

# BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK POŁOŻNYCH

Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój

Rzeczpospolita POLSKA

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

## WSPARCIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



**35 000** bezpłatnych miejsc szkoleniowych na kursach kwalifikacyjnych i specjalistycznych dla pielęgniarek i położnych z całej Polski

POWR.07.01.00-00-0004/22

Projekt realizowany w ramach Działania 7.1 Oś priorytetowa VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Szczegóły [nipip.pl/projekt](http://nipip.pl/projekt)

Lider projektu: NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Partner projektu: Centrum Kształcenia Podypłomowego Pielęgniarek i Położnych



## SPIS TREŚCI

- 1 ◆ OD REDAKCJI
- 2 ◆ WSPARCIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
KOMUNIKAT CKPPiP W SPRAWIE ZATWIERDZENIA NOWYCH PROGRAMÓW KURSÓW SPECJALISTYCZNYCH
- 3 ◆ WYKAZ KURSÓW REALIZOWANYCH W RAMACH PROJEKTU DO GRUDNIA 2023 ROKU
- 8 ◆ W POSZUKIWANIU ŚWIĘTEGO SPOKOJU
- 12 ◆ KOMUNIKAT CKPPiP W SPRAWIE PROWADZENIA KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH PRZEZ NIEUPRAWNIONE PODMIOTY
- 13 ◆ HIPOKRATES 2022
- 15 ◆ RACJONOWANIE OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ – IX KONFERENCJA „JESIENNE SPOTKANIA Z AUTORYTETEM”
- 19 ◆ STYPENDIA DLA STUDENTÓW III ROKU STUDIÓW PIERWSZEGO STOPNIA KSZTAŁCĄCYCH SIĘ NA KIERUNKACH PIELĘGNIARSTWO, POŁOŻNICTWO I RATOWNICTWO MEDYCZNE  
PISMO WICEMARSZAŁKA WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO WYNIKI REALIZACJI PROGRAMU STYPENDIALNEGO
- 21 ◆ KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z UKRAINY  
KORRESPONDENCJA PREZES NRPIP Z PODSEKRETARZEM STANU
- 23 ◆ WYCENA ŚWIADCZEŃ PIELĘGNACYJNYCH I OPIEKUŃCZYCH W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ  
KORRESPONDENCJA WICEPREZES NRPIP Z PREZESEM NFZ
- 27 ◆ NOWELIZACJA ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE WYKAZU WYROBÓW MEDYCZNYCH WYDAWANYCH NA ZLECENIE
- 29 ◆ XXII OGÓLNOPOLSKI ZJAZD SZKÓŁ RODZENIA „NOWOCZESNA OPIEKA OKOŁOPORODOWA”
- 36 ◆ ZALECENIA MINISTRA ZDROWIA I KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE CHOROBY ZAKAŻNE DOTYCZĄCE REALIZACJI SZCZEPIEŃ PRZECIWI OSPIE MAŁPIEJ W GRUPIE OSÓB NARAŻONYCH
- 40 ◆ OSTATNIE POŻEGNANIE
- III s. okł. ◆ STANOWISKO OGÓLNOPOLSKIEGO POROZUMIENIA SAMORZĄDÓW ZAWODÓW ZAUFANIA PUBLICZNEGO

## KONSULTACJI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

- PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO** (od 01.10.2022 r.)  
– dr n. med. MONIKA PRZESTRZELSKA, Zakład Położnictwa i Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego, 50-996 Wrocław, ul. Bartła 5, tel.: 71 784 18 24, 608 509 727, e-mail: mprzestrzelska.konsultant@gmail.com
- PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO** – dr n. o zdr. WIEŚLAW ZIELONKA  
Pogotowie Ratunkowe Legnicy, ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica, tel. 502 676 039, email: w.zielonka@pogotowielegnica.pl
- 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 Polikliniką SP ZOZ, ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław, tel.: 26 166 02 07, 608 309 310, email: naczelnia.pielegniarka@4wsk.pl
- PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO OPERACYJNEGO**  
– mgr BEATA ŁABOWICZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny 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 NIEPEŁNOSPRAWNYCH**  
– mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Medycyny Paliatywnej Hospicyjnej Będkowo Sp. o.o. Sp. Komandytowa Będkowo 1, 55-100 Trzebnica, tel.: 71 722 29 48, 603 852 669, email: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl
- PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO** – dr n. o zdr. DOROTA MILECKA  
tel. 666 872 721, e-mail: milecka@poczta.fm
- 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 Zdrowiu Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, ul. Bartła 5, 56-618 Wrocław tel. 668 193 147, e-mail: jerzy.twardak@umed.wroc.pl
- PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ** – mgr ANNA SZACHOWSKA  
Bonifratskie Centrum Zdrowia Sp. o.o., ul. Poświęca 8 51-128 Wrocław tel. 793 386 502, e-mail: anna.szachowska@gmail.com

**OKRĘGOWA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

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

**e-mail:**  
sekretariat@oipip.walbrzych.pl

**strona internetowa**  
www.oipip.walbrzych.pl

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

**Przewodnicząca ORPIP:**  
Maria Pałeczka  
przewodniczaca@oipip.walbrzych.pl

**Sekretarz:**  
Małgorzata Hrycak

**BIURO**

**Sekretariat:**  
Anna Stanicka  
tel.: 74 84 25 605, 74 81 79 515  
fax: 74 84 23 325  
sekretariat@oipip.walbrzych.pl

**Rejestr praktyk zawodowych:**  
Anna Kola  
tel.: 74 81 79 519  
praktykazawodowa@oipip.walbrzych.pl

**Rejestr prawa wykonywania zawodu:**  
Marzena Gidzińska  
tel.: 74 81 79 517  
rejestrprawa@oipip.walbrzych.pl

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

**Obsługa administracyjno-prawna:**  
**Adwokat**  
Marek Żegnałek  
**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 wtorek każdego miesiąca  
Szczegóły na stronie internetowej  
w zakładce KONTAKT.

W innym terminie po wcześniejszym  
uzgodnieniu telefonicznym  
z biurem OIPIp w Wałbrzychu

Projekt, skład i druk:  
Tereny Weny Agencja Reklamowa  
Justyna Szafran-Dziewięcka  
justyna@terenyweny.pl





# NIECH CAŁY ŚWIAT *otuli się ciepłem Świąt!*

Przypomnijmy sobie,  
jak co roku, że to co najważniejsze  
jest obok nas, a miłość jest  
na wyciągnięcie ręki.  
Wzruszenia i Spokoju!  
Wesołych Świąt.

W imieniu własnym  
oraz Okręgowej Rady Pielęgniarek  
i Położnych w Wałbrzychu

*Maria Paleczka*  
Przewodnicząca ORPiP





Rzeczpospolita  
Polska



NACZELNA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

## Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych

nr POWR.07.01.00-00-0004/22

w ramach Działania 7.1 Oś priorytetowa VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Projekt jest realizowany przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych.

Głównym celem projektu jest podniesienie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych z całego kraju w okresie do 31 grudnia 2023 r.

Wsparciem w ramach projektu zostanie objętych 35 000 kobiet i mężczyzn w zawodach pielęgniarki i położnej.

Projekt realizowany w partnerstwie  
Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych



NACZELNA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



## KOMUNIKAT CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Komunikat w sprawie zatwierdzenia przez Ministra Zdrowia programów nowych kursów specjalistycznych dla pielęgniarek i położnych, opracowanych na podstawie art. 78 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2022 poz. 551 z późn. zm.) w ramach projektu POWR Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w ramach Działania 7.1 Oś priorytetowa VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Programy nowych kursów specjalistycznych udostępnione są na stronie internetowej CKPPIP oraz w Systemie Monitorowania Kształcenia (SMK):

1. „Opieka nad pacjentem z chorobami układu oddechowego” – dla pielęgniarek (program zatwierdzony 18 listopada 2022 r.)
2. „Wsparcie psychologiczne pacjenta i jego rodziny” – dla pielęgniarek i położnych (program zatwierdzony 16 listopada 2022 r.)
3. „Opieka nad pacjentem z chorobami zakaźnymi szczególnie niebezpiecznymi i wysoce zakaźnymi”

– dla pielęgniarek (program zatwierdzony 14 listopada 2022 r.)

4. „Opieka nad pacjentem w trakcie choroby COVID-19 oraz po jej przebyciu” – dla pielęgniarek (program zatwierdzony 14 listopada 2022 r.)
5. „Opieka nad pacjentem wymagającym wysokoprężnej terapii tlenem” – dla pielęgniarek (program zatwierdzony 9 listopada 2022 r.)
6. „Eduktor w chorobach układu krążenia” – dla pielęgniarek (program zatwierdzony 9 listopada 2022 r.)



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Wykaz kursów realizowanych w ramach projektu:

1. Kurs specjalistyczny Wywiad i badanie fizykalne, dla pielęgniarek i położnych,
2. Kurs specjalistyczny Wykonanie zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych, dla pielęgniarek i położnych,
3. Kurs specjalistyczny Resuscytacja krążeniowo-oddechowa, dla pielęgniarek i położnych,
4. Kurs specjalistyczny Resuscytacja oddechowo-krążeniowa u noworodka, dla pielęgniarek i położnych,
5. Kurs specjalistyczny Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, dla pielęgniarek i położnych,
6. Kurs specjalistyczny Pielęgowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, dla pielęgniarek,
7. Kurs specjalistyczny Opieka nad pacjentem w trakcie choroby COVID-19 oraz po jej przebyciu, dla pielęgniarek
8. Kurs specjalistyczny Opieka nad pacjentem z chorobami zakaźnymi szczególnie niebezpiecznymi i wysoce zakaźnymi, dla pielęgniarek
9. Kurs specjalistyczny Opieka nad pacjentem wymagającym wysokoprzepływowej terapii tlenem, dla pielęgniarek
10. Kurs specjalistyczny Wsparcie psychologiczne pacjenta i jego rodziny, dla pielęgniarek i położnych
11. Kurs specjalistyczny Opieka nad pacjentem z chorobami układu oddechowego w zakresie pielęgniarstwa pulmonologicznego, dla pielęgniarek
12. Kurs specjalistyczny Edukator w chorobach układu krążenia, dla pielęgniarek
13. Kurs specjalistyczny Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie i podczas porodu z wykorzystaniem badań diagnostycznych oraz wykonywania interpretacji badań ultrasonograficznych w położnictwie i ginekologii, dla położnych
14. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego, dla pielęgniarek – moduł Opieka nad pacjentem z chorobą COVID-19
15. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego, dla pielęgniarek – moduł Opieka nad pacjentem z chorobą COVID-19
16. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, dla pielęgniarek – moduł Opieka nad pacjentem z chorobą COVID-19

Poniżej krótka charakterystyka kursów specjalistycznych oraz kwalifikacyjnych:

**1. Kurs specjalistyczny Opieka nad pacjentem w trakcie choroby COVID-19, dla pielęgniarek**

Cel kształcenia - przygotowanie pielęgniarek do profesjonalnego, samodzielnego wykonywania świadczeń zdrowotnych związanych z profilaktyką i opieką nad pacjentem w trakcie choroby COVID-19 oraz po jej przebyciu, w warunkach opieki stacjonarnej i domowej.

**Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu kursu specjalistycznego:**

- a) Prowadzenie opieki pielęgniarstwiej nad pacjentem w trakcie choroby covid-19 oraz po jej przebyciu,
- b) Wykonywanie badania spirometrycznego i wstępna ocena wyniku,
- c) Wykonywanie specjalistycznych procedur leczniczych: wentylacja nieinwazyjna i inwazyjna,
- d) Prowadzenie określonych elementów rehabilitacji poprawiających wydolność oddechową,
- e) Prowadzenie tlenoterapii w warunkach stacjonarnych i domowych,

- f) Pobieranie materiału biologicznego do badań diagnostycznych, w tym wymazów z nosa i gardła,
- g) Wystawianie skierowań: na test RT-PCR, badania diagnostyczne,
- h) Edukowanie dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych w zakresie szczepień ochronnych,
- i) Kwalifikacja osób dorosłych do szczepień ochronnych,
- j) Wykonywanie szczepień ochronnych według kalendarza szczepień,
- k) Prowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki, samoopieki, samokontroli.

2. ***Kurs specjalistyczny Opieka nad pacjentem z chorobami zakaźnymi szczególnie niebezpiecznymi i wysoce zakaźnymi, dla pielęgniarek***

Cel kształcenia - Przygotowanie pielęgniarki do podejmowania samodzielnych świadczeń zdrowotnych i edukacyjnych przewidzianych w programie kursu specjalistycznego.

**Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu kursu specjalistycznego:**

- a) Prowadzenie specjalistycznej opieki pielęgniarskiej nad pacjentami z chorobami zakaźnymi szczególnie niebezpiecznymi i wysoce zakaźnymi,
- b) Opracowywanie, wdrażanie, stosowanie procedur i standardów dotyczących chorób zakaźnych szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych,
- c) Wykonywanie specjalistycznych procedur leczniczych: wentylacja nieinwazyjna i inwazyjna,
- d) Pobieranie materiału biologicznego do badań diagnostycznych, w tym wymazów z nosa i gardła,
- e) Wystawianie skierowań: na testy, badania diagnostyczne,
- f) Edukowanie dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych w zakresie szczepień ochronnych,
- g) Kwalifikacja osób dorosłych do szczepień ochronnych,
- h) Wykonywanie szczepień ochronnych według kalendarza szczepień,
- i) Prowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych, w tym szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.

3. ***Kurs specjalistyczny Opieka nad pacjentem wymagającym wysokoprzepływowej terapii tlenem, dla pielęgniarek***

Cel kształcenia - Przygotowanie pielęgniarki do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgnowania pacjenta wymagającego wysokoprzepływowej terapii tlenem.

**Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu kursu specjalistycznego:**

- a) Prowadzenie specjalistycznej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem wymagającym wysokoprzepływowej terapii tlenem,
- b) Ocena i monitorowanie wydolności oddechowej pacjenta na podstawie badania podmiotowego, badania przedmiotowego oraz dostępnych badań diagnostycznych,
- c) Ocena i monitorowanie skuteczności tlenoterapii na podstawie badania podmiotowego, badania przedmiotowego oraz dostępnych badań diagnostycznych,
- d) Prowadzenie tlenoterapii biernej i czynnej w warunkach stacjonarnych i domowych,
- e) Pomiar i ocena stężenia gazów biorących udział w procesie oddychania (gazometria, kapnometria),
- f) Pomiar i ocena wyniku pulsoksymetrii i wykresu tętna,
- g) Wystawianie skierowań na określone badania diagnostyczne: gazometria, spirometria,
- h) Pielęgnacja dróg oddechowych (kontrola wydzieliny w drogach oddechowych, fizjoterapia klatki piersiowej, odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych, higiena jamy ustnej i nosowej),



- i) Wykonanie inhalacji/nebulizacji z wykorzystaniem zestawów do inhalacji.
- j) Wykonywanie w warunkach stacjonarnych, domowych, w sytuacjach zagrożenia życia poprzez:
  - przyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych, z zastosowaniem: rurki ustnogatłkowej, rurki nosowo-gatłkowej, maski krtaniowej, rurki krtaniowej,
  - doraźną wentylację zastępczą z użyciem maski twarzowej/maski krtaniowej/rurki dotchawiczej i worka samrozprężalnego,
- k) Prowadzenie edukacji zdrowotnej pacjenta i jego rodziny w zakresie samoopieki i samokontroli, w tym w zakresie obserwacji niepokojących objawów, o których pacjent niezwłocznie powinien poinformować lekarza lub pielęgniarkę.

#### **4. Kurs specjalistyczny Wsparcie psychologiczne pacjenta i jego rodziny, dla pielęgniarek i położnych**

Cel kształcenia - Przygotowanie pielęgniarki, położnej do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wsparcia psychologicznego pacjenta i jego rodziny.

**Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka, położna po ukończeniu kursu specjalistycznego:**

- a) Ocena stanu zdrowia psychicznego pacjentów z różnych grup wiekowych i społecznych – na podstawie badań i użycia specjalistycznych skal,
- b) Opracowywanie i prowadzenie indywidualnych programów psychoedukacji w zaburzeniach zdrowia psychicznego z wykorzystaniem różnych metod i technik relaksacyjnych,
- c) Komunikowanie terapeutyczne z pacjentem i jego rodziną,
- d) Zastosowanie wsparcia psychologicznego w procesie adaptacji pacjenta i jego rodziny do choroby, jako sytuacji trudnej.

#### **5. Kurs specjalistyczny Opieka nad pacjentem z chorobami układu oddechowego w zakresie pielęgniarstwa pulmonologicznego, dla pielęgniarek**

Cel kształcenia - Przygotowanie pielęgniarki do sprawowania kompleksowej opieki nad pacjentem w zakresie diagnozowania, terapii i rehabilitacji chorób układu oddechowego oraz prowadzenia profilaktyki i edukacji zdrowotnej.

**Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu kursu specjalistycznego:**

- a) Prowadzenie specjalistycznej opieki pielęgniarzkiej nad pacjentem z chorobami układu oddechowego,
- b) Ocena i monitorowanie skuteczności tlenoterapii na podstawie badania podmiotowego, badania przedmiotowego oraz dostępnych badań diagnostycznych,
- c) Wykonywanie specyficznych procedur leczniczych: wentylacja nieinwazyjna i inwazyjna,
- d) Wykonywanie i interpretowanie wyników badań (gazometrii, pulsoksymetrii, kapnometrii, pomiar szczytowego przepływu wydechowego za pomocą PEF – metru),
- e) Wykonywanie badania spirometrycznego i wstępna ocena wyniku,
- f) Prowadzenie tlenoterapii w warunkach stacjonarnych i domowych,
- g) Wykonanie inhalacji/nebulizacji z wykorzystaniem różnego typu sprzętu,
- h) Prowadzenie określonych elementów rehabilitacji poprawiających wydolność oddechową,
- i) Prowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki, samoopieki i samokontroli, pacjenta w chorobach układu oddechowego,

- j) Pielęgnacja dróg oddechowych (kontrola wydzieliny w drogach oddechowych, fizjoterapia klatki piersiowej, odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych, higiena jamy ustnej i nosowej).

#### **6. Kurs specjalistyczny Edukator w chorobach układu krążenia, dla pielęgniarek**

Cel kształcenia - Uzyskanie przez pielęgniarki profesjonalnej wiedzy i umiejętności do prowadzenia edukacji zdrowotnej i terapeutycznej mającej na celu poprawę jakości życia pacjentów z chorobami układu krążenia.

**Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka po ukończeniu kursu specjalistycznego:**

- a) Ocena stopnia niewydolności układu krążenia, w celu ustalenia planu edukacji, w zakresie racjonalnego odżywiania, aktywności fizycznej, zwalczania używek, radzenia sobie z nadmiernym obciążeniem czynnikami naporowymi środowiska, zwalczania nadwagi i otyłości,
- b) Dostosowanie metod i środków edukacji do przygotowania pacjenta i jego rodziny do samokontroli i samoopieki w chorobach układu krążenia,
- c) Udział w realizacji programów profilaktyki chorób układu krążenia.

#### **7. Kurs specjalistyczny Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie i podczas porodu z wykorzystaniem badań diagnostycznych oraz wykonywania interpretacji badań ultrasonograficznych w położnictwie i ginekologii, dla położnych**

Cel kształcenia - Przygotowanie położnej do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie monitorowania dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu, w wybranych stanach klinicznych matki i płodu, z wykorzystaniem badań diagnostycznych w położnictwie i ginekologii.

#### **8. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego, dla pielęgniarek – moduł Opieka nad pacjentem z chorobą COVID-19**

Cel kształcenia - Przygotowanie pielęgniarki do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa nad pacjentami z chorobami sercowo-naczyniowymi w trakcie choroby COVID-19 oraz po jej przebiegu.

**Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka – w zakresie modułu Opieki nad pacjentem z chorobą COVID-19:**

- a) Prowadzenie opieki pielęgniarstwa nad pacjentem w trakcie choroby covid-19 oraz po jej przebiegu,
- b) Wykonywanie badania spirometrycznego i wstępna ocena wyniku,
- c) Wykonywanie specjalistycznych procedur leczniczych: wentylacja nieinwazyjna i inwazyjna,
- d) Prowadzenie określonych elementów rehabilitacji poprawiających wydolność oddechową,
- e) Prowadzenie tlenoterapii w warunkach stacjonarnych i domowych,
- f) Pobieranie materiału biologicznego do badań diagnostycznych, w tym wymazów z nosa i gardła,
- g) Wystawianie skierowań: na test RT-PCR, badania diagnostyczne,
- h) Edukowanie dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych w zakresie szczepień ochronnych,
- i) Kwalifikacja osób dorosłych do szczepień ochronnych,
- j) Wykonywanie szczepień ochronnych według kalendarza szczepień,
- k) Prowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki, samoopieki, samokontroli.



**9. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego, dla pielęgniarek – moduł Opieka nad pacjentem z chorobą COVID-19**

Cel kształcenia - Przygotowanie pielęgniarki do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa nad pacjentami z chorobami układu nerwowego w trakcie choroby COVID-19 oraz po jej przebiegu.

**Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka – w zakresie modułu Opieki nad pacjentem z chorobą COVID-19:**

- a) Prowadzenie opieki pielęgniarstwa nad pacjentem w trakcie choroby covid-19 oraz po jej przebiegu,
- b) Wykonywanie badania spirometrycznego i wstępna ocena wyniku,
- c) Wykonywanie specjalistycznych procedur leczniczych: wentylacja nieinwazyjna i inwazyjna,
- d) Prowadzenie określonych elementów rehabilitacji poprawiających wydolność oddechową,
- e) Prowadzenie tlenoterapii w warunkach stacjonarnych i domowych,
- f) Pobieranie materiału biologicznego do badań diagnostycznych, w tym wymazów z nosa i gardła,
- g) Wystawianie skierowań: na test RT-PCR, badania diagnostyczne,
- h) Edukowanie dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych w zakresie szczepień ochronnych,
- i) Kwalifikacja osób dorosłych do szczepień ochronnych,
- j) Wykonywanie szczepień ochronnych według kalendarza szczepień,
- k) Prowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki, samoopieki, samokontroli.

**10. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, dla pielęgniarek – moduł Opieka nad pacjentem z chorobą COVID-19**

Cel kształcenia - Uzyskanie przez pielęgniarkę specjalistycznych kwalifikacji do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w trakcie choroby COVID-19 oraz po jej przebiegu.

**Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka – w zakresie modułu Opieki nad pacjentem z chorobą COVID-19:**

- a) Prowadzenie opieki pielęgniarstwa nad pacjentem w trakcie choroby covid-19 oraz po jej przebiegu,
- b) Prowadzenie określonych elementów rehabilitacji poprawiających wydolność oddechową,
- c) Prowadzenie tlenoterapii w warunkach stacjonarnych i domowych,
- d) Pobieranie materiału biologicznego do badań diagnostycznych, w tym wymazów z nosa i gardła,
- e) Wystawianie skierowań: na test RT-PCR, badania diagnostyczne,
- f) Edukowanie dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych w zakresie szczepień ochronnych,
- g) Kwalifikacja osób dorosłych do szczepień ochronnych,
- h) Wykonywanie szczepień ochronnych według kalendarza szczepień,
- i) Prowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki, samoopieki, samokontroli na podstawie oceny wpływu przebiegu choroby COVID-19, w tym izolacji, na osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Wiceprezes NRPiP



Mariola Łodzińska

# W POSZUKIWANIU ŚWIĘTEGO SPOKOJU

BEATA PIETRZAK

psycholog kliniczny

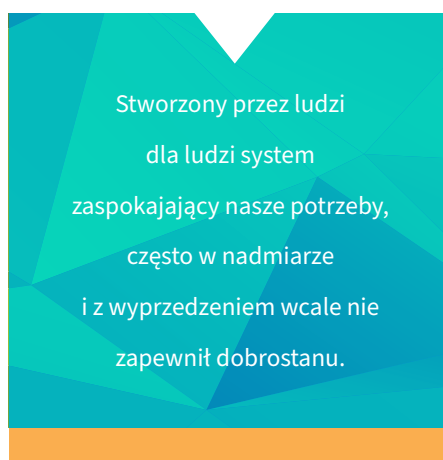
Oto prawdziwie zaskakujący paradoks: współczesny świat daje nam nieograniczone możliwości. Jemy co chcemy i ile chcemy. Robimy zakupy nie wychodząc z domu, podobnie zresztą je oddajemy, kiedy nie przypadną nam do gustu. W każdej chwili możemy spotkać się online z bliskimi, którzy przebywają na wakacjach słysząc i widząc co się u nich dzieje tak, że po ich powrocie nie ma już o czym opowiadać. Przesuwając palcem po ekranie mamy możliwość wybrania kandydata na randkę lub na całe życie, podobnie jak film, który zażyjemy sobie akurat obejrzeć. Namierzmy dziecko dzięki odpowiedniej aplikacji, podstuchamy nawet jego rozmowy jeśli chcemy. Nie potrzebujemy prosić znajomych o pożyczkę – wszystko załatwimy bez potrzeby wychodzenia z domu. Żyjemy w wirtualnym świecie, w którym wszystko o nas wiadomo: od tego kim jesteśmy, gdzie spędzamy wakacje, po ostatnie nasze zakupy, co skutkuje między innymi zgrabnie konstruowanymi i szytymi na miarę dla nas reklamami towarów, które mogą nas zainteresować. Taki świat teoretycznie powinien czynić nas szczęśliwymi i spokojnymi. Stworzony przez ludzi dla ludzi system zaspokajający nasze potrzeby, często w nadmiarze i z wyprzedzeniem wcale nie zapewnił dobrostanu. Zapadamy na choroby, których można było uniknąć, wielu z nas odczuwa większą niż dawniej samotność, depresja i lęk stały się powszechnym zjawiskiem. Coraz trudniej zaś o spontaniczną, szczerą radość tak wśród dorosłych jak i dzieci. Większość z nas powie, że żyjemy w okropnych, trudnych czasach. Ludzie czują się jakby byli w potrzasku, z którego nie potrafią się wydostać. Dodatkowo mamy do czynienia z tak wysokim wskaźnikiem wzajemnej nieufności, jakiej nigdy wcześniej nie doświadczaliśmy.

Jak wygląda nasz typowy dzień? Co robimy zaraz po przebudzeniu? Ile czasu upływa do pierwszego dotknięcia smartfona? Czy jemy śniadanie, a jeśli tak, to jakie? Jakie słowa kierujemy do naszych bliskich przed wyjściem z domu? Jesteśmy skupieni, wypoczęci, gotowi na nowy dzień, czy może zmęczeni, z uczuciem niepokoju i chaosem w głowie? Ciągły pęd, komunikowanie się z innymi głównie przez telefon, e-mail oraz szereg mediów społecznościowych, szybkie jedze-

nie, szybko zmieniające się ujęcia w telewizji i informacje jak mamy żyć. Chodzimy unikając kontaktu wzrokowego, skupieni na swoich telefonach. A w nich dowiadujemy się co mamy kupić, kogo „lajkować” kiedy być „za” a kiedy „przeciw”. Przystajemy być refleksyjni na rzecz narzuconych idei. Jeśli jednak się skupimy, pocujemy to w sobie – pustkę. Pustkę, bezsens i tęsknotę. Uczestniczenie we współczesnej kulturze nieustającej konsumpcji powoduje fizyczne zmiany w naszych mózgach. Polegają one na tym, że odcinany jest dostęp do naszego „nowego mózgu” – kory mózgowej, będącej przeciwwagą dla mózgu limbicznego. Mózg limbiczny rodzi emocje w oparciu o dane sensoryczne. Jego reakcje są automatyczne, nie wymagają świadomej analizy, przemyśleń i interpretacji. Z nim związane są takie pierwotne doświadczenia jak: głód, senność, ból, strach, przyjemność, czy złość. Istotną funkcją mózgu limbicznego jest jego związek z uwalnianiem neuroprzekaźnika – dopaminy oraz naturalnych opiatów zwanych endorfinami. Jedną z wielu funkcji dopaminy jest jej wpływ na nasz układ nagrody i zachowanie, łącznie z nawykami, ale też na uzależnienia. Układ nagrody jest zbiorem struktur mózgowych związanych z motywacją i kontrolą zachowania. W drodze ewolucji mechanizm ten wykształcił się w celu zwiększania prawdopodobieństwa zachowań korzystnych dla organizmu. Układ ten ak-

tywowany jest w sytuacji zaspokajania popędów (pożywienie, zachowania seksualne), a także w trakcie wykonywania innych czynności ocenianych jako przyjemne (np. interakcje społeczne). Dopamina odgrywa istotną rolę w naszej nieustannie odczuwanej potrzebie natychmiastowej nagrody a także w rozwoju uzależnienia. W momencie doświadczania przez nas czegoś, co aktywizuje układ nagrody endorfiny oddziałują na mózg i ciało w taki sposób abyśmy bez przerwy dążyli do kontaktu ze źródłem przyjemności.

Jednym z obszarów mózgu, będącym składową układu limbicznego jest ciało migdałowate. Ośrodek ów kontroluje reakcję na zagrożenie, oraz to zagrożenie interpretuje. Wraz z hipokampem reguluje nasze wspomnienia dotyczące zagrożeń tak rzeczywistych, jak i wyobrażonych. Zaburzone funkcjonowanie ciała migdałowatego może dawać takie schorzenia jak:





depresja, fobie, zaburzenia lękowe, zespół stresu pourazowego, czy impulsywność. Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że funkcjonowanie ciała migdałowatego może zostać zmienione także w ogólnie zdrowym mózgu. Przykładem są nerwicowe stany lękowe, będące reakcją ciała migdałowatego na bodźce, które są jedynie postrzegane jako niebezpieczne z uwagi na przeszłe doświadczenia. Ataki paniki pojawiają się kiedy ciało migdałowate wysyła sygnał o zagrożeniu, obiektywnie nie występującego.

Kora mózgowa jest zaś tą częścią mózgu, która rozmyśla, rozważa, podchodzi do spraw w sposób metodyczny, racjonalny. Kora przedczołowa stanowi część kory mózgowej. Jej złożoność jest unikatową cechą ludzi. Dzięki niej znajdujemy najlepsze reakcje dla napływających informacji. Tworząc plany rozpatrujemy różne alternatywy, zamiast reagować natychmiast, jednokierunkowo. Jak widać proces ten stanowi przeciwieństwo funkcjonowania reaktywnego ciała migdałowatego.

Kora przedczołowa i ciało migdałowate nieustannie się ze sobą komunikują. Połączenia między tymi dwoma strukturami mają wpływ na nasze zachowanie, umożliwiając nam zdolność regulowania impulsywności i emocji. Tak oto zaburzenia nerwicowe powiązane są z nieprawidłowościami w połączeniach między ciałem migdałowatym a korą przedczołową.

Tak długi wstęp z zakresu neuropsychologii uznałam za ważny, ponieważ badania wskazują, iż relacja między omawianymi strukturami w mózgu jest wciąż sabotowana przez chroniczny stres i brak odpowiedniej higieny snu, tak znamienne dla dzisiejszego stylu życia. Dodatkowo nasza nadaktywność cyfrowa, niedostateczny kontakt z naturą oraz godna pożałowania dieta pogarszają sytuację.

Podkreślić należy, że kultura usprawnia te ścieżki neuronowe, które czynią nas impulsywnymi, bezrefleksyjnymi, zalekionymi i oczekującymi natychmiastowych rozwiązań. Taki program dla mózgu sprawia, iż bez niczyjego nacisku będziemy dążyć do spędzania coraz większej ilości bezcennego czasu w pracy i wydamy więcej pieniędzy na rzeczy, które dadzą nam krótkotrwałe zadowolenie. Inaczej bylibyśmy szczęśliwi, nieprawdaż? I właśnie taki jest plan wielkiego biznesu: zrobienie z nas niewolników, żyjących w ciągłym poczuciu niezadowolenia i niepokoju, skłonnych do przyjmowania narzuconych, gotowych rozwiązań, przyjmujących je bezrefleksyjnie. Takich ludzi łatwiej jest kontrolować i manipulować nimi w zależności od potrzeb.

Mówiąc o życiu w stresie mamy przede wszystkim na myśli stresory psychologiczne takie jak: problemy w pracy, konflikty interpersonalne, kłopoty finansowe itd. Do tego jednak niestety dołożyć należy stresory chronobiologiczne, związane z rytmem okołodobowym i nagłymi zmianami stref czasu, a także fizyczne, takie jak: temperatura, ciśnienie atmosferyczne, hałas, oświetlenie itd.). Te dwa źródła stresu wpływają na nas tak samo destrukcyjnie jak źródła psychologiczne. Poprzez obniżanie naszej odporności, przyczyniają się do rozwoju różnych chorób, w tym psychicznych. Istnieje tzw. próg stresu, czyli moment, w którym stresor mobilizuje nas do działania i próg tolerancji stresu, kiedy to wydolność organizmu spada, dochodzi do przeciążenia. Mimo iż mamy naukowe dane jaka temperatura, oświetlenie, czy natężenie dźwięku są dla człowieka optymalne, to jednak każdy z nas

ma swoje indywidualne preferencje. Stopień przestymulowania zależy więc także od osobowości, charakteru, trybu życia, aktualnej kondycji psychofizycznej, ilości występujących jednocześnie bodźców i ich znaczenia dla jednostki. Ta sama gwarna dyżurka na oddziale szpitalnym, będzie co prawda przez hałas oddziaływać negatywnie na wszystkie osoby się w niej znajdujące, jednak na te z nich, dla których jakość relacji międzyludzkich jest ważniejsza niż komfort fizyczny, wywrze to mniej negatywny wpływ. Inaczej mówiąc, poniesie ona mniejsze koszty niż ci, którzy najbardziej cenią sobie dobre warunki fizyczne w pracy.

Układ nerwowy współczesnego człowieka niewątpliwie jest przebodźcowany – cierpi od nadmiaru bodźców i nie jest w stanie pomieścić już kolejnych. Mamy ochotę zamknąć oczy, zatkać uszy i co często słyszę od znajomych „uciec w Bieszczady”. Po trudnym dniu w warunkach dalekich od optymalnej strefy komfortu wracamy do domu z potrzebą odpoczynku. Co jednak wtedy robimy? Zasiadamy przed komputer, scrollujemy media społecznościowe albo idziemy na zakupy. Fundujemy w efekcie naszemu mózgowi jeszcze więcej wrażeń psychofizycznych. Męczymy wzrok, słuch, węch dostarczając mózgowi jeszcze więcej pracy. Takie zachowania aktywizują nasz układ nagrody kusząc uzależniającą, natychmiastową gratyfikacją. Jednak oprócz chwilowej nagrody, pojawia się też poczucie winy za zmarnowany czas, ponieważ okazuje się za każdym razem, że nasza aktywność w internecie była w zasadzie bezcelowa, ale w podstępny sposób pozbawiła nas resztek energii. Ciemna strona technologii działa poniekąd jak magik. Wyszukuje on najpierw martwe strefy, ułomności i limity ludzkiego postrzegania, dzięki czemu może on wpływać na odbiorcę, bez jego uświadamiania sobie tego faktu. Kiedy już zna ich słabości może owinąć ich sobie wokół palca. Relaksem po nadmiarze bodźców nie będzie też wyjazd do ciepłych krajów w środku zimy. Zmiana klimatu oraz zmiana stref czasowych i mnogość wrażeń prowadzi raczej do błędnego koła nadmiaru bodźców niż do upragnionego odpoczynku. Podobnie płaczącemu, zmęczonemu niemowlęciu, nie pomoże grzechotanie mu nad głową kolorową grzechotką, a więc dodatkowa stymulacja, tylko ukojenie, wyciszenie. Jesteśmy w tej kwestii dość podobni do komputera, kiedy to odinstalowanie nadmiaru aplikacji i reset pomagają niejednokrotnie przywrócić normalną pracę systemu.

W jaki sposób odnaleźć więc „święty spokój”? Pamiętając, że człowiek to istota bio – psycho – społeczna należy zadbać o każdą z tych części jednocześnie.

**„NAJLEPSZYM LEKARSTWEM DLA TYCH, KTÓRZY SIĘ BOJĄ, SĄ SAMOTNI ALBO NIESZCZĘŚLIWI, JEST WYJŚCIE NA ZEWNĄTRZ, GDZIEŚ, GDZIE MOGĄ W CISZY PRZEBYWAĆ SAMI Z NIEBEM, NATURĄ, BOGIEM”**  
– ANNE FRANK

Natura to źródło, od którego pochodzimy, stąd obcowanie z nią wpisane jest w nasze geny. Czerpiemy z niej wiele korzyści: natura obniża poziom stresu, redukuje stany zapalne, wzmacnia umiejętność współodczuwania. Poprawia koncentrację i daje poczucie zadowolenia. Stanowi też antidotum na stresogenną rzeczywistość, przywracając równowagę



organizmowi wyrwanemu z chaosu. Ponadto natura odcinając nas od przebodźcowania umożliwia wyśmienite warunki do większej uważności. Resetujemy wówczas nasze mózgi, co z kolei umożliwia popatrzenie na świat w bardziej obiektywny sposób, dzięki aktywizacji kory przedczołowej. Czując silny związek z naturą nie jesteśmy już tak samotni. Stanowimy bowiem część ekosystemu, w którym się znajdujemy. Sami jesteśmy naturą.

Jednym ze sposobów oddziaływania natury na nas jest jej wpływ na zmysł węchu. Być może dlatego tak lubimy zapach kwiatów, kochamy perfumy i odświeżacze powietrza o zapachu roślinnym. Naukowcy łączą zmysł węchu z funkcjonowaniem układu odpornościowego, nastrojem, czy funkcjami poznawczymi. Okazuje się, że zapach roślin sam w sobie ma właściwości prozdrowotne. Olejki eteryczne dają rozluźnienie, które odczuwamy wdychając je (naturalne spa!) Badania wskazują, iż już jeden dzień na łonie natury prowadzi do wzrostu liczby komórek układu odpornościowego, a także duży spadek adrenaliny i noradrenaliny, odgrywających rolę w działaniu układu współczulnego i reakcji na stres. Gdybyśmy mieli wyliczyć, korzyści z obcowania z naturą są następujące:

- lepsze funkcjonowanie układu odpornościowego (szczególnie – wzrost komórek NK oraz ich aktywności),
- obniżanie ciśnienia krwi,
- poprawa koncentracji (również u osób z ADHD),
- lepsza rekonwalescencja po chorobie i/ lub operacji,
- spowalnianie przebiegu wielu chorób, np. Choroby Alzheimera,
- więcej energii,
- lepsza jakość snu,
- poprawa uważności,
- poprawa nastroju,

- nabycie kompetencji radzenia sobie ze stresem a także obniżenie jego poziomu.

#### ZADBAJ O SEN

Niedobór snu źle wpływa na zdolności poznawcze człowieka. Nie tylko trudniej jest zapamiętać nowe informacje ale także poprawnie je zinterpretować. Ponadto w związku z niedoborem snu jest nadwaga i otyłość, problemy z metabolizmem i cukrzyca, demencję, pogorszenie działania układu odpornościowego, pogorszenie nastroju, choroby sercowo – naczyniowe, nowotwory, dysfunkcje seksualne, wreszcie krótsze życie.

Dlaczego mamy problem ze zdrowym snem? W dużej mierze wynika to z korzystania przed snem z różnych urządzeń emitujących błękitne światło (telewizory, tablety, telefony). Ten typ światła pobudza nas, a także wpływa na hormon przygotowujący nas do snu – melatoninę. Działanie światła błękitnego w nocy, może zaburzyć produkcję melatoniny.

Skup się więc na następujących czynnikach ułatwiających dobry sen:

Stwórz sanktuarium dla snu. Zadbaj o wyciszającą atmosferę w sypialni, popraw jej klimat. Wyrzuć z niej źródła błękitnego światła.

Przygotuj się do spoczynku. Tuż przed snem zwolnij, nie planuj energetyzujących lub emocjonujących działań

Wycisz się. Weź aromatyczną kąpiel, zafunduj sobie muzykę, mającą na Ciebie pozytywny, kojący wpływ. Morze wykop z piwnicy płyty winylowe i adapter? Napisz kilka słów w pamiętniku.

#### ĆWICZENIA FIZYCZNE

Nie jest dla nikogo nowością, że ćwiczenia sprzyjają szeroko pojętemu zdrowiu fizycznemu. Jednak zdecydowanie



mniej mówi się o tym, że aktywność fizyczna pozytywnie działa na nasze funkcje poznawcze i przeżywanie emocji. Ćwiczenia pozwalają nam odzyskać kontrolę nad naszymi działaniami i usprawniają podejmowanie decyzji. Dodatkowo, korzystnie wpływają na zachowanie sprawności intelektualnej, są skutecznym czynnikiem przeciwdziałającym i leczącym depresję. Przy planowaniu systematycznej aktywności:

- Bądź realistą. Nie stawiaj poprzeczki zbyt wysoko.
- Zrób dobry plan kiedy, jak i kiedy będziesz ćwiczył. Wygospodaruj czas, z którego nie zrezygnujesz.
- Baw się dobrze. Wiele osób z mojego otoczenia biega, jednak nie widzę w tym przyjemności z robienia czegoś dobrego dla siebie, tylko jest to kolejne zadanie do zaliczenia, do pokonania samego siebie. Wyszukaj taką formę aktywności, która najbardziej Ci odpowiada.
- Poszukaj towarzystwa. Ćwiczenie w zespole pomaga w utrzymaniu motywacji i przejście normalnie występujących kryzysów.

### „WEWNĘTRZNA CISZA JEST MATKĄ WSZYSTKICH TALENTÓW”

– SRI SRI RAVI SHANKAR

Postaraj się teraz przypomnieć sobie, kiedy ostatni raz usiadłeś w ciszy, bez żadnych rozpraszaczy, bez niczego, co przykuwałoby Twoją uwagę? Dziś, w tym tygodniu, czy może trudno ten moment w ogóle przywołać z pamięci? W takim razie zamknij oczy i postaraj się przez jedną minutę śledzić myśli, które pojawiają się w Twojej głowie. Mogą wydać się chaotyczne, niepowiązane ze sobą. Obecnie, nieuporządkowane, losowe myśli wirujące w naszych głowach są na porządku dziennym (i nocnym!) Niweczy to naszą zdolność do skupiania się i pozostawiania świadomie obecnym. Nie powinniśmy się zatem dziwić naszemu ciągłemu poczuciu zmęczenia i rozproszenia. Musimy odzyskać przestrzeń dla ciszy w naszych mózgach. Wewnętrzne poczucie spokoju jest antidotum na szaleństwo współczesnej kultury.

Zaktualizuj swoje wewnętrzne oprogramowanie i zresetuj się. Nie możesz mieć otwartych kilku programów jednocześnie i zachować przy tym stabilną wydajność. Robienie wielu rzeczy naraz powoduje jednocześnie popełnianie większej ilości pomyłek, niekiedy mocno odczuwalnych. Nie czekaj aż znajdzie się wolna chwila dla Ciebie, tylko ją świadomie znajdź. To Ty decydujesz, czy mają sterować Tobą inni, czy Ty sam. Mindfulness i medytacja są propozycjami do odzyskiwania wewnętrznej ciszy. Terminy mindfulness i medytacja często używa się zamiennie, choć z definicji bardzo się różnią. Dla potrzeb naszego artykułu, mindfulness jest formą medytacji. Mindfulness to świadome ukierunkowywanie skupienia na jedną rzecz i dążenie do bycia świadomym chwili obecnej. Każda czynność: spacer, jedzenie, może być sposobem praktykowania mindfulness. Podobnie modlitwa, joga, czy różne formy relaksacji. Medytacja z kolei to ogólny termin dla aktywności mających na celu skupienie się na wewnętrznych rozmyślniach i wewnętrznej przejrzystości. Cel obu jest jednak taki sam: uspokoić umysł, by znaleźć w nim miejsce dla autorefleksji. Skupienie umysłu zwiększa ilość czasu, jaki spędzasz płynąc z głową nad wodą, dzięki czemu jesteś w stanie

na czas uniknąć przeszkody, jak również doznawać wszystkich towarzyszącym płynięciu przyjemności. Kiedy jesteś skoncentrowany, zdajesz sobie sprawę ze swojej pozycji i celu. Możesz na bieżąco korygować trasę. Kiedy mijasz swój zjazd z autostrady, zapominasz dodać składnika do ciasta, czy zostawiasz dziecko w foteliku samochodowym na parkingu przed pracą, nie jesteś skupiony. Zwiększanie umiejętności skupiania się może z pozoru wydawać się banalnie proste, lecz bywa też zadaniem wyjątkowo trudnym. Mnisi, potrzebują lat aby stać się mistrzami skupiania umysłu. Stan ten jest bowiem bardzo trudny do osiągnięcia. Żeby się przekonać jak trudny, spróbuj takiego oto ćwiczenia. Dotykaj framugi drzwi za każdym razem kiedy przez nie przechodzisz. Dotykając jej, skoncentruj się na chwili obecnej, jej widoku, dźwiękach i zapachach oraz na drzwiach do doświadczenia, które właśnie stoi przed Tobą otworem. Nawyk ten może ułatwić Ci pozostawanie w teraźniejszości oraz na pełne doświadczenie. Jeżeli jesteś podobny do mnie, większość framug miniesz z opuszczoną głową, bez dotykania ich...

### „JEŚLI »POMOŻESZ« POSZCZEGÓLNYM DRZEWOM, POZBYWAJĄC SIĘ ICH RZEKOMEJ KONKURENCJI, POZOSTAŁE DRZEWIA ZOSTAJĄ OSIEROCONE”

– PETER WOHLLEBEN, *SEKRETNE ŻYCIE DRZEW.*

Budujmy trwałe więzi. Przecież każdy z nas chce tego samego: szczęścia, sukcesu, poczucia celu i sensu. Chcemy być sprawni psychofizycznie, chcemy tworzyć konstruktywne relacje międzyludzkie. Jeśli jednak bezmyślnie poddamy się zachciankom, albo damy się zastraszyć – przegramy. Miłość zastąpi złość, egoizm empatię. Nie zamykajmy się przed rodziną, przyjaciółmi i światem, bo staniemy się samotnymi ludźmi w odizolowanym świecie. Nie marnujemy czasu na rzeczy, które oddalają nas od prawdziwie ważnych spraw. Tak nie da się żyć. Potrzebujemy stałego kontaktu, z naszym otoczeniem, innymi ludźmi i naszymi myślami. Ludzie są jak drzewa w lesie: czujemy się szczęśliwsi i żyjemy dłużej, kiedy mamy poczucie połączenia – więzi. Nasze relacje są jak systemy korzeni, gwarantujących stabilizację i rozwój.

Zbliżają się Święta Bożego Narodzenia. Czas pełen magii, kolorów, światełek wśród mroku, zapachu drzewka, przypraw korzennych. Czas wypełniony muzyką z żywymi instrumentami, których stuchamy podczas ubierania choinki, czy zdobienia pierników. Czas szczególnego zwrócenia się ku innym, wspólnego biesiadowania, tęsknoty za tymi, po których zostało puste krzesło.

W ten przepiękny czas, życzę wszystkim moim Drogim Czytelnikom wiary, że ten świat nie jest aż tak niespokojny, jakim się go nam przedstawia każdego dnia. Nadziei na odnalezienie swojego sensu życia oraz miłości do innych jak i do siebie samego.

A wszystko to opakowuję w ŚWIĘTY SPOKÓJ.

### LITERATURA

- Perlmutter D., Perlmutter A., Loberg K. 2018., *Mózg na detoksie.* Sensus (red.)  
 Zimbardo P., Boyd J. 2009., *Paradoks czasu,* Warszawa, PWN.



## CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### KOMUNIKAT

#### W SPRAWIE PROWADZENIA KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH PRZEZ NIEUPRAWNIONE PODMIOTY

z dnia 3 października 2022r.

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych jako jednostka podległa Ministrowi Zdrowia i z upoważnienia Ministra Zdrowia sprawująca nadzór nad realizacją kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, informuje, że w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK) podmiot o nazwie: **CKU – spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, z siedzibą we Wrocławiu, ul. Powstańców Śląskich 1 lok.201, 53-329 Wrocław**, który nie posiada statusu organizatora kształcenia, opublikował plany dla kursów specjalistycznych, a tym samym proponuje pielęgniarkom i położnym udział w kształceniu do którego, według stanu na dzień 29 września 2022r., nie posiadał uprawnień.

W związku z powyższym Centrum prosi aby wszystkie osoby zainteresowane kształceniem:

- 1) weryfikowały uprawnienia podmiotu w okręgowej izbie pielęgniarek i położnych właściwej ze względu na miejsce podejmowanego kształcenia lub w Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych,
- 2) dokonywały rejestracji na kształcenie korzystając wyłącznie z SMK,
- 3) po zakwalifikowaniu na dany rodzaj kształcenia sprawdziły czy posiadają w SMK Elektroniczną Kartę Kształcenia, która stanowi jedyny dowód ukończenia szkolenia/kursu i warunek przystąpienia do egzaminu końcowego/państwowego.

Beata Guzak  
Dyrektor  
Centrum Kształcenia Podyplomowego  
Pielęgniarek i Położnych

Jacek Chojnacki  
Radca Prawny



# HIPOKRATES 2022

Hipokrates to największy plebiscyt medyczny w Polsce. Patronem plebiscytu jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Etapowi wojewódzkiemu patronowali – Marszałek Dolnego Śląska Cezary Przybylski oraz Wojewoda Dolnośląski Jarosław Obremski. W kategoriach wojewódzkich powiatowych – wśród zwycięzców plebiscytu są nasze Koleżanki i Koledzy. SERDECZNIE GRATULUJEMY



## **POŁOŻNA ROKU WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO:**

- Gabriela Łazorko**  
NZOZ Śródmieście Biały Kamień, Wałbrzych
- Małgorzata Dubis**  
Górnicza Fundacja Ochrony Zdrowia, Wałbrzych



## **MIASTO WAŁBRZYCH PIELĘGNIARKA ROKU:**

- Danuta Jurchyńska-Job**  
Specjalistyczny Szpital im. dr Alfreda Sokotowskiego, Wałbrzych
- Agnieszka Husak-Jaworecka**  
NZOZ Śródmieście-Biały Kamień Sp. z o.o., Wałbrzych
- Agnieszka Wach**  
Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokotowskiego, Wałbrzych



**POWIAT ZĄBKOWICKI PIELĘGNIARKA ROKU:**

1. **Edyta Szumna**  
ELMED, Ząbkowice Śląskie
2. **Aleksandra Plotkuns**  
EMC Instytut Medyczny S.A. Filia. Szpital Św. Antoniego,  
Ząbkowice Śląskie
3. **Barbara Białkowska**  
Szpital św. Antoniego, Ząbkowice Śląskie

**POWIAT KŁODZKI PIELĘGNIARKA ROKU:**

1. **Gabriela Drewniak**  
23 Wojskowy Szpital Uzdrowskowo – Rehabilitacyjny,  
Lądek-Zdrój
2. **Kinga Szpila**  
ZOZ KŁODZKO, Nowa Ruda
3. **Renata Rosenbeiger-Żelazko**  
Sanatorium Kardiologiczne ZDROWIE, Polanica-Zdrój

**POWIAT ŚWIDNICKI PIELĘGNIARKA ROKU:**

1. **Piotr Policzkiewicz**  
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Świdnicy
2. **Elżbieta Wójcik**  
SP ZOZ Latawiec, Świdnica
3. **Bernadetta Jarosz**  
Centrum Medyczne Eskulap, Świdnica

**POWIAT DZIERŻONIOWSKI PIELĘGNIARKA ROKU:**

1. **Paweł Kowalski**  
Pogotowie ratunkowe, Hospicjum Św. Świerada,  
Dzierżoniów
2. **Barbara Swietlik**  
NZOZ Familia, Piława Górna
3. **Alicja Błasiak**  
NZOZ Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie, Dzierżoniów



# IX KONFERENCJA JESIENNE SPOTKANIA Z AUTORYTETEM

27 października 2022 r.  
Hotel Restauracja „MARIA” – Wałbrzych

**WYKŁAD PROF. DR HAB. IZABELLA UCHMANOWICZ**

*Przewodnicząca ACNAP ESC*

*Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich  
we Wrocławiu*

*Institut Chorób Serca,  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny  
we Wrocławiu*

Racjonowanie opieki pielęgniarskiej (ang. Rationing Of Nursing Care, RONC) odnosi się do niezbędnych zadań pielęgniarskich, które pielęgniarki wstrzymały lub nie wykonały z powodu ograniczonego czasu, poziomu zatrudnienia lub zakresu umiejętności [1]. Jest to ważny czynnik wpływający na jakość opieki nad pacjentem. Wiele pielęgniarek czuje się przepracowanych i wskazuje na problematyczne warunki w procesie świadczenia opieki pielęgniarskiej [2]. Zgłaszają, że nie mają wystarczająco dużo czasu na wykonanie niezbędnych zadań pielęgniarskich [3]. W związku z rosnącym zaniepokojeniem brakiem zasobów ludzkich w pielęgniarstwie i związanymi z tym skutkami, potrzebne są dodatkowe badania w celu dogłębnego zrozumienia tego zagadnienia. Odpowiednia obsada pielęgniarska i wsparcie



organizacyjne dla pielęgniarstwa są kluczem do poprawy jakości opieki nad pacjentem [4]. Dowody wskazują, że gdy zasoby są niewystarczające do zapewnienia pacjentowi całej potrzebnej mu opieki, pielęgniarki zmuszone są do racjonowania swojej uwagi pomiędzy poszczególnymi czynnościami [5, 6]. Liczne badania międzynarodowe dostarczyły dowodów na to, że niedobór personelu pielęgniarskiego i niekorzystne środowisko pracy są związane z negatywnymi wynikami leczenia pacjentów, takimi jak zwiększona zachorowalność, śmiertelność i koszty [7–10]. Jednym z proponowanych powodów takiego stanu rzeczy jest to, że niekorzystne warunki pracy prowadzą do racjonowania interwencji pielęgniarskich [11, 12]. Zatem racjonowanie opieki odnosi się do „wstrzymywania lub zaniechania wykonywania niezbędnych interwencji pielęgniarskich u pacjentów z powodu braku zasobów pielęgniarskich, takich jak personel, zakres umiejętności lub czas” [1]. Gdy zasoby są niewystarczające, pielęgniarki są zmuszone do racjonowania swojej uwagi w odniesieniu do poszczególnych pacjentów i stosowania osądu klinicznego w celu ustalenia priorytetów oceny i interwencji, co prowadzi do ograniczenia lub pominięcia aspektów opieki, które mogą zwiększyć ryzyko negatywnych wyników u pacjenta [13]. W celu wyjaśnienia procesu racjonowania opieki pielęgniarskiej zaproponowano co najmniej dwie ramy koncepcyjne [14]. Obie te struktury opierają się na modelu struktura-proces-wynik Donabediana [15]. W związku z tym, oba konceptualizują racjonowanie opieki pielęgniarskiej jako zorientowany na proces pomiar jakości opieki zdrowotnej. W ramach tych modeli zakłada się, że racjonowanie opieki występuje jako odpowiedź na uwarunkowania strukturalne szpitala (np. niedostateczna liczba personelu, niewspierające środowisko pracy, brak zasobów)

oraz że wpływają na nie cechy pielęgniarek (np. wykształcenie, doświadczenie, umiejętność podejmowania decyzji), a także wymagania pacjenta dotyczące opieki pielęgniarskiej i ciężkość choroby [1,16]. Zakłada się, że racjonowanie opieki skutkuje potencjalnie możliwymi do uniknięcia niekorzystnymi wynikami. Chociaż przeprowadzono wiele badań dotyczących strukturalnych uwarunkowań racjonowania opieki [13,17], stosunkowo niewiele uwagi poświęcono temu, czy racjonowanie określonych interwencji pielęgniarskich (np. przygotowanie do wypisu, opieka komfortowa) wiąże się z gorszymi wynikami leczenia pacjentów, które są z nimi klinicznie powiązane (np. brak gotowości do wypisu ze szpitala, słaba kontrola bólu) [18].

### DEFINICJA RACJONOWANIA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

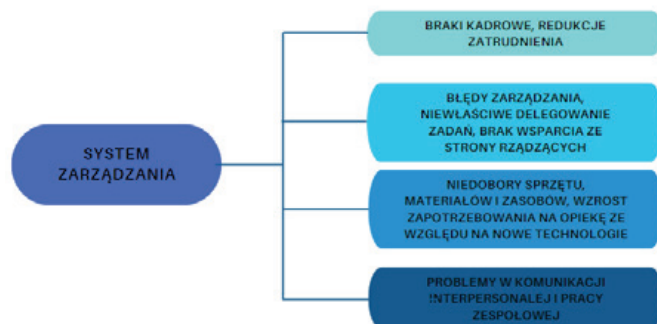
Analizując dostępną literaturę, pojęcie racjonowania czy utraty opieki pielęgniarskiej (ang. Missed Nursing Care, MNC) to „wstrzymanie lub zaniechanie podjęcia niezbędnej opieki nad chorymi z powodu braku środków.” Do środków tych zaliczamy trzy podstawowe składowe: personel, umiejętności i czas [19]. Pojęcie racjonowania opieki pielęgniarskiej jest niejednoznacznie zdefiniowane. Zdaniem innych badaczy to opieka pozostawiona, brakująca, niezrealizowana czy niedokończona [11, 20–22]. Po raz pierwszy MNC zostało opisane w 2006 roku przez amerykańską pielęgniarkę Beatrice J. Kalisch i wsp. [23] i jest określane jako „każdy aspekt wymaganej opieki nad pacjentem, który został pominięty (częściowo lub w całości) lub opóźniony”. Ci sami autorzy [12] zaproponowali koncepcyjny model racjonowania opieki pielęgniarskiej, w którym wymieniają czynniki przyczyniające się do wspomnianej utraty. Odnoszą się one do zasobów pracy, zasobów materialnych, działań zespołowych oraz komunikacji interpersonalnej [23]. W przypadku braku jednej lub kilku wymienionych składowych dochodzi właśnie do pominięcia lub opóźnienia wybranych działań pielęgniarskich [24].

Dwa czynniki mające aktualnie najistotniejszy wpływ na racjonowanie opieki pielęgniarskiej to poziom zatrudnienia i praca zespołowa. Ponadto zagrożeniem dla bezpieczeństwa pacjenta jest problem niedoboru pielęgniarek obecny niemal na całym świecie [24]. Inni autorzy dowodzą, że z racjonowaniem opieki pielęgniarskiej mamy do czynienia, kiedy posiadane zasoby są niewystraszające do zapewnienia w niezbędnym stopniu opieki pielęgniarskiej [25]. Dochodzi do sytuacji, w której pielęgniarki opierając się na swojej wiedzy, zmuszone są do wykonywania tylko priorytetowych czynności, pomijając te „mniej istotne”. Bez wątpienia taka selekcja ma niekorzystny wpływ na jakość świadczonej opieki, satysfakcję z pracy, ale stwarza również ryzyko niezaspokojenia potrzeb pacjentów stanowiąc zagrożenie dla zdrowia czy życia. Nie bez znaczenia dla MNC jest wzrost zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską, występujące redukcje zatrudnienia, wzrost wiedzy i świadomości społecznej oraz kulturowej u pacjentów i ich rodzin [25].

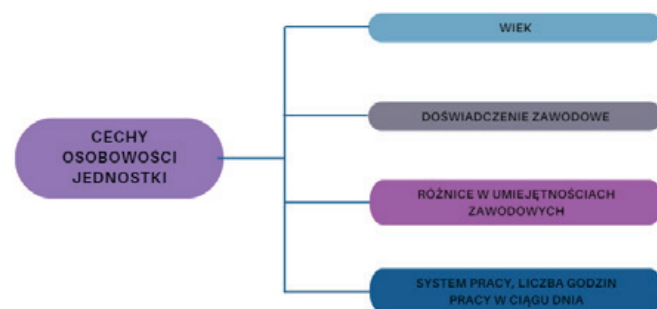
### PRZYCZYNY RACJONOWANIA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Przyczyn racjonowania opieki pielęgniarskiej jest wiele. Wśród nich wymienia się czynniki leżące po stronie systemu zarządzania (ryc. 1.) oraz te wynikające z cech osobowości jednostki (pielęgniarki) (ryc. 2.) [17]. Obecnie uważa się, że zjawisko to występuje na całym świecie, zagrażając bezpie-

czeństwu pacjenta. Dostępne badania naukowe dowodzą, że istnieje ścisła korelacja pomiędzy racjonowaniem opieki pielęgniarskiej, a spadkiem efektywności leczenia pod postacią ponownych hospitalizacji, zwiększonej ilości zakażeń szpitalnych, występowania upadków, spadku jakości opieki i zadowolenia pacjentów, czy zwiększonej śmiertelności [26–28].



Ryc. 1. Przyczyny racjonowania opieki pielęgniarskiej: System zarządzania



Ryc. 2. Przyczyny racjonowania opieki pielęgniarskiej: Cechy osobowości jednostki

Kluczowym wskaźnikiem jakości i skuteczności opieki pielęgniarskiej jest właśnie zadowolenie pacjentów, jednocześnie będąc składnikiem bardzo wrażliwym na racjonowanie. Uznaje się, że zadowolenie pacjenta ściśle wiąże się w pierwszej kolejności z opieką pielęgniarską oraz środowiskiem organizacyjnym. Nierzadko, właśnie organizacja pracy utrudnia







osiąganie pożądanych wyników sprawowanej opieki [23, 25]. Zalicza się tutaj duże obciążenie pracą, problemy w komunikacji interpersonalnej, a także brak możliwości podnoszenia kompetencji zawodowych i rozwoju [26].

Schubert i wsp. [25] przedstawił koncepcję racjonowania opieki pielęgniarskiej, w której mówi o działaniach podejmowanych przez pielęgniarkę. Są to działania rozpoznawcze, prowadzenie terapii, prewencja, rehabilitacja i wsparcie emocjonalne. Wszystkie te działania powinny być traktowane jako równoważne i stanowią podstawę osiągnięcia oczekiwanych rezultatów opieki pielęgniarskiej [25].

#### WPŁYW RACJONOWANIA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NA JAKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

Racjonowanie opieki pielęgniarskiej okazuje się być istotne w odniesieniu do jakości opieki nad pacjentem [29]. Znalezienie złotego środka jako alternatywy dla problemu racjonowania jest zasadne. MNC postrzegane jest jako wskaźnik odzwierciedlający jakość usług medycznych [30, 31]. Racjonowanie opieki wymaga od pielęgniarek uszeregowania poszczególnych czynności, wyodrębniając te priorytetowe (ryc. 3.). Nie do końca wiadomo, w jaki sposób dokonuje się kategoryzacji tych świadczeń.



Ryc. 3. Kategoryzowanie świadczeń pielęgniarskich. Uszeregowanie poszczególnych czynności

Ponadto, na podejmowanie decyzji wpływ mają czynniki organizacyjne w miejscu pracy, liczba pacjentów przypadająca na jedną pielęgniarkę, dostępny czas na wykonanie procedury, zasoby na poziomie szpitala, filozofia pracy, cechy indywidu-

alne jednostki, takie jak: wiek, wykształcenie, doświadczenie, wiedza oraz te leżące po stronie pacjentów, np. stan zdrowia czy liczba schorzeń [32]. Literatura potwierdza, że zjawisko racjonowania opieki pielęgniarskiej przyczynia się do obniżenia poziomu świadczonej opieki, zwiększa liczbę zdarzeń niepożądanych oraz generuje szeroko rozumiane sytuacje niebezpieczne względem pacjenta [33].

Potwierdzeniem mogą być badania Hugonnet i wsp. [34], który zwraca uwagę na wzrost liczby zakażeń szpitalnych w wyniku zmniejszonej obsady pielęgniarskiej. Ponadto, MNC jest jedną z przyczyn zmniejszonej satysfakcji pacjenta, a w odniesieniu do personelu przyczynia się do zmniejszenia satysfakcji z pracy [35]. Inni badacze dowiedli, że zwiększenie liczby personelu korzystnie wpływa na wybrane zmienne jakościowe, np. zmniejsza śmiertelność [36].

W badaniu Aiken i wsp. [37] uczestniczyło 43 329 pielęgniarek, z czego tylko 30-40% zadeklarowało, że podczas dyżuru była odpowiednia obsada pielęgniarska zapewniająca wykonanie wszystkich czynności względem pacjenta na wysokim poziomie. West i wsp. [3] wykazali, że ponad 60% pielęgniarek deklarowało brak czasu na wykonanie wszystkich niezbędnych czynności w swojej pracy zawodowej. Pomijane były takie czynności jak: reagowanie na zgłaszane dolegliwości, leczenie objawów choroby, rozmowa z pacjentem i bliskimi.

Badania Kuenzi i Schaer-Moser [38] prowadzone w Szwajcarii wśród blisko 2000 pielęgniarek potwierdzają wcześniejsze doniesienia. 30% z przebadanych osób zgłaszało brak czasu na wykonanie poszczególnych czynności. Były to komunikacja z pacjentem, karmienie, zapewnienie higieny osobistej oraz ubieranie. Jako priorytetowe czynności zostało uznane zapewnienie komfortu cieplnego i niezbędnej czynności.

Racjonowanie może dotyczyć różnych obszarów sprawowanej opieki. Zakłada się, że pomijane są czynności „mniej istotne” takie jak rozmowa z pacjentem czy edukacja. Stąd pewne wątpliwości w jaki sposób te elementy opieki pielęgniarskiej przyczyniają się do przytoczonych skutków, chociażby wzrostu śmiertelności. Trudno jest jednoznacznie wyjaśnić mechanizm MNC oraz jego konsekwencje. Podobnie dyskusyjny w literaturze jest temat odwołujący się do niezadowolających wyników leczenia związany z racjonowaniem opieki. Bez wątplenia, racjonowanie w każdym przypadku będzie przebiegało inaczej, podobnie jak konsekwencje wynikające z utraty opieki u każdego pacjenta [39]. Mimo, iż prowadzone badania nad MNC wiążą się z subiektywną oceną badanych i mogą być interpretowane w różny sposób, nie ulega wątpliwości, że zjawisko racjonowania opieki pielęgniarskiej jest istotne w ocenie jakości świadczonych usług medycznych oraz satysfakcji pacjentów i pielęgniarek z wykonywanej pracy.

#### LITERATURA

- Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care*. 2008, Aug; 20(4):227–37.
- Aiken LH, Sloane DM, Cimioti JP, Clarke SP, Flynn L, Seago JA, et al. Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. *Health Serv Res*. 2010, Aug; 45(4):904–21.

3. West E, Barron DN, Reeves R. Overcoming the barriers to patient-centred care: time, tools and training. *J Clin Nurs*. 2005, Apr; 14(4):435–43.
4. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nurs Outlook*. 2002, Oct; 50(5):187–94.
5. Papastavrou E, Andreou P, Vryonides S. The hidden ethical element of nursing care rationing. *Nurs Ethics*. 2014, Aug; 21(5):583–93.
6. Vryonides S, Papastavrou E, Charalambous A, Andreou P, Merkoris A. The ethical dimension of nursing care rationing: A thematic synthesis of qualitative studies. *Nurs Ethics*. 2015, Dec; 22(8):881–900.
7. Bae S-H, Fabry D. Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: systematic literature review. *Nurs Outlook*. 2014, Apr; 62(2):138–56.
8. Brennan CW, Daly BJ, Jones KR. State of the science: the relationship between nurse staffing and patient outcomes. *West J Nurs Res*. 2013, Jul; 35(6):760–94.
9. McGahan M, Kucharski G, Coyer F, Winner ACCCN Best Nursing Review Paper 2011 sponsored by Elsevier. Nurse staffing levels and the incidence of mortality and morbidity in the adult intensive care unit: a literature review. *Aust Crit Care Off J Confed Aust Crit Care Nurses*. 2012, May; 25(2):64–77.
10. Stalpers D, de Brouwer BJM, Kaljouw MJ, Schuurmans MJ. Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: a systematic review of literature. *Int J Nurs Stud*. 2015, Apr; 52(4):817–35.
11. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud*. 2015, Jun; 52(6):1121–37.
12. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009, Jul; 65(7):1509–17.
13. Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *Int J Health Plann Manage*. 2014, Mar; 29(1):3–25.
14. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nurs Res*. 2007, Dec; 56(6):416–24.
15. Donabedian A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. 1st edition. New York: Oxford University Press; 2002. 240 p.
16. Schubert M, Clarke SP, Glass TR, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. *Int J Nurs Stud*. 2009, Jul; 46(7):884–93.
17. Kalisch BJ, Xie B. Errors of Omission: Missed Nursing Care. *West J Nurs Res*. 2014, 36(7):875–90.
18. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud*. 2015, Jun; 52(6):1121–37.
19. Schubert M, et al. Rationing of Nursing Care in Switzerland Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patient Outcomes 2005, Basel, Switzerland: University of Basel; 2005, p. 1–95.
20. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(2):126–35.
21. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Variations in nursing care quality across hospitals. *J Adv Nurs*. 2009, Nov; 65(11):2299–310.
22. Sochalski J. Is more better?: the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Med Care*. 2004, Feb; 42(2 Suppl):I167–73.
23. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual*. 2006, Dec; 21(4):306–13; quiz 314–5.
24. Uchmanowicz I. Missed nursing care – what went wrong? *Cent Eur J Nurs Midwifery* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 16];8(2). Available from: <https://ppm.umed.wroc.pl/info/article/UMW941b7d9fd-47f484a99587a52aecc76cf/99>
25. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 2008, Aug; 20(4):227–37.
26. Aiken L, Clarke S, Sloane D. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nurs Outlook*. 2002, Sep 1; 50:187–94.
27. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002, Oct 23; 288(16):1987–93.
28. Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud*. 2007, Feb; 44(2):175–82.
29. Piscotty R, Kalisch B. Lost opportunities... the challenges of 'missed nursing care'. *Nurs Manag (Harrow)*. 2014, Oct; 45(10):40–4.
30. Griffiths P, Dall'Ora C, Simon M, Ball J, Lindqvist R, Rafferty A-M, et al. Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety. *Med Care*. 2014, Nov; 52(11):975–81.
31. Griffiths P, Ball J, Drennan J, James L, Jones J, Recio A, et al. The association between patient safety outcomes and nurse/health-care assistant skill mix and staffing levels and factors that may influence staffing requirements [Internet]. University of Southampton; 2014, [cited 2021 Mar 17]. Available from: <https://eprints.soton.ac.uk/367526/>
32. Andersson A-K, Omberg M, Svedlund M. Triage in the emergency department--a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nurs Crit Care*. 2006, Jun; 11(3):136–45.
33. Keogh B. Review into the quality of care and treatment provided by 14 Hospital trusts in England: overview report. England: National Health Service; 2013.
34. Hugonnet S, Chevrolet J-C, Pittet D. The effect of workload on infection risk in critically ill patients. *Crit Care Med*. 2007, Jan; 35(1):76–81.
35. Hegney DG, Rees CS, Osseiran-Moisson R, Breen L, Eley R, Windsor C, et al. Perceptions of nursing workloads and contributing factors, and their impact on implicit care rationing: A Queensland, Australia study. *J Nurs Manag*. 2019, Mar; 27(2):371–80.
36. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med*. 2002, May 30; 346(22):1715–22.
37. Aiken LH. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA J Am Med Assoc*. 2003, Sep 24; 290(12):1617–23.
38. Kuenzi K, Schaer-Moser M. Die Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern (The Labour Situation in Nursing in the Canton of Bern). Bern, Switzerland; 2002.



# PROGRAM STYPENDIALNY DLA KADRY MEDYCZNEJ KSZTAŁCĄCEJ SIĘ NA KIERUNKACH, PIELĘGNIARSTWO, POŁOŻNICTWO I RATOWNICTWO MEDYCZNE



WICEMARZAŁEK WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Marcin Krzyżanowski

Wrocław, 12 września 2022r.

DZ-Z-II.9050.4.2022

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

Szanowna Pani Przewodnicząca,  
Zarząd Województwa Dolnośląskiego z dniem 3 października 2022r. ogłasza nabór wniosków o przyznanie stypendiów w wysokości 1 500,00 zł brutto miesięcznie, w okresie od 1 października 2022 r. do 30 czerwca 2023 r. dla studentów III roku studiów pierwszego stopnia kształcących się na kierunkach pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne.

Program stypendialny zakłada przyznawanie stypendium studentowi III roku, który:

- ✓ nie powtarza roku, w którym ubiega się o przyznanie stypendium;
- ✓ nie korzysta z urlopów określonych w regulaminie studiów w okresie, w którym ubiega się o przyznanie stypendium;
- ✓ uzyskał średnią ocen na poziomie co najmniej 4,0;
- ✓ podejmie pracę w podmiocie leczniczym, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Dolnośląskie, przez okres co najmniej 3 lat.

Za Państwa pośrednictwem zachęcamy studentów studiów pierwszego stopnia kształcących się na kierunku pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne do składania wniosków o przyznanie stypendium w roku akademickim 2022/2023.

Ogłoszenie o naborze wniosków o przyznanie stypendiów wraz z terminem składania wniosków zostanie opublikowane na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego pod adresem [https://umwd.dolnyslask.pl /zdrowie/aktualności/](https://umwd.dolnyslask.pl/zdrowie/aktualności/) oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego w zakładce Zdrowie.

Serdecznie dziękuję Państwu za dotychczasową owocną współpracę oraz mam nadzieję na jej kontynuację również w tym roku akademickim.

W celu dotarcia do jak największego grona studentów, przesyłam w załączeniu plakat promujący uruchomienie programu stypendialnego.

Proszę o jego umieszczenie na Państwa stronie internetowej, profilach w social mediach oraz w siedzibie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

Z wyrazami szacunku  
Marcin Krzyżanowski  
Wicemarszałek Województwa Dolnośląskiego



W wyniku przeprowadzonego naboru komisja wskazała listę studentów studiów pierwszego stopnia kształcących się na kierunkach pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne – rekomendowanych do otrzymania stypendium, w ramach środków zabezpieczonych w budżecie Województwa Dolnośląskiego.

W pracach komisji oceniającej wnioski uczestniczyli przedstawiciele Zarządu Województwa Dolnośląskiego, Komisji Polityki Społecznej Zdrowia i Rodziny Sejmiku Województwa Dolnośląskiego, Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego, przedstawiciele samorządów zawodów pielęgniarzek i położnych, reprezentujących osoby wykonujące ww. zawody oraz sprawujących pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

W budżecie Województwa Dolnośląskiego zabezpieczono środki na realizację stypendiów w roku akademickim 2022/2023 w ramach zadania pn. „Program stypendialny dla

Komisja oceniająca w składzie powołanym na podstawie uchwały nr 5886/VI/22 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 12 września 2022 r. w sprawie ogłoszenia naboru wniosków o przyznanie stypendiów dla studentów studiów pierwszego stopnia kształcących się na kierunkach pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne dokonała oceny formalnej i merytorycznej wniosków o przyznanie stypendiów dla studentów studiów pierwszego stopnia kształcących się na kierunkach pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne.

**kadry medycznej**” w łącznej wysokości 675 000,00 zł (w tym: 225 000 zł na 2022 r. oraz 450 000 zł na 2023 r.) środki zapewniające możliwość udzielenia stypendium w wysokości 1 500 zł brutto 50 studentom studiów pierwszego stopnia kształcących się na kierunkach pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne.

Ze względu na rosnące zainteresowanie Programem stypendialnym oraz wynikające z niego korzyści dla regionu Zarząd Województwa postanowił zwiększyć środki z budżetu województwa Dolnośląskiego na ten cel. Dzięki temu stypendia otrzyma również pozostałych 20 studentów kształcących się na kierunku pielęgniarstwo.

W efekcie poczynionych przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego starań, w tym roku stypendia otrzyma aż 70 studentów.

Szczegółowe warunki wypłaty oraz zasady rozliczenia stypendium określi umowa zawierana ze studentami.

NAZWA UCZELNI	LICZBA WNISKÓW OGÓŁEM	LICZBA WNISKÓW WG KIERUNKÓW		
		PIELĘGNIARSTWO	POŁOŻNICTWO	RATOWNICTWO MEDYCZNE
WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W KŁODZKU	8	2	0	6
AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH ANGELUSA SILESIUSA W WAŁBRZYCHU	21	21	0	0
COLLEGIUM WITELONA UCZELNIA PAŃSTWOWA W LEGNICY	12	11	0	1
PAŃSTWOWA AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH W NYSIE	1	1	0	0
KARKONOSKA AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH W JELEŃIEJ GÓRZE	7	7	0	0
PAŃSTWOWA AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH W CHEŁMIE	1	1	0	0
UNIwersytet MEDYCZNY IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU	15	4	5	6
UNIwersytet MEDYCZNY W ŁODZI	1	1	0	0
AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH IM. KSIĘCIA MIESZKA I W POZNANIU	1	1	0	0
UNIwersytet ZIELONOGÓRSKI	1	1	0	0
NIEPUBLICZNA WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA WE WROCŁAWIU	2	0	0	2
<b>OGÓŁEM</b>	<b>70</b>	<b>50</b>	<b>5</b>	<b>15</b>





## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10 tel.: 22 327 61 61, fax 22 327 61 60  
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

NIPIP-NRPIP-DS.015.79.2022.MT

Warszawa, dnia 30 marca 2022 r.

**Edyta Gadomska**  
**Zastępca Dyrektora**  
**Departament Rozwoju Kadr**  
**Medycznych**  
**Ministerstwo Zdrowia**

*Szanowna Pani Dyrektor,*

W nawiązaniu do posiedzenia Konwentu Przewodniczących ORPiP, które odbyło się w dniu 1 marca 2022 r. zwraca się z prośbą o wyjaśnienie poniższego.

Czy pielęgniarka, położna, która uzyskała prawo wykonywania zawodu na podstawie art. 35a ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej lub na podstawie przepisów ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa może korzystać z kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych?

*Z wyrazami szacunku,*  
Prezes NRPIP

Zofia Małas



Ministerstwo Zdrowia  
Podsekretarz Stanu  
Piotr Bromber

RKP.0212.28.2022.IG

Warszawa, 14 października 2022 r.

Pani  
Zofia Małas  
Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek  
i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

w nawiązaniu do korespondencji dotyczącej kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych z Ukrainy, które uzyskały warunkowe prawo wykonywania zawodu lub prawo wykonywania zawodu do określonych czynności, uprzejmie przekazuję poniższą informację.

Zgodnie z art. 61 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 551, z późn. zm.) pielęgniarki i położne mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego. Przepis ten ma charakter ogólny i ma zastosowanie do wszystkich pielęgniarek i położnych wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym również do pielęgniarek i położnych wykonujących zawód na podstawie art. 35a ww. ustawy.

Niemniej, mając na uwadze specyfikę prawa wykonywania zawodu uzyskanego w trybie określonym w art. 35a ww. ustawy oraz wynikające z tego odrębności w wykonywaniu tych zawodów na terenie Polski, w stosunku do pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu w rozumieniu art. 28 i 31 powyższej ustawy, podkreślić należy, że udział pielęgniarek i położnych, dopuszczonych w trybie uproszczonym do wykonywania zawodu, w kształceniu podyplomowym, powinien być adekwatny do uprawnień zawodowych nadanych właściwą Decyzją Ministra Zdrowia.

Mając na uwadze, czasowy i określony charakter prawa wykonywania zawodu, wydanego na podstawie art. 35a ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz związany z tym określony zakres wykonywanych czynności zawodowych (udzielanych świadczeń zdrowotnych), a także biorąc pod uwagę istotę i cel poszczególnych rodzajów kształcenia podyplomowego, o których mowa w art. 66 ww. ustawy, pielęgniarki i położne mogą uczestniczyć w kursach dokształcających, które mają na celu pogłębienie i aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych. Natomiast w przypadku kursów specjalistycznych, czy kwalifikacyjnych, mając na uwadze ustawowe warunki dopuszczające do uczestnictwa w tych kursach, informuję, iż nie ma formalnych przeszkód do udziału w tych kursach. Jednakże z uwagi na charakter posiadanego prawa wykonywania zawodu, pielęgniarka lub położna, która wykonuje zawodu w trybie uproszczonego dostępu, po ukończeniu takiego kursu, nie nabywa nowych, czy dodatkowych uprawnień zawodowych, wykraczających poza zakres właściwej Decyzji Ministra Zdrowia.

Mając na uwadze powyższe, uprzejmie informuję, iż pielęgniarki i położne, wykonujące zawód na podstawie prawa wykonywania zawodu przyznanego w trybie art. 35a ww. ustawy, mają prawo do aktualizacji swojej wiedzy i umiejętności w ramach kształcenia podyplomowego w zakresie wykonywanych czynności zawodowych, jednakże w wyniku ukończenia wybranego rodzaju kształcenia podyplomowego, nie nabywają uprawnień zawodowych, wykraczających poza zakres właściwej Decyzji Ministra Zdrowia.

Z poważaniem,

Piotr Bromber  
Podsekretarz Stanu





## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10 tel.: 22 327 61 61 , fax 22 327 61 60  
www.nipip.pl e-mail: nipip@nipip.pl

015.182.2022.MT

Warszawa, dnia 10 sierpnia 2022 r.

**Filip Nowak**  
Prezes NFZ

*Szanowny Panie Prezesie,*

W nawiązaniu do spotkania w dniu 3 sierpnia 2022 r. w sprawie zapewnienia środków na podwyżki dla pielęgniarek zgodnie z ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego domowego, świadczeń pielęgniarki i położnej POZ oraz świadczeń pielęgniarki medycyny szkolonej, przesyłam dokumentację na potwierdzenie, iż aneksy nie zawierają należnych środków finansowych na pokrycie wynagrodzeń zgodnie z zapisami w/w ustawy.

*Z wyrazami szacunku,*

Prezes NRPiP

Zofia Małas





## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.92.2022.MK

Warszawa, dnia 7 września 2022 r.

Pan  
**Filip Nowak**  
 Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

*Szanowny Panie Prezesie*

W nawiązaniu do pisma znak: NIPiP-NRPiP-DS.015.182.2022.MT z dnia 10 sierpnia 2022 r. zawierającego przesłaną dokumentację na potwierdzenie, iż aneksy do umów na świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej nie zawierają należnych środków finansowych na pokrycie wynagrodzeń pielęgniarek zgodnie z zapisami ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r., poz. 1352) zwracam się z uprzejmą prośbą o informację, czy zostały podjęte działania prowadzące do zwiększenia środków finansowych w ww. zakresie.

Do biura Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wpływają niepokojące sygnały od pracodawców kontraktujących świadczenia w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej o braku środków finansowych na realizację wzrostu wynagrodzeń zgodnie z ustawą. Wobec braku środków na podwyższenie wynagrodzeń pielęgniarkom zatrudnionym na umowę o pracę dochodzi do wypowiedzania tych umów.

Powyższa sytuacja może doprowadzić do załamania się systemu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w Polsce.

*Z wyrazami szacunku*  
 Wiceprezes NRPiP

Mariola Łodzińska

Do wiadomości:

Pan Adam Niedzielski - Minister Zdrowia

Pan Roman Topór-Mądry - Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, tel.: (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60  
 www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl





Prezes  
Narodowego Funduszu Zdrowia

Data: 13.10.2022 r.

Znak sprawy: DSOZ-SOD.401.227.2022  
2022.326393.MAMI

**Pani  
Mariola Łodzińska**

Adresat: **Wiceprezes  
NRPiP  
nipip@nipip.pl**

dotyczy: pisma z 7.09.2022r. w sprawie wyceny świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Szanowna Pani Prezes,

uprzejmie informuję, że aneksy do umów zawierających ceny jednostek rozliczeniowych wyliczane są zgodnie z rekomendacją Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Na podstawie decyzji Ministra Zdrowia do wyliczeń przyjęto wariant 2 uwzględniający:

- wzrost najniższego wynagrodzenia wprowadzany ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r., poz.1352),
- wzrost wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów innych niż umowa o pracę, związanych z prognozą wskaźnika inflacji w latach 2022-2023 r.,
- symulację zmniejszenia różnic pomiędzy świadczeniodawcami w poszczególnych zakresach świadczeń wartość jednostek rozliczeniowych stosowanych w umowach zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,

- odrębne rozwiązania dla obszarów świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania.

W związku ze zwiększeniem kwoty zobowiązania we wszystkich umowach zaistniała przesłanka do pomniejszenia wartości współczynników korygujących, o których mowa w ogólnych warunkach umów.

Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest upoważniony do zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej opracowanych przez AOTMiT oraz zaakceptowanych przez Ministra Zdrowia.

Podstawa prawna:

1. Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 13 Lipca 2022 r. w sprawie rekomendacji Nr 65/2022 z dnia 13 Lipca 2022r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej
2. Pismo Ministerstwa Zdrowia MMI.7802.5.2022.GK z 13 lipca 2022 roku 3.§ 16 ust. 4a - 4j załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 787, 789,1203, 1562).

Z poważaniem

Bernard Waško





## Minister Zdrowia

Warszawa, 22 listopada 2022

PLR.4520.97.2022.MM

Wg rozdzielnika

Szanowni Państwo,

w związku z opublikowaniem 15 listopada br. nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 2319), która wejdzie w życie od 1 stycznia 2023 r. chciałabym zwrócić Państwa uwagę na najważniejsze zmiany w zakresie zaopatrzenia pacjentów w codziennej praktyce podstawowej opieki zdrowotnej:

1. Refundacja rurek tracheostomijnych (lp. 89) – umożliwiono częstszą refundację rurek z zapasowym wkładem – do 3 szt. na 6 miesięcy, a także rurek silikonowych – do 1 szt. na 6 miesięcy;
2. Zmniejszono współpłacenie do cewników hydrofilowych dla osób dorosłych do 20% udziału w limicie (lp. 96);
3. W ramach lp. 97 uwzględniono refundację worków do zbiórki moczu dla pacjentów z nefrostomią do 12 szt./miesiąc, w limicie do 6,5zł/1 szt., a także zamiennie, worków urostomijnych w limicie do 16 zł/ 1 szt.
4. Lp. 98 została przeznaczona na refundację pasków do worków do zbiórki moczu (zestaw 2 szt.) lub pasów mocząco ochronnych (1 szt.) raz na 6 miesięcy.
5. **Bardzo duże zmiany dotyczą zlecenia wyrobów stomijnych.** Nowelizacją rozporządzenia zostały podniesione limity na worki i płytki stomijne (lp. 99) dla wszystkich pacjentów ze stomią przy braku dopłat ze strony pacjentów – do 450 zł dla kolostomii/ileostomii/**innych stomii i przetok**, do 530 zł dla urostomii). Dodatkowo została wydzielona refundacja akcesoriów wspomagających i uszczelniających, z osobnymi limitem 120 zł i współpłaceniem ze strony pacjentów na poziomie 20% (lp. 141). Wprowadzono podwójny limit na podstawowe wyroby stomijne i akcesoria w przypadku pierwszego zlecenia na 1 miesiąc po wyłonieniu stomii (lp. 99A i 141A).



**W przypadku zlecenia wszystkich powyższych pozycji należy wpisać liczbę 1**, co pozwoli pacjentom na otrzymanie całości ryczałtu przewidzianego daną liczbą porządkową. W przypadku pacjentów z uprawnieniami dodatkowymi 47DN, 47ZN, 47ZND można wypisać wielokrotność ryczałtu np. 1,1 lub 1,2 lub 1,3 itd. z dokładnością do 1 miejsca po przecinku. System wyliczy jaką kwotę refundacji do wykorzystania pacjent otrzyma (np. 1,5 x 450 zł = 675 zł).

**Szczególnie uczulam Państwa na tę zmianę, która ma z jednej strony ułatwić Państwu wypisywanie zleceń, a także uprościć wyliczenie jaką kwotę pacjent realnie otrzyma.**

6. Wprowadzono dodatkowy limit 2,3 zł na najbardziej chłonne pieluchomajtki i majtki chłonne.

7. Podzielono refundację wózków inwalidzkich podstawowych na lp. 127 i 127A, z osobnym limitem (650 zł i 1700 zł), z odrębnymi wskazaniem:

- lp. 127 - trwała dysfunkcja **ograniczająca** samodzielne chodzenie;
- lp. 127A - trwała dysfunkcja **uniemożliwiająca** samodzielne chodzenie.

8. Znacznie poszerzono refundację systemów monitorowania glikemii flash (FGM), w tym o populację pacjentów z cukrzycą typu 2 na intensywnej insulinoterapii. W przypadku populacji pacjentów dorosłych wprowadzono kryteria kontynuacji zlecenia po upływie min. 4 miesięcy max. 6 miesięcy:

- ograniczenie zużycia pasków do liczby 25 szt. średniomiesięcznie w okresie poprzedzającym zlecenie
- aktywność czujnika przez co najmniej 75% czasu
- osiągnięcie celów terapeutycznych we współpracy z lekarzem prowadzącym.

9. Wprowadzono refundację wymienników ciepła i wilgoci montowanych na rurki tracheostomijne dla pacjentów po laryngektomii całkowitej w liczbie do 35 szt. miesięcznie.

Polecam Państwa uwadze wprowadzone zmiany i zachęcam do współpracy przy kolejnej nowelizacji rozporządzenia.

Z poważaniem  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Maciej Miłkowski  
Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

# XXII OGÓLNOPOLSKI ZJAZD SZKÓŁ RODZENIA „NOWOCZESNA OPIEKA OKOŁOPORODOWA”

29.09.-02.10.2022 ZAKOPANE

Anna Osińska  
Pedagog

## BEZPIECZEŃSTWO AROMATERAPII W CIĄŻY

Czy stosowanie olejków eterycznych to moda czy powrót do natury?

Zanim zastosuje się olejki eteryczne warto wiedzieć czym one są.

1. To ciekłe lub lotne substancje chemiczne wytwarzane przez rośliny. Substancje, te pozwalają roślinom przetrwać. Odstraszają szkodniki, przyciągają owady do zapylania, chronią rośliny przed chorobami np. przed grzybami, bakteriami czy wirusami.

Substancje te pozyskiwane z różnych części roślin pod postacią olejków eterycznych są bardzo mocno skondensowane, są 70 razy mocniejsze niż np. wywary z ziół. Uzyskujemy je poprzez:

- Destylację parą wodną,
- Tłoczenie na zimno,
- Suchą destylację.

Ich skład chemiczny to głównie: estry, terpeny, fenole, ketony oraz etery.

**Nie są olejkami** eterycznymi substancje otrzymywane z roślin w wyniku np. ekstrakcji rozpuszczalnikiem, czy ekstraktem otrzymywanym za pomocą ciekłego dwutlenku węgla, czy w inny sposób. Olejkami eterycznymi są tylko te otrzymywane w sposób opisany w pkt. 4.

Olejki eteryczne znane były i wykorzystywane już w Starożytności. Nasi przodkowie znali działanie wielu olejków eterycznych i umieli je stosować nie tylko jako środki lecznicze ale także wiedzieli, że wpływają one na naszą psychikę. Coraz więcej badań archeologicznych potwierdza, że olejki były znane i stosowane w wielu regionach świata.

Zresztą nawet obecne zainteresowanie olejkami eterycznymi nie jest takie całkiem nowe. Okazuje się, że recepta Coca-Coli z 1886 r opracowana przez Johna Pembertona zawierała właśnie olejki eteryczne. Były to olejki z pomarańczy, cytryny, gałki muszkatołowej, cynamonu, neroli i kolendry. Olejki eteryczne działają holistycznie na umysł, ciało i ducha. Mogą

okazać się bardzo przydatne w ciąży, łagodząc niektóre dolegliwości i wspierając emocjonalnie. Jednak w ciąży nie wszystkie olejki są dozwolone. A właściwie takich które uznaje się za bezpieczne w tym okresie jest bardzo mało. Dlaczego?

W okresie ciąży w organizmie kobiety nie tylko zachodzą zmiany hormonalne ale przede wszystkim rozwija się w niej nowe życie. Embryon, płód, maty człowiek czerpie wszystko z organizmu matki i docierają do niego wszystkie substancje, które przedostają się przez łożysko.

Badania tak naprawdę były robione na zwierzętach, bo nie eksperymentuje się na kobietach w ciąży, ale maty sporo doniesień dlaczego niektóre olejki są wręcz niebezpieczne w ciąży. Ponieważ olejki eteryczne to substancje chemiczne (to bardzo wiele różnych substancji). Niektóre substancje chemiczne mogą hamować np. rozwój naczyń krwionośnych u płodu, inne mogą wywołać poronienie, jeszcze inne jak np. kamfora są wręcz toksyczne dla płodu. A taka substancja chemiczna jak citral może przyczyniać się do powstawania wad wrodzonych płodu.

Analizując kilkanaście publikacji nt stosowania olejków eterycznych zauważyłam, że lista olejków dozwolonych w ciąży jest bardzo mała. Na dodatek nie we wszystkich publikacjach ta lista jest taka sama.

Dokonałam więc analizy i wybrałam TYLKO te olejki eteryczne, które były wymieniane jako bezpieczne we wszystkich znanych mi publikacjach.

Oto lista olejków traktowanych jako bezpieczne w ciąży:

1. Lawenda wąskolistna (NIE lawenda hiszpańska),
2. Ginger (imbir),
3. Lemon (cytryna),
4. Mięta zielona,
5. Mięta pieprzowa,
6. Kardamon,
7. Majeranek,
8. Cyprys,
9. Petigrain (z liści i gałązek dzikiej gorzkiej pomarańczy),

10. Sandalwood,
11. Bergamot,
12. Geranium,
13. Roman Chamomille (rumianek rzymski),
14. Orange pomarańczka,
15. Kolendra.

I ostrożnie Frankincense (Kadzidło), zależy od firmy i miejsca pochodzenia. A nawet te dozwolone lub zalecane nie powinny być dyfuzowane codziennie i bez powodu. Dyfuzowanie należy zaczynać od 2 godzin dziennie. Zaleca się aby zaczynać od dyfuzowania 2-3 kropli chyba, że pomieszczenie jest większe niż przeciętny pokój. Zaleca się zaczynać od jednego olejku, a mieszanki robić potem jeśli na ten olejek kobieta dobrze reaguje.

Olejki poprawiające **nastrój pozwalające się zrelaksować** lub zniwelować stres poddenerwowanie to:

- Wild orange (dzika pomarańczka),
- Lemon,
- Lawenda,
- Kadzidło czyli Frankincense (ale uwaga do Terry jest bezpieczne, ale są też inne rodzaje i za nie odpowiadam, jeśli nie zna się składu lepiej ich nie aplikować),
- Bergamotka.

Jeżeli nie ma dyfuzora, można kobiecie zaaplikować jedną kroplę wild orange na dłoń. Dłonie potrząść o siebie, zrobić budkę i powdychać.

**Olejki zalecane w ciąży przy nadmiernym zmęczeniu i senności:**

- Wild orange,
- Peppermint,
- Bergamotka.

**Olejki zalecane przy mdłościach:**

- Ginger —najlepszy!
- Kardamon,

- Peppermint,
- Frankincense.

Zaleca się 15–20 min dyfuzowania przed snem (z wyjątkiem peppermint, bo ona lekko pobudza) a potem rano albo wachać z dłoni (budka) albo 15 min dyfuzji.

Inny sposób na mdłości to: 4-6 krople mięty zielonej, na miskę wrzącej wody i umieścić na podłodze w sypialni. Częsteczki będą działać podczas snu.

Inne olejki na różne sytuacje ciąży:

**Infekcje intymne**

- Lawenda lub lemon można 2 krople (nie więcej) na dłoń, plus kilka kropli oleju nawet jadalnego z oliwek i posmarować między wargami sromowymi, powtarzać przy stanie ostrym co 2 godziny a na drugi dzień już tylko rano i wieczorem. Często pomagają tylko dwie aplikacje.

**Na bóle głowy:**

- kompozycja do inhalatora 3 krople olejku Peppermint,
- 1 krople olejku Ginger,
- 2 krople olejku Lavender,
- (proponuje zacząć tylko od peppermint pierwszego dnia, drugiego dołożyć kroplę lawendy a trzeciego krople ginger).

**Przy gorączce**

- Peppermint,
- Lemon,
- Frankincense.

Można zacząć od posmarowania stóp i pod kolanami, oraz w zgięciu w łokciach. Oczywiście najpierw należy olejek eteryczny rozcieńczyć olejkiem bazowym. Można też dyfuzować. Wypróbować, który lepiej pomaga, na ogół peppermint i lemon sprawdzają się u większości.

**Hemoroidy**

- Geranium,
- Lemon.





Zmieszać 10 kropli geranium i 5 kropli z cytryny. Następnie brać 1 max 2 krople tej mieszanki na łyżkę jakiegoś oleju nośnikowego i smarować okolice odbytu.

I najważniejsze. Zanim zastosuje się olejki eteryczne u kobiety w ciąży trzeba zaczynać od małych bezpiecznych dawek. Wiedzę czerpać z dostępnych publikacji naukowych nie z wsparcia na FB.

**Anna Stolaś**  
psycholog, położna

## KOBIETA W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM I POŁOŻNA. SPOTKANIE Kobiet

„Jakie możliwości mają kobiety? Niewielkie, jeśli położne ich nie wskażą. Jakie możliwości mają położne? Odkryją one swoje możliwości dopiero wtedy, gdy naprawdę poznają niewielką grupę kobiet i będą podążać za nimi przez okres ciąży, porodu i połogu. Odkryją wówczas również swoją wartość jako położnych, to jak kobiety ich potrzebują i jak troszczą się o nie, odkryją swoją wyjątkową pozycję i rolę w społeczeństwie. Matki potrzebują położnych, ale położne potrzebują matek nawet bardziej.” (Caroline Flint, Sensitive Midwifery)

Po latach przedmiotowego traktowania pacjentek i pacjentów, medykacji okresu ciąży i porodu położne odzyskały niezależność w życiu zawodowym, wolności w pełnieniu roli „tej, która towarzyszy kobiecie” (1). Wyzwania współczesności oraz realizacja celu jakim jest pełne towarzyszenie kobiecie (niejednynie w aspekcie medycznym) wymagają uzupełnienie toku kształcenia między innymi o aspekty psychologiczne okresu ciąży, porodu i połogu.

Kobiety nie zachodzą w ciążę, nie istnieją przez 40 tygodni, nie rodzą i nie stają się matkami w społecznej i kulturowej próżni. Wydaje się, że prawda ta jest oczywista. Wciąż jednak ciężarne i młode matki opisujące swoje aktualne doświadczenia mogą usłyszeć odpowiedzi rozpoczynające się od „kiedyś kobiety”. Kiedyś kobiety rodziły, kiedyś się tak nie przejmowały, kiedyś były silne, kiedyś nie miały tylu wygod a dawały sobie radę. Można byłoby długo uzupełniać tę listę. Pokusa odwoływań do przeszłości w tym również do własnych doświadczeń sprzed lat bywa duża. Chciałabym wbrew niej zaproponować sposób widzenia i myślenia o kobietach w sposób mocno uwzględniający aktualne warunki społeczne i kulturowe. To one stanowią bowiem tło, lub nawet powietrze, w którym kobiety przeżywają swoje macierzyństwo. Zachęcam do zobaczenia pacjentki nie jako indywidualnej, całkowicie niezależnej jednostki, lecz jako części sieci, płataniny historii rodzinnych, wpływu kultury i warunków w jakich żyje.

Chciałabym zaproponować przyjrzenie się takim zjawiskom jak macierzyństwo intensywne, orientacja na wiedzę w przestrzeni chaosu informacyjnego, ocena społeczna wyborów rodzicielskich, wybór naturalności. Czy dostrzegasz jak wiele twoich pacjentek jest bardzo mocno zaangażowanych

### POLECANE PUBLIKACJE:

*Olejki eteryczne w profilaktyce i leczeniu chorób infekcyjnych*, red. Anny Malm, wyd. PZWL.

*Vademecum olejków eterycznych*, Valerie Ann Worwood, wyd. Vital.

*Najlepsze olejki eteryczne. Moja Aromaterapia*, Iwona Konopacka-Brud, Władysław S. Brud, wyd. Instytut Aromaterapii.

*Essential Oil Safety*, Robert Tisserand and Rodney Young (Bezpieczeństwo olejków eterycznych, przewodnik dla pracowników służby zdrowia).

w przebieg ciąży, planowanie porodu i opiekę nad małym dzieckiem? Zaangażowanie to wyraża się pełnym skupieniem na wątkach związanych z macierzyństwem, rezygnacji z innych aktywności, skupieniem na dziecku, jego potrzebach i rozwoju. Intensywne macierzyństwo wiąże się z pełną odpowiedzialnością kobiety za powodzenie ciąży, dobry rozwój dziecka (2). Nie dziwi więc, że poszukuje ona wsparcia profesjonalistów (lekarzy, doradców karmienia, noszenia, więzi itd.). Zjawisko poszukiwania profesjonalnej wiedzy, doszkalania się, czytania badań, korzystanie z rad ekspertów sprawia, że niektóre kobiety mówią, że czują jakby zdobywały kolejny fakultet. Jednocześnie wiele kobiet, w konfrontacji z ilością eksperckiej wiedzy buduje w sobie poczucie niewystarczalności, braku kompetencji jako matki. Nieprawdopodobny wręcz dostęp do wiedzy niesie ze sobą również ryzyko. Bardzo trudno jest bowiem odnaleźć prawdziwe informacje, lub nawet dokonać wyboru funkcjonując w przestrzeni ogromnego informacyjnego chaosu (3). Mnogość teorii i praktyk przekracza możliwości poznania. Jednocześnie wiele treści wzajemnie się wyklucza. Bardzo trudno jest nieść odpowiedzialność podejmowania dobrych decyzji, kiedy dane są tak chaotyczne. Kobiety muszą jednak zmierzyć się również ze zjawiskiem powszechnej oceny ich wyborów rodzicielskich. Nie ma bowiem drugiej takiej roli społecznej jak rola matki, która w każdym miejscu i czasie, przez znanych i obcych podlegałaby emocjonalnej ocenie (3). Budzi to niepokój i chęć ochrony. Sytuację młodej matki utrudnia jednocześnie fakt, że oceny te są kierowane do niej w momencie życia, w którym najczęściej czuje się najmniej pewnie (zwłaszcza kiedy staje się matką po raz pierwszy). Spójne z profesjonalizacją macierzyństwa jest zjawisko zwrotu ku naturalności (pełnego zaufania ciału, naturze, instynktowi, bliskości, karmienie naturalne itd.). Paradoksalnie jednak zwrot ku naturalności związany jest podobnie jak w zjawisku profesjonalizacji z poszukiwaniem ekspertów i oparciem na ich wiedzy. Są to po prostu inni eksperci (doradcy chustonoszenia, doule, instruktorzy medytacji itp.) (4). Cenny byłby namysł, jakie jest miejsce i cel opieki położnej we współczesnym świecie opisanym powyżej? Jak wspierać kobietę ciężarną i młodą matkę, aby dzieląc się swoją wiedzą nie wzmacniać jej poczucia bycia niewystarczająco dobrą matką? Jak dostrzegając

niepokój i niepewność kobiety nie dać się wciągnąć w wyścig profesjonalistów, kierując ją do kolejnych specjalistów? Jak ostatecznie wspierać pewności siebie i niezależność kobiety pacjentki, żeby mogła budować własną relację z dzieckiem i decydować o praktykach rodzicielskich radząc sobie z oceną?

#### ZABURZENIA NASTROJU I KRYZYSY PSYCHICZNE W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM

Jeden ze sposobów rozumienia przyczyn zaburzeń depresyjnych w okresie okotoporodowym jest taki, że depresja to reakcja kobiety na niemożliwe do spełnienia wymagania. Odpowiadałoby to zarówno opisywanym wyżej zjawiskom społecznym jak i wnioskowi WHO, która podkreśla, że odsetek zaburzeń depresyjnych wśród kobiet z krajów Europy Zachodniej, Stanów Zjednoczonych Ameryki i w Kanadzie jest największy (5). Kultura zachodnia stawia wobec kobiety w ciąży i młodej matce wiele sprzecznych lub niemożliwych do spełnienia oczekiwań. Jednocześnie najmniej jest w niej rytuałów ochronnych dla kobiety w zaawansowanej ciąży i w porożu, wsparcia bliskich dorosłych osób (5). Wg. różnych badań liczba kobiet doświadczających depresji w okresie okotoporodowym to między 13% a 20% (6). Podkreśla się, że z uwagi na brak efektywnie prowadzonych badań przesiewowych, trudność w powszechnym dostępie do opieki psychologicznej oraz niską zgłaszalność objawów zaburzeń nastroju wskaźniki te mogą być znacząco niedoszacowane. Okres okotoporodowy a jednocześnie czas, w który diagnozowana jest depresja poporodowa to okres aż do ukończenia przez dziecko pierwszego roku życia. Nierozpoznana i nieleczona depresja poporodowa może jednak trwać, eskalować lub przyjąć postać nawracających epizodów depresyjnych (6). Najdramatyczniejszą konsekwencją nieleczonej depresji są samobójstwo i samobójstwo rozszerzone. O depresji w okresie okotoporodowym mówi się jednak jako o zaburzeniu, które dotyczy nie tyle samej kobiety co zawsze diady matka-dziecko oraz całego systemu rodzinnego. Choroba matki pozostającej głównym opiekunem dla dziecka zmienia warunki rozwoju emocjonalnego, poznawczego i zachowanie niemowlęcia. Uzupełniony w 2019 roku Standard Opieki okotoporodowej nałożył na osoby opiekujące się kobietą w okresie ciąży i porożu obowiązek monitorowania stanu psychicznego (7). Istotą dobrze prowadzonego badania przesiewowego jest szybkie rozpoznanie objawów zaburzeń nastroju i możliwość zapewnienia adekwatnego wsparcia. Prawidłowe rozpoznanie i adekwatna interwencja (wsparcie, psychoterapia, farmakoterapia) dają dobre i stosunkowo szybkie efekty leczenia.

Wsparcie emocjonalne i informacyjne udzielone przez położną pozwala kobiecie efektywniej poszukiwać pomocy i ostatecznie zdecydować się na nią. Relacja zaufania sprzyja przyjęciu informacji zwrotnej dotyczącej podwyższonych wyników badania przesiewowego oraz sprawia, że proponowane możliwości pomocy stają się bezpieczne i bardziej dostępne. Dotyczy to np. rozmowy z pacjentką w trakcie której położna może normalizować korzystanie z opieki psychologicznej, przekazać informacje o skuteczności działań psychoterapeutycznych czy edukować w zakresie bezpieczeństwa przyjmowania leków psychiatrycznych w okresie ciąży i w trakcie karmienia piersią. Niestety pomi-

mo ogromnej wiedzy dotyczącej bezpieczeństwa przyjmowania leków przeciwdepresyjnych zarówno w ciąży jak w trakcie karmienia piersią kobiety słyszą, że powinny odstawić dziecko od piersi, że przyjmują lek na własną odpowiedzialność i wiele podobnych zniechęcających do terapii sformułowań (8). Zmniejsza to szansę podjęcia terapii i efektywnego leczenia zaburzeń nastroju. Uzyskanie rzetelnych informacji w profesjonalnej i budzącej zaufanie relacji z położną mogłoby zmienić tę sytuację.

#### TRUDNE DOŚWIADCZENIA EMOCJONALNE POŁOŻNEJ W TRAKCIE OPIEKI NAD PACJENTKĄ CIĘŻARNĄ I POŁOŻNICĄ

Nie zawsze opieka nad kobietą ciężarną czy położnicą jest źródłem wyłącznie pozytywnych emocji. Zarówno fizjologiczny jak i powikłany przebieg ciąży, porodu czy porożu mogą sprawiać, że położna będzie świadkiem cierpienia. Towarzystwo kobiecie, która przeżywa silne emocje może być trudne. Empatyczna obecność wymaga tego, aby wytrzymać ładunek i siłę przeżyć drugiej osoby, przyjmując uczucia takimi jakie są, zrozumieć je, wesprzeć w taki sposób jakiego potrzebuje kobieta. Okazywana empatia nie oznacza współodczuwania tych samych emocji. Czasem obroną przed empatyzowaniem z kobietą jest próba ochrony siebie przed doświadczaniem „zarażeniem się” cierpieniem, którego doświadcza. Terapeuci zajmujący się wydarzeniami kryzysowymi i traumą często mówią, że prawdziwe wsparcie polega na tym, aby „być w tym samym pokoju z osobą która doświadczyła traumy”. „Ten sam pokój” ma znaczenie symboliczne. Oznacza on, że zbliżamy się do doświadczenia drugiej osoby, patrzymy jej oczami, jesteśmy obok w miejscu, w którym ona jest, rozumiemy dzięki temu lepiej i możemy adekwatniej wesprzeć. Nie jest to jednak łatwe. Pracownicy ochrony zdrowia dużo częściej niż osoby wykonujące inne profesje są świadkami cierpienia fizycznego czy emocjonalnego drugiego człowieka. Dużo częściej „wchodzą do pokoju” w którym jest dużo cierpienia. Empatia w rozumieniu profesjonalnej kompetencji położnej, lekarza czy innych przedstawicieli zawodów medycznych nic jest więc potocznie rozumianym współodczuwaniem. Wciąż podkreśla się poznawczy aspekt empatii a mianowicie umiejętność rozpoznawania stanu emocjonalnego pacjentki. Szersza definicja to rozumienie przeżyć pacjentki wraz z umiejętnością okazania zainteresowania i intencją udzielania pomocy (9). Podejście takie wydaje się dużo bardziej bezpieczne dla medyka. Trudno jednak w pełni uwierzyć, że w konfrontacji z cierpieniem i silnymi emocjami będziemy operować jedynie umysłem i nie pojawią się w nas żadne uczucia. System ochrony zdrowia buduje instytucjonalne i organizacyjne strategie, które mają chronić medyka przed uczuciami niepokoju, smutku, lęku czy innymi będącymi oznaką indywidualnej relacji z pacjentem. Strategie te działają na zasadzie minimalizowania możliwości nawiązania relacji z pacjentem/ pacjentką. Świadomość ich istnienia może pomóc nam wyraźniej widzieć siebie i pacjentkę, rozumieć swoje działania i dostrzegać ich przyczyny. Być może niektóre z tych strategii były twoimi, intuicyjnymi sposobami na radzenie sobie w konfrontacji z cierpieniem lub inną trudną sytuacją pacjentki? Dystansowanie się i ochrona przed uczuciami chronią, mają jednak również swoją cenę. Strategie



ochronne można podzielić na cztery kategorie. Minimalizowaniu sytuacji wzbudzających silne emocje będą służyły na przykład:

- orientacja na wykonywaniu poszczególnych zadań (zleceń czy procedur) zamiast skupienia na całościowym widzeniu pacjentki i jej procesie leczenia – depersonalizacja polegająca na postępowaniu się mitem, że wszystkie pacjentki są takie same, anonimowe. Kobiety ubrane w jednakowe koszule oraz położne i pielęgniarki w podobnych uniformach sprzyjają podtrzymywaniu tej strategii.
- ochrona przed zaangażowaniem i relacją z pacjentką możliwa jest również dzięki częstym zmianom personelu (np. jedna położna wykonuje jedno zadanie, kolejne podejmuje następna), inny personel przyjmuje pacjentkę, ktoś inny towarzyszy w trakcie porodu a następnie opiekę przejmują położne z oddziału położniczego, które nie widziały ani ciężarnej przed porodem, ani rodzącej, poznają dopiero położnicę i jej dziecko.
- podział zadań pomiędzy różnych członków personelu medycznego umożliwia również rozproszenie odpowiedzialności i decyzyjności. Mechanizm ten również skutecznie chroni przed zaangażowaniem w relację z pacjentką (10).

Wydaje się jednak, że sytuacja położnych środowiskowych podstawowej opieki zdrowotnej może być inna. W przeciwień-

stwie do instytucjonalnych pułapek opieki szpitalnej daje więcej przestrzeni do indywidualnej decyzji o tym jak chcemy, aby wyglądała nasza relacja z pacjentką.

Postulowana jako złoty standard opieki okołoporodowej ciągłość opieki położniczej nad kobietą jest silnie związana z możliwością nawiązania i utrzymania osobistej relacji pomiędzy kobietą ciężarną a położną (11). Położna środowiskowa, która poznaje kobietę w ciąży, towarzyszy jej w trakcie przygotowania do porodu, jest obecna w trakcie samego porodu a następnie opiekuje się położnicą w połogu jest świadkiem transformacji kobiety w matkę. W warunkach polskich obecność położnej POZ w trakcie porodu jest prawie niemożliwa, jednak już spotkanie przed porodem a następnie po nim daje kobiecie doświadczenie bycia widzianą w procesie zmiany i poczucie ciągłości własnej tożsamości. Emocjonalne zaangażowanie niesie ze sobą wartość bliskiego wsparcia emocjonalnego jak i wsparcia w procesie transformacji jakiego doświadcza kobieta. Dostrzeganie indywidualnej historii kobiety niesie ze sobą ryzyko emocjonalnego zaangażowania. Jednocześnie właśnie ten rodzaj zaangażowania pozwala doświadczyć jak wyjątkowa jest pozycja położnej i jej rola w społeczeństwie, jak pisze o tym cytowana na początku Caroline Flint. Depersonalizacja jest bowiem miażdżącym doświadczeniem nie tylko dla kobiety-pacjentki, ale również dla personelu. Położne, pielęgniarki czy



lekarze podkreślają, że chcą być widziani przez pacjentów jako czujące istoty, ludzie, nie roboty wykonujące procedury medyczne. Co ważne, pomimo lęku przed obciążającym działaniem relacji z pacjentkami to właśnie ten zaangażowany sposób pracy chroni przed wypaleniem zawodowym, zwiększa satysfakcję z pracy, kreatywność i umożliwia rozwój osobisty (10).

Podsumowując w realizacji zarówno badań przesiewowych pod kątem okołoporodowych zaburzeń nastroju, jak i oferowanego wsparcia kluczowa jest otwartość położnej na kontakt i relację z pacjentką. Relacja pozostaje profesjonalna, zachowuje jednak podmiotowy charakter, w którym spotykają się dwie kobiety. Obawy zgłaszane przez położne dotyczą niewystarczających kompetencji do objęcia wsparciem kobiet doświadczających kryzysów psychicznych w okresie okołoporodowym. Wiedza dotycząca przeżyć psychicznych, umiejętności związane z nawiązywaniem kontaktu i relacją wsparcia oraz wynikające z nich kompetencje są osiągalne do zdobycia w toku kształcenia, rozwoju zawodowego. Co jednak podkreślają badacze „Realizacja programów wsparcia kobiet z objawami zaburzeń nastroju nie wymaga wysoce specjalistycznych kwalifikacji. Kluczowa okazuje się dostępność, a najważniejszym elementem jest umożliwienie matce myślenia o wszystkich, również bolesnych emocjach związanych z macierzyństwem” (12).

#### BIBLIOGRAFIA

- Hanschel, D.(1984) What are we expecting of our midwife? In *Pregnancy Care for the 1980s.*  
eds L. Zander and G. Chamberlain), p. 179–9
- Lee, E., Bristow, J., Faircloth, C., Macvarish, J. (2014). *Parenting culture studies.* Palgrave Macmillan.

Miller, T. (2005). *Making Sense of Motherhood. Narrative approach.* Cambridge: Cambridge University Press.

Dankiewicz-Berger, M., Cendal, S. (2019). „Macierzyństwo nowoplemienne” analiza jakościowa parentingowych komunikatów internetowych. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica*, 12, 237–258.

Cox JL. Perinatal mood disorders in a changing culture. A transcultural European and African perspective. *Int Rev Psychiatry*. 1999; 11(2-3):103-110.

Stewart DE, Robertson E, Phil M, Dennis C, Grace SL, Wallington T. Postpartum Depression: Literature review of risk factors and interventions. WHO Publ.

[http://health/prevention/suicide/lit\\_review\\_postpartum\\_depression.pdt&](http://health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdt&).

ROZPORZADZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej [Internet]. [cytowane 20 października 2020]. Dostępne na:

[http://isap.seim.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20120001100/0/1\)20121100.pdf](http://isap.seim.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20120001100/0/1)20121100.pdf). Kaminska-Sobczak A, Gawlik-Kotelnicka O, Strzelecki D. Stosowanie leków psychotropowych podczas laktacji — praktyczne wskazówki dla lekarza psychiatry Use of psychotropic medications during lactation — practical. 2022;56(3):493-508.

Janczukowicz J. Empatia jako zasadnicza kompetencja wsp61czesnego lekarza. *Med po Dyplomie*.

Leff JR-. *Psychological Processes of Childbearing.* Fourth edi. London, New York: Routledge; 2009.

Newton, K. (1984) What sort of midwifery service do we want? In *Pregnancy Care for the 1980s* (eds L. Zander and G. Chamberlain), Royal Society of Medicine, Macmillan Press, London pp.258-620.

Chrzan-Dątko M, Kalita L. The role of early psychological intervention in the prevention and treatment of postpartum depression. *Psychoterapia*.

dr n. med. Monika Przestrzelska, prof. uczelni

## OPIEKA POŁOŻNICZA NAD CIĘŻARNĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ

Zdrowie reprodukcyjne to stan pełnego dobrostanu w aspekcie fizycznym, psychicznym i społeczny, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań, we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami. Niepełnosprawność kobiety nadal budzi w położnictwie wiele obaw i niepewności. W środowisku medycznym nie często podejmuje się ten temat i jest stosunkowo mała liczba publikacji naukowych o tej tematyce. Mimo, że cięża kobiet niepełnosprawnej jest ciężą ryzyka nie jest ona niepełnosprawna.

Ostatnie pełne dane dotyczące liczby osób niepełnosprawnych w Polsce pochodzą z Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r. Liczba osób niepełnosprawnych ogółem wynosiła 4697,5, co stanowi 12,2% ogółu społeczeństwa. Wśród niepełnosprawnych osób przeważają kobiety 2530,4, co stanowi około 53,9% ogólnej populacji niepełnosprawnych osób.

Kobiety niepełnosprawne mają takie same prawa jak kobiety w pełni sprawne. Mają prawo do poszanowania godności oraz zdrowia, którego jak najwyższa jakość pozwoli im na uczestnictwo w satysfakcjonującym i bezpiecznym życiu rodzinnym, społecznym i zawodowym. Zapisy Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (art. 68) jasno określają, iż rolą państwa jest objęcie szczególnej opieką kobiet ciężarnych oraz osób niepełnosprawnych.

- ◆ Każdy ma prawo do ochrony zdrowia
- ◆ Obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielanych świadczeń określa ustawa.
- ◆ Władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Ciężarna niepełnosprawna musi wiedzieć, że prawa pacjenta są nie tylko jej uprawnieniami, to także zobowiązanie personelu ochrony zdrowia do ich respektowania. Opieka w ciąży oraz przygotowania do porodu powinny obejmować sferę fizyczną jak i mentalną, z uwzględnieniem poszanowania godności kobiety, niezależnie od rodzaju i stopnia jej niepełnosprawności. Niepełnosprawne kobiety są niestety świadome, że istnieje stereotyp, mówiący o tym, że powołaniem kobiety jest posiadanie potomstwa. Jeśli przyjmowane leki, rodzaj lub stopień jej niepełnosprawności to uniemożliwiają – pozbawiają ją kobiecości. W ogólnym przekonaniu kobieta niepełnosprawna nie jest zdolna do samodzielnej opieki nad dzieckiem, wymaga stałej pomocy ze strony partnera bądź bliskich. To bardzo krzywdzące i przede wszystkim nie do końca prawdziwe. Sprawowanie opieki nad kobietą w ciąży powinno być uwarunkowane postępowaniem zgodnym z obowiązującymi standardami, zwłaszcza standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej, który wyznacza normy wpływające na zapewnienie ciągłej, systematycznej i profesjonalnej opieki sprawowanej wobec każdej kobiety ciężarnej.

Okres ciąży dla kobiety niepełnosprawnej jest niewątpliwie bardziej uciążliwy niż dla kobiet w pełni sprawnych. Należy jednak podkreślić, że niepełnosprawność kobiety bezpośrednio nie wpływa na stan zdrowia rozwijającego się płodu. Nie mniej jednak w wielu sytuacjach skorelowanych z niepełnosprawnością, prawdopodobieństwo wystąpienia powikłania ciąży zdaje się być większe. Przykładem mogą być kobiety z dysfunkcją narządu ruchu, kiedy ograniczenia aktywności zwiększają ryzyko zaburzeń oddychania, infekcji układu moczowego jak również zwiększają ryzyko choroby zakrzepowo-zatorowej. Opieka sprawowana nad kobietą ciężarną z niepełnosprawnością to również zwiększona uwaga związana ze wzrostem masy ciała, zwłaszcza przemieszczania się środka ciężkości w związku z powiększającą się macicą, co może skutkować ryzykiem zaburzenia równowagi przy istniejącej dysfunkcji. Nie można pominąć również ryzyka zaburzeń funkcji układu pokarmowego. W tej grupie pacjentek częściej niż u sprawnych ciężarnych możliwe są trudności w połykaniu pokarmu, zaburzenia funkcji żołądka, a także spowolniona perystaltyka jelit i występowaniem przewlekłych zaparć.

W przypadku niepełnosprawności sensorycznej związanej z dysfunkcją narządu wzroku czy słuchu ryzyko powikłań ciąży i wystąpienia zaburzeń funkcji narządów i układów zdaje się być porównywalne z innymi ciężarnymi. W tym przypadku wnikliwa analiza zachowań zdrowotnych i potencjalnych czynników ryzyka wskazuje na zindywidualizowane podejście do ciężarnej w prewencji zagrożeń powikłań ciąży.

Przygotowanie do porodu jest niewątpliwie istotnym elementem edukacji przedporodowej. Mimo, że zdecydowanie częściej w tej grupie pacjentek ciąża rozwiązywana jest przez cięcie cesarskie, nauka symptomów zbliżającego się porodu stanowi ważny aspekt opieki nad pacjentką. Poród drogami i siłami natury jest możliwy, o ile nie istnieją ku temu przeciwwskazania, dlatego kobieta musi umieć obserwować swoje ciało aby rozpoznać rozpoczynający się poród.

Niezwykle ważne jest przygotowanie kobiety do opieki nad noworodkiem. Każdego rodzaju niepełnosprawność

wskazuje na możliwe ograniczenia i trudności. Nie mniej jednak zindywidualizowane przygotowanie kobiety do opieki nad noworodkiem zdecydowanie ograniczy te problemy. Rozpoznawanie potrzeb dziecka przez matkę z niepełnosprawnością sensoryczną może być i na pewno jest utrudnione. Matka z dysfunkcją narządu słuchu nie słyszy płaczu dziecka, dlatego nauka obserwacji jego potrzeb powinna stanowić podstawę jej przygotowania do opieki nad noworodkiem. Kobieta z dysfunkcją narządu wzroku również napotyka na ograniczenia w opiece nad noworodkiem. Nie widzi ona zachowań dziecka, dlatego warto w tym miejscu podkreślić naukę wyczuwania/wsluchania się w jego potrzeby. Nauka karmienia piersią i pielęgnacji noworodka oparta jest na kierowanie dłońmi pacjentki aby wyrobić umiejętność samodzielnego działania w danej sytuacji. Wypracowanie pewnego schematu, algorytmu wykonania czynności np. mycia dziecka pozwoli na potwierdzenie realizacji wszystkich niezbędnych elementów.

Dysfunkcja intelektualna nie jest jednorodna. Może dotyczyć lekkiego, ale i większego ograniczenia zdolności rozoznania w sytuacji i podejmowania właściwych działań. Oczywiście jest fakt, że ta grupa pacjentek może mieć formalnie ograniczane funkcje rodzicielskie, nie mniej jednak nie jest to obligatoryjne w tej grupie niepełnosprawności. To zawsze sprawa indywidualna i przygotowanie kobiety w ciąży do porodu i opieki nad noworodkiem jest obowiązkiem położnej sprawującej opiekę nad taką kobietą.

Kobiety niepełnosprawne z różnych przyczyn ograniczają możliwości przygotowania się do porodu w szkole rodzenia. Często to bariery strukturalne, społeczne i niewątpliwie osobiste - emocjonalne. Ogólnodostępne poradnie i inne jednostki ochrony zdrowia często nie są przygotowane do opieki nad ciężarną niepełnosprawną. Brak jest specjalistycznego sprzętu (podnośniki), bariery architektoniczne (małe pomieszczenia/gabinety dla poruszających się na wózku) i inne ważne dla kontaktu z taką pacjentką aspekty np. tłumacz języka migowego. Dla sprostania potrzebom kobiet ciężarnych z niepełnosprawnością min. we Wrocławiu od ponad roku działa szkoła rodzenia dedykowana takim pacjentkom. Wyposażenie gabinetów oraz dostępność do specjalistów różnych dziedzin jest dla tych pacjentek przygotowana w cyklu spotkań.

Niepełnosprawna kobieta ciężarna w XXI w. nie powinna już budzić zdziwienia. Powinna mieć dostęp do profesjonalnej opieki sprawowanej przez wykwalifikowany, interdyscyplinarny zespół. Rola położnej w opiece nad niepełnosprawną pacjentką polega na zaspokojeniu szczególnych, indywidualnych potrzeb. Sprawowanie opieki nad pacjentką ze złożonymi ograniczeniami wymaga od położnej szczególnego poświęcenia czasu, dużej cierpliwości, spokoju, opanowania, empatii oraz kreatywnego podejścia do rozwiązywania zaistniałych problemów.

## PIŚMIENNICTWO U AUTORKI

*Uczestniczki konferencji  
mgr Beata Krakowiak  
lic. poł. Katarzyna Ozga-Świdzińska  
NZOZ Szpital Powiatowy w Dzierżonowie*



Minister Zdrowia

Warszawa, 23 września 2022

ZPŚ.641.263.2022.JK

**Zalecenia Ministra Zdrowia i Konsultanta Krajowego w dziedzinie choroby  
zakaźne dotyczące realizacji szczepień przeciw ospie małpiej  
w grupie osób narażonych<sup>1</sup>**

Szczepienia przeciw ospie małpiej są wykonywane szczepionką JYNNEOS, Bavarian Nordic A/S (0,5 ml na dawkę).

Szczepienie zaleca się osobom, które ukończyły 18 lat w ramach:

- **szczepień poekspozycyjnych** (post-exposure prophylaxis, PEP) w następujących sytuacjach:

- bliski kontakt fizyczny: przez nieuszkodzoną skórę lub błony śluzowe z osobą zakażoną ospą małpią (np. kontakt seksualny, kontakt domowy) lub długotrwały kontakt twarzą w twarz <1 m bez maski ochronnej.
- personelowi medycznemu opiekującemu się chorymi na ospę małpią lub mogącemu mieć kontakt z materiałem zakaźnym, po kontakcie bez użycia środków ochrony indywidualnej z osobą zakażoną ospą małpią, jej płynami ustrojowymi lub przedmiotami zanieczyszczonymi materiałem zakaźnym,
- personelowi laboratorium w sytuacji przypadkowego kontaktu z materiałem laboratoryjnym zawierającym wirusa ospy małpiej, który nie został poddany inaktywacji,

**Uwaga!** Szczepienia są dobrowolne, a decyzja o szczepieniu podejmowana jest indywidualnie po ocenie korzyści i ryzyka, uwzględniając rodzaj kontaktu i czas jaki upłynął od ekspozycji, wiek oraz dane z wywiadu dotyczące statusu immunologicznego i czynników zwiększających ryzyko ciężkiego przebiegu ospy małpiej.

Schemat szczepienia:

1. dawka podana tak szybko jak to możliwe, najlepiej w okresie pierwszych 4 dni od pierwszego kontaktu, do 14 dni, jeżeli nie ma objawów choroby;

---

<sup>1</sup> Rekomendacja Zespołu ds. Szczepień Ochronnych dla Ministra Zdrowia dotycząca szczepień przeciw ospie małpiej z dnia 05.08.2022



2. dawka podana po 28 dniach od pierwszej dawki;

U osób szczepionych w przeszłości przeciw ospie prawdziwej może być podana tylko 1 dawka.

**- szczepień przedekspozycyjnych (pre-exposure prophylaxis, PrEP):**

- personelowi medycznemu opiekującemu się chorymi na ospę małą lub mogącemu mieć kontakt z materiałem zakaźnym,
- personelowi laboratorium pracującemu z ortopoxwirusami,

Schemat szczepienia: pełny schemat szczepienia podstawowego osób dotychczas nieszczepionych obejmuje podanie 2 dawek w odstępie  $\geq 28$  dni.

**Uwaga!** Decyzja o szczepieniu podejmowana jest indywidualnie po ocenie korzyści i ryzyka.

**Zasady realizacji szczepień**

**Uwaga!** Świadczenia nie uwzględniają kosztu szczepionki ze względu na dystrybucję szczepionki przez RARS bezpośrednio do podmiotów leczniczych.

**Podmioty lecznicze** mogą pobierać szczepionki dla personelu w trybie zabezpieczenia i ochrony indywidualnej pracowników, za które nie przysługuje rozliczenie z NFZ za usługę wykonanego szczepienia.

**Poradnie chorób zakaźnych.** Rozliczenie wykonywanych szczepień przeciw ospie małej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pacjentów odbywa się w czasie porady specjalistycznej w wariacie ze szczepieniem lub bez szczepienia i może być rozliczone jako świadczenie specjalistyczne 1-go typu W11 za 44 pkt.

W przypadku, gdy jest to pierwsza wizyta pacjenta, możliwe jest do rozliczenia świadczenie pierwszorazowe 1-go typu W40 za 68 pkt.

Za wystawienie skierowania do poradni specjalistycznej ds. chorób zakaźnych odpowiada lekarz konsultujący pacjenta podejrzanego o zakażenie ospą małą. Za organizację szczepień przeciw ospie małej odpowiada kierownik placówki lub osoba upoważniona.

**Uwaga!** Szczepienia mogą być też realizowane przez poradnie profilaktyczno-lecznicze (HIV/AIDS) realizujące program leczenia osób żyjących z HIV.

**Szpitala zakaźne/oddziały zakaźne.** W przypadku konieczności podania pacjentowi szczepionki podczas pobytu w szpitalu z powodu ospy małej (ICD-10: B04) (dedykowane grupy to: P06 Małe infekcje, w tym choroby immunologiczne i S57 Inne choroby wirusowe), koszty personelu medycznego związane z wykonaniem szczepienia, zawierają się w kosztach grupy.

**Warunkiem zaraportowania podania pobranej szczepionki jest dokonanie przez personel uprawniony wpisu do Karty Szczepienia (ICD9 – kod 99.5514 szczepienie przeciw ospie małej) z zaznaczeniem finansowania: Publiczne – szczepienie w punkcie szczepień.**

Prawo do kwalifikacji do szczepienia przeciw ospie małpiej posiadają lekarze i felczerzy. Uprawnionymi do przeprowadzania szczepienia przeciw ospie małpiej są: lekarze, felczerzy, pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, higienistki szkolne, lekarze dentyści posiadający niezbędne przeszkolenie w zakresie szczepień ochronnych.

Karta Szczepień określona została w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta prowadzonej w postaci elektronicznej w systemie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Wpis do Karty Szczepień (w elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta) dokonany przez osoby uprawnione, jest potwierdzeniem kwalifikacji i wykonania szczepienia przeciw ospie małpiej.

#### **Zasady dotyczące szczepień z wykorzystaniem szczepionki z Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych**

Zaopatrzenie w szczepionki przeciw ospie małpiej nadzoruje RARS.

Punkt Szczepień zgłasza zapotrzebowanie do RARS poprzez portal <https://pue.rars.gov.pl/login>

Zamówienia mogą być składane na szczepionkę na bieżące potrzeby w liczbie nie większej niż 20 dawek jednorazowo (dostarczanych w zimnym łańcuchu 2-8°C).

Szczepionki w magazynach RARS przechowywane są w temperaturach ultra-mroźnych. Termin przydatności szczepionki przechowywanej w takich warunkach wynosi 5 lat. Po rozmrożeniu, termin przydatności w zimnym łańcuchu 2-8°C wynosi do 2 miesięcy.

Szczepionki wydawane są nieodpłatnie do świadczeniodawcy, przy czym sposób przechowania i stosowania przebiega w oparciu o Wytyczne w sprawie przyjmowania i przechowywania adekwatnie jak dla szczepionek przeciw COVID-19.

W trakcie realizacji zapotrzebowań będzie dostępna aktualnie szczepionka Jynneos.

Zwroty mogą być dokonywane w terminie do 2 tygodni (od dnia zrealizowanej dostawy do punktu) wyłącznie przy zachowaniu najwyższych standardów jakości zgodnych z warunkami określonymi w ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2021 r. poz. 974 ze zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia z dnia 13 marca 2015 r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej (Dz.U. z 2017 r. poz. 509 ze zm.).

**Uwaga!** Każdy przypadek straty powinien być zaraportowany na bieżąco w SDS ze wskazaniem powodu!

Warunki konieczne do spełnienia, aby dokonać zwrotu szczepionek:

- produkty lecznicze znajdują się w swoich nieotwartych, nieuszkodzonych opakowaniach producenta i są w bardzo dobrym stanie oraz nie upłynął ich termin ważności i nie zostały wstrzymane albo wycofane,
- osoba upoważniona do wydania zwrotu szczepionki oświadczyła w postaci papierowej lub elektronicznej, że transport produktów leczniczych, ich przechowywanie i postępowanie z nimi odbywały się zgodnie ze specjalnymi wymogami dotyczącymi ich przechowywania, określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego poszczególnych szczepionek;
- zwrot realizowany jest przez hurtownię, która dostarczyła zwracaną szczepionkę do Podmiotu Wykonującego Działalność Leczniczą.

Dodatkowo hurtownia farmaceutyczna realizująca obsługę zwrotu może wymagać spełnienia dodatkowych formalności, zgodnych z wewnętrznymi procedurami mającymi na celu zapewnienia nadzoru nad jakością produktów leczniczych.

Zwrot szczepionki można zgłosić:

poprzez kontakt z hurtownią farmaceutyczną, która dostarczyła szczepionki do Podmiotu Wykonującego Działalność Leczniczą pod adresem mailowym w zależności od dostawcy: [logistyka@pharmalink.pl](mailto:logistyka@pharmalink.pl) oraz [dostawa\\_szczepienia@neuca.pl](mailto:dostawa_szczepienia@neuca.pl).

Zgłoszenie zwrotu zostanie zarejestrowane odmownie w przypadku braku spełnienia kryteriów kwalifikujących do zwrotu.

Szczepionki, które zostaną zwrócone do hurtowni farmaceutycznej, a nie spełnią kryteriów kwalifikacyjnych zostaną odesłane do podmiotu dokonującego zwrotu.

Szczepionki, które nie spełniają kryteriów kwalifikujących je do zwrotu do hurtowni farmaceutycznej, powinny zostać zutylizowane zgodnie z wewnętrzną procedurą Podmiotu Wykonującego Działalność Leczniczą.

Zwroty dotyczą wyłącznie nienaruszonych opakowań, przechowywanych z zachowaniem i udokumentowaniem łańcucha chłodniczego (2-8°C).

**Maciej Miłkowski**  
Podsekretarz Stanu  
Ministerstwo Zdrowia  
*/dokument podpisany elektronicznie/*

**Andrzej Horban**  
Konsultant Krajowy  
w dziedzinie choroby zakaźne  
*/dokument podpisany elektronicznie/*

z upoważnienia Ministra Zdrowia Maciej Miłkowski



*Można odejść na zawsze, by stale być blisko*

ks. Jan Twardowski

# Barbara Elżbieta Konefał

Od I do VII kadencji pracowała w samorządzie. Delegat na OZPiP, Członek Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Skarbnik Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. Od pierwszych lat w samorządzie zaangażowana w sprawy na rzecz korporacji zawodowej.

Z dumą podkreślała, że przez siedem kolejnych kadencji obdarowana ogromnym zaufaniem środowiska, pracując w samorządzie mogła dokładać swoją cegiełkę, zapisując kolejne karty historii, tworząc naszą tożsamość. Bezgranicznie oddana pracy zawodowej. Zatrudniona w Bystrzyckim Centrum Sp. z o.o. w Bystrzycy Kłodzkiej jako pielęgniarka społeczna. W środowisku bardzo ceniona za profesjonalizm, pracowitość, spokój i kulturę osobistą. Odpowiedzialna. Zawsze postępowała zgodnie z normami etycznymi, a dobro pacjenta było wartością najwyższą. Była osobą cechującą się ogromną serdecznością, umiejętnością komunikacji z chorym, rodziną i współpracownikami.

Przez ostatnie lata zawód wykonywała w zakresie zadań wynikających z potrzeby osób starszych, często samotnych, niesamodzielnych. Jej działania miały charakter pielęgnacyjno-opiekuńczy i społeczno-wychowawczy. W latach 1998–2006 r. radna Rady Miejskiej w Bystrzycy Kłodzkiej. Jako Przewodnicząca Komisji Zdrowia podejmowała działania na rzecz stanu zdrowia społeczeństwa i polityki zdrowotnej mieszkańców regionu. Od 2013 r. uchwałą rady Powiatu w Kłodzku, powołana została w skład Zespołu Powiatowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie. Brała udział w szkoleniach, przekazując informacje dotyczące „Niebieskiej Karty”, znajdując bezpieczne schronienia poszkodowanym. Współpracowała z lekarzami i pielęgniarkami oddziałów szpitalnych, POZ-u, pielęgniarkami w środowisku nauczania i wychowania, pielęgniarką/położną prakty-

ki, pielęgniarką opieki długoterminowej, innymi Świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych, przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia rodziny. Występowała do różnych instytucji w imieniu pacjenta lub na jego prośbę, pomagając w umieszczeniu przewlekle chorych w oddziałach opieki długoterminowej. Pacjentom bezdomnym zapewniała ubrania i miejsca pobytu (m.in. w noclegowni, domu pomocy społecznej, domu samotnej matki, w razie zgonu – pochówek). Występowała do sądu o skierowanie do placówki opiekuńczo-wychowawczej dla dzieci pozbawionych opieki domowej. Praca dla osób potrzebujących od zawsze była Jej sensem życia. Od zawsze z ogromnym szacunkiem, z największą starannością odnosiła się do każdego człowieka. Szczególnie uwrażliwiona na problemy osób starszych, niesamodzielnych, samotnych. Ostatnie lata swojej pracy zawodowej, wykorzystując aktualną wiedzę, postanowiła poświęcać się właśnie osobom tej pomocy najbardziej potrzebującym. W hierarchii potrzeb, siebie stawiała na końcu. Niezwykła postawa, niezwykła osobowość. Tak zwyczajnie, po prostu w każdym człowieku – widziała człowieka. **Jako jedyna w naszym środowisku otrzymała HONOROWE ODZNACZENIE SAMORZĄDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH.**

Szczególnie potrzebna czuła się w czasie pandemii – drząc o siebie pomagała innym.

Przez ostatni rok – dzielnie walczyła o siebie. Niestety 11 października 2022 r. życie zapisało własny scenariusz.

**Basiu, w naszej i innych pamięci pozostaniesz na zawsze, bo dobro, które czyniłaś jest nieśmiertelne.**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Wałbrzychu





Z głębokim żalem i smutkiem zawiadamiamy,  
że odeszła na zawsze nasza  
Koleżanka Pielęgniarka

# Teresa Hućko



Rodzinie i Najbliższym składamy wyrazy głębokiego  
współczucia.

Pozostanie na zawsze w naszej pamięci!

Koleżanki Pielęgniarki  
z Regionalnego Szpitala Specjalistycznego „LATAWIEC”  
w Świdnicy

## Stanowisko

### Ogólnopolskiego Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego

W związku z tragedią, jaka wydarzyła się 18 listopada 2022 r. – morderstwem Komornika Sądowego przy Sądzie Rejonowym w Łukowie, Ewy Kochańskiej wyrażamy głęboki żal i stanowczy sprzeciw wobec jakichkolwiek przejawów agresji i przemocy kierowanej w stosunku do wszystkich przedstawicieli zawodów zaufania publicznego.

Jako członkowie Ogólnopolskiego Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego nie godzimy się na jakiegokolwiek próby deprecjonowania naszej roli w społeczeństwie, podleganie do przemocy, przejawy hejtu w przestrzeni publicznej ani na jakiegokolwiek formy fizycznej agresji kierowanej w naszym kierunku. Stanowczo domagamy się także reakcji właściwych organów na akty przemocy pojawiające się w przestrzeni publicznej oraz podjęcia niezbędnych kroków celem zapewnienia nam bezpieczeństwa.

Wyrażając solidarność ze środowiskiem komorników sądowych, przesyłamy najszersze kondolencje i wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie Zmarłej.

r.pr. Agnieszka Gajewska-Zabój

Sekretarz

Ogólnopolskiego Porozumienia

Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego

r.pr. Włodzimierz Chróścik

Przewodniczący

Ogólnopolskiego Porozumienia

Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego



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

Edward L. Trudeau

