



- Przedstawiciele Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Wiceprzewodniczący Komisji – Dominik Krzyżanowski oraz Sekretarz Komisji – Ludmiła Domagała;
- Przewodniczące Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych Województwa Dolnośląskiego: Anna Szafran – DOIPIP Wrocław; Elżbieta Stojewska-Poznańska – Jelenia Góra; Maria Pateczka – Wałbrzych;
- Dyrektorzy ds. Pielęgniarstwa/Naczelne Pielęgniarki podmiotów leczniczych, których podmiotem tworzącym jest Województwo Dolnośląskie – Naczelna Pielęgniarka Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu oraz Beata Łabowicz – Naczelna Pielęgniarka Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy;

dokonała oceny formalnej i merytorycznej wniosków, stosując kryteria zawarte w zasadach udzielania stypendiów dla studentów pierwszego stopnia kształcących się na kierunku pielęgniarstwo, będącym załącznikiem do Uchwały nr X/255/19 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 12 września 2019 r. (Dz. U. Woj. Dol. z 2019 r. poz. 5499).

Wnioski zostały złożone w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Dolnośląskiego w Departamencie Zdrowia oraz za pośrednictwem poczty w terminie od 9–18 października 2019 r.

Łącznie wpłynęło 19 wniosków. Komisja rozpatrzyła wszystkie wnioski. 17 wniosków oceniono pozytywnie, 2 oceniono negatywnie – nie spełniały wymogu średniej ocen. Po analizie całości materiału Komisja jednogłośnie zarekomendowała Zarządowi Województwa Dolnośląskiego przyznanie stypendiów 17 studentom pierwszego stopnia, kształcących się na kierunku pielęgniarstwo, przedstawionych na liście studentów rekomendowanych do stypendiów na okres 9 miesięcy tj. od 1 października 2019 r. do 30 czerwca 2020 r. Lista stanowi załącznik do projektu Uchwały.

Z listy 17 rekomendowanych do stypendiów studentów, aż 11 studentek w tym: 10 studentek z Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu, 1 studentka z Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku wybrały podmioty lecznicze Samorządu Województwa Dolnośląskiego z terenu działania OIPIP w Wałbrzychu:

1. Specjalistyczny Szpital im. dra. A. Sokołowskiego w Wałbrzychu – 7 studentów;
2. Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy w Wałbrzychu – 3 studentów;
3. Wojewódzkie Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim – 1 studentka.

Stypendium przyznawane jest ze środków budżetu Województwa Dolnośląskiego.





Minister Zdrowia

Warszawa, 22 października 2019

SZUZ.741.134.2019.KB

Pani  
Zofia Małas  
Prezes Naczelnej Rady  
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes!

W związku z zagadnieniami omawianymi podczas posiedzenia Krajowej Rady Pielęgniarek i Położnych w dniu 11 września br. na którym miałem przyjemność gościć, proszę przyjąć poniższe wyjaśnienia.

**1. Problem nieprzekazywania pieniędzy, które świadczeniodawcy otrzymali zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146), zwane dalej „rozporządzeniem OWU”, na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne na wynagrodzenia pielęgniarek w POZ (ze szczególnym uwzględnieniem Wielkopolski).**

Ministerstwo Zdrowia jest zdeterminowane prowadzić działania zmierzające do wyegzekwowania prawidłowej realizacji przez podmioty lecznicze, przepisów gwarantujących wypłatę podwyżek dla pielęgniarek i położnych. Przedmiotowe czynności zostały już podjęte w odniesieniu do szpitali i zatrudnionego tam personelu. W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej resort zamierza również wykonać analogiczne działania. Planuje się przeprowadzenie kilku kontroli w ww. jednostkach, których wyniki i zalecenia będą przekazane do Narodowego Funduszu Zdrowia, celem weryfikacji realizacji zaleceń w odniesieniu do wypłat wynagrodzeń. Wyniki przedmiotowych kontroli będą stanowiły wytyczną dla wszystkich jednostek POZ, w

zakresie prawidłowego przyznawania podwyżek. Będą także jasnym sygnałem, iż zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia zamierzają egzekwować obowiązek dokonywania ww. wypłat, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Dodatkowo Ministerstwo Zdrowia, we współpracy z Centralą NFZ poinstruuje oddziały Funduszu o konieczności bieżącego monitorowania problematycznej kwestii oraz bezzwłocznym działaniu w przypadku powzięcia informacji o nadużyciach w zakresie wypłaty wynagrodzeń.

**2. Postulat, aby pielęgniarki zatrudnione przez lekarzy POZ (tzw. pielęgniarki praktyki) były wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.**

Uprzejmie informuję, że obecnie Ministerstwo Zdrowia rozpoczyna prace legislacyjne mające na celu wprowadzenie porady pielęgniarskiej i porady położnej w POZ. Podczas prac nad tą zmianą analizie poddana zostanie również możliwość zmiany ww. rozporządzenia we wskazanym zakresie.

**3. Kwestia przekazania środków na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek zatrudnionych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych, w związku ze zgłoszeniem braku podwyżek w tych stacjach w województwie lubelskim.**

Uprzejmie informuję, że Departament Pielęgniarek i Położnych przy piśmie z dnia 8 maja 2019 r. znak PPWA.024.23.2019.MF przekazał Pani Prezes zebrane przez Ministerstwo Zdrowia informacje o wysokości środków przekazywanych na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych w latach 2015-2018. Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia zwróciło się do Dyrektora Wydziału Zdrowia Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie o przekazanie informacji dotyczących podwyżek wynagrodzeń dla pielęgniarek będących realizacją Porozumienia.

**4. Powiatowe stacje sanitarno – epidemiologiczne nie otrzymują lub nie chcą otrzymywać pieniędzy na podwyżki dla zatrudnionych w stacjach pielęgniarek, ponieważ nie chcą różnicować sytuacji zatrudnionych w nich pracowników.**

Porozumienie zawarte w dniu 9 lipca 2018 r. pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, a Prezesem NFZ i Ministrem Zdrowia w § 1 pkt 13 wskazuje, że Minister Zdrowia zgodnie

z dotychczasową praktyką zapewni wzrost wynagrodzeń również dla pielęgniarek zatrudnionych w wojewódzkich i powiatowych stacjach sanitarno - epidemiologicznych. Należy przypomnieć, że porozumienie zawarte w dniu 23 września 2015 r. pomiędzy OZZPiP i NRPiP, a Prezesem NFZ i Ministrem Zdrowia dotyczy jedynie pośrednio m.in. pielęgniarek i położnych zatrudnionych w jednostkach podległych i nadzorowanych przez Ministra Zdrowia. Wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno – epidemiologiczne są jednostkami finansowanymi z budżetu państwa i podlegają wojewodzie, dlatego też w 2015 roku Minister Zdrowia informował wszystkich wojewodów, jakie działania należy podjąć w celu uruchomienia dodatkowych środków finansowych na podwyżki dla pielęgniarek pracujących w wojewódzkich i powiatowych stacjach sanitarno – epidemiologicznych. W wyniku powyższych działań wojewodowie przekazali środki na podwyżki dla pielęgniarek zatrudnionych w tych jednostkach.

Jednocześnie należy wskazać, że decyzja o przyznaniu podwyżek w powyższym zakresie nie jest jednak obligatoryjna, a wynika z decyzji dyrektora stacji sanitarno - epidemiologicznej.

Zasady wykonywania zawodu pielęgniarki określa ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 576, z późn. zm.). Zgodnie z art. 4 ww. ustawy za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważa się również zatrudnienie w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia, stąd też pielęgniarki zatrudnione w wojewódzkich i powiatowych stacjach sanitarno – epidemiologicznych, bez względu na rodzaj zajmowanego stanowiska, mogą zostać objęte podwyżkami. Jednakże, biorąc pod uwagę zakres realizowanych przez pielęgniarki zadań oraz ich charakter, ostateczna decyzja w przedmiotowej kwestii powinna podlegać ocenie kierownika jednostki, który odpowiada za prawidłową organizację i realizację zadań, podobnie jak ma to miejsce w podmiotach leczniczych.

Należy też nadmienić, że w ustawie budżetowej na 2019 r. również zostały zabezpieczone środki pozwalające na zwiększenie wynagrodzeń pielęgniarek zatrudnionych w wojewódzkich i powiatowych stacjach sanitarno – epidemiologicznych o kolejne 400 zł (IV transza).

##### **5. Postulat ujednoczenia postępowania PIP w kierunku zgodnym z działaniem izby świętokrzyskiej Państwowej Inspekcji Pracy.**

Ministerstwo Zdrowia zobowiązuje się do podjęcia rozmowy z Państwową Inspekcją Pracy, w celu ujednoczenia stanowiska w sprawie prawidłowości wypłaty wynagrodzeń.

Koniecznym wydaje się doprecyzowanie zasad kontroli i nadzoru w powyższym zakresie pomiędzy Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Państwową Inspekcją Pracy.

#### **6. Problemy związane z obchodzeniem przez szpitale przepisów tzw. „rozporządzeń koszykowych” dotyczących norm liczby pielęgniarek na poszczególnych oddziałach.**

Uregulowania prawne w zakresie ilości pielęgniarek na poszczególnych oddziałach w obecnym brzmieniu są rozwiązaniem nowym. Obecnie Ministerstwo Zdrowia przygląda się realizacji przyjętych wytycznych. Jednocześnie odnotowuje sygnały środowisk pielęgniarskich o próbach obchodzenia przepisów przez podmioty lecznicze, zwłaszcza poprzez niewykazywanie realnej liczby łóżek na oddziałach. Resort zamierza przeprowadzić analizę zgłoszonych przypadków, w tym również konsultacje ze związkami zawodowymi pielęgniarek oraz Narodowym Funduszem Zdrowia, po których podejmie kroki w przedmiotowej sprawie.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż Narodowy Fundusz Zdrowia do tej pory przeprowadził już kilka kontroli w zakresie dotyczącym sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia.

Ponadto, na podstawie sygnałów zgłaszanych przez środowisko pielęgniarek i położnych, dotyczących nieprawidłowości w zakresie spełniania norm wskaźnikowych przez świadczeniodawców, kontrole przeprowadzają również konsultanci krajowi w dziedzinie pielęgniarstwa, działający na zlecenie Ministra Zdrowia.

Przykładem może być kontrola w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie przeprowadzona w marcu 2019 r. m.in. w zakresie ustalenia minimalnych norm pielęgniarek i położnych. W ramach przeprowadzonej kontroli zostały wydane wnioski i zalecenia, zgodnie z którymi świadczeniodawca przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w szpitalu powinien kierować się rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2017r. poz. 2295, z późn. zm.). Dyrektor szpitala ma poinformować Ministra Zdrowia o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych do dnia 28 września br.

#### **7. Problem pielęgniarek zatrudnionych w jednostkach systemu ratownictwa medycznego u podwykonawcy – osoby te otrzymują wzrost wynagrodzenia na**

**podstawie OWU jak ratownicy (pielęgniarki systemu), a nie na zasadach obejmujących wszystkie pielęgniarki.**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 poz. 1681) nie obejmuje pielęgniarek wykonujących zawód u tzw. podwykonawców, w tym również pielęgniarek udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zespołach ratownictwa medycznego będących podwykonawcami.

Należy wyjaśnić, że na mocy powyższego rozporządzenia oraz 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 późn. zm.) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1628) wzrostem średniego wynagrodzenia zostały objęte te pielęgniarki i położne, które mogą wykazać tzw. bezpośrednie powiązanie z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej między świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia - wykonują 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 2019 r. poz. 576, z późn. zm.) i realizują świadczenia u tego świadczeniodawcy, a także pielęgniarki i położne prowadzące działalność w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki, jak i specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego. Dlatego pielęgniarki i położne zatrudnione lub świadczące usługi w ramach innych umów, nie są objęte wzrostem wynagrodzeń w ramach ww. przepisów przedmiotowych rozporządzeń, gdyż wykonują zawód i świadczą usługi na rzecz podmiotu, który nie jest bezpośrednio powiązany finansowaniem objętym w ramach zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Powyższe regulacje wynikają z realizacji porozumień zawartych w dniu 23 września 2015 r. oraz z dnia 9 lipca 2018 r. między Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, a Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia.

Natomiast pielęgniarki systemu wykonujące zawód w zespołach ratownictwa medycznego u podwykonawców w pozaszpitalnym sektorze systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, otrzymują podwyżki przyznane na mocy porozumień zawartych w dniach 18 lipca 2017 r. i 24 września 2018 r. pomiędzy Ministrem Zdrowia a Komitetem

Protestacyjnym Ratownikom Medycznych oraz Sekcją Krajową Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ Solidarność.

Podwyżki te uregulowane są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 34). Zgodnie z § 3 przedmiotowego rozporządzenia świadczeniodawca oraz podwykonawca, są obowiązani przeznaczyć środki otrzymane w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne oraz ratownictwo medyczne, w taki sposób, aby zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia, w tym składki na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Emerytur Pomostowych, dla osób o których mowa w § 2 ust. 1, w tym również dla pielęgniarek systemu wykonujących zawód w zespole ratownictwa medycznego u podwykonawcy, w przeliczeniu na jeden etat albo równoważnik etatu w wysokości 1200 zł za okres od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r. Przedmiotowe rozporządzenie zostało znowelizowane w zakresie przedłużenia do dnia 31 marca 2020 r. obowiązujących przepisów regulujących tryb przekazywania przez świadczeniodawców informacji dotyczących liczby osób objętych podwyżkami na podstawie przedmiotowego rozporządzenia oraz obowiązujących zasad wypłacania dodatkowych środków na wzrost wynagrodzeń.

Jednocześnie uprzejmie wyjaśniam, iż w 2019 r. Departament Pielęgniarek i Położnych prowadził korespondencję z Zarządem Województwa Pomorskiego w sprawie nierównego traktowania pielęgniarek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wykonujących zawód u podwykonawcy.

Wniosek Zarządu Województwa Pomorskiego o pilne dokonanie stosownych zmian w rozporządzeniu w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tak by zachowana była zasada równości pomiędzy pracownikami bez względu na sposób organizacji systemu ratownictwo medyczne w danym województwie, będzie poddany wnikliwej analizie pod kątem zasadności przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia.

#### **8. Problem dotyczący norm pielęgniarek określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.**

Uprzejmie informuję, iż na skutek głosów środowiska przedstawicieli świadczeniodawców realizujących świadczenia w warunkach dziennych leczenia uzależnień, w dniu 25 lipca br. w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie dotyczące

kwestii norm pielęgniarskich w oddziałach stacjonarnych i dziennych w palcówkach innych niż szpitalne, m.in. z udziałem przedstawicieli środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, na którym została podjęta decyzja o potrzebie przeprowadzenia dodatkowych analiz celem wprowadzenia ewentualnych modyfikacji przepisów ww. rozporządzenia.

W przedmiotowym spotkaniu dotyczącym zmiany norm pielęgniarskich w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, uczestniczyli przedstawiciele NRPiP, OZZPiP oraz Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Podmiotów Leczenia Uzależnień. Zarówno OZZPiP jak i NIPiP zaakceptowały zmiany odnośnie norm zatrudniania:

- w dziennych ośrodkach terapii uzależnienia od alkoholu i w dziennych oddziałach leczenia uzależnień: skreślenie obowiązku zatrudnienia pielęgniarek (w rozporządzeniu jest 4,5 etatu)

- w całodobowych i stacjonarnych oddziałach leczenia uzależnień, oddziałach leczenia uzależniania od alkoholu: wprowadzenie zapisu: pielęgniarki – równoważnik jednego etatu przeliczeniowego przy zapewnieniu całodobowej opieki pielęgniarskiej. Uzgodnione zmiany dotyczyły świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia uzależnień w ośrodkach innych niż szpitale.

Uprzejmie informuję, że w Ministerstwie Zdrowia trwa obecnie analiza przekazywanych od świadczeniodawców informacji, odnośnie braku możliwości spełnienia zawartych w rozporządzeniu wszystkich norm.

Z poważaniem  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Janusz Cieszyński  
Podsekretarz Stanu

*/dokument podpisany elektronicznie/*



## NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DS.015.217.2019.MG

Warszawa, dnia 21 października 2019 r.

**Pani/n  
Przewodnicząca/y  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i  
Położnych**

*Stanowmi Państwo*

W dniu 7 października 2019 roku Prezydium NRPiP i OZZPiP podjęły wspólne stanowisko w sprawie - powołania na poziomie województw wspólnych Zespołów Kontrolnych w zakresie prawidłowej realizacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 roku zmieniające rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2018r. poz. 2012 ze zm.).

Powodem do wspólnych działań w tym zakresie były informacje z kraju o nieprzestrzeganiu przez świadczeniodawców norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w lecznictwie szpitalnym.

W załączeniu przekazujemy podjęte Stanowisko oraz korespondencję kierowaną do Ministra Zdrowia:

- Stanowisko w sprawie powołania na poziomie województw wspólnych Zespołów Kontrolnych w zakresie prawidłowej realizacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 roku zmieniające rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2018r. poz. 2012 ze zm.).
- pismo do Ministra Zdrowia z prośbą o powołanie na poziomie województw wspólnych Zespołów Kontrolnych.

Ponadto zwracam się do Państwa z prośbą o zaangażowanie się w prace w/w Zespołów na poziomie województwa z chwilą wystąpienia wojewody na wniosek Ministra Zdrowia o udział przedstawicieli Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych w Zespołach Kontrolnych.

*Z wyrazami szacunku*

Prezes NRPiP

*Zofia Małas*

Zofia Małas





Naczelna Izba  
Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, dnia 21.10.2019 r.

**Pan**

**Łukasz Szumowski**

**Minister Zdrowia**

**00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15**

*Szanowny Panie Ministrze*

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o przeprowadzenie kontroli przez wojewodów podmiotów leczniczych mających status świadczeniodawców w zakresie zgodności wykonywania działalności z przepisami określającymi normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych i współudział w czynnościach kontrolnych, Zespołów Kontrolnych w skład których będą wchodzić przedstawiciele samorządu pielęgniarek i położnych oraz przedstawiciele związków zawodowych pielęgniarek i położnych poszczególnych województw.

Nasza prośba jest podyktowana ogromnym niepokojem w związku z nieustannym otrzymywaniem informacji o nieprzestrzeganiu przez świadczeniodawców norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Uważamy, iż zachodzą okoliczności ekstraordynaryjne stanowiące podstawę do podjęcie wspólnych działań w celu ustalenia rzeczywistego stanu faktycznego co do podniesionego problemu.

Dlatego opierając się na § 2 ust. 2 Porozumienia z dnia 9 lipca 2018 r, stanowiącym dokument zobowiązujący do współpracy władzy publicznej i przedstawicieli środowiska pielęgniarek i położnych na rzecz podnoszenia jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych - wyrażamy gotowość do aktywnego udziału w przeprowadzeniu czynności kontrolnych. W tym celu Prezydium Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek

i Położnych i Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zawarły porozumienie o wspólnym powołaniu na poziomie województw wspólnych Zespołów Kontrolnych, działających w celu monitorowania spełniania norm zatrudniania pielęgniarek i położnych przez poszczególnych świadczeniodawców w lecznictwie szpitalnym.

Bezpośrednie zaangażowanie takich Zespołów Kontrolnych pozwoli na szybką weryfikację rzeczywistego stanu faktycznego i istotnie usprawni przeprowadzenie kontroli.

Przewodnicząca  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego  
Pielęgniarek i Położnych  
*K. Piłok*  
Krystyna Piłok

Prezes NRPiP  
*Z. Małas*  
Zofia Małas

Otrzymują : 1/ Adresat  
2/ a/a





NACZELNA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

## STANOWISKO

Prezydium Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych  
i Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 7 października 2019 r.

**w sprawie powołania na poziomie województw wspólnych Zespołów Kontrolnych w zakresie prawidłowej realizacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2018 r. poz. 2012 ze zm.),**

1. Działając na podstawie Porozumienia z dnia 9 lipca 2018r. i dokumentu „Polityka wieloletnia Państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” Prezydium Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych i Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych postanawiają o powołaniu na poziomie województw wspólnych Zespołów Kontrolnych, działających w celu monitorowania spełniania norm zatrudniania pielęgniarek i położnych przez poszczególnych świadczeniodawców.
2. Powołanie Zespołów Kontrolnych pozwoli zapewnić w praktyce realizację przez samorząd zadań wynikających z ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych a w szczególności reprezentowanie i ochronę zawodów, natomiast związek zawodowy reprezentował będzie interesy środowiska zawodowego wynikające z przepisów prawa pracy. Wspólny cel ma doprowadzić do wyegzekwowania przestrzegania u świadczeniodawców obowiązujących norm zatrudnienia.
3. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych i Zarząd Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych przeprowadzą kampanie informacyjne uświadamiające społeczeństwo o zasadności (konieczności) przestrzegania przez podmioty lecznicze norm zatrudnienia dla prawidłowej opieki i bezpieczeństwa zdrowia pacjentów
4. Zebranie informacji przez Zespoły Kontrolne w terminie do trzech miesięcy, tak aby możliwe było przedstawienie wyników kontroli Ministrowi Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, Rzecznikowi Praw Pacjenta, organizacjom pacjentów, organom tworzącym, grupie zawodowej pielęgniarek i położnych i szeroko pojętej opinii publicznej celem podjęcia działań zmierzających do wyeliminowania nieprawidłowości w opiece nad pacjentem w lecznictwie szpitalnym.

Przewodnicząca  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego  
Pielęgniarek i Położnych  
*Kryszyna Piórk*  
Kryszyna Piórk

Prezes NRPiP  
*Zofia Małach*  
Zofia Małach

---

**KRAJOWY KONSULTANT  
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO**

**WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY**  
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18a, tel. 089. 539-34-55, fax. 533-77-01  
e-mail: piskorz@wssd.olsztyn.pl

---

L.dz. KKwDPP/51/2019

Olsztyn, 18.09.2019

**Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie  
Pielęgniarstwa Pediatrycznego**  
- wg rozdzielnika /wszyscy/

*Szanowna Pani Konsultant,*

W związku z wejściem w życie Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 roku, pojawiły się liczne zapytania zarówno z Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych jak i od pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania o sposobie pozyskiwania zgód na realizację profilaktycznej opieki zdrowotnej przez pielęgniarki. Posiłkując się zapisami w/w Ustawy oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ, przygotowałam wspólnie z zespołem konsultantów - Opinię zespołu konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego w sprawie uzyskiwania zgody przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, na udzielanie świadczeń w środowisku nauczania i wychowania z dnia 16 września 2019 roku.

Opinia w dniu dzisiejszym trafiła do Ministerstwa Zdrowia oraz Prezesa NRPiP z prośbą o upowszechnienie w Magazynie Pielęgniarek i Położnych oraz przekazanie Okręgowym Radom Pielęgniarek i Położnych.

Upierzejmie proszę o rozpowszechnienie i wykorzystanie opinii.

Z poważaniem

Dr n.med. Krystyna Piskorz-Ogórek

Konsultant Krajowy w Dziedzinie

Pielęgniarstwa Pediatrycznego



Signed by /  
Podpisano przez:

Krystyna Piskorz-  
Ogórek

Date / Data: 2019-  
09-18 08:05

**Opinia zespołu konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego w sprawie  
uzyskiwania zgody przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, na udzielanie świadczeń  
w środowisku nauczania i wychowania  
z dnia 16 września 2019 roku.**

W związku z licznymi zapytaniami i wątpliwościami dotyczącymi uzyskiwania zgody przez pielęgniarki i higienistki szkolne na udzielanie świadczeń w środowisku nauczania i wychowania oraz wejściem w życie Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 roku o opiece zdrowotnej nad uczniami, przedstawiamy poniższą opinię:

Rodzice lub pełnoletni uczniowie mają prawo wyrażenia sprzeciwu do realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej, sprawowanej przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania lub higienistkę szkolną. Sprzeciw ( a nie zgoda) musi być złożony pisemnie do świadczeniodawcy – czyli pielęgniarki lub higienistki szkolnej.

Rodzice, na pierwszym zebraniu rodziców w danym roku szkolnym oraz pełnoletni uczniowie na pierwszych zajęciach z wychowawcą, powinni zostać zapoznani z zakresem profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz o prawie do wyrażenia sprzeciwu złożonego pisemnie. Informację tę należy umieścić ponadto w miejscu ogólnie dostępnym w szkole.

Należy omówić zakres profilaktycznej opieki zdrowotnej realizowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, korzyści dla ucznia płynące z opieki profilaktycznej i straty dla dziecka w przypadku braku tej opieki.

Zakres profilaktyki obejmującej prawo do sprzeciwu, to:

1. Wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych odpowiednio do wieku/etapu edukacji – należy omówić jakie testy do wykrywania jakich zaburzeń w danej klasie będzie realizować pielęgniarka spośród testów do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego, układu ruchu, wzroku (ostrości, widzenia barwnego i zeza), zaburzeń słuchu, ciśnienia tętniczego, zaburzeń statyki ciała i wad wymowy.
2. Kierowanie postępowaniem poprzesiewowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów przesiewowych.
3. Czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi
4. Edukacja indywidualna w zakresie zdrowia jamy ustnej
5. Prowadzenie profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi

Z inną formą wyrażania zgody mamy do czynienia w przypadku sprawowania opieki przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania lub higienistkę szkolną, nad uczniami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi. W tym przypadku wymagana jest pisemna zgoda rodziców lub pełnoletnich uczniów przed objęciem ucznia opieką, czyli na początku roku szkolnego. Zakres tej opieki to - sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarских oraz wyłącznie na zlecenie lekarza i w porozumieniu z lekarzem POZ, na liście którego znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole. Na ten zakres wymagana jest zgoda rodziców lub pełnoletnich uczniów.

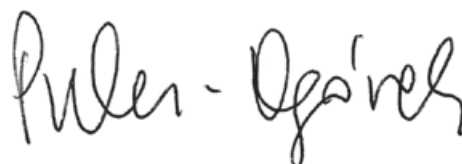
Również zgoda rodziców lub pełnoletnich uczniów wymagana jest na opiekę stomatologiczną, wyrażona pisemnie po uzyskaniu informacji i przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego – stomatologicznego.

Innymi świadczeniami pielęgniarki lub higienistki szkolnej w środowisku nauczania i wychowania, do których nie ma zastosowania sprzeciw na udzielanie profilaktycznej opieki, jak również wyrażona zgoda na opiekę nad uczniami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi, są: udzielanie pomocy w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc, doradztwo dyrektorowi szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole, udział w planowaniu, realizacji i ocenie programów edukacji zdrowotnej.

Konsultant wojewódzki  
w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego  
województwa dolnośląskiego  
mgr Dorota Milecka



Konsultant krajowy  
w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego  
dr n.med. Krystyna Piskorz-Ogórek





## Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko Nr 30

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 22 października 2019 roku

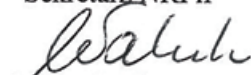
**w sprawie wyrażenia sprzeciwu w związku z zamieszczeniem na facebooku Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepieniach STOP NOP, artykułu sugerującego stosowanie na Oddziałach Intensywnej Terapii nieuzasadnionych medycznie procedur i leków.**

W związku z zamieszczeniem na facebooku Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepieniach STOP NOP, artykułu sugerującego stosowanie na Oddziałach Intensywnej Terapii nieuzasadnionych medycznie procedur i leków, Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych uznaje powyższą publikację za szkodliwą i wysoce naganną zarówno dla pacjentów oraz ich rodzin, jak również podważającą zaufanie i etyczną postawę pielęgniarek i lekarzy realizujących świadczenia zdrowotne w tym zakresie.

Zadaniem zawodów medycznych jest niesienie pomocy pacjentom w zdrowiu i chorobie w oparciu o aktualną wiedzę medyczną i kodeks etyki zawodowej. Sugerowanie, że przy okazji wykonywanych świadczeń medycznych dochodzi do celowego doprowadzania do śmierci pacjentów zasługuje na zdecydowaną dezaprobatę. Wysuwanie takich sugestii w stosunku do terapii pacjentów będących w stanie zagrożenia życia i ocierających się o śmierć uważamy za szczególnie naganne.

Prezydium NRPiP apeluje o zaprzestanie takich praktyk w trosce o bezpieczeństwo pacjentów i szacunek ich bliskich oraz w celu poszanowania ciężkiej pracy pielęgniarek anestezjologicznych i lekarzy anestezjologów, którzy koordynują terapię i opiekę nad chorymi oraz wspierają psychicznie ich rodziny przez okres leczenia w Oddziałach Intensywnej Terapii.

Sekretarz NRPiP

  
Joanna Walewander

Prezes NRPiP

  
Zofia Małas

# VIII KONFERENCJA – JESIENNE SPOTKANIA Z AUTORYTETEM

## „CZŁOWIEK-KOMÓRKA-CHROMOSOM-DNA”

**Wykład dr n. med. Ewa Kilar**  
**21 października 2019 r.**  
**Hotel Restauracja „MARIA” – Wałbrzych**

Współcześnie w wielu ośrodkach naukowych na świecie odbywa się identyfikacja genów i poszukiwanie ich związku z chorobami cywilizacyjnymi, do których należą choroby przewlekłe np. cukrzyca, czy choroby nowotworowe potocznie nazywane „rakiem”.





Rak piersi jest najczęstszą przyczyną zgonów kobiet pomiędzy 40 a 60 rokiem życia. Silne dziedziczne uwarunkowania są przyczyną około 15% zachorowań na raka piersi w Polsce. Pięć lub więcej krotnie zwiększone ryzyko zachorowania na te nowotwory występuje w grupie około 60 000 - 100 000 kobiet w wieku 25-70 lat. Silne dziedziczne predyspozycje do rozwoju tego nowotworu są jedną z głównych przyczyn nadumieralności kobiet do 60 roku życia.



# ZDROWIE I CHOROBA ONKOLOGICZNA KONTEKSTY SOMATYCZNE I PSYCHOHIGIENICZNE

**Dr n. med. Ewa Kilar, specjalista Onkolog Kliniczny, kieruje Oddziałem Onkologii Klinicznej i Poradni Onkologicznej i Genetycznej Szpitala „Latawiec” w Świdnicy. Autorka wielu publikacji naukowych i popularnonaukowych z zakresu onkologii i terapii wspomagających.**



## SŁOWA KLUCZOWE

nowotwory dziedziczne, mutacje, zdrowie onkologiczne, zdrowie psychiczne

## STRESZCZENIE

Pod koniec XIX wieku, P. Broca zaobserwował w rodzinie swojej żony liczne zachorowania na nowotwory złośliwe piersi. Ta obserwacja wskazała na związek jaki zachodzi pomiędzy zachorowaniami na nowotwory złośliwe wśród krewnych w kolejnych pokoleniach. Odkrycie materiału genetycznego DNA w komórkach człowieka, odpowiedzialnego za proces dziedziczenia wielu nowotworów złośliwych, pozwala na działania profilaktyczne. To odkrycie pozwala w nowy sposób obniżyć ryzyko wystąpienia nowotworów uzależnionych od mutacji germinalnych, tzn. przekazywanych z pokolenia na pokolenie. Od 2003 r. w Polsce są realizowane programy Ministerstwa Zdrowia dla osób z dziedziczną predyspozycją do nowotworów złośliwych.

## WSTĘP

Współcześnie w wielu ośrodkach naukowych na świecie odbywa się identyfikacja genów i poszukiwanie ich związku z chorobami cywilizacyjnymi, do których należą choroby przewlekłe np. cukrzyca, czy choroby nowotworowe potocznie nazywane „rakiem”. W sposób systemowy analizę zależności genetycznych w tworzeniu się raka prowadził w Polsce przede wszystkim zespół, którym kierował prof. dr hab. n. med. Jan Lubiński z Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie<sup>1</sup>.

Ludzki genom ma około 30 tys. genów. Normalne komórki (gr. onkoi) organizmu ludzkiego rodzą się, rozwijają i umierają. Kiedy ten proces ulega uszkodzeniu, wtedy komórki dzielą się, mnożą i rosną w sposób nieuporządkowany i niekontrolowany. Wytwarzają szereg – cytokin, które wpływają na ich przyspieszony lub zwolniony rozwój. Czasem dochodzi do niszczenia prawidłowych komórek ciała przez substancje wytwarzane we własnym organizmie. Prawie w każdym organizmie zachodzą reakcje autoagresji i autosupresji.

W chorobach nowotworowych dominującą reakcją jest autosupresja. W wyniku braku kontroli nad prawidłowymi podziałami komórek ciała powstają guzy nazywane „rakiem”. Niekiedy dziedziczymy „rakowe” predyspozycje. Są one zawarte w systemie informacyjnym komórki, czyli w DNA. Podwójna nić DNA tworzy spiralę znajdującą się w 23 parach chromosomów, które znajdują się w jądrze komórkowym każdej komórki człowieka. Zarówno czynniki wewnętrzne – jak proces starzenia i zmiany hormonalne oraz czynniki zewnętrzne – środowiskowe, uaktywniają informację zawartą w DNA komórkowym. Dzięki temu powstają białka, mające szereg właściwości regulujących pracę komórek i układu odpornościowego (immunologicznego).

Istnieją kulturowe różnice podatności genetycznej zachorowania na raka np. w USA wykazano zwiększoną statystycznie podatność na mutacje w genie BRCA w rodzinach Żydów Aszkenazyjskich (pochodzących z Niemiec), u których co setna osoba jest nosicielem zmutowanego genu BRCA 1.

W swoim tekście chciałabym przedstawić konteksty psychohygieniczne, choroby onkologicznej, które mogą służyć pacjentom chorym na raka jako pomoc w samorozumieniu swojej sytuacji zdrowotnej i osobistej. Chciałabym wskazać rozmaite sposoby działania kontekstów genetycznych, stresowych i roz-

<sup>1</sup> Por. J. Lubiński, Genetyka Kliniczna Nowotworów, Szczecin 2014 i 2015.

wojowych na przebieg choroby onkologicznej. Odwoływać się będą przede wszystkim do teorii stresu H. Seyle<sup>2</sup> i teorii dezintegracji pozytywnej K. Dąbrowskiego<sup>3</sup> po to, aby wskazać osobom „chorym na raka” rolę pozytywnych i negatywnych czynników wpływających na utrzymanie i rozwój „zdrowia onkologicznego”. I uwypuklić związek tego co zdrowe z tym, co chore i co objawia się w człowieku – poza chorobą i zdrowiem.

### 1. ZDROWIE I CHOROBA ONKOLOGICZNA W KONTEKŚCIE GENETYKI I MEDYCYNY

W Polsce, co dwusetna osoba jest zagrożona mutacją w genie odpowiedzialnym za zdrowie piersi i jajników<sup>4</sup>. U określonej grupy kobiet w genach, które odpowiadają za procesy naprawcze organizmu człowieka, np. w genie BRCA1 umiejscowionym na chromosomie 17, czy w genie BRCA2 umiejscowionym na chromosomie 13, występują zmiany (mutacje) w ich fragmentach – eksonach, które powodują, że ich rola jest jakby „niekompletna”. Zmiany te mogą być dziedziczne i wówczas mogą być przyczyną raka piersi i jajników.

Można zachorować na raka także wtedy, gdy nie ma mutacji germinalnych tzn. odziedziczonych po rodzicach w powyższych genach. Przyczyną zachorowania wówczas są tzw. mutacje somatyczne spowodowane najczęściej przez czynniki zewnętrzne, chemiczne i fizyczne, wywołane przez zatrucia, złą dietę ubogą np. w selen, jod, krzem czy magnez, używki narkotyczne, alkohol, papierosy, urazy i szoki emocjonalne, stresy, itd.

Do niedawna uważano, że za dziedzicznego raka piersi i raka jajników odpowiadają przede wszystkim geny BRCA 1 i BRCA 2. Raki piersi i jajników są najczęściej diagnozowanymi nowotworami dziedzicznymi u kobiet. Nie mniej groźne są mutacje w genach PALB 2 (gen złego rokowania)<sup>5</sup>, czy odkryta przez zespół badaczy kanadyjsko-polskich mutacja w genie RECQL. Głównymi autorami badań w Polsce byli Cezary Cybulski i Jan Lubiński ze Szczecina, w Kanadzie Mohammad R. Akbari i Steven A. Narod z Uniwersytetu w Toronto oraz Wiliam D. Foulkes z Uniwersytetu McGill w Montrealu.

Najbardziej znane klinicznie mutacje w genach naprawczych BRCA 1 i BRCA 2 wskazują, że gdy się je odziedziczy po rodzicach, ryzyko zachorowania w ciągu życia na raka piersi zwiększa się do 87%, a zachorowania na raka jajnika do 54%. Dlatego trzeba badać historię chorób rodzinnych, aby określić konfigurację możliwych dalszych mutacji genetycznych, co daje możliwość ich modyfikacji. Mutacje w genach BRCA 1 i BRCA 2 w polskiej populacji obejmują ok. 180 tys. kobiet, które mogą zachorować na raka piersi lub raka jajników. Mogą ustrzec się przed szybką śmiercią, jeżeli podejmą terapię prewencyjną – chirurgię i skojarzona z nią hormonoterapia, a w przypadku czynnej choroby także chemioterapia oraz tzw. terapia celowana (inhibitory PARP).

Jak pokazują badania dotyczące predyspozycji do chorób onkologicznych – rak jelit spowodowany wysoką genetyczną predyspozycją stanowi 10–20% zachorowań na nowotwory

<sup>2</sup> Por. H. Seyle, *The Stress of Life*, New York 1956

<sup>3</sup> Por. K. Dąbrowski, *O dezintegracji pozytywnej*, Warszawa 1964.

<sup>4</sup> Por. J. Lubiński (red.), *op. cit.* 2014 i 2015

<sup>5</sup> Por. B. Xia et al.: Control of BRCA2 cellular and clinical functions by a nuclear partner, PALB2. *Molec. Cell* 2006, nr 22, s. 719–729.



złośliwe. Wśród nich jest tzw. zespół Lyncha spowodowany mutacjami w genach MSH2, MLH1, MSH6, PMS2<sup>6</sup>.

Z badań ostatnich 5 lat wiadomo, że 1 na 67 kobiet w USA (1–2%) zachoruje na raka jajnika, gdy któreś z rodziców miało mutację, możliwość pojawienia się jej u córki wzrasta z ok. 20% do 54%, a tam gdzie ich nie ma u rodziców, wzrost jest niewielki od 4% do 7%. W rodzinach, gdzie rak piersi występował wcześniej, w nowym pokoleniu dochodzi do obniżenia wieku zachorowania.

Aby sprawdzić zagrożenie nowotworami piersi wykonuje się najczęściej mammografię i USG – których zastosowanie razem pozwala trafniej wykrywać odchylenia od normy niż stosowanie tych metod oddzielnie. Skuteczność diagnostyczna badania USG wynosi ok. 20%, mammografii ok. 25%, a zastosowane razem wykazują swoją skuteczność diagnostyczną na poziomie ok. 50%. Dość skuteczne u osób z mutacjami BRCA1 jest badanie piersi rezonansem magnetycznym, którego skuteczność utrzymuje się na poziomie 80%–90%.

Aby „zablokować” aktywną mutację w genach naprawczych odpowiadających za zdrowie piersi i jajników – BRCA, zaleca się profilaktyczne usunięcie jajników. Adnexektomia w dużym

<sup>6</sup> H.T. Lynch, *Genetics and breast cancer*, New York 1981; por. J. Lubiński, *op. cit.* 2015, s. 10–131.



stopniu blokuje rozwój lub rozsiew i przerzuty wywołane przez mutację pierwotną w genie odpowiadającym za raka – na wiele lat. Wówczas nie jest konieczne usuwanie piersi, gdyż powstające zmiany w nich są znacznie łatwiejsze do monitorowania np. przez MRI (rezonans magnetyczny). Gdy takiej procedury leczniczej się nie stosuje, czas przeżycia osób z mutacją w genach odpowiedzialnych za pojawienie się raka, wyraźnie się skraca. U osób zdrowych po usunięciu narządu rodowego może być stosowana chemoprewencja tamoxyfenem.

Jak wynika z analiz zespołu MCNDZ ze Szczecina i informacji przedstawionych przez dr hab. n. med. Tomasza Huzarskiego, w wypadku raka piersi, czy raka jajnika, profilaktyczny zabieg usunięcia jajników, radykalnie zwiększa długość przeżycia. W prewencji chorób nowotworowych powinno mieć miejsce także badanie krwi na zawartość selenu, którego w Polsce brak w diecie, a w USA żywność jest specjalnie selenowana. Powinna ona osiągnąć poziom 90 mikrogramów na 1 litr. W Polsce utrzymuje się on na poziomie od 70 do 90 mikrogramów na 1 litr. Brak tego pierwiastka w diecie współgra z metabolizmem zmutowanych genów raka<sup>7</sup>.

Znakami ostrzegawczymi, skłaniającymi do kontroli medycznej onkologa jest obecność u jednej osoby w rodzinie: 1) raka w obu piersiach, 2) raka piersi i jajnika, 3) raka piersi u mężczyzny. Obecność raka u dwu osób w rodzinie – 1) raka piersi (u jednej z osób poniżej 50 r. ż.) 2) raka jajnika (niezależnie od wieku), 3) raka jajnika u jednej i raka piersi u drugiej osoby w rodzinie. A także obecność raka u trzech osób – 1) raka piersi niezależnie od wieku, obecnego u 3 osób spokrewnionych, nosicieli mutacji BRCA, 2) raka piersi lub rak jajnika w rodzinie, w której są osoby pochodzenia żydowskiego, z grupy Aszkenazyjskiej, emigrującej także z Niemiec do innych krajów Europy i Ameryki.

Jeżeli, któryś z tych wskaźników pojawił się w rodzinie, jej członkowie znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka, czyli

mogą być nosicielem mutacji, co najmniej w jednej kopii genu BRCA 1, lub w kopiach innych genów, które zostały wcześniej wymienione. Wtedy konieczna jest konsultacja z lekarzem onkologiem lub w poradni genetycznej.

Zadaniem lekarza jest ustalenie strategii leczniczej, która obejmuje nie tylko działania przedmiotowe, ale i podmiotowe.

## 2. ZDROWIE I CHOROBA ONKOLOGICZNA W KONTEKŚCIE STRESU

Negatywne warunki życia (bieda, brak lub złe warunki pracy, wykluczenie, lęk i depresja, rany, urazy, itd.), a także patologiczne formy obrony psychologicznej – zamienione w systemowe perwersje, aborcjonizm, kazirodztwo (i pedofilia), alkoholizm, nikotynizm i narkomania, oraz samookaleczenia i samobójstwa, pogłębiają stan choroby także choroby onkologicznej. Nie wystarczą tu tylko zabiegi medyczne, potrzebne są też zabiegi psychologiczne, które łączą się z profilaktyką zaburzeń psychicznych, utrudniających wyjście z choroby onkologicznej w kierunku zdrowia onkologicznego.

Szpital nie jest miejscem zdrowia, ale miejscem choroby i wychodzenia z niej. Zdrowie i choroba zaczynają się w rodzinnym domu. Dlatego leczenie onkologiczne trzeba rozpoczynać w rodzinie, znajdując naturalne i psychologiczne substytuty zdrowia fizycznego w zdrowiu psychicznym człowieka. A to jest kształtowane przede wszystkim w rodzinie.

Rodzina, w której człowiek się rodzi, żyje i umiera musi być wzmacniana przez systemy społecznej ochrony. Inaczej choruje człowiek samotny, pozbawiony wsparcia psychologicznego i przyjaciół, a inaczej człowiek otoczony wsparciem psychologicznym rodziny i przyjaciół. Zatem zdrowie fizyczne bez zdrowia psychicznego traci potencjały życia i zdrowienia, które w dużym stopniu zależą od nastawienia chorego do siebie i otoczenia.

Lekarze zajmujący się leczeniem onkologicznym, starają się o „przywrócenie zdrowia” osobom, którym usunięto ważne organy ciała, dające im poczucie własnej tożsamości. Mają do czynienia z objawami onkologicznego, długotrwałego stresu. Może on się zamienić w stres egzystencjalny, wyzwalający nowe procesy autodegradacji, ale także może wyzwolić nowe procesy autoafirmacji, które są związane z treningiem uzyskiwania nowej tożsamości fizycznej i psychologicznej.

Problem stresu zdefiniował w sposób systemowy, pochodzący z Czech, późniejszy Kanadyjczyk, Hans Seyle<sup>8</sup>. Zauważył on już w latach 50. XX wieku, że pacjenci szpitalni, oprócz własnej choroby doznają wielu dodatkowych zaburzeń psychofizycznych (utrata apetytu, spadek wagi ciała, bezsenność, utrata motywacji do pracy, długotrwałe poczucie zmęczenia, brak motywacji do życia). Zmiany stresowe zachodzą na poziomie komórkowym i nerwowym, hormonalnym i immunologicznym. A także w systemie mentalnym.

Dla onkologa znaczące są uwagi H. Seylego na temat roli stresu cielesnego, w tym przypadku wywołowanego przez podejmowanie zbyt wczesnej aktywności seksualnej z użyciem

<sup>8</sup> H. Seyle, The physiology and pathology of exposure to stress, Montrel 1950, Por. Kilar E., Kobierzycki T., Maj F., Stres onkologiczny. Wskazówki medyczne i psychologiczne, Świdnica 2005.

<sup>7</sup> Por. J. Lubiński (red.), op. cit. 2015, s. 347–356.

środków chemicznych – antykoncepcyjnych, które pobudzają do rozwoju choroby onkologicznej u kobiet. Ten stres somatyczny zamienia się potem w stres onkologiczny i w chorobę onkologiczną. Terapia może być oparta na stosowaniu nie tylko higieny cielesnej, ale i higieny psychicznej.

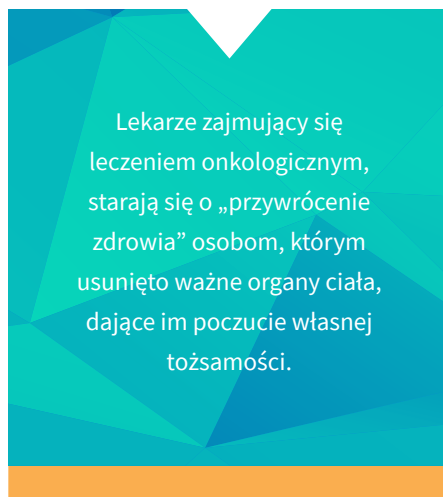
Nasilenie stresu można obserwować jako: 1) wzmożoną gotowość do nadmiernego pobudzania organizmu, zwiększenia siły kontrolującej reakcje ciała, zmiany w zachowaniach; 2) wzmożoną reakcją na bodźce docierające do podwzgórza i przysadki mózgowej, które stymulują korę nadnerczy – to przyspiesza bicie serca, częstość oddechu, zwiększa lepkość krwi, podwyższa poziom glukozy i cholesterolu we krwi itd.; 3) zaburzony rytm neurobiologiczny organizmu, który może prowadzić do załamania i choroby.

Stres przebiega w trzech stadiach: 1) reakcji alarmowej, 2) osłabionej odporności, 3) krytycznego wyczerpania. Najpierw pojawia się reakcja zaskoczenia i niepokoju, że dzieje się coś nad czym nie można zapanować. Tak reagują też chorzy onkologicznie, ratunek jest prosty – picie wody, inne jedzenie, witaminy itp. W fazie szoku organizm i psychika przystosowują się do nowych warunków życia i gwałtownych reakcji zaprzeczających diagnozie onkologicznej, nawet w sposób irracjonalny (stłumienie i milczenie, izolacja). W fazie przeciwdziałania szokowi, podejmowane są próby „normalizacji” psychofizycznej swojego ciała i umysłu. W stadium osłabionej odporności człowiek chory onkologicznie słabo toleruje działanie bodźców poprzednio nieszkodliwych.

W stadium krytycznego wyczerpania organizmu dochodzi do sytuacji, że organizm nie jest w stanie opanować stresora, czyli działającego w ukryciu metabolizmu komórkowego, który dokonuje zmian fizycznych i psychicznych człowieka chorującego na raka. W skrajnych przypadkach dochodzi do zużycia potencjałów i zdolności obronnych, na wszystkich poziomach organizacji komórkowej człowieka. Pozostaje mu wtedy pewna rezerwa neuropsychologiczna, która kompensuje deficyty wywołane przez chorobę onkologiczną, na poziomie psychologicznym.

Badania przewlekłego działania stresu w onkologii przeprowadziła w Polsce, H. Wrońska-Polańska. W odniesieniu do białaczki pokazały one, że osoby chore onkologicznie, (podobnie jak inni chorzy, w odniesieniu do „swoich” chorób), stosują w sposób nieświadomy takie mechanizmy obronne jak: 1) negowanie, 2) zaprzeczanie, 3) tłumienie i 4) wypieranie. Z jej badań wynika, że w uzdrawianiu siebie z choroby onkologicznej pomaga np. „pozytywne myślenie”, ale także „pozytywne iluzje”. Umożliwiają one pogodzenie się z efektami długotrwałej choroby, z „pogodną beztrąską”<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Por. H. Wrońska-Polańska, *Zdrowie i jego psychobiologiczne mechanizmy*. [w:] *Zdrowie – stres – choroba*. H. Wrońska-Polańska (red). Kraków 2008, s. 17–36.



Zadaniem dla psycho-onkologa, psychohigienisty, czy psychoterapeuty, jest wtedy przekształcenie mechanizmów obronnych, które blokują podejmowanie procesów zdrowienia i leczenia, w mechanizmy zdrowia. Nie jest to możliwe, bez stosowania reguł higieny psychicznej, które stoją na straży zdrowia psychicznego, a więc także na straży zdrowia onkologicznego. Istnieje w medycynie wiele definicji zdrowia. Lekarze najczęściej odnoszą się do definicji zdrowia wprowadzonej przez Światową Organizację Zdrowia: *zdrowie to stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia, a nie tylko brak choroby czy ułomności* (WHO 1948).

Wybitny polski neuropsychiatra, Kazimierz Dąbrowski twórca anty-eugenicznego ruchu higieny psychicznej w Polsce i twórca teorii dezintegracji pozytywnej, uważał, że bez pewnego rodzaju „dezintegracji” neuropsychicznej nie ma rozwoju, w tym także zdrowia psychicznego, gdyż życie zamienia się wtedy w wegetację. Potencjały ludzkiego życia stanowią zarówno potencjały zdrowia jak i potencjały choroby. Chorobę można traktować nie tylko jako potencjał choroby, ale także jako potencjał zdrowia. Do tego potrzebne jest podejście nie tylko statyczne ale i dynamiczne. Myślenie rozwojowo-dezintegracyjne K. Dąbrowskiego zastosował do definicji „zdrowia onkologicznego” T. Kobierzycki<sup>10</sup>.

Uważa on, że najważniejsze jest zapobieganie, a także profilaktyka premedyczna i postmedyczna, która obejmuje rozmaite formy budowy nowego stylu życia i nowego rozumienia

zdrowia psychicznego osób z diagnozą onkologiczną. W fazie postmedycznej główną osią jednostkowej organizacji zdrowia psychofizycznego, jest poczucie rozwoju własnego ja, które odbywa się nie tylko w ciele ale i poza ciałem człowieka.

T. Kobierzycki zauważył, że po zastosowaniu zabiegów onkochirurgicznych w celach prewencyjnych lub terapeutycznych powstaje stan trzeci – ani zdrowia, ani choroby. Jest to stan minimalnej dominanty – „zdrowia onkologicznego” zagrożonego nawrotem, lub przemieszczeniem się procesów chorobowych. Gdy w efekcie radykalnego leczenia zlikwidowane są stany negatywne i wzmocnione są stany pozytywne, powstaje rodzaj syntezy zdrowych i chorych elementów

stymulujących stabilny metabolizm komórkowy. Ta nowa sytuacja psychosomatyczna pozwala być sprawnym człowiekowi poddanemu leczeniu, tak jak byłoby wtedy, gdyby nie był chory onkologicznie, a przeżywałby inne trudności życia (złe samopoczucie, ból, itd.).

Zdrowiu onkologicznemu zagrażają nie tylko czynniki genetyczne, ale behawioralne i społeczne, np. brak umiejętności radzenia sobie z zadaniami życiowymi, brak umiejętności działań twórczych, poczucie wyobcowania społecznego, nieumiejętność nawiązywania a zwłaszcza utrzymywania dłu-

<sup>10</sup> Por. T. Kobierzycki, E. Kilar. (red.), *Genetyczne i onkologiczne problemy człowieka*, Świdnica 2004.

gotrwałych kontaktów międzyosobowych, nieumiejętność obrony własnych praw i wyuczona bezradność, polegająca na automatycznym odrzucaniu pozytywnych rozwiązań.

Oprócz stresu zamienionego lub skonfigurowanego wokół zdrowia i choroby onkologicznej, pojawia się stres związany z procedurą leczniczą. Dużą rolę w jego zmniejszeniu mają sami lekarze, którzy zbyt często redukują swoje zainteresowanie do fazy terapii ściśle medycznej, pozostawiając terapię psychologiczną, specjalistom z psychologii szpitalnej, higieny psychicznej i rodzinie. Warto więc wskazać na najczęstsze przyczyny i objawy stresu leczniczego, jakie pojawiać się mogą w trakcie leczenia onkologicznego, z którymi musi skonfrontować się chory i jego najbliżsi.

Do głównych przyczyn stresu onkologicznego zalicza się: 1) rany i ubytki fizyczne fragmentów ciała, 2) reakcje polekowe w zakresie układu trawienno-gastrojelitowego (np. tendencja do wymiotów), 3) zmiana struktury fizycznej i chemicznej krwi (np. tendencja do krwotoków i infekcji), 4) zaburzenia w działaniu serca (np. obniżenie poziomu elektrolitów, potasu, magnezu i wapnia), 5) osłabienie w działaniu nerek (np. obrzęki ciała, tzw. worki pod oczami, zmiana częstości oddawania moczu), 6) zahamowania w aktywności seksualnej, gdy 40% mężczyzn i 35% kobiet cierpi na czasową lub trwałą utratę płodności (na skutek usunięcia narządu rodnego u kobiet i jąder u mężczyzn czy po radioterapii), 7) zaburzenia psychiczne wywołane stresem onkologicznym, stresem medycznym i stresem egzystencjalnym (np. zaburzenia snu, łaknienia, lęki i depresje, albo reakcje samobójcze), co wymaga pomocy pozamedycznej – psychologicznej, duchowej, socjalnej itd.

Proces leczenia onkologicznego przysparza wielu dodatkowych cierpień, które nie poddają się leczeniu chemicznemu (np. leki uspokajające), wymagają także terapii metamedycznej. Dla przebudowy zdrowia psychofizycznego, do stworzenia warunków dla „zdrowia onkologicznego” konieczne jest rozumienie działania organizmu i własnej psychiki. Niezbędne jest zapoznanie się z elementarnymi sposobami utrzymywania zdrowia psychicznego w sytuacji kryzysu (np. E. Erikson)<sup>11</sup>, konfliktu i urazów, jakie powstają w trakcie leczenia onkologicznego. A także na skutek zmian w sytuacji egzystencjalnej osoby chorej onkologicznie w najbliższym otoczeniu (w miejscu pracy i we własnej rodzinie).

Dla celów diagnozy medycznej ustalono pięć poziomów diagnozy natężenia i redukcji stresu, który stanowi składnik wszystkich niemal chorób człowieka. Poziom I – oznacza, że redukcja stresu następuje w sposób naturalny, nieświadomy, poprzez działanie mechanizmów adaptacyjnych i obronnych. Poziom II – ukazuje, że redukcja stresu jest połączona z uświadomieniem, czegoś, co nie jest w porządku pojawiają się sygnały niepokoju, które zredukowane są w sposób odruchowy (np. palenie papierosów, picie alkoholu, branie narkotyków itp. Poziom III – oznacza, że redukcja stresu jest połączona z tworzeniem dodatkowych objawów stresu (np. bóle głowy, zmiany w czynnościach fizjologicznych). Poziom IV wskazuje, że redukcja stresu nie jest możliwa, gdyż tworzą się nieodwracalne zmiany w systemie adaptacji (np. podwyższone ciśnienie, zmiany krążeniowe, zaburzenia per-

cepcyjne, które wywołują panikę). A poziom V wskazuje, że redukcja stresu – nie jest możliwa – następuje wycofanie się z rzeczywistości (pojawiają się trwałe zaburzenia metaboliczne i psychiczne).

Z innego punktu widzenia, istotny dla dobrego stanu zdrowia i choroby onkologicznej człowieka jest czynnik I, czyli system komórkowy – „zapis genetyczny”, który odziedziczyliśmy po naszych przodkach i urazy okołoporodowe. A także czynnik II, system kulturowy – „zapis społeczny”, wzmocnienia i uzależnienia oraz czynnik III, system indywidualny – „zapis rozwojowy” – procesy, które wykorzystują negatywne i pozytywne potencjały czynników I i II.

Rozpoznanie stanu zdrowia i choroby (w tym także nowotworowej) łączy się z natknięciem się na jedną z sytuacji granicznych w życiu jednostki i dużej grupy ludzkiej. To odkrycie wywołuje szok poznawczy, paraliżuje i zmusza do zmiany stylu życia, zamienia sytuację egzystencjalną człowieka. Zamyka inne ścieżki życia i otwiera ścieżkę, której na imię choroba lub „zdrowie” onkologiczne.

O stanie zdrowia i choroby onkologicznej decydują nie tylko procesy ewolucyjne i adaptacyjne, ale także przekraczanie cyklu życiowego i typu psychofizycznego. Realizacja potencjałów zdrowia i choroby przebiega w rozmaity sposób. Czasem jest to przyspieszony rozwój osobowości, czasem jej destrukcja (wegetacja, izolacja i śmierć).

### 3. ZDROWIE I CHOROBA ONKOLOGICZNA W KONTEKŚCIE ROZWOJU OSOBOWOŚCI

Oprócz procesów adaptacji i rozwoju, które regulują procesy zdrowia i choroby, na poziomie podstawowym, na nieco wyższym poziomie życia ludzkim, zdrowiem i chorobą sterują procesy dezintegracji negatywnej i pozytywnej. Wskazuje na to model rozwoju funkcji psychofizycznych, opracowany przez K. Dąbrowskiego. W tym miejscu trzeba wspomnieć o higienie psychicznej osób znajdujących się w stanie choroby/zdrowia onkologicznego w jej fazie terapeutycznej lub u kresu własnego życia. Kiedy nie wiadomo, czy można jeszcze „coś zrobić”? Wtedy zaleca się różne strategie terapii uspokajającej pacjenta. Ale co zrobić wtedy, kiedy niepokój jest silny, rozległy, obsesyjny i niemożliwy do opanowania poza środkami chemicznymi?

Na szczególną uwagę zasługuje **model rozwoju osobowości i zdrowia psychicznego** K. Dąbrowskiego, opisany przez T. Kobierzyckiego w kategoriach zdrowia (nierozwiniętego i rozwiniętego). Ten model ukazuje w jaki sposób można sublimować reakcje psychofizyczne i społeczne. Pozwala uzdrowić komunikację z człowiekiem chorym, w różnych fazach jego ujawniania się, ekspozycji i działania. Jest to model, który pozwala człowiekowi cierpiącemu wyjść poza chorobę i cierpienie. W każdym razie pozwala lekarzowi zorientować się, z jakim typem osobowości pacjenta ma do czynienia. I w jaki sposób będzie mógł się z nim porozumiewać w sposób terapeutyczny. Oto ten model<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> E.H. Erikson, *Identity: Youth and Crisis*, New York 1964.

<sup>12</sup> Por. K. Dąbrowski, *Funkcje i struktura emocjonalna osobowości*, Lublin 1984, s. 48–50.

CZŁOWIEK „JEDNOPOZIOMOWY” (ZDROWIE NIEROZWINIĘTE)	CZŁOWIEK „WIELOPOZIOMOWY” (ZDROWIE ROZWINIĘTE)
(1) automatyczne działanie motywacja popędu: bodziec-reakcja	(1) dowolne działanie, motywacja intrapsychiczna
(2) czynnik pierwszy i drugi – dziedziczność i otoczenie	(2) trzeci czynnik – samowybranie i samopotwierdzenie
(3) prymitywne instynkty /np. samozachowawczy, agresji, imitacji	(3) wyższe instynkty /np. poznawczy, twórczy, doskonalenia
(4) jednopoziomowość	(4) wielopoziomowość
(5) ahierarchiczność	(5) hierarchiczność
(6) funkcja rzeczywistości ograniczona do życia codziennego	(6) funkcja rzeczywistości powiązana z poszukiwaniem nowych i wyższych celów
(7) impulsywna syntonია / nieświadoma reaktywność	(7) refleksyjna syntonია /wrażliwość i rozumienie
(8) intelekt podporządkowany popędowi i ich działaniu	(8) intelekt współpracujący z wyższymi uczuciami
(9) podporządkowanie prymitywnej instynktownej sile	(9) niezależność od potrzeb instynktowych
(10) ograniczona rola świadomości	(10) samouświadomienie
(11) egocentryzm, samolubstwo	(11) alterocentryzm / ześrodkowanie na innym/
(12) pełne uzależnienie od cyklu biologicznego	(12) przekroczenie biologicznego cyklu / umysłowa witalność, inwencja twórcza w niemocy ciała
(13) naśladowanie innych	(13) oryginalność i inwencja własna
(14) konformizm	(14) autentyczność
(15) jednostronny rozwój	(15) uniwersalny rozwój
(16) przystosowanie do normy zwyczajowej	(16) przystosowanie do ideału osobowości
(17) przystosowanie do rzeczywistej sytuacji życiowej	(17) pozytywne nieprzystosowanie do tego, „co jest” / przystosowanie do tego, „co być powinno”
(18) poczucie niższości wobec innych	(18) poczucie niższości wobec siebie
(19) edukacja przez otoczenie	(19) edukacja przez samego siebie
(20) heteropsychoterapia	(20) autopsychoterapia
(21) jedność woli z popędami	(21) wola jako funkcja osobowości

Model zdrowia psychicznego K. Dąbrowskiego, który ujmuje je w kontekście dezintegracyjnego rozwoju pozwala różnicować style zdrowienia i style chorowania, które spotykamy także w przypadku pacjentów zagrożonych chorobą onkolo-

giczną. Nie wystarczają wtedy tylko leki chemiczne, czy zabiegi chirurgiczne, które poprawiają metabolizm komórkowy. Potrzebna jest także zmiana metabolizmu informacyjnego (A. Kępiński) i metabolizmu aksjologicznego (T. Kobierzycki).



Nie wystarcza tu definicja zdrowia przyjęta w Karcie Otawskiej w 1986 r., która mówi, że: „zdrowie jest zespołem potencjalnym, indywidualnym i społecznym, jednym z bogactw naturalnych kraju, determinujących rozwój społeczny, gospodarczy czy indywidualny”. Konieczne jest nie tylko zachowanie równowagi psychicznej ale także warto podjąć wyzwanie jakim jest choroba, aby ją przekroczyć poprzez twórczość, poprzez nową aktywność, która pozwala przekroczyć także rozmaite determinizmy choroby onkologicznej. Warto to robić, żeby nie popaść dodatkowo w choroby psychiczne, które osłabiają cykle zdrowienia. Zdrowie psychiczne jest często zaniedbanym przez ludzi chorujących na raka – kapitałem, który trzeba rozwijać we wszystkich możliwych aspektach. Aby ochronić się przed depresją, szaleństwem i samobójstwem.<sup>13</sup>

#### ZAKOŃCZENIE

W Polsce pierwszy projekt badań genetycznych nad rakiem został wprowadzony w 1992 r. przez zespół Prof. n. med. Jana Lubińskiego, w Akademii Medycznej w Szczecinie. Badane są mutacje w genach wysokiego ryzyka zachorowania na nowotwory dziedziczne. Od 2015 można np. badać 13 mutacji w genie BRCA (tzw. test TWR), a także cały gen BRCA (tzw. metodą sekwencjonowania – NGS). Oraz

cały genom człowieka. Obecnie genetyczne predyspozycje do chorób nowotworowych można zbadać w Międzynarodowym Centrum Nowotworów Dziedzicznych w Szczecinie oraz w wielu innych laboratoriach. Obecnie można zbadać w Laboratorium Genetycznym „23 and Me” w USA, czy w krajowej sieci Laboratoriów Genetycznych „Vitagenum” predyspozycje do chorób również nienowotworowych.

Jednym z najważniejszych nakazów profilaktyki, a więc higieny fizycznej (genetycznej) i psychohigienicznej raka piersi i raka jajników jest profilaktyczny zakaz stosowania środków antykoncepcyjnych do 25 roku życia, i ich wyraźna redukcja do 30 roku życia, aby nie stymulować aktywności raka jajnika. Po 30 roku życia środki te (także np. tamoxifen) mogą działać pozytywnie na organizm kobiety. Profilaktyczne dla zmniejszenia powstania raka jest także przedłużanie pojawiania się pierwszej miesiączki u dziewcząt. Pomagają w tym ćwiczenia fizyczne, sport, wysiłek fizyczny itp. W 1980 roku World Health Organization opracowała zasady postępowania w chorobie nowotworowej, wyróżniając: 1) zapobieganie, 2) wczesne leczenie, 3) zwalczanie bólu i opiekę paliatywną. U pacjentów, którzy byli leczeni onkologicznie, można mówić o specyficznym rodzaju zdrowia, a więc o „zdrowiu onkologicznym”, które jest oparte na stabilnych procesach metabolicznych zachodzących w organizmie już na poziomie komórkowym.

Osoba, która spotyka się z diagnozą choroby onkologicznej styka się nie tylko z problemem dalszego życia, ale i z problemem własnej śmierci. Stosunek do własnego zdrowia i choroby są odbiciem ukrywanego dotychczas stosunku do śmierci. Pokazuje to w sposób systemowy i wielopoziomowy K. Dąbrowski, w kontekście rozwoju własnego ja i poczucia własnej tożsamości.

Moje własne długoletnie obserwacje kliniczne, wskazują, że u człowieka chorego na raka, choroba (rak) nie różnicuje i nie determinuje zachowań w sposób, który mógłby mu zapobiegać. Stąd bunt, agresja, żal i złość, które im towarzyszą, nawet niekiedy w chwili śmierci.

Głównymi celami opieki skierowanej do osób z chorobą onkologiczną jest dbałość nie tylko o jakość życia osoby chorującej, opieka pielęgnarska, psychologiczna, duchowa (religijna) nad chorym i jego rodziną. Ale, o ile to możliwe pomoc w rozwiązywaniu dylematów egzystencjalnych, którymi zajmuje się higiena psychiczna, pozwalająca utrzymać motywy zdrowia nie tylko

w stanach stabilnego zdrowia ale i w stanach dynamicznej choroby<sup>14</sup>.

Osoba, która spotyka się z diagnozą choroby onkologicznej styka się nie tylko z problemem dalszego życia, ale i z problemem własnej śmierci. Stosunek do własnego zdrowia i choroby są odbiciem ukrywanego dotychczas stosunku do śmierci. Pokazuje to w sposób systemowy i wielopoziomowy K. Dąbrowski, w kontekście rozwoju własnego ja i poczucia własnej tożsamości.

<sup>13</sup> Por. A. Bałandynowicz i inni (red.), K. Dąbrowski, 25 Rocznica śmierci, Zdrowie Psychiczne Warszawa 2005 nr 1.

<sup>14</sup> Por. E. Kilar (red.), Profilaktyka i zdrowie w onkologii, Świdnica 2007.



# JAK ŚWIĘTOWAĆ BEZ DODATKOWYCH KILOGRAMÓW?

Diana Pietraszewska  
KWSPZ, Dietetyka – studia podyplomowe  
Autorka bloga [www.fat-or-not.pl](http://www.fat-or-not.pl)



Wielkimi krokami nadchodzi ten jedyny w roku, magiczny czas, kiedy bez większego wysiłku można przytyć trzy kilogramy w ciągu trzech dni. Z jednej strony wydaje się to zupełnie niedorzeczne, ale z drugiej związek przyczynowo-skutkowy nasuwa się sam. Nadchodzą trzy dni jedzenia, siedzenia za stołem, rodzinnego biesiadowania, odwiedzin u babci, cioci, teściowej i częstowania się kolejnym kawałkiem makowca i kolejną porcją sałatki jarzynowej. Nic dziwnego, że po trzech dniach można obudzić się z brzuchem wielkości piłki lekarskiej i zastanawiać się nad popełnionymi błędami.

Najczęściej błędne myślenie koncentruje się na tym, że święta są raz do roku, więc w tym czasie można sobie popoľgować. Owszem można, ale czy za każdym razem trzeba? Może w tym roku warto wymyślić uniwersalny plan na utrzymanie sylwetki, o którą walczyło się przez ostatnie trzy miesiące? Wymyślić i wprowadzić go w życie.

## 1. OGRANICZYĆ WĘGLOWODANY

Kiedy zaczyna się rozważania na temat głównego winowajcy tycia to zawsze wspomina się o tłuszczu. Przez ostatnie lata uważano, że tłuszcz jest największym problemem w kontrolowaniu prawidłowej masy ciała, a wszystkie jadłospisy i diety podporządkowano tej teorii. Liczba osób z nadwagą i otyłością rośnie z roku na rok, a eksperci nadal zalecają ograniczenie spożycia tłuszczu, jedzenie większej ilości owoców i warzyw, zbóż, zwłaszcza pełnoziarnistych, unikanie czerwonego mięsa i wybieranie sałatki z jogurtem o niskiej zawartości tłuszczu. Dodatkowo, spożywanie bułek zamiast ciastek i płatków śniadaniowych zamiast jajek<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Ch. B. Allan Ph.D., W. Lutz M.D., *Life without bread. How a low-carbohydrate diet can save your life*, The McGraw-Hill, Companies, NY 2000, s. 131.

Amerykanie starają się jeść w ten sposób i okazuje się, że nie przynosi to żadnych rezultatów. To najwyższy czas, żeby społeczeństwo zrozumiało, że węglowodany są głównym problemem i założenia diety niskotłuszczowej nie sprawdzają się<sup>2</sup>.

W Polsce 64% procent dorosłych mężczyzn i 49% dorosłych kobiet ma nadwagę lub otyłość. Polskie dzieci tyją najszybciej w Europie. Jeszcze 50 lat temu, co dziesiąte dziecko miało nadwagę lub otyłość, obecnie już co piąte dziecko ma nadmierną masę ciała<sup>3</sup>.

Siódma zasada zdrowego żywienia, związana z Piramidą Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej opracowana przez Instytut Żywności i Żywienia, mówi: „Unikaj spożycia cukru i słodczy (zastępuj je owocami i orzechami)”, a jej rozwinięcie tłumaczy, że „nadmierne spożycie cukru i słodczy przyczynia się do rozwoju nadwagi i otyłości, może zwiększać ryzyko cukrzycy typu 2, miażdżycy, sprzyja też powstawaniu próchnicy zębów”<sup>4</sup>.

Węglowodany najłatwiej określić jako różne rodzaje cukru. Węglowodany proste zawierają jedną cząsteczkę cukru lub dwie, połączone ze sobą, cząsteczki cukru. Węglowodany złożone zawierają wiele połączonych ze sobą cząsteczek cukru, dlatego nazywają się polisacharydami. Wszystkie węglowodany zachowują się w organizmie jak cukier. Żołądek i soki żołąd-

<sup>2</sup> *Ibidem*.

<sup>3</sup> IZZ, Konferencja prasowa: Otyłość - opowiemy o tym, czego jeszcze nie wiecie, 17.05.2018, [https://ncez.pl/dla-mediow/17-05-2018--konferencja-prasowa--otylosc---opowiemy-o-tym--czego-jeszcze-nie-wiecie\(dostep: 11.11.2019\)](https://ncez.pl/dla-mediow/17-05-2018--konferencja-prasowa--otylosc---opowiemy-o-tym--czego-jeszcze-nie-wiecie(dostep: 11.11.2019)).

<sup>4</sup> IZZ, *Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej*, Warszawa 2016, [http://www.izz.waw.pl/attachments/article/7/Piramida%20Zdrowego%20%20C5%BBywienia%20i%20Aktywno%20%20C5%9Bci%20Fizycznej%20Broszura.pdf\(dostep: 11.11.2019\)](http://www.izz.waw.pl/attachments/article/7/Piramida%20Zdrowego%20%20C5%BBywienia%20i%20Aktywno%20%20C5%9Bci%20Fizycznej%20Broszura.pdf(dostep: 11.11.2019)).

kowe rozbijają cząsteczki węglowodanów złożonych i ludzkie ciało reaguje na nie jak na cukry proste. Węglowodany złożone mogą być wchłanianie wolnej niż węglowodany proste, ale nadal są traktowane jak cukry proste. Dlatego można zdrowo się odżywiać, jedząc wyłącznie węglowodany złożone (np. pełnoziarniste pieczywo, ciemny makaron, kasze), ale zasadniczo nadal spożywa się cukier<sup>5</sup>.

Zatem, żeby schudnąć autorzy książki *Życie bez pieczywa* zalecają ograniczenie spożycia poniższych produktów:

- pieczywa
- makaronu
- płatków śniadaniowych
- zbóż
- ziemniaków
- drożdżówek
- bułek
- owoców o dużej zawartości cukru
- słodzonych produktów, np. jogurtów, napojów, deserów, słodczy suszonych owoców<sup>6</sup>.

Jedną z zalet zmniejszenia podaży węglowodanów w diecie jest jednoczesny, zmniejszony apetyt na spożycie zbyt dużej ilości tłuszczu i białka. Wybierając białkowo-tłuszczowe posiłki, można szybko najeść się do syta i przestać jeść, gdy jest się najedzionym. Odwrotna sytuacja ma miejsce, kiedy w diecie przeważają cukier i węglowodany, wtedy miejsce na kolejnego chipsa, precla lub cukierka zawsze się znajdzie. Większość ludzi jest uzależniona od węglowodanów. Żeby przezwyciężyć to uzależnienie, należy jeść odpowiednią ilość pokarmów bogatych w tłuszcz<sup>7</sup>.

#### POTRAWY, KTÓRYCH LEPIEJ UNIKAĆ W ŚWIĘTA

Jeżeli na co dzień, w jadłospisie, dominują węglowodany to warto ograniczyć je w święta, żeby nie przybrać kilku nadprogramowych kilogramów. Poniżej lista siedmiu potraw, których lepiej unikać w trakcie rodzinnego świętowania. Należą do nich:

- pieczywo
- smażone pierogi
- sałatka z majonezem
- smażona ryba w panierce
- potrawy z grochem i fasolką
- ziemniaki
- ciasto.

Dlaczego?

**Pieczywo** – na świątecznym stole pojawią się jedyne w swoim rodzaju potrawy, na które czeka się cały rok. Czy war-

to marnować miejsce w żołądku na zapychanie się chlebem? Czy wigilijna ryba potrzebuje towarzystwa sztucznie nadmuchanego, pszennego bochenka?

W dzisiejszych czasach pieczywo jest dostępne wszędzie, a produkty zbożowe są częścią dużej ilości posiłków oraz występują w większości przetworzonych produktów. Dawniej tak nie było. Tradycyjne społeczeństwa wiedziały, że zboża wymagają specjalnego przygotowania: moczenia, kietkowania, fermentacji, żeby mogły być łatwostrawne. Obecnie, piekarnie nie mogą sobie pozwolić na długi proces przygotowania ziarna do wypieku chleba. W zamian za to, w trakcie obróbki termicznej szybko pozbywają się części ziarna wraz z witaminami, mielą je na gładki proszek, wybielają, żeby nadać im ładnego koloru, a na samym końcu, syntetycznie dodają witaminy, które, na samym początku, zostały usunięte w procesie przetwarzania<sup>8</sup>.

**Smażone pierogi** – oczywiście, że rumiane, podsmażone, prosto z gorącej patelni smakują najlepiej. Czy gotowane pierogi z wody nie mogą ich chwilowo zastąpić? Mają taki sam farsz, a do ich zrobienia użyto tego samego rodzaju ciasta. W trakcie smażenia, przy użyciu oleju oraz wysokiej temperatury, wytwarzają się toksyczne substancje. Często do sma-

żenia wybiera się niewłaściwy olej, który potęguje prozapalne działanie. Najlepiej do tego nadają się poniższe tłuszcze: „tój wołowy (od krowy pasącej się na łące), masło klarowane, olej kokosowy nierafinowany, ekologiczny olej palmowy, ekologiczny smalec gęsi i ekologiczny smalec wieprzowy”<sup>9</sup> (więcej informacji na temat smażenia znajduje się w artykule *Jak zdrowo gotować dla całej rodziny?* w *Biuletynie 2/2019*).

**Sałatka z majonezem** – najczęściej jarzynowa – jest nieodłącznym elementem świątecznego stołu. Idealnie byłoby, gdyby sałatka składała się z garści zielonych liści, świeżych lub kiszonych warzyw, chrupiących pestek, a zamiast sosu pojawiła się oliwa z oliwek. Wersją pośrednią jest użycie sosu zrobionego z jogurtu naturalnego, musztardy i czosnku, który sprawdzi się idealnie jako dodatek do

gotowanych warzyw. Albo samodzielne przygotowanie majonezu, dlatego, że gotowa, sklepowa wersja często jest połączeniem: rafinowanego oleju rzepakowego, jaj w proszku, cukru, musztardy, octu, skrobi modyfikowanej, sztucznych aromatów i barwników<sup>10</sup>.

<sup>8</sup> TrueFoods Nutrition, *What's wrong with bread?*, <https://www.truefoodsnutrition.com.au/whats-wrong-with-bread/> (dostęp: 12.11.2019).

<sup>9</sup> I. Wierzbicka, K. Karus-Wysocka, *Polski Przewodnik Paleo*, Wyd. Publicat, Poznań, s. 55, 103.

<sup>10</sup> Czytaj Skład, *Majonez*, <https://czytajsklad.com/majonez-2/> (dostęp: 12.11.2019).

<sup>5</sup> Ch. B. Allan Ph.D., W. Lutz M.D., op. cit., s. 4.

<sup>6</sup> *Ibidem*, s. 6.

<sup>7</sup> *Ibidem*, s. 6.

**Smażona ryba w panierce** – na wigilijnym stole najczęściej pojawia się panierowany i usmażony karp. Choć, znacznie zdrowszą opcją jest upieczenie ryby w piekarniku, bez panierki, której smak naprawdę można poznać. W trakcie smażenia bułki pszennej, która należy do produktów skrobiowych, może wydzielać się akryloamid, który odpowiada za powstawanie stanów zapalnych w organizmie, a co za tym idzie, chorób autoimmunologicznych, może mieć działanie kancerogenne na układ pokarmowy oraz powodować choroby układu nerwowego<sup>11</sup>.

Używając bułki pszennej do panierowania ryby, w jednym produkcie zostają ze sobą połączone trzy makro składniki: białko (ryba), tłuszcz (ryba) i węglowodany (panierka). W przyrodzie, w nieprzetworzonych produktach, nie można znaleźć takiego połączenia. Proces trawienia białek i węglowodanów znacznie się różni. Żeby rozłożyć i strawić białka potrzeba enzymów proteolitycznych i kwaśnego środowiska. Żeby rozłożyć i strawić skrobię wystarczy zasadowe środowisko. Jeżeli mięso (również ryby) nie zostanie dobrze strawione w żołądku to stanie się pożywieniem dla bakterii, znajdujących się w jelitach, doprowadzając do zachwiania równowagi mikroflory jelitowej, powodując szereg dolegliwości ze strony układu pokarmowego (wzdęcia, gazy, uczucie przelewania się, itd.)<sup>12</sup>.

**Groch i fasola** – z jednej strony stanowią alternatywne źródło białka, zwłaszcza u osób, które nie jadają mięsa. Z drugiej, zawierają substancje antyodżywcze, alergeny oraz fruktooligosacharydy, które mogą przyczyniać się do wzdęć i gazów. Układ trawienny w trakcie świąt jest wystarczająco obciążony nadmiarem jedzenia i alkoholu, więc nie warto dokładać kolejnego posiłku, który powoduje problemy trawienne. Przygotowując potrawy ze strączkami, trzeba pamiętać o uprzednim namoczeniu roślin, najlepiej na dzień przed ich przyrządzeniem. Moczenie pomoże złagodzić przykre objawy ze strony układu pokarmowego.

**Ziemniaki** – znajdują się na tej samej pozycji, co chleb, czyli kolejny skuteczny zapychacz żołądka. Według statystyk przeciętny Polak w 2016 roku zjadł 97 kg ziemniaków w ciągu roku, 106 kg warzyw i 54 kg owoców<sup>13</sup>. Ziemniaki, na polskim stole, pojawiają się praktycznie codziennie, jako dodatek do obiadu, więc nie będą inaczej smakować na wigilijnej kolacji. Pomijając ziemniaki, można w znacznym stopniu ograniczyć spożycie węglowodanów, które są ich źródłem.

**Ciasto** – największa pokusa na sam koniec. Czy rzeczywiście można zrezygnować ze skosztowania orzechowca mamy albo andruta cioci Basi? Najlepiej tak. Cukier uzależnia. Badania prowadzone na zwierzętach, pokazały, że cukier spełnia więcej wymagań niż to konieczne, żeby zaklasyfikować go do substancji uzależniającej. Spożycie produktów, które zawierają cukry dodane powoduje podobny mechanizm, co zażywanie narkotyków: m. in. objadanie się,



występowanie głodu, rosnąca tolerancja, efekty opioidowe. Uzależnienie od cukru wydaje się zależeć od uwalniania się naturalnych, endogennych opioidów. Badania pokazują, że zarówno zwierzęta jak i ludzie podobnie reagują na uzależnienie od narkotyków i cukru, biorąc pod uwagę ich zachowanie i aktywność mózgu<sup>14</sup>.

Oznacza to, że nadmierne spożywanie cukru wiąże się z rosnącą ochotą na słodczyce, którą trudno jest zatrzymać. Dlatego najlepiej określić sobie limit spożycia cukru, np. w pierwszy dzień świąt dwa kawałki ciasta i w drugi dzień świąt dwa kawałki ciasta. Ze słodczy najlepiej zrezygnować w trakcie kolacji wigilijnej, bo układ trawienny będzie wystarczająco obciążony trawieniem 12 potraw, więc nie warto dokładać mu więcej pracy.

#### DODAC AKTYWNOŚĆ FIZYCZNĄ

Dieta to jedna strona medalu. Aktywność fizyczna to druga. Czy warto szukać siłowni, która znajduje się w najbliższej okolicy i jest otwarta w Boże Narodzenie? Pewnie nie. Czy można włączyć aktywność fizyczną do rodzinnego świętowania? Oczywiście!

Warto zacząć od najprostszej czynności, czyli sprzątnięcia, zwłaszcza, jeśli przygotowujemy wigilijnych potraw łączy się z nieodpartą pokusą próbowania każdej z nich. Wtedy można podzielić domowe obowiązki i wybrać te, przy których można spalać kalorie. W ciągu godziny sprzątnięcia łazienki można spalić 240 kcal, pokoju 180 kcal, trzepania dywanów 260 kcal, zmywania podłóg 100 kcal, odśnieżania 400 kcal<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Saint Luke's Mid America Heart Institute, Kansas, USA, Lاهی Health and the Wilson Institute of Neurobiology, Burlington, USA, *Sugar addiction: is it real? A narrative review.*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28835408> (dostęp: 13.11.2019).

<sup>15</sup> Odżywianie Info, *Ile kalorii spalasz przy pracach domowych?*, <http://www.odzywianie.info.pl/fitness-i-cwiczenia/artykuly/art-ile-kalorii-spalasz-przy-pracach-domowych.html> (dostęp: 13.11.2019).

<sup>11</sup> I. Wierzbička, K. Karus-Wysocka, op. cit., s. 23.

<sup>12</sup> *Ibidem*, s. 24.

<sup>13</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik Statystyczny Rolnictwa 2017*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2017, s. 368.



Dlatego, zamiast spędzać czas w kuchni, od czasu do czasu, obliczając łyżkę, lepiej zaangażować się w przygotowanie domu na wizytę gości.

Sytuacja przedstawia się bardzo podobnie w kontekście kolacji wigilijnej lub bożonarodzeniowego obiadu. Im mniej czasu spędza się, siedząc przy stole pełnym jedzenia, tym rzadziej sięga się po smakołyki, które na nim leżą. Najłatwiej zgłosić się do sprzątania, pozbierać brudne talerze, kiedy cała rodzina skończy zjeść, a później zaproponować pomoc w przygotowaniu kawy/herbaty do deseru. Jeżeli w domu nie ma zmywarki to dodatkowo, można spalić kalorie podczas zmywania naczyń.

Jeżeli wśród członków rodziny są dzieci to można zaproponować pomoc w opiece. Przedszkolaki mają niekończące się pokłady energii, dlatego z przyjemnością zaangażują się w zabawę w chowanego, ciuciubabkę lub poszukiwanie skarbów, odwracając uwagę od suto zastawionego stołu. Równie angażujące może być zajmowanie się niemowlakiem, którego trzeba nosić, przewijać i karmić. Wtedy zamiast zjadać kolejną porcję sernika, można spalać kalorie. W trakcie układania klocek przez godzinę można spalić 70 kcal, a czytając bajki, na głos, nawet 150 kcal<sup>16</sup>.

Po wigilijnej warto zaproponować wspólne wyjście na spacer, po bożonarodzeniowym obiedzie lepiej

<sup>16</sup> Mamy Mamom, *Ile kalorii spalisz bawiąc się z dzieckiem i wykonując inne codzienne czynności*, <https://mamy-mamom.pl/kalorii-spalisz-bawiac-sie-dzieckiem-wykonujac-inne-codzienne-czynnosci/> (dostęp: 13.11.2019).

bałwana, a na 26 grudnia zaplanować wyprawę na lodowisko, żeby pojeździć na łyżwach.

Spacery są alternatywą dla ludzi mających problemy zdrowotne, uniemożliwiające im bardziej skomplikowaną aktywność fizyczną. Są szeroko dostępne, niewymagają używania żadnego sprzętu, a co za tym idzie, wydatków pieniężnych. Spacery są idealną sposobnością do wyjścia z domu i pozostaniu przez dany czas na świeżym powietrzu, nawet jeżeli dobra pogoda nie dopisze. Spacery czasami są uważane za niezbyt interesującą aktywność fizyczną, przeznaczoną dla ludzi starszych lub mających małe dzieci albo traktowane jako niepełnowartościowy wysiłek fizyczny. Jednak z tego powodu, świetnie sprawdzą się i dla najmłodszych, i dla najstarszych członków rodziny. Zwłaszcza tych, którzy zjedli podwójną porcję z 12 dań wigilijnej<sup>17</sup> (**więcej informacji na temat wpływu aktywności na zdrowie znajduje się w artykule *Wpływ stylu życia na odchudzanie w Biuletynie 1/2019***).

#### WPROWADZIĆ POŚWIĄTECZNY DETOKS

Kiedy święta miną aktywnie i zgodnie z założonym planem, warto przez trzy kolejne dni wprowadzić poświąteczny detoks.

W tym celu najlepiej sprawdzi się detoks sokowy. Soki dostarczają wszystkich witamin zawartych w owocach i warzywach, w skoncentrowanej formie i dużej ilości.

<sup>17</sup> Ministerstwo Sportu i Turystyki, *Zbiórca Raport Realizacyjny*, GfK Polonia Sp. z o.o., Grudzień 2015, s. 11-12.

Żeby przygotować szklankę soku marchwiowego, potrzeba 1/2 kg marchwi. Mało kto potrafi zjeść 1/2 kg marchwi na raz, ale równie dobrze można dostarczyć organizmowi wszystkich wartości odżywczych przez wypicie wyciśniętego z nich soku. Dodatkowo, wyciskania soku pozwala na pozbycie się błonnika, który pogarsza wchłanianie witamin zawartych w owocach i warzywach, i nadwyręża pracę układu pokarmowego<sup>18</sup>.

Picie dwóch szklanek świeżo wyciskanego soku dziennie dostarczy wielu witamin, magnezu, selenu, cynku i innych minerałów. Połączenie ananasa, marchewki i odrobiny buraka przygotowuje układ trawienny na nadchodzące posiłki, pobudzi wydzielanie kwasu żołądkowego i produkcję enzymów trzustkowych. Kombinacja marchewki, jabłek, selera i buraka oddziałuje na oczyszczanie się wątroby. Zielone soki przygotowane na bazie warzyw liściastych (szpinaku, pietruszki, kopru, sałaty, natki buraka i natki marchewki) z dodatkiem pomidora i cytryny są świetnym źródłem żelaza i magnezu, i przyczyniają się do chelatowania metali ciężkich. Połączenie kapusty, jabłka i selera pobudza wydzielanie enzymów trawiennych i wpływa na oczyszczanie nerek<sup>19</sup>.

Ważne, żeby spożywać świeżo wyciskane soki, przygotowane w domu, a nie kupować gotowe napoje w sklepach. Soki, które są dostępne w sprzedaży, są produktem przetworzonym i pasteryzowanym. Oba te procesy niszczą enzymy i witaminy, zawarte w owocach i warzywach. Przemysłowo wytwarzane soki są źródłem przetworzonego cukru, a domowe, świeżo wyciskane soki zawierają naturalnie występujące cukry, które stanowią źródło energii. Dodatkowo, można kontrolować tylko te napoje, które zostały samodzielnie przygotowane w domu, używając do tego dobrej jakości surowców, pozbawionych zanieczyszczeń i pestycydów<sup>20</sup>.

## PODSUMOWANIE

Święta Bożego Narodzenia to wyjątkowy czas, który można spędzić w rodzinnym gronie. Żeby wykorzystać go w pełni, warto wprowadzić w życie plan i cieszyć się wspólnymi chwilami bez przykrych dolegliwości ze strony układu pokarmowego smaku. Najlepiej zrezygnować z jedzenia wysokowęglowodanowych produktów (np. pieczywa i ziemniaków) i słodczy, a skupić się na skosztowaniu specjałów, które pojawiają się na wigilijnym stole tylko raz w roku.

Warto przy tej okazji wyłączyć telewizory, wstać od stołu i zająć się aktywnym wypoczynkiem: pójść na spacer, ulepić bałwana czy pojeździć na łyżwach. Czas, poświęcony na aktywną zabawę z dziećmi, zaowocuje w szybszym spalaniu kalorii.

Po świątach najlepiej wprowadzić detoks sokowy, który pozwoli na regenerację układu pokarmowego i pomoże szybciej wrócić do formy przed Sylwestrem.

## LITERATURA

- Ch. B. Allan Ph.D., W. Lutz M.D., Life without bread. How a low-carbohydrate diet can save your life, The McGraw-Hill, Companies, NY 2000.
- Czytaj Skład, Majonez, <https://czytajsklad.com/majonez-2/> (dostęp: 12.11.2019).
- Dr. Natasha Campbell-McBride MD, Gut and Psychology Syndrome, Medinform Publishing, UK 2004.
- Główny Urząd Statystyczny, Rocznik Statystyczny Rolnictwa 2017, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2017.
- IZZ, Konferencja prasowa: Otyłość - opowiemy o tym, czego jeszcze nie wiecie, 17.05.2018, <https://ncez.pl/dla-mediow/17-05-2018--konferencja-prasowa--otylosc---opowiemy-o-tym--czego-jeszcze-nie-wiecie> (dostęp: 11.11.2019).
- IZZ, Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej, Warszawa 2016, <http://www.izz.waw.pl/attachments/article/7/Piramida%20Zdrowego%20C5%BBywnieni%20i%20Aktywno%C5%9Bci%20Fizycznej%20Broszura.pdf> (dostęp: 11.11.2019).
- Mamy Mamom, Ile kalorii spalisz bawiąc się z dzieckiem i wykonując inne codzienne czynności, <https://mamy-mamom.pl/kalorii-spalisz-bawiac-sie-dzieckiem-wykonujac-inne-codzienne-czynnosci/> (dostęp: 13.11.2019).
- Ministerstwo Sportu i Turystyki, Zbiornicy Raport Realizacyjny, GfK Polonia Sp. z o.o., Grudzień 2015.
- Odżywianie Info, Ile kalorii spalasz przy pracach domowych?, <http://www.odzywianie.info.pl/fitness-i-cwiczenia/artykuly/art,ile-kalorii-spalasz-przy-pracach-domowych.html> (dostęp: 13.11.2019).
- Saint Luke's Mid America Heart Institute, Kansas, USA, Lahey Health and the Wilson Institute of Neurobiology, Burlington, USA, Sugar addiction: is it real? A narrative review., <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28835408> (dostęp: 13.11.2019).
- TrueFoods Nutrition, What's wrong with bread?, <https://www.truefoodsnutrition.com.au/whats-wrong-with-bread/> (dostęp: 12.11.2019).
- Wierzbička, K. Karus-Wysocka, Polski Przewodnik Paleo, Wyd. Publicat, Poznań.



<sup>18</sup> Dr. Natasha Campbell-McBride MD, *Gut and Psychology Syndrome*, Medinform Publishing, UK 2004, s. 303.

<sup>19</sup> *Ibidem*, s. 304.

<sup>20</sup> *Ibidem*.

# POŻEGNANIE

*„...są ludzie , których Anioł śmierci przytula za wcześniej”*

*Z ogromnym bólem przyjęliśmy wiadomość o śmierci Koleżanki*

## ZOFII ADAMUS

*Wyrazy współczucia Najbliższym składa*

*Personel*

*SP ZOZ w Świdnicy*

*Regionalnego Szpitala Specjalistycznego „LATAWIEC”*

*Oddział Onkologii Klinicznej*



*„Ci których kochamy nie umierają nigdy,  
bo miłość , to nieśmiertelność”*

*Emily Dickinson*

## ***Koleżance Barbarze Gutkowskiej-Domańskiej***

***wyrazy szczerego żalu i współczucia z powodu śmierci Męża***

*składają*

*Pielęgniarki i Położne z Bystrzycy Kłodzkiej*

*oraz Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu*





**OKRĘGOWA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
w Wałbrzychu**

**ETYKA  
PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ**

**SPRAWIEDLIWOŚĆ  
BEZINTERESOWNOŚĆ  
RÓWNOŚĆ**  
profesjonalizm

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

**CIERPLIWOŚĆ  
ŻYCZLIWOŚĆ  
SZACUNEK**  
uśmiechnij się

**PRAWDA  
ODWAGA**  
nade wszystko

**ZAUFANIE**  
zrób coś dobrego,  
nie krzywdź



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

Edward L. Trudeau

