

BIULETYN

INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK POŁOŻNYCH



4/2023
WAŁBRZYCH
ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA
PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU

SPIS TREŚCI

- 1 ♦ ŻYCZENIA ŚWIĄTECZNE
- 2 ♦ OD REDAKCJI
- 3 ♦ X KONFERENCJA Z CYKLU „JESIENNE SPOTKANIA Z AUTORYTETEM”
- 8 ♦ SPRAWOZDANIA Z KONFERENCJI:
VIII OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA PT.: PIELĘGNIARSTWO PEDIATRYCZNE – NOWE WYZWANIA
VI FORUM LECZENIE RAN – HOLISTYCZNIE, PRAKTYCZNIE, SKUTECZNIE
- 15 ♦ ZASADY OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ WOBEC PACJENTA PRZEWLEKLE CHOROGE NIESAMODZIELNEGO ORAZ DŁUGOTRWALE UNIERUCHOMIONEGO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ
- 23 ♦ KOMUNIKAT DO FACHOWYCH PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA – TOPIRAMAT
- 29 ♦ SZCZEPIENIA KOMPETENCJE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
- 30 ♦ ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA W/S SZCZEPIEŃ
- 39 ♦ PISMO MARSZAŁKA WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO
- 41 ♦ PROGRAM STYPENDIALNY – STYPENDIA DLA STUDENTÓW III ROKU STUDIÓW PIERWSZEGO STOPNIA
- 43 ♦ KOMUNIKAT NFZ
- 44 ♦ Z PRAC NRPIP:
PISMO DO MINISTERSTWA
ODPOWIEDZ Z MINISTERSTWA
GABINET GOV
- III s. okt. ♦ KONDOLENCJE

KONSULTANCI 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. WIESŁAW 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. Hirszfelda 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 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 pracy 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:
Małgorzata Hrycak

Sekretarz:
Iwona Michańcio

Skarbnik:
Aleksandra Walczyk

BIURO

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

**Rejestr prawa wykonywania zawodu,
Rejestr praktyk zawodowych:**
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 Krajczarz

Dyżur prawny:

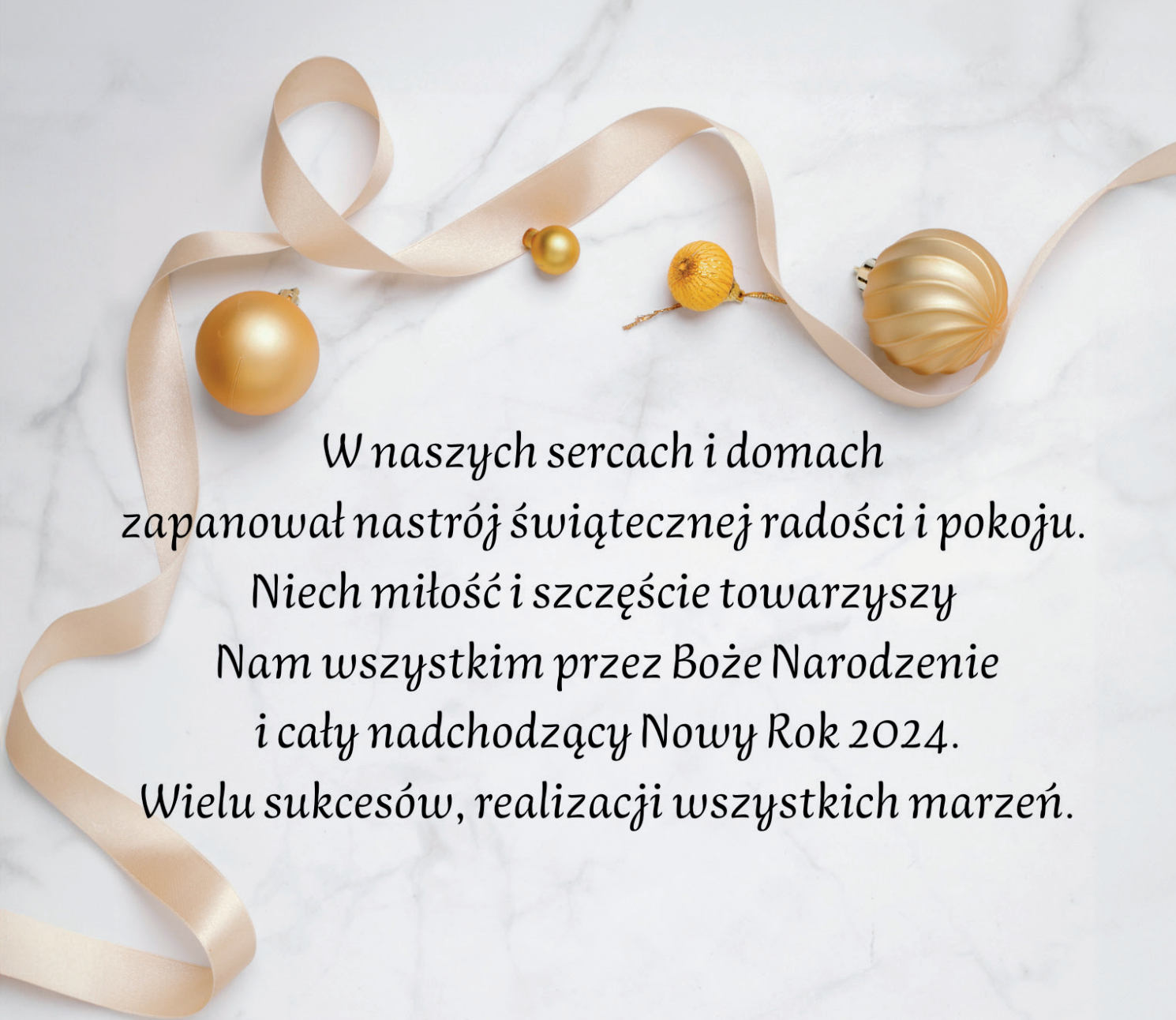
w siedzibie iz by: wtorek 14.30-15.30
W innym terminie po wcześniejszym
uzgodnieniu telefonicznym
z biurem OIPIP w Wałbrzychu

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej:**
Edyta Studzińska

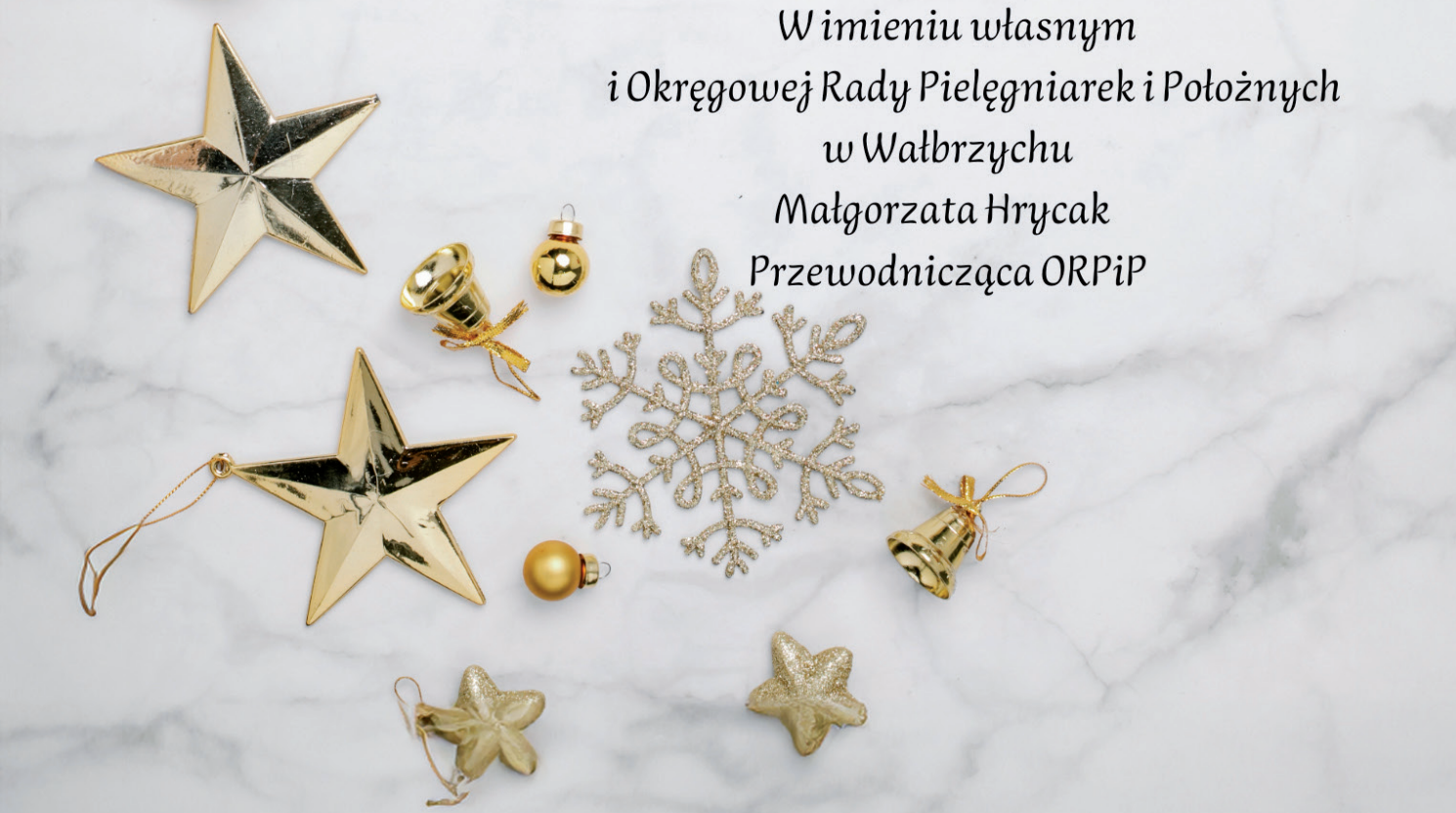
Dyżury w siedzibie OIPIP:
Druga i czwarta środa każdego miesiąca
Szczegóły na stronie internetowej
w zakładce KONTAKT

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

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



*W naszych sercach i domach
zapanował nastrój świątecznej radości i pokoju.
Niech miłość i szczęście towarzyszy
Nam wszystkim przez Boże Narodzenie
i cały nadchodzący Nowy Rok 2024.
Wielu sukcesów, realizacji wszystkich marzeń.*



*W imieniu własnym
i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Wałbrzychu
Małgorzata Hrycak
Przewodnicząca ORPiP*



Serdecznie zapraszam Pielęgniarki, Położne i Pielęgniarzy – do lektury naszego Biuletynu Informacyjnego

Miesiąc październik to czas kojarzony przede wszystkim z rozpoczynającym się etapem edukacyjnym w życiu wielu osób. Dotyczy to również naszego środowiska. Wielu z nas podnosząc swoje kwalifikacje rozpoczyna studia, specjalizacje, a młodzież wybierając swoją drogę życiową rozpoczyna studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo bądź położnictwo. Wszystkim tym osobom życzę dużo wytrwałości w związku z podjętymi decyzjami, jak również wiele sukcesów w nauce, satysfakcji i zadowolenia.

Niech każdy dzień utwierdza Was w dobrze podjętej decyzji, a wiedza którą zdobędziecie niech odzwierciedli się w pracy z pacjentem. To dzięki naszemu zaangażowaniu w edukację pacjenci zmieniają swoje – często nieprawidłowe nawyki, co wpływa korzystnie na ich stan zdrowia.

Wasza wiedza, umiejętności, postawa sprawiają, że pacjenci mogą czuć się bezpiecznie. Mimo ciągłego postępu technologicznego w medycynie, żaden, nawet najnowocześniejszy sprzęt nie zdoła zastąpić empatii i współczucia dla pacjenta. W tej trudnej i odpowiedzialnej pracy możecie liczyć na samorząd pielęgniarek i położnych. Reagujemy na sygnały, interweniujemy, udzielamy pomocy, dofinansowujemy poniesione koszty kształcenia przed- i podyplomowego, uczestnictwa i organizowania konferencji, zgodnie z przyjętym przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu regulaminem dofinansowań kształcenia i pomocy finansowej.

Uciekający czas nie daje nam wytchnienia – ledwo przywitaliśmy 2023 rok, a już niebawem, wraz ze swoimi bliskimi, dzielić się będziemy opłatkami i życzyć wszelkiej pomyślności w nowym 2024 roku. Zapewne większość z nas czynić będzie wówczas podsumowanie minionych miesięcy – osiągniętych sukcesów, zamierzeń, które zostały zrealizowane, ale też tego, czego nie udało się osiągnąć, bo i takie sytuacje – niestety – nas spotykają i choć nie należą do najprzyjemniejszych, to są nam potrzebne, by tym bardziej doceniać to, co w naszym życiu dobre i piękne.

Magiczna atmosfera tych najpiękniejszych Świąt skłania do refleksji i zadumy, ale też do jednoczenia ludzi i umacniania poczucia wspólnoty – tak ważnych w naszych zawodach.

Ostatnie lata jeszcze wyraźniej pokazały nam, jak bardzo ważne jest zdrowie. Dlatego życzę przede wszystkim zdrowia i jeszcze raz zdrowia. Mam wielką nadzieję, że Państwa i Państwa bliskich – rodzinę i przyjaciół – ominą wszelkie choroby.

Równocześnie chciałabym podziękować Państwu za wszystko, co osiągnęliśmy w dobiegającym już końca roku 2023. Dziękuję za wszelki trud i poświęcenie, które włożyli Państwo w pracę na rzecz Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, za pomoc i życzliwość oraz niezłomność postanowień i przekonań, nawet gdy bywało ciężko.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych i swoim własnym życzymy Wam zadowolenia i satysfakcji z podejmowanych wyzwań. Niech magiczna moc wigilijnego wieczoru przyniesie Wam spokój, wytchnienie i radość. Każda chwila świąt Bożego Narodzenia niech żyje własnym pięknem, a Nowy Rok obdaruje Was zdrowiem, pomyślnością i szczęściem.

Niech będzie Rokiem nowych wyzwań, osiągniętych celów i spełnionych marzeń. Rokiem, który upłynie pod znakiem zdrowia. Rokiem po prostu szczęśliwym...

Najpiękniejszych Świąt Bożego Narodzenia!

Małgorzata Hrycak
Przewodnicząca ORPiP
w Wałbrzychu

JESIENNE SPOTKANIA Z AUTORYTETEM

X KONFERENCJA – 14 LISTOPADA 2023 R.

ETYKA ZAWODOWA JAKO WYZNACZNIK PROFESJONALIZMU
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH.

NOWELIZACJA KODEKSU ETYKI ZAWODOWEJ PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ



Wykład dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

**Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej
Pielęgniarek i Położnych**

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Małgorzata Hrycak serdecznie powitała wszystkich przybyłych na uroczystą konferencję z cyklu „Jesienne spotkania z autorytetem”.

To już 10 raz mieliśmy możliwość uczestniczyć w tych cyklicznych spotkaniach zainicjowanych przez Przewodniczącą VI i VII kadencji Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Panią Marię Pateczka.

Wyjątkowość tego spotkania była podwójna, Jubileusz 10 lecia i fakt, że na pierwszym inauguracyjnym spotkaniu z autorytetem gościliśmy właśnie Panią doktor Grażynę Rogala-Pawelczyk. Mamy nadzieję, że obecność Pani doktor na naszej jubileuszowej uroczystości będzie początkiem nowej kolejnej dekady jesiennych spotkań, które nie tylko dają porcję nowej wiedzy ale są także okazją do spędzenia czasu w miłej atmosferze wśród koleżanek i kolegów.



Materiał szkoleniowy z dnia 14.11.2023 r. zostanie opublikowany w całości w kolejnym Biuletynie w 2024 r.

Nowelizacja Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych wymaga stałego propagowania a w konsekwencji wzmocnienia zachowań etycznych w Naszych grupach za-

wodowych. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych będzie systematycznie publikować w Biuletynie artykuły dotyczące powyższych zagadnień.



ETYKA W ZAWODACH PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

Rozwój nauk medycznych, a co za tym idzie rozwój pielęgniarstwa, zmiany w podstawach prawnych funkcjonowania opieki zdrowotnej, wzrost profesjonalizacji i samodzielności zawodowej pielęgniarek, położnych ujawnił potrzebę nowelizacji kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki, położnej. Jednym z zadań samorządu zawodowego jest opracowanie i propagowanie zasad etyki zawodowej. Wychodząc naprzeciw w maju 2023 r VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych przyjął znowelizowany Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP.

dr n. med. mgr piel. Grażyna Rogala-Pawelczyk
Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Pielęgniarek i Położnych, Uczelnia Państwowa im
Jana Grodka w Sanoku

mgr pielęgniarstwa Wiktoria Kita
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-
Modrzewskiego

Problemy etyczno-deontologiczne nasilają się w różnych okresach i w zależności od różnorodnych czynników, np. rozwój medycyny, sytuacja społeczno-gospodarcza kraju, koncepcja opieki zdrowotnej i podejście do zdrowia publicznego. Niezależnie jednak od wskazanych wpływów i determinantów, pielęgniarki i położne w praktyce zawodowej, posługując się kodeksem etyki zawodowej, chronią godność istoty ludzkiej i respektują prawa człowieka/pacjenta w systemie opieki zdrowotnej.

Pielęgniarstwo to samodzielny zawód, a samodzielność ta polega na osobistej odpowiedzialności za realizowane działania i podejmowane decyzje. Obowiązujące normy prawne wyznaczają reguły wykonywania zawodu, a więc określają granice, szczególnie wtedy, gdy możliwe jest wystąpienie odmiennego efektu czynności zawodowych niż jest to od oczekiwane,

np. śmierć pacjenta. Samo pielęgnowanie ma nieść pomoc człowiekowi, który takiej pomocy potrzebuje dla zachowania zdrowia i życia, powinno taki proces ułatwiać i przyspieszać.

Pielęgniarstwo ma długą tradycję, od samego początku opiera się na powołaniu, moralności i profesjonalnym podejściu. Etyka wpisuje się tu w zawód, a normy zawarte w kodeksie etycznym pozwalają na rozstrzygnięcie dylematów moralnych (etycznych), pojawiających się w trakcie realizacji powierzonych pielęgniarsce zadań zawodowych. Odpowiednie normy są swoistym przewodnikiem oraz sposobem na rozwiązanie problemów.

Współczesne pielęgniarstwo obejmuje działania z zakresu nowoczesnej medycyny oraz odmiennego podejścia do roli społeczno-zawodowej pielęgniarki. Podejmowaniu decyzji w trudnych sytuacjach często towarzyszą emocje, problemy z zaakceptowaniem obowiązujących przepisów prawa z uwagi na ich kolidowanie z efektywnością podejmowanych przez pielęgniarkę czynności, np. w związku z tzw. uporczywą terapią.

KODEKS ETYKI

Współczesne kodeksy etyczne stanowią katalogi konkretnych zachowań, które precyzują sposoby postępowania wybranych grup pracowników. Stanowią zbiór reguł oraz wartości etycznych, które wyznaczają standardy działań dla dobra klientów, pacjentów, pacjentów itp. Jest on również definiowany jako zespół regulacji oraz norm, określających wybrane zachowania jako pożądane z punktu widzenia moralności. Dotyczy on postaw i zachowań dedykowanych osobom wybranych profesji. Są to zatem zasady, do których należy się stosować podczas pełnienia swoich obowiązków zawodowych.

Kodeks powinien być prezentowany w sposób hierarchiczny, a więc poprzez treść i konstrukcję przedstawiać normy i wartości, w szczególności normę podstawową systemu moralności zawodowej. Odpowiednio uporządkowane zasady powinny wskazywać zobowiązania wybranego grona zawodowego, a co więcej – wszystkie one powinny zostać określone

jako kategorię lub dobrowolne. Taki kodeks należy rozpatrywać jako jednostronne zobowiązanie (nie umowę dwustronną), pacjenci czy klienci nie uczestniczą w jego tworzeniu. Kodeks ten wyraża zatem, mimo iż jest dziełem opracowywanym zbiorowo, jedynie wolę pielęgniarki, lekarza, urzędnika, prawnika itp.

Funkcje analizowanego dokumentu są spełnione, jeśli zostaną zachowane warunki wyrażania jego zasadniczego celu, a więc dbałości o szacunek dla innych ludzi, ale również gdy zapobiega się szkodom lub osiąga określone korzyści. Należy pamiętać, że człowieczeństwo jest dobrem generalnym, które dotyczy każdego. Etyka zawodowa ma zatem do spełnienia określony cel (jeden, bez względu na profesję), dlatego zasady przyjmowane dla jednego zawodu często są odpowiednie dla pozostałych. Przyjęto, że zasady kodeksu etycznego spełniają następujące funkcje:

- **określanie relacji do przedmiotu swojego działania**, a także deklaracji jego podmiotowego traktowania (w zawodach medycznych specjaliści kierują wszystkie swoje decyzje i zachowania bezpośrednio do człowieka, a najwyższą wartością stanowi jego zdrowie i życie),
- **określanie odpowiedniego stosunku pomiędzy członkami danego zawodu** (w aspekcie bezpośrednich, interpersonalnych relacji, ale i całego obszaru wspólnoty danej zawodowej),
- **określanie etycznych relacji członków danej profesji w stosunku do jej zawodowego otoczenia** – wobec społeczeństwa, a w pewnych sytuacjach przy wyodrębnieniu zawodów współpracujących. Dbano tu o prestiż zawodu, a także pozyskiwanie społecznej akceptacji dla działań realizowanych w jego ramach.

Nie wszystkie profesje posiadają opracowany kodeks etyki zawodowej, jest on bowiem niezbędny tam, gdzie zagrożone mogą być najistotniejsze wartości moralne, takie jak: zdrowie, życie, sprawiedliwość, wolność, bezpieczeństwo, przyjaźń, zaufanie itp. zapisy w kodeksie etycznym powinny być traktowane jedynie jako przypomnienie tego, co specjaliści danej grupy zawodowej już wiedzą i czego przestrzegają w swojej pracy. Kodeks jest kodyfikacją istniejących już przekonań moralnych, sposobem na nakłonienie do zachowań zgodnych z zapisami tego dokumentu, bez względu na to, jaką moralną postawę posiada jednostka. Sam kodeks nie jest w stanie kształtować pożądanych postaw, może jednak wymuszać konkretne dzia-

łania, bez względu na podejście danej osoby, może bowiem przewidywać odpowiednie sankcje na wypadek zachowań niepożądanych (ostrzeżenie, kara zawieszenia, trwałe usunięcie z zawodu itp.). Stopień takich konsekwencji zależy od znaczenia danego zobowiązania, poważniejsza będzie sankcja za złamanie normy etycznej traktowanej jako obowiązek bezwzględny, mniej poważna za łamanie normy dobrowolnej, nie mającej rygoru bezwzględnego zastosowania.

Kodeks etyczny może być przydatnym narzędziem w sytuacji, gdy w danej grupie zawodowej nie występują własne przekonania jej przedstawicieli, posiadane przekonania są chwiejne lub niezgodne z przyjętym stanowiskiem środowiska zawodowego. Kodeks etyczny może w takiej sytuacji być traktowany jako księga zawodowych zobowiązań etycznych, które należy sobie przyswoić.

Kodeks Etyki Zawodowej Polskiej Pielęgniarki i Położnej reguluje odpowiedzialność zawodową pielęgniarek i obejmuje:

- część ogólną – w której zapisano regulacje dotyczące działalności zawodowej pielęgniarek, rozwoju osobistego i samorządowych organizacji zawodowych,
- część szczegółową – zawiera powinności pielęgniarki w stosunku do ludzi, którzy wymagają pomocy, wobec praktyki zawodowej, współpracowników i samego zawodu.

Kodeks Etyki Zawodowej precyzuje zatem zasadnicze cele i wartości zawodu pielęgniarki, a także pewne postanowienia i interpretacje, które są wytycznymi dla zachowań wiążących się z jego realizacją. Znajomość zasad zawartych w analizowanym kodeksie jest konieczna z punktu widzenia podejmowania decyzji o chorym i członkach zespołu terapeutycznego.

PROBLEMY ORAZ DYLEMATY ETYCZNE

Opracowanie kodeksu etycznego dla pielęgniarek wiąże się z koniecznością stosowania do spisanych w nim zasad i norm, co w wielu sytuacjach (np. konfliktowych) może stwarzać pewne trudności. Wśród problemów etycznych można wyróżnić dwie ich grupy:

- **przemoc etyczna** – cechuje się naruszaniem zasad moralnych, co może mieć miejsce np. w przypadku, gdy pielęgniarka dowodzi swoim zachowaniem, że brak jej określonych, niezbędnych kompetencji, gdy zaniedbuje swoje obowiązki w stosunku do pacjentów poprzez



nieudzielenie im odpowiedniej opieki, lub gdy popełnia wykroczenie,

- dylemat etyczny – występuje gdy pojawia się konieczność wyboru najlepszej metody, odnalezienia różnorodnych motywów oraz kierunków działania; ma miejsce, gdy np. pielęgniarka spotyka się z odmową pacjenta w zakresie przeprowadzenia zabiegów niezbędnych dla jego zdrowia – wówczas kodeks etyczny wskazuje, co należy (można) uczynić, by zapobiec stosowaniu przemocy etycznej.

Kodeksy etyczne nie sprawdzą się w przypadku każdego dylematu czy problemu etycznego, ważna jest tu bowiem również osobista sumienność pielęgniarki. Wiele sytuacji wiąże się z odmiennymi okolicznościami, nie sposób zatem dopasować do nich jednego, uniwersalnego rozwiązania. W codziennej pracy współczesnych pielęgniarek niejednokrotnie pojawiają się złożone i trudne do rozwiązania problemy etyczne (poznawcze – wynikające z braku wiedzy, braku umiejętności nawiązania kontaktu z pacjentami lub ich rodzinami oraz praktyczne – skutek lenistwa, nadmiernej pewności siebie, niedbalstwa, braku umiejętności technicznych, rutyny itp.), których sposoby rozwiązania budzą pewne zastrzeżenia i wątpliwości o charakterze moralnym.

Wśród najczęściej spotykanych problemów natury etycznej wyróżnić można wiele zagadnień i sytuacji, zaprezentowanych w tabeli.

Omawiane problemy mogą wynikać przede wszystkim z:

- uwarunkowań organizacyjno-materialnych pracy pielęgniarek, takich jak przepiętność sal chorych, brak wystarczających ilości sprzętu,
- uwarunkowań społecznych, takich jak niewłaściwy klimat pracy, nieodpowiednie relacje między współpracownikami

- znacznych uchybień moralnych, np. gdy młode, niedoświadczone pielęgniarki nie są wdrażane do pracy zgodnie z zasadami kodeksu etycznego.

Wśród sytuacji, które mogą być przyczyną pojawienia się problemów etycznych, można wymienić również:

- regulacje prawne (ograniczenia),
- dualizm w obszarze podległości,
- niedobory personelu,
- zbyt wiele zadań do wykonania,
- brak odpowiedzialności,
- wypalenie zawodowe,
- szpitalne rytuały,
- niewłaściwa organizacja pracy,
- źle prowadzona dokumentacja szpitalna,
- brak szkoleń lub ich niedostateczna ilość.

Rozwiązanie wielu problemów etycznych wiąże się każdorazowo z wyborem sposobu postępowania najwłaściwszego (w ocenie danej pielęgniarki) w danym momencie i określonej sytuacji. Jednak postępowanie to może okazać się nieoptymalne. Decyzje są trudniejsze, gdy w znacznym stopniu godzą w dobro i/lub prawa pacjentów, a także gdy nie spełniają powinności zawodowych pielęgniarek.

ETYKA ZARZĄDZANIA I PRYWATNEJ PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ

Etyka definiowana jest jako osobiste przekonania jednostki dotyczące słuszności zachowania w określonych sytuacjach. Definicja ta rozpatrywana powinna być w trzech kontekstach:

- etykę posiadają ludzie a nie organizacje,
- pojęcie zachowania etycznego jest różne dla różnych osób,
- etyka jest względna a nie absolutna.

Tabela. Przykłady problemów etycznych w pielęgniarstwie

Przykład problemu etycznego	Charakterystyka
podważanie autorytetu	<ul style="list-style-type: none"> • skutkuje brakiem zaufania pacjentów do pielęgniarki, • niedochowanie tajemnicy zawodowej, • brak poszanowania godności osobistej pacjentów, • subiektywizm, • brak poczucia odpowiedzialności, • nierzetelność w wykonywaniu obowiązków zawodowych, • lekceważenie zleceń,
brak wyrozumiałości i cierpliwości dla chorych	<ul style="list-style-type: none"> • reagowanie krzykiem w relacjach z pacjentami, • upokarzanie pacjentów,
niedopilnowanie procedur	<ul style="list-style-type: none"> • podawanie leków przez pielęgniarki na telefoniczne (a nie osobiste) zlecenie lekarza, • wyręczanie lekarzy przez pielęgniarki w określonych sytuacjach, • oszukiwanie w przypadku zastosowania nieodpowiednich dawek leków przez pielęgniarkę lub innych współpracowników, • unikanie pisania odpowiednich raportów, mijanie się z prawdą, pomijanie faktów i uwag zgłaszanych przez pacjentów, • traktowanie w specjalny sposób pacjentów protegowanych przez lekarzy.

Źródło: Janus B. Dylematy etyczne w pracy pielęgniarki – model podejmowania decyzji. Konferencja pt: Kompetencje pielęgniarek i położnych a odpowiedzialność moralno-zawodowa, OIPiP, Poznań 2005, s. 3 i nast

W życiu zawodowym człowiek staje się członkiem organizacji (zakładu pracy) i poprzez realizację swoich zadań przyczynia się do osiągnięcia celów tej organizacji, a jego zachowania wchodzą w zakres etyki organizacji (etyki zarządzania, etyki biznesu).

Etyka zarządzania jest to system norm zachowań, jakie prezentują i jakimi kierują się w zarządzaniu menedżerowie. Kluczowymi terminami są w niej: wartości, prawa, obowiązki, normy moralne i wzajemne relacje w organizacji (biznesie, przedsiębiorstwie). Etyka ta jest refleksją filozoficzną nad zespołem cech (cnót) przypisywanych i oczekiwanych od ludzi wchodzących w świat biznesu.

Geneza etyki biznesu sięga czasów starożytnych i średniowiecznych, kiedy niezależnie od filozofii i religii zwracano uwagę na sprawy uczciwości w operacjach handlowych. Na przestrzeni wieków, wraz ze zmianami społeczno-politycznymi zmianie ulegały podejścia do etyki biznesu. W początkowym okresie skupiała się na potępieniu zysku, „amoralnej lichwy”, podejrzanych interesów (geszefatów) oraz była atakiem na kapitalizm. Obecnie zajmuje się nie tylko krytyką świata interesów, ale również stara się opisać, wyjaśnić pewne zjawiska w biznesie, oraz określić kierunki zachowań i postawy etyczne w tej dziedzinie.

Proces zarządzania jest składową wielu dążeń, postaw, oczekiwań i sytuacji, w których uczestniczą pracownicy (członkowie organizacji). Zadaniem współczesnego menedżera jest m.in. dążenie do upowszechniania i akceptowania przez pracowników wzorców kulturowych sprzyjających wysokiej efektywności oraz tworzeniu właściwego klimatu w organizacji.

W związku z rosnącą konkurencyjnością, wolnym rynkiem i dążeniem do rozwoju przedsiębiorstw (organizacji) etyka zarządzania (etyka biznesu) jako dyscyplina nabiera szczególnie znaczenia. Etyka biznesu może być rozpatrywana na wielu poziomach (za B. R. Kuc. 2000, s. 292–293):

- Poziom mikro (mikroetyka) – to reguły uczciwej wymiany między jednostkami.
- Poziom makro (makroetyka) – obejmuje reguły dotyczące instytucji, organizacji i przedsiębiorstw. Jest integralną częścią problemów związanych ze sprawiedliwością społeczną i istotą życia gospodarczego.
- Poziom organizacyjny (molarny) – zajmuje się przedsiębiorstwem (organizacją) i procesami etycznymi w nim zachodzącymi.
- Poziom interesariuszy – dotyczy wszystkich osób i jednostek współpracujących z organizacją (przedsiębiorstwem).

Z punktu widzenia etyki zarządzania ważnym problemem jest prowadzenie polityki wewnętrznej firmy, sposób traktowania pracowników, rozdział zysków i nagród, świadczenia socjalne, zwolnienia z pracy, regulaminy pracy, systemy motywacyjne i zagadnienia przywództwa w organizacji.

Na szczególną uwagę zasługują trzy obszary zainteresowań etyki zarządzania: stosunek firmy do pracownika, stosunek pracownika do firmy, stosunek firmy do innych podmiotów gospodarczych. Do każdej z tych dziedzin kierownicy (menedżerowie) muszą podchodzić indywidualnie, kierując się zadaniami etyki zarządzania.



W procesie zarządzania rozumianym najczęściej, jako proces podejmowania decyzji, obok kryteriów sprawności działania (skuteczność, ekonomiczność, korzystność) pojawiają się coraz częściej zasady i wartości o charakterze moralnym. W zarządzaniu występują dążenia do:

- ustalania i wprowadzania zasad etyki do kierowania przedsiębiorstwami,
- wprowadzania i respektowania standardów moralnych w procesie zarządzania,
- egzekwowanie określonych zachowań etycznych,
- sankcjonowanie zachowań nieetycznych.

Od współczesnego menedżera wymaga się więc takich cech jak: poczucie odpowiedzialności, solidność, rzetelność i spolegliwość (etyczność) w działaniu. Kierownicy i pracownicy stanowią dwie grupy, z których jedna jest uprzywilejowana, ale obie odgrywają istotne znaczenie w realizacji celów przedsiębiorstwa. Pozycja uprzywilejowana kierowników przejawia się w możliwościach:

- zatrudniania pracowników,
- przydzielania zadań i stanowisk pracy,
- określania poziomu wynagrodzenia za pracę, nagradzania, awansowania,
- karania, zwalniania.

Najważniejsze kierunki i orientacje w rozwoju menedżera to doskonalenie umiejętności kierowania zespołem, podniesienie własnych kwalifikacji, dbałość o rozwój firmy i pracowników oraz prezentowanie etycznej postawy (spolegliwego menedżera, opiekuna). Można zaryzykować stwierdzenie, że nierzadko niewiedza lub brak zdolności nie wyrządzą organizacji i jej członkom (pracownikom) tyle szkody co nieetyczne zachowania kierownictwa. Skutki takich działań są niezwykle trudne do usunięcia, a nawet pozostają na stałe i nie podlegają korekcie, tak jak skutki błędnego decydowania czy działania. Nieetyczne zachowania menedżerów niszczą morale, wydajność, są przyczyną konfliktów i napięć.

Piśmiennictwo u autorek

SPRAWOZDANIE Z VIII OGÓLNOPOLSKIEJ KONFERENCJI

PIELĘGNIARSTWO PEDIATRYCZNE – NOWE WYZWANIA

W dniach 19–20 czerwca 2023 roku w Ostródzie odbyła się interdyscyplinarna VIII Ogólnopolska Konferencja „Pediatria i Pielęgniarstwo Pediatriczne – Nowe Wyzwania”. Organizatorami konferencji był Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Pediatricznych oraz Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur z siedzibą w Olsztynie. Kierownikiem naukowym konferencji była dr n. med. Krystyna Piskorz – Ogórek, Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego i Dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie.

Na Ogólnopolskiej konferencji „Pielęgniarstwo Pediatriczne – Nowe Wyzwanie” poruszane były między innymi następujące tematy:

1. KOORDYNOWANA OPIEKA NAD PACJENTEM Z ROZSZCZPEM WARGI I/LUB PODNIEBIENIA

Koordinowana opieka zdefiniowana jest jako celowe zarządzanie czynnościami pacjenta, ale także służy wymianie informacji między członkami zespołu opiekuńczego oraz synchronizacji działań między wieloma świadczeniodawcami.

Celem głównym koordynowanej opieki nad pacjentem z rozszczepem wargi lub podniebienia jest poprawa koordynacji opieki nad rozszczepem, a także zapewnienie wczesnego i dostępnego zaangażowania skoncentrowanego na rodzinie. Aby osiągnąć cel główny, postawiono cele szczegółowe: poprawa komunikacji z rodzinami pacjentów, monitorowanie karmienia i wzrostu oraz zapewnienie terminowości wizyt ambulatoryjnych i interwencji chirurgicznych.

Pielęgniarka koordynowanej opieki współpracuje z rodzinami dzieci od okresu prenatalnego od momentu uzyskania rozpoznania. Zajmuje się kierowaniem rodziców do zasobów związanych z diagnostyką prenatalną i poradnictwem. Zapewnia zrozumienie diagnozy medycznej i planu opieki. Nawiązuje bezpośredni kontakt z zespołem ds. rozszczepu. W okresie postnatalnym ustala podejrzenie rozszczepu u pacjenta i związanych z nim chorób współistniejących, w tym potencjalnego ryzyka trudnych dróg oddechowych. Identyfikuje czynniki ryzyka, uzasadniające pilną ocenę lub przeniesienie dziecka do innego podmiotu medycznego. Ułatwia konsultację z otolaryngologiem, pulmonologiem, gastroenterologiem i logopedą. Udziela porad żywieniowych, zwracając uwagę na wzorce ssania, połykania i oddychania w okresach okotopoe-

racyjnych. Zapewniania koordynację opieki szpitalnej i ambulatoryjnej.

2. KARMIE NIE DZIECKA Z ROZSZCZPEM WARGI I PODNIEBIENIA-PERSPEKTYWA LOGOPEDY

Dziecko z rozszczepem wargi i podniebienia wymaga wczesnych, wielospecjalistycznych i skoordynowanych działań medyczno-terapeutycznych całego zespołu specjalistów, w tym logopedy. Przerwanie ciągłości tkanek w obrębie jamy ustnej niesie za sobą nie tylko trudności z oddychaniem i karmieniem, ale i poważne zaburzenia mowy. Odpowiednie, wczesne działanie terapeutyczne, efektywne i aktywne karmienie przełożyć się może na korzyści na dalszych etapach rozwoju dziecka. Przygotowanie do zabiegu chirurgicznego, postępowanie pielęgnacyjne i terapeutyczne po nim, to ważny element nadania możliwie optymalnej funkcji mięśniom, które muszą nauczyć się swej pracy. Współpraca logopedy i pielęgniarki podczas często wielokrotnych i długotrwałych hospitalizacji dziecka ma istotne znaczenie w utworzeniu i realizacji optymalnego programu terapii kompleksu ustno-twarzowego. Włączenie rodzica dziecka wyposażonego w niezbędną wiedzę i umiejętności praktyczne, stanowi szansę na życie rodziny w jak najlepszym dobrostanie.

3. AERZOLOTERAPIA W CHOROBYCH UKŁADU ODDECHOWEGO U DZIECI

Choroby układu oddechowego u dzieci stanowią poważny problem medyczny jak i społeczny. U podłoża tych chorób często leży przewlekły proces zapalny, który jest główną przyczyną objawów. Leczenie jest często długotrwałe i trudne, uwzględniać musi wiele metod postępowania, wśród których znaczące miejsce zajmuje aerzoloterapia. Aerzoloterapia, czyli leczenie przy pomocy aerozolu, leku podawanego drogą wziewną. Zasadniczym jej celem jest bezpośrednie dostarczenie leku przez powietrze wdychane do zmienionych chorobowo regionów dróg oddechowych.

Wykorzystywane są różne techniki inhalacyjne, dzięki którym leki są podawane bezpośrednio do miejsca objętego procesem zapalnym. Leki podaje się za pomocą inhalatorów ciśnieniowych, nebulizatorów i inhalatorów proszkowych. Ważne jest, aby dobrać odpowiedni do wieku dziecka nebulizator. Pamiętać trzeba, że efekty terapii inhalacyjnej w wieku rozwojowym, a zwłaszcza u dzieci najmłodszych, zależą nie

tylko od właściwie dobranego leku i aparatury, lecz przede wszystkim od uwzględnienia typowych dla dziecka odrębności anatomiczno-fizjologicznych.

Nieznajomość technik inhalacji leków, niestosowanie się pacjenta, jego opiekunów w procesie farmakoterapii wiąże się z ryzykiem wielu działań niepożądanych. Dlatego też ważne jest prowadzenie działań edukacyjnych zarówno wśród personelu medycznego jak i pacjentów oraz opiekunów z zakresu technik aeroszoterapii, aby terapia była skuteczna i bezpieczna.



4. „JAK PIELĘGNOWAĆ NOWORODKA WEDŁUG ZASADY „MINIMAL HANDLING” W REALIACH ODDZIAŁU INTENSYWNEJ TERAPII”. MODEL INTEGRACYJNEJ OPIEKI NAD NOWORODKIEM

Zasada „minimal handling” głosi, że pielęgnacja i leczenie opierają się na zapewnieniu komfortu cieplnego, spokoju, delikatnym wykonywaniu czynności pielęgnacyjno-leczniczych z ograniczeniem ich do niezbędnego minimum.

Opieka nad noworodkiem w warunkach Oddziału Intensywnej Terapii stanowi ogromne wyzwanie. Dążąc do określenia standardów w tym zakresie stworzono Model Integracyjnej Opieki nad Noworodkiem (IDC). Noworodek, niezależnie od wieku ciążowego, powinien zostać otoczony opieką wspierającą jego rozwój. Zawierający strategię neuroprotektoryjne, wspierające rozwijający się układ nerwowy noworodka Model Integracyjnej Opieki nad Noworodkiem wskazuje siedem obszarów na których powinny skupić się nasze działania. Szczególny nacisk jest kładziony na umieszczenie w centrum naszych działań nie samego noworodka, ale całej rodziny. Zintegrowana z rodziną, neuroprotektoryjna, wspierająca rozwój opieka obejmująca tworzenie środowiska leczniczego, które radzi sobie ze stresem i bólem małego pacjenta, oferując jednocześnie uspokajające i kojące podejście, które utrzymuje całą rodzinę zaangażowaną w opiekę i rozwój noworodka stanowi główne podstawy przedstawianego modelu opieki. Wprowadzenie głównych założeń Modelu Integracyjnej Opieki nad Noworodkiem w standardy opieki w oddziałach noworodkowych powinno stać się obecnie naszym głównym celem.

5. TAMPONADA SERCA U NOWORODKA

Osierdzie to rodzaj worka, który obejmuje serce oraz odejścia wielkich naczyń. Zbudowane jest z dwóch warstw – zewnętrznej oraz wewnętrznej, pomiędzy którymi znajduje się jama worka osierdziowego, wypełniona w warunkach fizjologicznych niewielką ilością płynu. Tamponada serca to zgromadzenie się krwi lub innego płynu w worku osierdziowym. Powiększone w ten sposób serce traci swoją zdolność do właściwego kurczenia się i pompowania krwi. Przyczyną gromadzenia się krwi lub płynu w worku osierdziowym jest wiele np.: powikłanie po kaniulacji naczyń centralnych, powikłanie po zabiegach kardiochirurgicznych, zapalenie osierdzia, a nawet niewydolność wątroby lub nerek. Głównymi objawami tamponady serca mogą być: hipotensja, stłumienie tonów serca, nadmierne wypełnienie żyły szyjnej zewnętrznej, tachykardia, duszność. Natomiast badaniami, które pozwalają wykryć tamponadę serca są: elektrokardiografia (EKG), echokardiografia serca oraz RTG klatki piersiowej. Sposobem na leczenie tamponady jest perikardiocenteza. W wykładzie przedstawione zostało studium przypadku noworodka z tamponadą serca powstałą w wyniku złego położenia kaniuli centralnej.

6. WCZESNA INTERWENCJA W NEONATOLOGII

Jest istotą wczesnej interwencji u niemowląt, która ma wpływ na procesy rozwojowe mózgu. Omówiony został rozwój psychoruchowy dziecka w pierwszym roku życia, zarówno u dzieci urodzonych przedwcześnie jak i niemowlaków przebywających na Oddziale Intensywnej Terapii. Poruszona została istota i ranga współpracy pomiędzy zespołem lekarzy, terapeutów i pielęgniarek jako podejście do kompleksowej terapii wspierającej dzieci urodzone przedwcześnie i nie tylko.

Metoda „skin to skin” a także gniazdkowanie ukazują korzyści i wpływ na rozwój psychoruchowy dzieci. Stosowanie jak najwcześniej rozwojowej pielęgnacji mianowicie: pozycje noszenia, podnoszenia, odkładanie, przewijanie i odbijanie zostały określone jako bodziec, który może być znaczącym wzorcem ruchu.

Relacje i współdziałania pomiędzy rodzicami a zespołem medycznym podnoszą poziom odczuwania stanu dziecka i uwrażliwiają na jego indywidualne potrzeby.

Wprowadzenie zasad pielęgnacji, ograniczenia do minimum inwazyjnych interwencji medycznych, zachowanie czasu snu u wcześniaków w intensywnej terapii pozwala na lepszą organizację OUN i eliminuje niekorzystne mechanizmy kompensacyjne na ich dalszy rozwój.



7. ANOREKSJA U DZIECI I MŁODZIEŻY JAKO PROBLEM INTERDYSCYPLINARNY

Anoreksja, czyli jadłowstręt psychiczny, jest zjawiskiem diagnozowanym u coraz młodszych osób, nawet w wieku około 10 lat. Często towarzyszą jej inne problemy, takie jak depresja, lęk i zaburzenia osobowości. Anoreksja jest problemem interdyscyplinarnym, wymagającym współpracy wielu specjalistów, w tym lekarzy, psychologów, dietetyków i terapeutów. Anoreksja u dzieci i młodzieży jest poważnym problemem zdrowotnym, który może mieć destrukcyjny wpływ na życie młodej osoby. Charakteryzuje się silną obsesją na punkcie wagi i kształtu ciała, a także przekonaniem, że dziecko jest za grube, nawet jeśli ma wagę znacznie poniżej normy. Anoreksja jest chorobą przewlekłą, która wymaga długotrwałego leczenia. Młody anorektyk ma zniekształconą ocenę własnego ciała, nie dostrzega skutków choroby, a na wszelką pomoc reaguje agresją. Ważne jest, aby osoba chora na anoreksję otrzymała jak najszybszą pomoc. Im wcześniej rozpocznie się leczenie, tym większe szanse na wyleczenie. Dokładne podłoże anoreksji nie zostało dotychczas poznane. W literaturze wymienia się połączenie czynników zarówno psychologicznych, społecznych, jak i genetycznych. Jeśli chodzi o czynniki psychologiczne anoreksja częściej dotyka dzieci o określonych cechach charakteru. Są to osoby perfekcyjnie podchodzące do zleconych im zadań, dążące niemal do doskonałości. Niestety pomimo odnoszenia licznych sukcesów, dzieci te miewają obniżone poczucie wartości. Ponadto u podłoża występowania anoreksji u dziecka często leżą aspekty społeczne. Dotyczą one otoczenia dziecka, w tym przede wszystkim środowiska rodzinnego.

Dzieci z rodzin patologicznych, dysfunkcyjnych albo obarczonych ciężką chorobą członka rodziny częściej mają predyspozycje do zapadania na zaburzenia odżywiania. Często czują się niekochane i odrzucone.

Dzieci z rodzin, w których opiekunowie wysoko podnoszą poprzeczkę, narzucając często wygórowane oczekiwania odnoszące się m.in. do osiągnięć dziecka. Bardzo ważne są nawyki żywieniowe rodziny oraz stosunek jej członków do własnego ciała. Dzieci bowiem uczą się i biorą przykład z najbliższych im osób. Ponadto oddziaływania otoczenia, kreowanie kultu szczupłej sylwetki i odchudzania mają wpływ na sposób myślenia i postrzegania siebie. W badaniach nad neuroprzekaznikami wykazano, że w anoreksji u dziecka występuje zwiększony poziom kortyzolu, który odpowiada za poziom stresu, natomiast zmniejszony jest u nich poziom serotoniny i noradrenaliny, czyli hormonów odpowiedzialnych za odczuwanie szczęścia. Z uwagi na niezwykle groźne konsekwencje związane z anoreksją naprawdę warto znać jej wczesne objawy (sygnały ostrzegawcze), a także najważniejsze czynniki ryzyka (przyczyny, elementy sprzyjające zachorowaniu). Dzięki tej świadomości można zapobiec rozwojowi choroby u siebie i bliskich lub też zdusić ją w zarodku, gdy już się zacznie.

Objawy anoreksji

Objawami niepokojącymi dla otoczenia powinny być niżej wymienione

- niechęć strach przed przytyciem,
- odrzucanie uwag dotyczących szczupłości ciała,
- odmawianie posiłków „ponieważ już jadłam”,

- zaprzeczanie stosowania diety,
- reagowanie agresją na próby nakłaniania do jedzenia,
- odmawianie spożywania pokarmów szczególnie tych o wysokiej kaloryczności np. żółty ser, sosy, masło, jogurty owocowe,
- zamykanie się w porze posiłków, spożywanie posiłków najchętniej w samotności, bez osób towarzyszących,
- nadmierny wysiłek fizyczny przy jednoczesnym braku spożywania odpowiedniej ilości pokarmu,
- spędzanie dużej ilości czasu w samotności, izolowanie się dziecka,
- odmawianie przez dziecko pokarmów, które kiedyś lubiło,
- rytuały towarzyszące spożywaniu posiłków np. gryzienie jednego kęsa pokarmu dziesięciokrotnie,
- rozdzielanie pokarmów na talerzu, spożywanie posiłków zawsze na tych samych talerzach
- chowanie jedzenia w ubrania,
- bardzo długi czas spożywania posiłków,
- koncentracja podczas ćwiczeń na ilości spalonych kalorii
- nadmierne skupianie się na osiągnięciach i ambicjach,
- perfekcjonizm,
- nadmierny samokrytycyzm,
- brak poczucia występujących zaburzeń.

Jak poznać, że dziecko choruje na anoreksję?

Do objawów anoreksji u dziecka, które lekarz może stwierdzić podczas badania i rozmowy z pacjentem należą:

- utrata masy ciała 15% (wyniszczenie, zanik warstwy tłuszczu podskórnego),
- delikatne włoski, które są obroną organizmu przed zimnem,
- spadek temperatury ciała, zwiększona wrażliwość na zimno,
- nieregularne miesiączki
- bradykardia (spowolnienie akcji serca),
- arytmia (nieregularna praca serca),
- wypadanie płata zastawki mitralnej,
- zmniejszona gęstość kości i częstsze złamania,
- niedociśnienie,
- zaburzenia elektrolitowe,
- upośledzenie dojrzewania.
- wahania nastroju, apatia, postępująca alienacja, depresja,
- zaparcia,
- suche i wypadające włosy, suche paznokcie,
- obniżenie odporności, częste infekcje,
- problemy z koncentracją.

Leczenie anoreksji

Podstawą leczenia zaburzeń odżywiania w tym anoreksji u dziecka jest terapia. Czas po postawionej diagnozie wymaga zarówno od dziecka, jak i jego rodziców, pracy i zrozumienia mechanizmów, które doprowadziły do rozwoju jadłowstrętu psychicznego. Pomocny może okazać się zespół specjalistów, z których najważniejszą osobą powinien być terapeuta, wspierający rodzinę na drodze w osiągnięciu równowagi emocjonalnej.

Istnieją jej trzy rodzaje – terapia indywidualna polegająca na spotkaniach dwóch osób: pacjenta i terapeuty (jest ona na ogół polecana jako terapia pierwszego rzutu). Kolejny rodzaj to terapia grupowa, na której spotyka się z terapeutą grono osób o podobnych problemach do omówienia. Nie zawsze za-

lecana, gdyż nie każdy preferuje mówienie o sobie w większym gronie. Trzecim rodzajem jest terapia rodzinna, w której udział bierze pacjent oraz jego najbliższa rodzina. Należy dodać, że leczenie anoreksji u dziecka powinno się odbywać pod okiem doświadczonego, wielodyscyplinarnego zespołu. Na ogół początkowo wymagana jest hospitalizacja dziecka, a w miarę poprawy jego kondycji w grę wchodzi leczenie ambulatoryjne. Czasami stosowane jest wsparcie farmakologiczne w postaci podawanych leków z grupy przeciwdepresyjnych. Należy pamiętać, że proces zdrowienia jest długi i stopniowy. Bardzo ważne ze względów zdrowotnych jest osiągnięcie przez anorektyka prawidłowej masy ciała. Wyniki leczenia anoreksji nie są dobre. Niestety część anorektyków zapada na inne zaburzenia odżywiania, np. bulimie. Należy pamiętać, że nieleczona anoreksja jest chorobą śmiertelną i prowadzi do zgonu.

Anoreksja niemowlęca

W grupie zaburzeń odżywiania znajduje się również anoreksja u niemowląt, której występowanie przypada na okres od 6 miesiąca życia do 2, a jak podają źródła, nawet do 3 roku życia. Ten typ zaburzeń odżywiania należy do stosunkowo rzadkich. U podłoża tego schorzenia nie leży chęć celowego pomniejszenia masy ciała. Jak donosi piśmiennictwo, odmawianie jedzenia przez tak małe dzieci jest sposobem walki o kontrolę oraz uzyskanie dominacji w relacji z rodzicami. Anoreksja niemowlęca leczona jest poprzez wprowadzanie określonych schematów żywieniowych, a także odpowiednią psychoterapię. Psychiatra przygląda się relacjom pomiędzy dzieckiem a opiekunami. Celem jest wykrycie problemów leżących u podłoża tej relacji. Kluczem do sukcesu jest zmiana błędnych schematów pomiędzy dzieckiem a opiekunami.

Podsumowując, anoreksja u dzieci i młodzieży jest kompleksowym problemem, który wymaga interdyscyplinarnego podejścia. Obejmuje ono analizę zarówno przyczyn biologicznych, jak i psychospołecznych. Presja społeczna, zaburzenia hormonalne, genetyczne predyspozycje czy konflikty rodzinne mogą wpływać na rozwój tego zaburzenia.

8. WCZEŚNIACTWO OZAMI RODZICÓW DZIECI URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIE

Wcześnieństwo – podział

Zgodnie z definicją stosowaną przez **Światową Organizację Zdrowia (WHO)** **poród przedwczesny** to każdy poród przed ukończonym 37. tygodniem ciąży. Dodatkowo stosuje się podział na różne kategorie, pod względem wieku ciążowego:

- **ekstremalnie skrajne wcześnieństwo** – poród ma miejsce przed ukończeniem 27. tygodnia ciąży (27+6/7 Hbd),
- **skrajne wcześnieństwo** – dziecko rodzi się od 28. do ukończonego 31. tygodnia ciąży (od 28+0/7 do 31+6/7 Hbd),
- **średnie lub późne wcześnieństwo** – dziecko urodziło się od 32. do ukończenia 36. tygodnia ciąży (od 32+0/7 do 36+6/7 Hbd).

Inna definicja WHO mówi o tym, że za **dzieci urodzone przedwcześnie** uważa się maluchy o masie urodzeniowej poniżej 2500 g. Zgodnie z nią **podział wcześnieństwa** ze względu na masę urodzeniową dziecka prezentuje się następująco:

- **ekstremalnie niska urodzeniowa masa ciała** (ELBW) < 1000 g

- **bardzo niska urodzeniowa masa ciała** (VLBW) < 1500 g
- **niska urodzeniowa masa ciała** (LBW) < 2500 g.

Narodziny dziecka są jednym z najbardziej wyczekiwanym momentów w życiu przyszłych rodziców. Niestety, przedwczesny poród zmienia ich dotychczasowe życie, stawia przed nimi nowe wyzwania i trudności do pokonania. Rodzice, personel medyczny oraz wcześniak muszą zmierzyć się z wieloma zagrożeniami i komplikacjami wynikającymi z przedwczesnych narodzin i niewystarczająco dojrzałego organizmu dziecka. Mimo nieustającego rozwoju medycyny wcześniactwo dotyka co 10 dziecko urodzone w Polsce, a tym samym stanowi duże niebezpieczeństwo. Wypis dziecka do domu jest jednym z najbardziej oczekiwanych momentów, ale również i bardzo stresujących, ponieważ opiekunowie dziecka muszą podjąć opiekę nad wcześniakiem dostosowując swoje dotychczasowe życie do potrzeb i stanu zdrowia małego wojownika.

Przeprowadzono badania, których celem było poznanie opinii osób, które doświadczyły przedwczesnych narodzin dziecka i próba oceny wynikających z tego szeregu trudności i ciężkich doświadczeń.

W badaniu ankietowym udział wzięły 183 osoby, a dokładnie kobiety będące matkami wcześniaków. Jako metodę badawczą zastosowano sondaż diagnostyczny, a do zebrania danych autorski kwestionariusz ankiety zawierający pytania zamknięte oraz jedno pytanie otwarte. Uzyskane wyniki podano analizie, stwierdzono, że wraz z przedwczesnymi narodzinami dziecka rodzi się strach i lęk o zdrowie i życie dziecka. W wyniku wcześniactwa ponad 51% dzieci respondentów na dalszym etapie rozwoju korzystało z zajęć rehabilitacyjnych oraz było pod kontrolą różnych poradni, w szczególności okulistycznej, neurologicznej i rehabilitacyjnej. W opinii aż 93% respondentów dziecko urodzone przedwcześnie wymaga wzmożonej opieki w porównaniu do dziecka urodzonego o czasie.

9. ZACHOWANIA ZDROWOTNE RODZICÓW, A ŻYWIENIE NIEMOWLĄT W DRUGIM PÓŁROCZU ŻYCIA

Czas wprowadzania produktów stałych do diety niemowlęcia to ważny etap, warunkuje optymalny rozwój fizyczny i intelektualny dziecka. Prawidłowe żywienie we wczesnym okresie życia ma istotne znaczenie dla kształtowania dobrych nawyków żywieniowych w dorosłości.

Przeprowadzono badania, które miało na celu ocenę wybranych elementów żywienia dzieci w drugim półroczu życia w kontekście zachowań zdrowotnych rodziców.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego wśród 207 rodziców dzieci w wieku od 6 do 12 miesiąca życia ($M = 8,8 \pm 1,6$ tyg.).

Wyniki: Średni wiek dzieci w momencie rozszerzania diety wynosił 22 ± 2 miesiące. Czas wprowadzania posiłków uzupełniających w 96,5% mieścił się z zalecanym przedziale wiekowym (17-26 tyg.), u czwórki badanych dzieci nie rozpoczęto rozszerzania diety pomimo osiągnięcia 26 tygodnia życia. Wyższy poziom wykształcenia rodziców korespondował z zachowaniami prozdrowotnymi w każdej dziedzinie ($p < 0,01$). Badani z wykształceniem zawodowym częściej podawali niemowlętom posiłki o gładkiej konsystencji, natomiast rodzice z wykształceniem wyższym częściej stosowali metodę BLW (tłumaczona na język polski jako bobas lubi wybór). Nie wy-

kazano zależności pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi rodziców, a wyższym centymem BMI u dzieci ($p=0,373$). Rodzaj podawanego mleka nie zależał od wykształcenia ($p=0,136$), nie różnicował także poziomu BMI w badanej grupie niemowląt ($p=0,064$), 31% badanych dzieci było karmionych w sposób naturalny, 36% w sposób mieszany, natomiast 35% dostawało wyłącznie mleko modyfikowane. 7,2% rodziców wprowadziło mleko krowie do diety dziecka przed ukończeniem 12 miesiąca życia. Rodzice z wykształceniem wyższym statystycznie częściej podawali swoim dzieciom witaminę D ($p<0,05$).

Wnioski: Błędy żywieniowe popełniane na wczesnych etapach życia mogą mieć konsekwencje zdrowotne w dorosłości. Poziom wykształcenia oraz zachowania zdrowotne mogą w pewnym stopniu warunkować żywienie niemowląt w drugim półroczu życia. Prowadzenie edukacji zdrowotnej i promowanie zdrowia wśród rodziców ma znaczenie dla zdrowia przyszłych pokoleń.



10. MOC BAJKI TERAPEUTYCZNEJ W UROTERAPII

Uroterapia – to rehabilitacja dolnych dróg moczowych. Ma na celu wytworzenie prawidłowych relacji pomiędzy pracą mięśnia wypierającego moc, a czynnością zwieracza.

Dzieci nie mają jeszcze aparatu pojęciowego ani wystarczająco wielu doświadczeń by radzić sobie trudnymi emocjami. Jedną z metod, po które warto sięgnąć, by pomóc dziecku radzić sobie w problematycznych sytuacjach są bajki terapeutyczne. Świat bajki terapeutycznej jest najczęściej adresowany do dzieci w wieku 4-9lat.

Bajka terapeutyczna w uroterapii przedstawia najczęściej aspekty terapii behawioralnej w taki sposób aby stały się zrozumiałe dla dziecka i mogło one same wykorzystać w pełni wiedzę im przekazaną wdrażając zalecenia, a tym samym poprawiając jakość ich życia. Poczucie sprawczości jest motywujące, a dziecko widząc postępy nie zniechęca się i próbuje dalej pomóc samemu sobie.

Stawiając na szali przekaz treści uroterapeutycznych w postaci bajki a suchej teorii osiągniemy znacznie więcej wprowadzając dziecko w świat bajecznych ilustracji i historii o układzie wydalniczym.

Osiągnąć wiele możemy przez nasze zaangażowanie. Pielęgniarka pediatryczna ma wiele możliwości, wystarczy kreatywność i zaangażowanie. Bajka terapeutyczna może okazać się doskonałym narzędziem po które warto sięgnąć i rozpocząć terapię

by w prosty, przejrzysty sposób pomóc dziecku, zmotywować je do przestrzegania zaleceń oraz poprawić jego jakość życia.



11. MONITOROWANIE I OBIEKTYWIZACJA OCENY DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH U PACJENTÓW PEDIATRYCZNYCH

Do najczęściej stosowanych skal oceny natężenia bólu należą:

NRS – numeryczna skala oceny bólu, skierowana do osób dorosłych, starszych dzieci i młodzieży.

VAS – wizualna analogowa skala oceny bólu, oparta o zmieniające się wzdłuż linijki z numerami kolory,

FPS-R – skala wykorzystująca rysunki twarzy, których mimika ułatwia wyobrażenie sobie natężenia bólu odpowiadającego konkretnemu numerowi, zalecana dla dzieci oraz osób o ograniczonych możliwościach poznawczych,

Dzieci w codziennym życiu działają w sposób instynktowny i intuicyjny. Szczególnie te najmniejsze nie znają jeszcze dorosłych narzędzi sprzyjających komunikacji i wyrażaniu uczuć czy też emocji. Często nie radzą sobie ze zdarzeniami dla nich trudnymi w związku z czym cierpią i chorują całym organizmem. W zastępstwie słów używają ciała, które służy im do demonstrowania tego, co jest bardzo ważne, lecz nie może zostać wyrażone inaczej niż przez dolegliwości, np. bólowe. Opiekunom i personelowi jest więc bardzo trudno rozstrzygnąć, kiedy powodem dolegliwości jest choroba, a kiedy dziecko chce zwrócić na siebie uwagę.

Pierwszą przeszkodę w skutecznym leczeniu bólu jest brak znajomości objawów bólu u dzieci. Grono rodziców uważa, że jeśli dziecko ma siłę na zabawę z innymi dziećmi, nie wymaga leczenia przeciwbólowego. Błędnie często za jedyne oznaki bólu przyjmują płacz bądź krzyk swoich podopiecznych. Tymczasem cierpiące dziecko może być zamknięte w sobie i ciche.

Ocena nasilenia bólu u noworodków, niemowlaków i małych dzieci jest bardzo trudna. Należy jednak mieć na uwadze, że brak odpowiedzi behawioralnej nie oznacza braku bólu, ponieważ dziecko może przestać się poruszać albo mieć bezdech z powodu bólu.

Czy jest więc możliwa obiektywna ocena dolegliwości bólowych u pacjentów pediatrycznych?

*Sprawozdanie przygotowały:
Iwona Krawczyk
Agata Golec*

SPRAWOZDANIE Z VI FORUM LECZENIA RAN

LECZENIE RAN – HOLISTYCZNIE, PRAKTYCZNIE, SKUTECZNIE

W dniach 21–23 września 2023 r. w Zakopanem odbyła się konferencja poświęcona leczeniu trudno gojących się ran – **VI FORUM LECZENIA RAN**.



Konferencja przeznaczona była dla lekarzy, pielęgniarek różnych specjalności i innych specjalistów, którzy w swojej codziennej praktyce spotykają się z problemem leczenia trudno gojących się ran. Tegoroczna edycja konferencji odbyła się pod hasłem „Leczenie ran – holistycznie, praktycznie, skutecznie”. Niezmiennym założeniem organizatorów wydarzenia było, aby Forum Leczenia Ran stanowiło przestrzeń do zdobywania aktualnych, cennych informacji wspierających skuteczność nowoczesnych terapii.

Dzięki bogatemu i starannie wyselekcjonowanemu programowi merytorycznemu organizatorzy zapewнили nie tylko możliwość zweryfikowania i pogłębienia swojej wiedzy, ale również nabycia nowych, cennych umiejętności i zapoznania się z najbardziej nowoczesnymi rozwiązaniami w zakresie skutecznych i bezpiecznych terapii.

Przewodniczącym Komitetu Naukowego był prof. Marek Kucharczyński i prof. Anna Chrapusta oraz Mariola Piotrowska Prezes wydawnictwa naukowego Evereth Publishing.

Forum Leczenia Ran to najwyższy poziom merytoryczny, najlepsi wykładowcy, dynamiczne panele dyskusyjne, praktyczne warsztaty oraz niezapomniana atmosfera. Wśród tematów przewodnich VI Forum Leczenia Ran znalazły się:

- Problematyka leczenia ran o różnej etiologii (m.in. owrzodzenia, odleżyny, ZSC, oparzenia) w świetle obowiązujących wytycznych;

- Ogólne i miejscowe postępowanie z raną trudno gojącą się;
- Antyseptyka i opatrunki –co gdzie i kiedy?;
- Mikrobiologiczny aspekt leczenia rany zakażonej;
- Leczenie podciśnieniem-terapia NPWT;
- Kompresjoterapia, leczenie żywieniowe;
- Nowe technologie i metody wspomagające gojenie ran;
- Problemy terapii i organizacji opieki – modele, programy, technologie.

W tym roku organizatorzy postawili na dyskusję oraz praktykę –największą wartością takich wydarzeń jest nauka poprzez doświadczenie, a także szansa na uzyskanie odpowiedzi na nurtujące nas pytania w czasie rzeczywistym.

RANY – skala problemu, jakie rozwiązanie na trudno gojącą się ranę?

Szacunkowo w krajach uprzemysłowionych rany przewlekłe dotykają 1–1,5 % populacji.

Liczba ta ma wzrosnąć, ponieważ do 2050 roku liczba osób w wieku 65 lat i starszych – najbardziej dotkniętych trudno gojącymi się ranami – wzrośnie o ponad 50 milionów.

Koszty związane z leczeniem osób z ranami sięgają 60 miliardów dolarów rocznie w USA i stanowią 2–4% wydatków na opiekę zdrowotną w Europie. Inne kwestie dotyczą ilości stosowanych antybiotyków, co skutkuje zwiększeniem oporności,

nieproporcjonalnego wykorzystania czasu pracy pielęgniarek, szkodliwego wpływu na jakość życia osób z ranami (min. ból, ograniczona sprawność ruchowa i skutki psychologiczne).

Szacuje się, że rana przewlekła goi się około 200 dni.



Trudno gojąca się rana (definicja) – rana, w przypadku której występują czynniki utrudniające gojenie. Czynniki te mogą wystąpić w dowolnym momencie, a rany trudno gojące się mogą być definiowane jako takie już od samego początku, na przykład z powodu leżących u ich podstaw czynników lub trudnego położenia anatomicznego można je uznać za trudno gojące się po braku reakcji na standardowe postępowanie oparte na dowodach naukowych.

Trudno gojące się rany zawierają pewien poziom biofilmu, Ze względu na szybkość, z jaką tworzy się biofilm, rana w której występuje wysięk, tkanka martwicza rozptywna i powiększenie rozmiaru do trzeciego dnia od jej powstania może zostać zdiagnozowana jako trudno gojąca się rana.

Biofilm w ranie (definicja) – złożona społeczność różnych bakterii i grzybów, które powodują trwałą subkliniczną, lokalną infekcję rany, ale mogą chronić się przed reakcją immunologiczną organizmu i są odporne na antybiotyki i środki antyseptyczne.

Biofilm może powstać w ciągu kilku godzin i osiągnąć dojrzałość w ciągu 48–72 godzin. Wszystkie rany zawierają pewien poziom biofilmu, który jest niewidoczny gołym okiem.

W leczeniu ran stosujemy strategię TIMERS

T – Tissue debridement – opracowanie ran,

I – Infection and inflammation control – kontrola infekcji i zapalenia,

M – Moisture Balance – równowaga wilgotności rany,

E – Edges, epidermization stimulation – brzegi rany i stymulacja naskórkowania,

R – Repair, regeneration – regeneracja i odbudowa tkanek

S – Social and patient – related factors – czynniki indywidualne związane z pacjentem

Koncepcja TIMERS umożliwia: rozpoznanie i przeciwdziałanie najistotniejszym przeszkodom hamującym proces gojenia rany.

Celem schematu TIMERS jest usystematyzowanie sposobu oceny stanu rany i tym samym pomoc w doborze odpowiedniej terapii antyseptycznej i opatrunku.

Metody oczyszczania ran i redukcji biofilmu

- chirurgiczne
- mechaniczne
- biologiczne – larwy *Lucilla sericata*
- sonoterapia – oczyszczanie ultradźwiękami
- autolityczne
- enzymatyczne

Badania wykazują, że biofilm mieszany może być tworzony nawet przez kilkanaście gatunków drobnoustrojów. Jednymi z najczęściej izolowanych bakterii z ran są *Staphylococcus Aureus* oraz *Pseudomonas aeruginosa*. Każdy drobnoustrój wnosi do biofilmu mieszanego cechy własne o najwyższej zjadliwości co przekłada się na podwyższoną zdolność do przetrwania i namnażania się w środowisku rany.

Leczenie przewlekłych, trudno gojących się ran jest w dzisiejszych czasach nadal ogromnym wyzwaniem dla współczesnej medycyny. Może być niezwykle uciążliwe i długotrwałe z uwagi na towarzyszące im procesy zapalne oraz rozległe uszkodzenia tkanek.

Jedną z najbardziej skutecznych metod przyspieszenia regeneracji poprzez wpływ na kolagenezę, angiogenezę oraz osteogenezę jest zastosowanie osocza i fibryny bogato płytkowej. Są to materiały autologiczne, charakteryzujące się pełną biokompatybilnością, które nie powodują reakcji alergicznych, gdyż powstają z krwi własnej pacjenta.

Jedną z innowacji, która została przedstawiona w tym roku na VI Forum Leczenia Ran jest opatrunek autologiczny.

Czym jest autologiczny opatrunek?

Jest to połączenie różnych postaci fibryny bogato płytkowej. Postaci stałej A-PRF oraz płynnej S-PRF celem utworzenia autologicznego opatrunku (PRF – Platelet Rich Fibrin = koncentrat płytek krwi, komórek macierzystych i fibrynogenu). Fibryna to substancja pozyskiwana z krwi pacjenta zawierająca wielokrotnie więcej płytek krwi niż stosowane dotychczas osocze bogato płytkowe.

Etapy tworzenia opatrunku:

1. Pobranie krwi od pacjenta (od 1 do 5 próbek)
2. Odwirowanie
3. Uformowanie autologicznego opatrunku
4. Aplikacja na ranę

Opatrunek powinien być zmieniany co 48 godzin.

Opatrunek autologiczny – to opatrunek specjalistyczny, który utworzony jest z krwi pacjenta, wykorzystywanej do tworzenia skrzepu krwi, który w kolejnym kroku jest nanoszony na ranę. Zastosowanie opatrunków autologicznych umożliwia pozyskanie opatrunku odpowiadającego rozmiarowi rany. Zaletą stosowania opatrunków autologicznych jest wspomaganie naturalnych procesów gojenia, tym samym przyspieszenie procesu leczenia, zredukowanie powierzchni bliznowacenia, jak również zminimalizowanie bólu.

Te specjalistyczne materiały opatrunkowe są stosowane w przypadku trudnych do leczenia przewlekłych ran, będących wynikiem odleżyn, owrzodzenia żylnego, uszkodzenia skóry, czy owrzodzenia stopy cukrzycowej.

*Materiał przygotowała
Dorota Kawałko*

ZASADY OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ WOBEC PACJENTA PRZEWLEKLE CHOREGO, NIESAMODZIELNEGO ORAZ DŁUGOTRWALE UNIERUCHOMIONEGO W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

Dr n. o zdr. Mariola Rybka, prof. PANS

Konsultant krajowa w dziedzinie
pielęgniarstwa opieki długoterminowej

Intensywny rozwój opieki medycznej wpłynął na obniżenie poziomu śmiertelności, a choroby sklasyfikowane jako wysoce śmiertelne stały się chorobami przewlekłymi. Stan zdrowia uzależniony jest w znacznym stopniu od stylu życia, dostępności do usług medyczno-rehabilitacyjnych oraz czynników ekonomicznych, socjalnych. Wskaźniki demograficzne dotyczące osób będących w wieku podeszłym są wprost proporcjonalne do zjawiska polipatologii. Wiele schorzeń równoległe na siebie zachodzących, a odnoszących się do tzw. zespołów geriatrycznych, wzajemnie się zazębiają. Najczęściej dotyczy to chorób układu sercowo-naczyniowego (75% populacji), układu ruchu (68%), oddechowego (46%), pokarmowego (34%), zaburzeń pamięci¹, zaburzeń równowagi^{2, 3}, znacznego pogorszenia funkcji narządu wzroku i słuchu⁴. W wyniku wielochorobowości dochodzi do szeregu powikłań jak odleżyny, nietrzymanie moczu, owrzodzenia niedokrwienne, przykurcze, które mają znamieny wpływ na poziom jakości życia^{5, 6, 7}. Choroba przewlekła jest źródłem pogorszenia się stanu sprawności, nasila niesamodzielność w zakresie złożonych i podstawowych czynności dnia codziennego. Przejawia się ograniczeniem codziennej aktywności, obniżonym poziomem adaptacji do funkcjonowania w warunkach ciągłych zmian socjoekonomicznych. Jest ona powiązana z bólem, uciążliwym leczeniem, pogorszeniem stanu psychicznego oraz uzależnieniem od osób trzecich. Pojawia się wątpliwość, jakie podjąć działania by sprostać pojawiającym się problemom wynikającym z naturalnego procesu inwolucyjnego oraz nasilonego poprzez wielochorobowość oraz polipragmazję. Opieka długoterminowa dotyczy dwóch obszarów ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Świadczenia z zakresu opieki długoterminowej są realizowane przez profesjonalistów (pielęgniarki, lekarzy, terapeutów, rehabilitantów, opiekunów medycznych), ale również przez opiekunów nieformalnych (znajomych, członków rodziny, przyjaciół, wolontariuszy). Celem opieki długoterminowej jest

podejmowanie działań, których priorytetem jest dbanie o jakość życia osób z ograniczoną zdolnością do samodzielności⁸. Tak postrzegana opieka długoterminowa to szeroki obszar, który swoim działaniem obejmuje osoby potrzebujące opieki i pielęgnacji od narodzin, aż do ostatnich dni. Opieka długoterminowa to profesjonalna, ciągła i długookresowa pielęgnacja, rehabilitacja z zachowaniem leczenia dietetycznego oraz kontynuacją farmakoterapii. Obszar tych działań przeznaczony jest dla osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych, obłożnie lub przewlekle chorych, u których został zakończony proces intensywnego diagnozowania i leczenia, ale ze względu na znaczne deficyty w zakresie samoopieki i samopielęgnacji wymagają dalszych świadczeń z poziomu specjalistycznej oraz podstawowej pielęgnacji i rehabilitacji. Podstawą opieki długoterminowej jest wspomaganie osoby chorej oraz osób najbliższych do podejmowania wszelkich możliwych działań mających na celu jak najdłuższy lub stały pobyt osoby niesamodzielnej, przewlekle chorej lub będącej w podeszłym wieku w srodowisku domowym, wśród najbliższych. Wdrażanie skoordynowanych działań z obszaru pomocy społecznej oraz świadczeń zdrowotnych przyczynia się do poprawy jakości usług i sprawia, że pobyt w warunkach środowiska domowego daje poczucie bezpieczeństwa i wpływa na subiektywną ocenę jakości życia. Kompensacyjne działania podejmowane przez członków zespołu interdyscyplinarnego pracującego w obszarze opieki długoterminowej czyli pielęgniarki, opiekunowie medyczni, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, psycholodzy rozpoznają tkwiące rezerwy somatyczne i psychiczne i ukierunkowują działania terapeutyczne na ich wzmocnienie.

Starzenie się społeczeństwa oraz systematycznie rosnąca populacja osób przewlekle chorych, niesamodzielnych wpływa na dynamiczny wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej. Jednym z głównych przyczyn niesamodzielności pacjentów objętych opieką długoterminową są

schorzenia układu sercowo-naczyniowego m.in. udar mózgu, który stanowi najczęstszą przyczynę niepełnosprawności. Dominującym powikłaniem udaru, który utrudnia funkcjonowanie to niesamodzielność oraz dysfagia. Wielokrotnie alternatywą staje się wytworzenie gastrostomii odżywczej (PEG). Kolejnym powodem niepełnosprawności pacjentów opieki długoterminowej to stwardnienie rozsiane (SM). To choroba demielizacyjna centralnego układu nerwowego. W grupie objawów neurologicznych dominują: niedowłady piramidowe kończyn dolnych i górnych, zaburzenia czucia, zaburzenia koordynacji, zaburzenia kontroli zwieraczy, zaburzenia ostrości wzroku, zawroty głowy, oczopląs, skurcze mięśniowe. Analiza najczęstszych stanów klinicznych kierowanych do opieki długoterminowej stacjonarnej dotyczy:

- stanu po udarze mózgu
- choroby niedokrwiennej serca
- nadciśnienia tętniczego
- miażdżycy uogólnionej
- cukrzycy
- po urazach/zabiegach ortopedycznych
- niewydolności nerek
- niewydolności oddechowej
- owrzodzenia odleżynowego
- kardiomiopatii
- stanów otępiennych
- choroby Parkinsona⁹.

Bardzo dużą grupę pacjentów opieki długoterminowej stanowią pacjenci z zespołami otępiennymi. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) otępienie to zespół objawów spowodowanych chorobą mózgu o przewlekłym i dynamicznym postępie. W takim przypadkach obserwujemy zaburzenia funkcji korowych jak pamięć, uczenie się, myślenie, orientacja, liczenie, rozumienie i zaburzenia zdolności dokonywania ocen.



W wyniku wielochorobowości, znacznego poziomu niesamodzielności oraz długotrwałego unieruchomienia pojawiają się powikłania m.in. odleżyny, które stanowią istotny problem w opiece długoterminowej, przysparzając pacjentowi cierpienia oraz nasilają dolegliwości bólowe. Rany przewlekłe w postaci odleżyn stanowią istotną grupę powikłań występujących u pacjentów obciążonych ograniczoną sprawnością ruchową, wielochorobowością, niedożywionych zarówno ilościowo jak i jakościowo, z chorobami neurologicznymi, naczyń obwodowych^{10, 11}. Według międzynarodowej definicji American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) i European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) odleżyna jest umiejscowionym uszkodzeniem skóry i/lub głębszej tkanki, która zwykle pojawia się na wypukłości kostnej w wyniku ucisku lub potężniejszego ucisku i rozrywania¹². Okolice ciała, w których najczęściej dochodzi do powstania odleżyn to okolice dolnej połowy ciała, umiejscowienie jest uzależnione od pozycji ułożeniowej w jakiej znajduje się pacjent, dotyczy to głównie okolicy kości krzyżowej (ok. 40%), guzów kulszowych (ok. 5%), krętarzy (ok. 10%), kostek bocznych goleni (ok. 5%) i guzów piętowych (ok. 10%)^{12, 13}. Powstanie rany odleżynowej może być spowodowane nieprzerwanym uciskiem trwającym kilka godzin (2–4 godz.)¹⁴. Analiza literatury przedmiotu wskazuje, iż odleżyny najczęściej rozwijają się w pierwszym okresie unieruchomienia obejmującym pierwsze 2 tygodnie, przy czym w ponad 30–40% przypadków dotyczy pierwszych 7 dni, a w ok. 70% dotyczy kolejnych dni unieruchomienia¹⁵. Prowadzenie oraz monitorowanie ciągłej, zindywidualizowanej pielęgnacji przeciw-odleżynowej stanowi priorytet w opiece pielęgniarskiej nad chorym zagrożonym jej wystąpieniem lub z występującą już odleżyną¹². Działania profilaktyczne skupione są na identyfikacji chorych z grup ryzyka, minimalizacji lub eliminacji czynników ryzyka, unikanie bądź zmniejszenie ucisku przy zastosowaniu dostępnych na rynku pozycjonerów, utrzymanie właściwego środowiska mikroklimatu w pomieszczeniu. Istotne postępowanie terapeutyczne obejmuje pielęgnację skóry, wdrożenie adekwatnej co do stanu klinicznego pacjenta rehabilitacji ruchowej, stosowanie diety z wyrównaniem zaburzeń,

na przykład stężenia cukru, białka, hemoglobiny, żelaza, wody i elektrolitów^{10, 16}. Profilaktyka stanowi podstawę postępowania przeciwodleżynowego. Pomimo intensywnych działań profilaktycznych u części chorych ryzyko powstania odleżyny będzie się utrzymywać na wysokim poziomie i dojdzie do jej powstania. Ta sytuacja stanowi kolejne wyzwanie jak postępować z trudno gojącą się raną. Proces ten jest zazwyczaj trudny i kosztochłonny wymaga on pełnego zaangażowania zespołu specjalistów w zakresie działań leczniczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych. Gojenie się ran odleżynowych może trwać od kilku (ok. 13% odleżyn powierzchniowych udaje się wyleczyć w okresie ok. 2 tygodni) do kilku miesięcy, a nawet lat (zwykle 6–12 miesięcy). Dobór odpowiednich metod, technik pielęgnowania oraz leczenia miejscowego jest uzależniony od rodzaju i charakteru rany, jej umiejscowienia, wielkości łożyska rany, czasu trwania, stanu mikrobiologicznego oraz stopnia i fazy gojenia¹⁷. Na dobór opatrunku ze względu na duży wybór opatrunków dostępnych na rynku należy się kierować określonymi kryteriami.

Tabela 1. Kryteria doboru opatrunku^{18, 19, 20, 21, 22}

Kryteria doboru opatrunku	
Faza gojenia rany	opatrunek dobiera się zgodnie z tkanką dominującą w dnie owrzodzenia (martwica sucha, martwica rozptywna, ziarnina, naskórkowanie)
Wysięk	ocena wysięku zgodnie z systemem punktacji Falangi i dobór opatrunku o odpowiedniej chłonności
Stan mikrobiologiczny rany	ocena kliniczna objawów infekcji (obrzęk, rumień, zapach, ucieplenie skóry wokół odleżyny) porównana z oceną mikrobiologiczną (posiew bakteryjny)
Obecność jam, kieszeni, przetok	ocena głębokości odleżyny i dobór opatrunku wypełniającego odleżynę
Współistniejące uszkodzenia skóry pod postacią (maceracji, erozji, hydratacji, hiperkeratozy, nadżerek, wyprzeń)	dobór opatrunku albo preparatu gojącego i chroniącego otaczającą skórę przed dalszym uszkodzeniem

Konsekwencją polipatologii jest znaczne obniżenie sprawności funkcjonalnej co prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne. Istotnym celem podejmowanych działań pielęgnacyjnych skierowanych do pacjentów przewlekle chorych jest edukacja ukierunkowana na samego pacjenta, ale również na jego rodzinę, osoby sprawujące bezpośrednią opiekę. Zakres edukacji obejmuje naukę samoopieki – jak korzystać z dostępnych na rynku wyrobów chłonnych, pomocniczych środków pielęgnacyjnych, jak prowadzić samokontrolę parametrów życiowych, takich jak tętno,

RR, pomiar glikemii. W tym kontekście pojawia się konieczność oceny efektów profesjonalnej opieki pielęgniarskiej sprawowanej w warunkach środowiska domowego jak również tej realizowanej w zakresie stacjonarnym czyli w zakładach opiekuńczo-leczniczych/ opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Postawienie diagnozy pielęgniarskiej, rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych, wdrożenie odpowiednich interwencji jest kierunkiem działań podejmowanych wobec pacjenta. Przykładowe diagnozy i interwencje pielęgniarskie wg ICNP® w opiece nad pacjentem objętym opieką długoterminową przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Wybrane problemy pielęgnacyjne w ujęciu ICNP® stosowanych w opiece długoterminowej

Diagnoza pielęgniarska	Interwencje	Wynik
Nietrzymanie moczu [10025686]	Ocenianie trzymania moczu [10030781] Zarządzanie nietrzymaniem moczu [10031879] Zarządzanie cewnikiem urologicznym [10031977] Zapewnienie urządzenia zabezpieczającego [10024527] Promowanie higieny [10032477] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562]	Trzymanie moczu [10027836]
Nietrzymanie stolca [10027718]	Ocenianie trzymania stolca [10030558] Zapewnienie urządzenia zabezpieczającego [10024527] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562]	Trzymanie stolca [10027741]
Ryzyko upadku [100151221]	Ocenianie ryzyka upadku [10023520] Ocenianie stopnia samodzielności [10002723] Demonstrowanie metod prewencji upadków [10040248] Zapewnienie urządzenia zabezpieczającego [10024527] Nauczanie o prewencji upadków [10040253]	Brak upadku [10034704]

Cd. tabeli 2

Ryzyko upadku [100151221]	Nauczanie rodziny o prewencji upadków [10040269] Nauczanie o bezpieczeństwie w domu [10032960] Nauczanie o urządzeniu uruchamiającym [10037474] Nauczanie o bezpiecznym korzystaniu z urządzeń [10044944] Nauczanie o środkach bezpieczeństwa [10024687] Nauczanie o technikach przemieszczania [10041489] Prewencja upadków [10040211] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562]	Brak upadku [10034704]
Ryzyko zaburzonego statusu odżywienia [10037224]	Ocenianie statusu odżywienia [10030660] Ocenianie ryzyka zaburzonego statusu odżywienia [10002747] Ocenianie zachowań związanych z jedzeniem i piciem [10002747] Ocenianie apetytu [10038901] Ocenianie postawy wobec statusu odżywienia [10002694] Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533] Nauczanie rodziny o reżimie diety [10026525] Nauczanie o wzorcu przyjmowania pokarmów [10032918] Monitorowanie przyjmowania płynów [10035303] Monitorowanie wagi ciała [10032121] Ważenie pacjenta [10033323] Monitorowanie odżywiania [10036032] Zarządzanie reżimem diety [10023861] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562]	Poprawa statusu odżywienia [10035569]
Deficyt samoopieki [10023410]	Ocenianie samoopieki [10021844] Ewaluacja planu opieki [10031252] Ewaluacja stanu domu przed rozpoczęciem opieki domowej [10041038] Promowanie samoopieki [10026347] Nauczanie o samoopiece [10045014] Nauczanie opiekuna [10033086] Wzmacnianie samodzielności [10022537] Asystowanie w samoopiece [10035763]	Pozytywna zdolność do samoopieki [10025714]
Ryzyko odleżyny [10027337]	Ocenianie ryzyka odleżyny [10030710] Ocenianie skóry [10041126] Ocenianie integralności skóry [10033922] Ocenianie perfuzji tkanek [10030775] Monitorowanie perfuzji tkankowej [10035335] Planowanie opieki [10035915] Zapewnienie ciągłości opieki [10006966] Prewencja odleżyny [10040224] Pielęgnacja skóry [10032757] Pozycjonowanie pacjenta [1001471] Nauczanie o prewencji odleżyny [10036861] Nauczanie o używaniu urządzenia wspierającego [10040909]	Bez odleżyny [100290651]

Zaparcie [10000567]	Ocenianie statusu wypróżnienia [10036475] Ocenianie zachowań związanych z jedzeniem i piciem [10002747] Ocenianie mobilności [10030527] Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533] Monitorowanie przyjmowania płynów [10035303] Monitorowanie przyjmowania pokarmów [1003614] Zarządzanie reżimem diety [10023861] Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185] Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562] Leczenie zaparcia [10044729]	Efektywna defekacja [10028403]
Biegunka [10000630]	Ocenianie bilansu płynów [10037881] Monitorowanie bilansu płynów [10040852] Terapia płynami [10039330] Ocena kontroli objawów [10026161] Monitorowanie oznak i objawów infekcji [10012203] Zarządzanie wypróżnieniem [10041427] Monitorowanie odżywiania [10036032] Pielęgnacja skóry [10032757] Zapobieganie odleżynom [10040224]	Prawidłowe wypróżnienie [10028398]

Występowanie szeregu chorób przewlekłych jednocześnie prowadzi do pojawienia się szeregu niekorzystnych konsekwencji dla pacjenta, które negatywnie wpływają na wszystkie sfery funkcjonowania. W przypadku osób w wieku podeszłym oraz senioralnym rozpatrujemy je pod kątem wielkich problemów geriatrycznych i dotyczą one: zaburzenia mobilności/przemieszczania się, zaburzenia równowagi, nietrzymanie moczu i stolca, upadki, zaburzenia funkcji poznawczych, upośledzenie słuchu i wzroku, występowanie objawów depresji. Choroba zaburza poczucie stabilizacji, uniemożliwia pełnienie ról społecznych, prowadzi do wycofania się i powoduje pojawienie się objawów depresji. Zachęcanie pacjenta do udziału w zajęciach terapeutycznych oraz aktywnego uczestnictwa w procesie nauki działań samoopiekuńczych prowadzi do poprawy samopoczucia i utrzymania sprawności fizycznej i psychicznej na optymalnym poziomie. Opieka długoterminowa stacjonarna, realizując zadania terapeutyczne, angażuje członków zespołu interdyscyplinarnego w poszukiwaniu nowych metod leczenia, opieki, pielęgnacji, terapii oraz rehabilitacji. Mając na uwadze poprawę jakości życia osób przewlekle chorych i nie-samodzielnych angażuje w ten proces samego pacjenta, ponieważ nikt inny jak tylko sam pacjent, dobrze zorientowany, zaznajomiony z zakresem oczekiwanych efektów terapii jest najważniejszym członkiem tego zespołu, jest „pierwszym terapeutą samego siebie”.

W opiece nad pacjentem przewlekle chorym ustawodawca zobowiązuje świadczeniobiorcę do oceny stanu niesamodzielności za pomocą wystandaryzowanego narzędzia jakim jest skala Barthel. Ocena według tej skali jest jednym z głównych kryteriów objęcia pacjenta opieką długoterminową. Za pomocą tej skali określany jest poziom deficytu niesamodzielności z obszaru spożywania posiłków, prze-

mieszczania się, ubierania, utrzymania higieny osobistej oraz kontroli potrzeb fizjologicznych. Pacjent kierowany do opieki długoterminowej nie może przekroczyć 40 pkt., gdzie maksymalna liczba punktów uzyskanych przez pacjenta samodzielnego wynosi 100 pkt. Wskaźnik punktowy skali poniżej 40 pkt. wskazuje, że jest to osoba wymagająca zaangażowania wszystkich członków zespołu interdyscyplinarnego w proces terapeutyczny.

Do wiodących problemów pielęgnacyjnych zdiagnozowanych u pacjentów opieki długoterminowej należą: ograniczona aktywność ruchowa, upadki, suchość skóry, nietrzymanie moczu, nietrzymanie stolca, trudności w połykaniu – dysfagia, zaparcia, odleżyny, deficyt samoopieki i samopielęgnacji, zaburzenia pamięci, odparzenia, lęk, poczucie osamotnienia. Jednym z głównych problemów pielęgnacyjnych pacjentów kierowanych do opieki długoterminowej jest ograniczona sprawność ruchowa. Wiek oraz dolegliwości wynikające z wielochorobowości są głównymi determinantami nasilenia poziomu niesamodzielności wynikającej z braku ruchu/aktywności. Wyzwaniem dla personelu medycznego jest bezpieczne przemieszczanie/transfer pacjenta przy zastosowaniu różnych metod i technik z wykorzystaniem sprzętu specjalistycznego by minimalizować powikłania z tytułu długotrwałego unieruchomienia. Wpływ bezruchu/długotrwałego unieruchomienia spowodowanego chorobą, urazem, wypadkiem, operacją może przyjąć postać hipokinezji lub akinezji. Akinezja to bezruch spowodowany uszkodzeniem OUN. Hipokinezja to niedostatek ruchu w stosunku do potrzeb organizmu. Zarówno akinezja, jak i hipokinezja są przyczyną ciężkich zaburzeń, których proces terapeutyczny jest długotrwały, złożony i trudny do cofnięcia. Wielokrotnie powstałe zmiany stają się przyczyną kolejnego problemu jakim są odleżyny. Zmiany jakie po-

wstają w organizmie człowieka z tytułu długotrwałego unieruchomienia dotyczą każdego narządu i układu, zwiększając ryzyko wielu powikłań, dodatkowych chorób, a przez to zwiększając ryzyko zgonu. Przyczyny długotrwałego unieruchomienia mogą być spowodowane chorobami układu sercowo-naczyniowego (np. udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, NZK), chorobami neurologicznymi (np. choroba Alzheimera, Parkin-

sona, stwardnienie rozsiane, miastenia), chorobami układu kostno-stawowego (np. zwyrodnienie stawów, złamania szyj kości udowej). Konsekwencje wynikające z niedoboru ruchu prowadzą do m.in.: zakrzepicy żył głębokich, zapalenia płuc, odleżyn, niewydolności układu krążenia, niewydolności układu oddechowego oraz zaburzeń funkcji układu moczowego czy zaburzeń o charakterze depresji.

Tabela 3. Wpływ bezruchu/unieruchomienia na poszczególne narządy i układy organizmu^{23, 24, 25}

Układy/narządy	Wpływ unieruchomienia
Układ krążenia i krwiotwórczy	Spadek RR krwi Wzrost tętna Zmniejszenie objętości osocza o 7% Zmniejszenie objętości wyrzutowej serca Przyspieszenie rytmu serca Zmniejszenie transportu krwi Obrzęki Zaleganie chłonki i krwi żyłnej Zmniejszenie erytrocytów Zagęszczenie krwi
Układ oddechowy	Sptyczenie i zmniejszenie liczby oddechów Zmniejszenie ruchomości klatki piersiowej Zmniejszenie wydolności oddechowej Niedotlenienie tkanek Zmniejszenie pojemności życiowej płuc Zwiększone ryzyko zapalenia płuc
Układ pokarmowy	Zaburzenia wchłaniania Zaparcia
Układ nerwowy	Problemy z równowagą Zaburzenia ortostatyczne Zaburzenia czucia powierzchniowego i głębokiego
Układ mięśniowy	Osłabienie siły mięśniowej Spadek elastyczności i masy mięśni Odruchowe napięcie mięśniowe Przykurcze, niedowłady Zanik mięśni
Układ kostny	Utrata wapnia Demineralizacja kości Osteoporoza
Układ stawowy	Ograniczenie ruchomości Wiotkość stawów Podatność na skręcenia i zwichnięcia Niestabilność Zesztywnienie
Skóra	Zmniejszenie elastyczności Łuszczenie się Odeżyny

Istotnym problem w opiece nad pacjentem z chorobą przewlekłą oraz z zaburzeniami koordynacji ruchowej są upadki. Stanowią one jeden z głównych przyczyn inwalidztwa i piątą przyczynę śmiertelności²⁶. Powodują spadek aktywności ruchowej, nasilają objawy depresji, pojawia się lęk poupadkowy, który demotywuje do uczestnictwa w podejmowaniu prób przemieszczania się, poruszania. Kolejnym istotnym problemem determinującym jakość życia pacjentów opieki długoterminowej jest zaburzona czynność zwieraczy prowadząca do nietrzymania moczu, stolca.

Nietrzymanie moczu (NTM) to bezwiedny wyciek, na który cierpi ponad 10% populacji. Problem ten zdecydowanie dotyczy kobiet w średnim i starszym wieku, a nasila go polipatologia. Mężczyźni borykają się z wymuszoną mikcją i dyskomfortem częstego kropelkowego oddawania moczu, który towarzyszy w przypadku przerostu gruczołu krokowego. U pacjentów ze stwardnieniem rozsianym obserwujemy często-

mocz oraz bezwiedne oddawanie moczu. Problem zaburzenia oddawania stolca to znaczący problem mający charakter nietrzymania stolca lub zaparć. Nietrzymanie stolca to problem u chorych w polineuropatii cukrzycowej, po uszkodzeniach rdzenia kręgowego czy też u chorych ze zdiagnozowanymi zmianami w mózgu o charakterze naczyniowym. Zaparcia najczęściej występują u pacjentów po urazie rdzenia kręgowego, u chorych z chorobą Parkinsona, w stwardnieniu rozsianym oraz dotyczy to wszystkich pacjentów długotrwale unieruchomionych, gdzie w wyniku braku ruchu występuje leniwa perystaltyka jelit. Współczesne osiągnięcia medyczne i techniczne dają nam możliwość rozwiązywania powyższych problemów pielęgnacyjnych poprzez wykorzystanie dostępnych na rynku wyrobów medycznych w postaci pieluchomajtek, wkładek anatomicznych, majtek chłonnych, podkładow zawierających środki absorpcyjne/wchłaniające oraz barierowych kremów ochronnych.

Tabela 4. Systematyka wyrobów medycznych zaleczanych w NTM

Wyroby chłonne przeznaczone do stosowania z bielizną		
Rodzaj	Funkcja/zastosowanie	Charakterystyka/zastosowanie
Wkładki anatomiczne (urologiczne) dla kobiet i dla mężczyzn	mały i średni stopień NTM ochrona skóry pacjenci sprawni ruchowo lub częściowo samodzielni zbieranie i gromadzenie moczu	wkłady profilowane odpowiednio do anatomii kobiet lub mężczyzn zróżnicowany poziom chłonności oraz rozmiarowo
Pieluchy anatomiczne dla kobiet i mężczyzn	średni i duży stopień NTM ochrona skóry pacjenci sprawni ruchowo lub częściowo samodzielni	wkłady profilowane odpowiednio do anatomii ciała uniwersalne dla obu płci zróżnicowane wielkością, poziomem chłonności
Wkłady na nietrzymanie kału	zbieranie kału ochrona skóry	anatomiczne wkłady chłonne specjalnego przeznaczenia uniwersalne dla obu płci
Wyroby chłonne przeznaczone do stosowania bez dodatkowego mocowania		
Majtki chłonne	średni i ciężki stopień NTM ochrona skóry	profilowane odpowiednio do anatomii kobiet lub mężczyzn zróżnicowane rozmiarowo i poziomem chłonności
Pieluchomajtki	umiarkowany i duży stopień NTM pacjenci leżący, niemobilni, z zaburzeniami świadomości	uniwersalne dla obu płci zróżnicowane rozmiarowo i poziomem chłonności

Głównym kryterium doboru środków absorpcyjnych jest stopień mobilności pacjenta, poziom nietrzymania moczu, stan świadomości. W odniesieniu do cech produktu chłonnego istotne znaczenie ma rozmiar produktu, chłonność, „oddychalność produktu”, sposób mocowania oraz zabezpieczenie przed wyciekami. W celu poprawy integralności skóry oraz minima-

lizacji inkontynencji zaleca się stosowanie specjalistycznych preparatów wzmacniających integralność skóry, a w przypadku oddziaływania wilgoci również preparatów barierowych. Pielęgniarki przy stosowaniu wyrobów chłonnych bardzo często zalecają stosowanie środków pomocniczych w postaci barierowych kremów ochronnych, pianek, chusteczek.

Tabela 5. Systematyka środków do higieny osobistej zalecanych w NTM

Preparat/rodzaj środka/postać	Funkcja/działanie
<ul style="list-style-type: none"> • gąbki • myjki jednorazowe • jednorazowe rękawice do mycia na sucho • jednorazowe rękawice do mycia na mokro • pianki • płyny • chusteczki • ochronne preparaty barierowe 	<ul style="list-style-type: none"> • oczyszczanie i odkażanie skóry • oczyszczanie i nawilżanie skóry • oczyszczanie i nawilżanie śluzówki, • łagodzenie podrażnień skóry • natłuszczenie • neutralizacja PH • tworzenie bariery ochronnej • tworzenie bariery ochronnej dla wilgoci, działanie antybakteryjne i przeciwzapalne, odbudowa płaszcza hydrolipidowego naskórka, zmniejszenie uczucie świądu

Artykuł powstał w ramach Akademii Pielęgniarstwa i Położnictwa Sudocrem Expert



Piśmiennictwo:

- Kocemba J. Biologiczne wyznaczniki starości (w:) Panek A., Szrota Z. (red.) Zrozumieć starość, Kraków 2000; 107–110.
- Kowalik S. Użyteczność koncepcji jakości życia dla procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych (w:) Wołowicka L. (red.) Jakość życia w naukach medycznych. Wyd. Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001, 54–77 3. Żak M. Problemy rehabilitacji geriatrycznej – unieruchomienie, upadki, poruszanie się. (w:) Panek A., Szrota Z. (red.) Zrozumieć starość, Kraków 2000; 116–121.
- Wieczorkowska-Tobis K. Specyfika medycyny geriatrycznej, Polska Medycyna Rodzinna, 2004; 6.
- Kosicka B., Wrońska I. Rola pielęgniarki w edukacji chorych na cukrzycę, Via Medica, Problemy pielęgniarstwa 2007, tom 15, zeszyt 2–3, 187–191.
- Szewczyk T., Jawień A. Sytuacja zdrowotna chorych z owrzodzeniem żylnym, Valetudinaria 2002, 7, 3, 44–49.
- Szewczyk T. i wsp. Znaczenie masażu w obrętkach kończyn dolnych w przewlekłej niewydolności żylny, Valetudinaria 2002, 7, 3, 50–54.
- Szwałkiewicz E. Opieka długoterminowa w świadczeniach pielęgniarstwa i opiekunek, Toruń 2006:5.
- Mapy potrzeb na lata 2022–2026, Ministerstwo Zdrowia, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-dlugoterminowa/> (30.04.2023 r.).
- Krasowski G., Kruk M. Leczenie odleżyn i ran przewlekłych. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2008.
- Szewczyk M., Sopata M., Jawień A. i wsp. Zalecenia profilaktyki i leczenia odleżyn, Leczenie Ran 2010; 7: 79–106.
- Sopata M., Tomaszewska E., Głowacka A. Odleżyny – ocena ryzyka zagrożenia i profilaktyka, Pielęg. Chir. Angiol. 2007; 4: 165–169.
- Budynek M., Nowacki C. Opatrywanie ran, Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008.
- Shi C, Dumville JC, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention: a network meta-analysis. PLoS ONE 2018; 13: e0192707.
- Profilaktyka odleżyn – zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Część I* Prophylaxis of the pressure ulcers – recommendations of the Polish Wound Management Association. Part I. Leczenie Ran 2020; 17 (3): 113–146.
- Kózka M. Odleżyny – występowanie, profilaktyka i leczenie. Rehab. Med. 2004, 8: 29–38.
- Cwajda-Błasiak J., Szewczyk M., Mościcka P. i wsp. Leczenie ran odleżynowych. (w:) Leczenie ran przewlekłych. Szewczyk M., Jawień A. (red.). PZWL Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2019; 161–183.
- Terech-Skóra S., Piotrkowska R., Książek J. Trudności w pielęgnowaniu i leczeniu ran. Analiza przypadków Pielęgniarstwo i Położnictwo 2017; 3–4.
- Moffat CJ, Falanga V, Romanelli M. Wound bed preparation in practice. Position dokument. European Wound Management Association. Medical Education Partnership, London 2004.
- Sopata M., Tomaszewska E., Kotlińska-Lemieszek A. Nowoczesne zasady zachowawczego leczenia odleżyn, Leczenie Ran 2012; 9: 25–32.
- Sopata M., Jawień A., Mrozikiewicz-Rakowska B. i wsp. Wytyczne postępowania miejscowego w ranach niezakażonych, zagrożonych infekcją oraz zakażonych – przegląd dostępnych substancji przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w leczeniu ran, Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran, Leczenie Ran 2020; 17: 1–21.
- Fadzil M, Hani A, Arshad L i wsp. Detection and Classification of Granulation Tissue in Chronic Ulcers. Second International Visual Informatics Conference, IVIC 2011. Part 1. LNCS 7066; 139–150.
- Stawińska T., Wójcik G. Aktywność pacjenta [w:] Podstawy pielęgniarstwa (red.) Ślusarska B., Zarzycka D. PZWL Wydawnictwo Medyczne 2017, 195–196.
- Strugała M., Talarska D. (red.) Rehabilitacja i pielęgnowanie niepełnosprawnych. PZWL Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2013.
- Szewczyk M., Jawień A. Leczenie ran przewlekłych, PZWL Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2012, 110–111.
- Czerwiński E., Białoszewski D., Borowy P., Kumoreka., Białoszewski A. Epidemiologia, znaczenie kliniczne oraz koszty i profilaktyka upadków u osób starszych, Epidemiology, Clinical Significance, Costs and Fall Prevention in Elderly People. Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2008; 5(6); Vol. 10, 419–42.
- Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji – część I: Nietrzymanie moczu 2017SUD-PL-00287-05-23.

TOPIRAMAT ORAZ TOPIRAMAT W POŁĄCZENIU Z FENTERMINĄ

2 listopada 2023

Komunikat do fachowych pracowników ochrony zdrowia

Topiramát oraz topiramát w połączeniu z fenterminą: Nowe ograniczenia w celu zapobiegania narażeniu w okresie ciąży

Szanowni Państwo,

Podmioty odpowiedzialne posiadające pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktów leczniczych zawierających topiramát lub topiramát w połączeniu z fenterminą, w porozumieniu z Europejską Agencją Leków (EMA) oraz Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, pragną przekazać informacje o wdrożeniu programu zapobiegania ciąży dla produktów leczniczych zawierających topiramát.

Podsumowanie

- Topiramát może powodować poważne wady wrodzone i zahamowanie rozwoju płodu, jeśli jest stosowany w okresie ciąży. Najnowsze dane sugerują również potencjalnie zwiększone ryzyko zaburzeń neurorozwojowych (z ang. neurodevelopmental disorders, NDD), w tym zaburzenia ze spektrum autyzmu, niepełnosprawność intelektualną i zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (z ang. ADHD) po zastosowaniu topiramátu w okresie ciąży.
- Nowe przeciwwskazania obowiązujące w leczeniu padaczki, dotyczące produktów jednoskładnikowych zawierających topiramát:
 - u kobiet w ciąży, chyba że nie ma odpowiedniego leczenia alternatywnego;
 - u kobiet w wieku rozrodczym niestosujących wysoce skutecznej metody antykoncepcji. Jedyny wyjątek dotyczy kobiet planujących ciążę, dla których nie ma odpowiedniej alternatywy terapeutycznej i które są w pełni poinformowane o ryzyku związanym z przyjmowaniem topiramátu w okresie ciąży.
- Topiramát stosowany w profilaktyce migreny i produkty złożone zawierające topiramát z fenterminą w leczeniu nadwagi są już przeciwwskazane u kobiet w okresie ciąży oraz u kobiet w wieku rozrodczym niestosujących wysoce skutecznej metody antykoncepcji.
- Leczenie dzieci płci żeńskiej i kobiet w wieku rozrodczym powinno być rozpoczęte i nadzorowane przez lekarza doświadczonego w leczeniu padaczki lub migreny lub kontroli masy ciała w przypadku produktów złożonych. Konieczność stosowania leczenia należy oceniać co najmniej raz w roku.

- Ze względu na możliwe interakcje, kobietom stosującym ogólnie działające hormonalne środki antykoncepcyjne należy zalecić stosowanie również metody mechanicznej/barierowej.
- W przypadku kobiet w wieku rozrodczym stosujących obecnie topiramát lub topiramát w połączeniu z fenterminą, leczenie należy poddać ponownej ocenie w celu potwierdzenia, że program zapobiegania ciąży jest przestrzegany.

Dodatkowe informacje dotyczące bezpieczeństwa

Topiramát (produkty jednoskładnikowe) jest wskazany jako:

- Monoterapia częściowych napadów padaczkowych, z wtórnym uogólnieniem lub bez oraz pierwotnie uogólnionych napadów klonicznie-tonicznych u osób dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 6 lat.
- Terapia uzupełniająca u dzieci (w wieku 2 lat i powyżej), młodzieży i osób dorosłych z częściowymi napadami padaczkowymi z wtórnym uogólnieniem lub bez albo z pierwotnie uogólnionymi napadami padaczkowymi toniczno-klonicznymi oraz leczenie napadów padaczkowych związanych z zespołem Lennox-Gastauta.
- Zapobieganie migreny u osób dorosłych po dokładnym rozważeniu innych alternatywnych metod leczenia. Topiramát nie jest zalecany w leczeniu ostrego bólu głowy.

Produkty złożone zawierające topiramát w połączeniu z fenterminą są wskazane jako leki:

- wspomagające dietę o obniżonej kaloryczności i aktywność fizyczną u pacjentów z otyłością (BMI ≥ 30 kg/m²) lub nadwagą (BMI ≥ 27 kg/m²) z chorobami współistniejącymi związanymi z masą ciała, takimi jak: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2 lub dyslipidemia.

Dane z dwóch obserwacyjnych populacyjnych badań rejestrowych^{1, 2} przeprowadzonych w większości na tym samym zbiorze danych z krajów skandynawskich, sugerują, że może występować 2- do 3-krotnie większa częstość występowania zaburzeń ze spektrum autyzmu, niepełnosprawności intelektualnej lub zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (z ang. ADHD) u prawie 300 dzieci matek z padaczką narażonych na topiramát w okresie płodowym, w porównaniu z dziećmi matek z padaczką, które nie były narażone na działanie leku przeciwpadaczkowego (z ang. anti-epileptic drug, AED).

Trzecie obserwacyjne badanie kohortowe³ z USA nie wykazało zwiększonej skumulowanej częstości występowania tych skutków do 8 roku życia u około 1000 dzieci matek z padaczką, narażonych na topiramát w okresie płodowym, w porównaniu z dziećmi matek z padaczką nienarażonych na działanie leku przeciwpadaczkowego.

Wiadomo już, że topiramát może powodować poważne wady wrodzone i ograniczenie rozwoju płodu, gdy jest stosowany w okresie ciąży:

- Niemowlęta narażone w okresie płodowym na topiramát stosowany w monoterapii mają około 3-krotnie zwiększone ryzyko dużych wrodzonych wad rozwojowych, w tym: rozszczepu wargi lub podniebienia, spodziectwa i anomalii obejmujących różne układy narządowe w porównaniu z grupą referencyjną nienarażoną na leki przeciwpadaczkowe. Bezwzględne ryzyko wystąpienia poważnych wrodzonych wad rozwojowych po ekspozycji na topiramát wynosiło od 4,3% (1,4% w grupie referencyjnej) do 9,5% (3% w grupie referencyjnej)⁴.

topiramatem w okresie płodowym, w porównaniu z dziećmi matek z padaczką, które nie były narażone na działanie leku przeciwpadaczkowego (z ang. anti-epileptic drug, AED).

Trzecie obserwacyjne badanie kohortowe³ z USA nie wykazało zwiększonej skumulowanej częstości występowania tych skutków do 8 roku życia u około 1000 dzieci matek z padaczką, narażonych na topiramatem w okresie płodowym, w porównaniu z dziećmi matek z padaczką nienarażonych na działanie leku przeciwpadaczkowego.

Wiadomo już, że topiramatem może powodować poważne wady wrodzone i ograniczenie rozwoju płodu, gdy jest stosowany w okresie ciąży:

- Niemowlęta narażone w okresie płodowym na topiramatem stosowany w monoterapii mają około 3-krotnie zwiększone ryzyko dużych wrodzonych wad rozwojowych, w tym: rozszczepu wargi lub podniebienia, spodziectwa i anomalii obejmujących różne układy narządowe w porównaniu z grupą referencyjną nienarażoną na leki przeciwpadaczkowe. Bezwzględne ryzyko wystąpienia poważnych wrodzonych wad rozwojowych po ekspozycji na topiramatem wynosiło od 4,3% (1,4% w grupie referencyjnej) do 9,5% (3% w grupie referencyjnej)⁴.
- Potrzeba leczenia topiramatem w tych populacjach powinna być ponownie oceniana co najmniej raz w roku.

U kobiet w wieku rozrodczym

- Topiramatem w profilaktyce migreny i topiramatem w połączeniu z fenterminą w kontroli masy ciała jest przeciwwskazany:
 - w okresie ciąży
 - u kobiet w wieku rozrodczym niestosujących wysoce skutecznej metody antykoncepcji.
- Topiramatem w leczeniu padaczki jest przeciwwskazany:
 - w okresie ciąży, chyba że nie ma odpowiedniej alternatywy leczenia
 - u kobiet w wieku rozrodczym niestosujących wysoce skutecznej antykoncepcji. Jedyny wyjątek dotyczy kobiet planujących ciążę, dla których nie ma odpowiedniej alternatywy terapeutycznej i które są w pełni poinformowane o ryzyku związanym z przyjmowaniem topiramatem w okresie ciąży.
- Przed rozpoczęciem leczenia należy wykonać test ciążowy.
- Pacjentka musi być w pełni poinformowana i musi rozumieć potencjalne ryzyko związane ze stosowaniem topiramatem w okresie ciąży. Obejmuje to konieczność konsultacji specjalistycznej, jeśli kobieta planuje ciążę, oraz konieczność niezwłocznej konsultacji z lekarzem specjalistą, jeśli zajdzie w ciążę lub podejrzewa, że może być w ciąży.
- Podczas leczenia i przez co najmniej 4 tygodnie po jego zakończeniu należy stosować co najmniej jedną wysoce skuteczną metodę antykoncepcji (taką jak wkładka wewnątrzmaciczna) lub dwie uzupełniające się metody antykoncepcji, w tym metodę mechaniczną/barierową. Kobietom stosującym ogólnie działające hormonalne środki antykoncepcyjne należy również zalecić stosowanie metody mechanicznej/barierowej.
- Jeśli kobieta planuje zajść w ciążę, przed zaprzestaniem stosowania antykoncepcji należy zmienić leczenia padaczki lub migreny na odpowiednią alternatywną terapię, a leczenie topiramatem w połączeniu z fenterminą należy przerwać. Jeśli kobieta jest leczona z powodu padaczki, należy ją również poinformować o ryzyku dla ciąży związanym z niekontrolowaną padaczką.

- Jeśli kobieta leczona topiramatem z powodu padaczki zajdzie w ciążę, powinna niezwłocznie zostać skierowana do specjalistów w celu ponownej oceny leczenia topiramatem i rozważenia alternatywnych opcji leczenia, a także w celu dokładnej kontroli prenatalnej i poradnictwa.
- Jeśli kobieta leczona topiramatem w celu zapobiegania migrenie oraz topiramatem w połączeniu z fenterminą w celu kontroli masy ciała i zajdzie w ciążę, leczenie należy natychmiast przerwać. Kobieta powinna zostać skierowana do specjalisty w celu dokładnej kontroli prenatalnej i poradnictwa.

U dzieci płci żeńskiej (tylko w leczeniu padaczki i migreny)

- Lekarze przepisujący lek muszą upewnić się, że rodzice lub opiekunowie dziewcząt stosujących topiramat rozumieją konieczność skontaktowania się ze specjalistą, gdy u dziecka wystąpi pierwsza miesiączka.
- W tym czasie pacjentka i rodzice lub opiekunowie pacjentki powinni otrzymać wyczerpujące informacje na temat ryzyka związanego z ekspozycją na topiramat w okresie płodowym oraz konieczności stosowania skutecznej metody antykoncepcji.

Materiały edukacyjne

Aby pomóc pracownikom ochrony zdrowia i pacjentkom uniknąć narażenia na topiramat w okresie ciąży oraz w celu dostarczenia informacji na temat ryzyka związanego z przyjmowaniem topiramatu w okresie ciąży, zostaną przygotowane materiały edukacyjne, w skład których wejdą:

- przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia zaangażowanych w opiekę nad dziećmi płci żeńskiej i kobietami w wieku rozrodczym stosującymi topiramat lub topiramat w połączeniu z fenterminą, w tym coroczny formularz świadomości ryzyka, który musi być stosowany przez lekarza prowadzącego w momencie rozpoczęcia leczenia i podczas każdego corocznego przeglądu leczenia topiramatem,
- przewodnik dla pacjenta, który powinien być dostarczony wszystkim dzieciom płci żeńskiej lub ich rodzicom/opiekunom oraz kobietom w wieku rozrodczym stosującym topiramat lub topiramat w połączeniu z fenterminą,
- karta pacjenta (umieszczona wewnątrz lub dołączona do opakowania zewnętrznego), która powinna być przekazywana pacjentce za każdym razem, gdy lek jest wydawany.

Do opakowania zewnętrznego wszystkich produktów leczniczych zawierających topiramat oraz topiramat w połączeniu z fenterminą zostanie dodane ostrzeżenie pisemne dotyczące ryzyka teratogennego.

Zgłaszanie działań niepożądanych

Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane związane ze stosowaniem topiramatu lub topiramatu w połączeniu z fenterminą zgodnie z zasadami zgłaszania działań niepożądanych za pośrednictwem: Departamentu Monitorowania Działań Niepożądanych Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych:

Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa

Tel.: +48 22 49 21 301

Faks: +48 22 49 21 309

Strona internetowa: <https://smz.ezdrowie.gov.pl/>

Formularz zgłoszenia działania niepożądanego produktu leczniczego dostępny jest na stronie internetowej: <http://www.urpl.gov.pl>

Podejrzewane działanie niepożądane można także zgłaszać przedstawicielowi podmiotu odpowiedzialnego, korzystając z poniższych danych. W przypadku dalszych pytań lub potrzeby uzyskania dodatkowych informacji prosimy o kontakt.

Tabela 1 Dane kontaktowe podmiotów odpowiedzialnych i/lub przedstawicieli podmiotów odpowiedzialnych

Nazwa Produktu Leczniczego	Podmiot Odpowiedzialny	Dane kontaktowe
Epitoram, Topiramate Aurovitas	Aurovitas Pharma Polska Sp. z o.o	Aurovitas Pharma Polska Sp. z o.o. ul. Sokratesa 13D lokal 27, 01-909 Warszawa e-mail: pv@aurovitas.pl tel: +48 699 711 147
Etopro	Bausch Health Ireland Limited	Bausch Health Poland sp. z o.o. ul. Przemysłowa 2, 35-959 Rzeszów e-mail: dzialania.niepozadane@bauschhealth.com tel.: +48 17 86 55 100 lub + 48 22 62 72 888
Topamax	Janssen-Cilag International NV	Janssen-Cilag Polska Sp. z o.o. ul. Ilżecka 24, 02-135 Warszawa JanssenPVPoland@its.jnj.com tel.: +48 22 237 60 00
Toramat	Neuraxpharm Arzneimittel GmbH	Neuraxpharm Polska Sp. z o.o. ul. Poleczki 35, 02-822 Warszawa PV-Poland@neuraxpharm.com tel: +48 800 005 215
Oritop	Orion Corporation	Orion Pharma Poland Sp. z o.o. ul. Fabryczna 5a, 00-446 Warszawa Zgłaszanie działań niepożądanych: MBR Consulting s.c. strona internetowa: https://orionpharma.info.pl e-mail: gdp@orionpharma.info.pl tel.: +48 22 833 31 77

Qsiva*	Vivus BV	VIVUS BV ul. Strawinskylaan 4117 1077 ZX Amsterdam, Holandia e-mail: bvmedaffairs@vivus.com tel.: +48 800 005 290
--------	----------	---

*Produkt leczniczy nie znajduje się w obrocie na terenie Polski na dzień dystrybucji komunikatu

Komunikat został opracowany we współpracy URPLWMiPB z przedstawicielami ww. podmiotów odpowiedzialnych.

Referencje

¹ **Bjørk** M, Zoega H, Leinonen MK, et al. Association of Prenatal Exposure to Antiseizure Medication With Risk of Autism and Intellectual Disability. *JAMA Neurol.* Published online May 31, 2022. doi:10.1001/jamaneurol.2022.1269.

² **Dreier** JW, Bjørk M, Alvestad S, et al. Prenatal Exposure to Antiseizure Medication and Incidence of Childhood- and Adolescence-Onset Psychiatric Disorders. *JAMA Neurol.* Published online April 17, 2023. doi: 10.1001/jamaneurol.2023.0674. Online ahead of print. PMID: 37067807.

³ **Hernandez-Diaz** S, Straub L, Bateman B, et al. Topiramate During Pregnancy and the Risk of Neurodevelopmental Disorders in Children. (2022), In: ABSTRACTS of ICPE 2022, the 38th International Conference on Pharmacoepidemiology and Therapeutic Risk Management (ICPE), Copenhagen, Denmark, 26–28 August, 2022. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2022; 31 Suppl 2:3-678, abstract 47.

⁴ **Cohen** JM, Alvestad S, Cesta CE, et al. Comparative Safety of Antiseizure Medication Monotherapy for Major Malformations. *Ann Neurol.* 2023; 93(3):551-562.

⁵ **Hernandez-Diaz** S, McElrath TF, Pennell PB et al. Fetal Growth and Premature Delivery in Pregnant Women on Anti-epileptic Drugs. *North American Antiepileptic Drug Pregnancy Registry. Ann Neurol.* 2017 Sept; 82 (3):457-465. doi:10.1002/ana.25031. PMI:28856694.

z upoważnienia Prezesa

Andrzej Czesławski

Dyrektor

/dokument podpisany elektronicznie/

SZCZEPIENIA: KOMPETENCJE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Od 1 października 2023 r. pielęgniarki i położne mogą skorzystać z nowych kompetencji w zakresie szczepień ochronnych. Mamy prawo do kwalifikowania dorosłych do zalecanych szczepień ochronnych.

SYSTEMATYZUJEMY ZAGADNIENIE:

Obowiązkowe szczepienia ochronne

Badanie kwalifikacyjne wykonuje lekarz.

Obowiązkowe szczepienia ochronne **przeprowadzają** lekarze lub felczerzy, **pielęgniarki, położne**, higienistki szkolne i ratownicy medyczni, posiadający określone **kwalifikacje**.

Osoby, o których mowa powyżej przeprowadzają obowiązkowe szczepienie ochronne, jeżeli ramowy program kształcenia podyplomowego prowadzonego na podstawie przepisów:

- 1) ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry,
- 2) ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej,

3) ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, obejmował problematykę szczepień ochronnych lub odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych, a po przeszkoleniu zyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia, a w przypadku felczera i higienistki szkolnej uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia.

Zalecane szczepienia ochronne

Badania kwalifikacyjne w każdym przypadku **przeprowadza** lekarz lub felczer, a w **przypadku badania osoby dorosłej** również:

- 1) lekarz dentysta, **pielęgniarka, położna**, ratownik medyczny,
- 2) fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny lub farmaceuta, który uzyskał dokument potwierdzający ukończenie szkolenia teoretycznego, dostępnego na platformie e-learningowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Zalecane szczepienia ochronne oraz szczepienie przeciw COVID-19 przeprowadza w przypadku:

- 1) **osoby dorosłej** – lekarz, lekarz dentysta, felczer, **pielęgniarka, położna**, higienistka szkolna, ratownik medyczny, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo farmaceuta,
- 2) **osoby do ukończenia 18. roku życia** – lekarz, felczer, **pielęgniarka, położna**, higienistka szkolna lub ratownik medyczny.

W przypadku pielęgniarki i położnej wymagane jest posiadanie tożsamyh kwalifikacji analogicznie jak przy obowiązkowych szczepieniach ochronnych wskazanych powyżej.

Kwalifikacje osób wykonujących pozostałe zawody medyczne są wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych.

Dalsze działania

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podjęła także inicjatywę rozszerzenia kompetencji pielęgniarek i położnych w zakresie wystawiania przez pielęgniarki i położne recept na szczepionki. Obecnie trwają na ten temat rozmowy z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia.

PODSTAWA PRAWNA:

– **art. 17 i 19 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 1284).**

– **§ 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 2077).**

Jakie są kompetencje pielęgniarek i położnych?	Obowiązkowe szczepienia ochronne	Zalecane szczepienia ochronne
Badanie kwalifikacyjne u dzieci	⊖	⊖
Przeprowadzenie szczepienia u dzieci	✓	✓
Badanie kwalifikacyjne u dorosłych	⊖	✓
Przeprowadzenie szczepienia u dorosłych	✓	✓

pielęgniarki i położne mogą przeprowadzać szczepienia ochronne, jeżeli ramowy program ukończonego przez nie kształcenia podyplomowego prowadzonego na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej obejmował problematykę szczepień ochronnych lub odbyły one w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych, a po przeszkoleniu zyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia.



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 29 września 2023 r.

Poz. 2077

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 27 września 2023 r.

w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych

Na podstawie art. 17 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2023 r. poz. 1284, 909 i 1938) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wykaz chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych;
- 2) osoby lub grupy osób obowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym, wiek i inne okoliczności stanowiące przesłankę powstania obowiązku szczepień ochronnych;
- 3) schemat szczepienia przeciw chorobie zakaźnej obejmujący liczbę dawek i terminy ich podania wymagane dla danego szczepienia uwzględniające wiek osoby objętej obowiązkiem szczepienia;
- 4) kwalifikacje osób przeprowadzających szczepienia ochronne;
- 5) sposób przeprowadzania szczepień ochronnych;
- 6) tryb przeprowadzania konsultacji specjalistycznej dla osób, w przypadku których lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego;
- 7) wzory:
 - a) zaświadczenia o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym,
 - b) książeczki szczepień,
 - c) karty uodpornienia;
- 8) sposób prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej obowiązkowych szczepień ochronnych i jej obiegu;
- 9) wzory sprawozdań z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych oraz tryb i terminy ich przekazywania;
- 10) papierową lub elektroniczną formę raportu o przypadkach niewykonania obowiązkowych szczepień ochronnych, o którym mowa w art. 17 ust. 9b ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zwanej dalej „ustawą”, oraz terminy i sposób jego przekazywania.

§ 2. Obowiązkiem szczepień ochronnych są objęte następujące choroby zakaźne:

- 1) błonica;
- 2) gruźlica;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 sierpnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1616).

- 3) inwazyjne zakażenia *Haemophilus influenzae* typu b;
- 4) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*;
- 5) krztusiec;
- 6) nagminne zapalenie przyusznic (świnka);
- 7) odra;
- 8) ospa wietrzna;
- 9) ostre nagminne porażenie dziecięce (*poliomyelitis*);
- 10) różyczka;
- 11) tężec;
- 12) wirusowe zapalenie wątroby typu B;
- 13) wścieklizna;
- 14) zakażenia powodowane przez rotawirusy.

§ 3. 1. Następujące grupy osób są obowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym ze względu na wiek:

- 1) dzieci i młodzież od dnia urodzenia do ukończenia 15. roku życia – szczepieniom przeciw gruźlicy,
- 2) dzieci i młodzież od ukończenia 6. tygodnia życia do ukończenia 19. roku życia – szczepieniom przeciw:
 - a) błonicy,
 - b) krztuścowi,
 - c) tężcowi,
- 3) dzieci od ukończenia 6. tygodnia życia do ukończenia 5. roku życia – szczepieniom przeciw:
 - a) inwazyjnym zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu b,
 - b) inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae*,
- 4) dzieci i młodzież od ukończenia 6. tygodnia życia do ukończenia 19. roku życia – szczepieniom przeciw ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (*poliomyelitis*),
- 5) dzieci i młodzież od ukończenia 12. miesiąca życia do ukończenia 19. roku życia – szczepieniom przeciw:
 - a) odrze,
 - b) nagminnemu zapaleniu przyusznic (świnca),
 - c) różyczce,
- 6) dzieci od ukończenia 6. tygodnia życia do ukończenia 32. tygodnia życia – szczepieniom przeciw zakażeniom powodowanym przez rotawirusy,
- 7) dzieci i młodzież od dnia urodzenia do ukończenia 19. roku życia – szczepieniom przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B

– zwanym dalej „obowiązkowymi szczepieniami dzieci i młodzieży”.

2. Schematy obowiązkowych szczepień dzieci i młodzieży obejmujące liczbę dawek i terminy ich podania wymagane dla danego szczepienia podstawowego lub przypominającego, z uwzględnieniem wieku osoby objętej obowiązkiem szczepienia, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 4. 1. Osoby, które są przed lub po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych, narządów wewnętrznych, splenektomii, albo z asplenią, z zaburzeniami czynności śledziony podlegają obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw:

- 1) błonicy;
- 2) inwazyjnym zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu b;
- 3) inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae*;
- 4) krztuścowi;
- 5) nagminnemu zapaleniu przyusznic (śwince);
- 6) odrze;
- 7) ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (*poliomyelitis*);
- 8) różyczce;
- 9) tężcowi;
- 10) wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.

2. Obowiązkowe szczepienia ochronne, o których mowa w ust. 1, są wykonywane zgodnie ze schematem ustalonym indywidualnie przez lekarza przeprowadzającego badanie kwalifikacyjne w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia.

§ 5. 1. Obowiązkowym szczepieniem ochronnym przeciw inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae* podlegają osoby do ukończenia 19. roku życia:

- 1) po urazie lub z wadą ośrodkowego układu nerwowego, przebiegającą z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego,
- 2) przed wszczepieniem lub po wszczepieniu implantu ślimakowego,
- 3) przed lub po leczeniu immunosupresyjnym lub biologicznym,
- 4) z wrodzonymi lub nabytymi niedoborami odporności, z nowotworami, małopłytkowością idiopatyczną, sferocytozą wrodzoną,
- 5) z wrodzonymi wadami serca i przewlekłymi chorobami serca,
- 6) z przewlekłą niewydolnością nerek lub zespołem nerczycowym,
- 7) z chorobami metabolicznymi, w tym cukrzycą,
- 8) z przewlekłymi chorobami płuc, w tym astmą

– które nie były szczepione przeciw inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae*.

2. Obowiązkowe szczepienia ochronne, o których mowa w ust. 1, są wykonywane według schematu wskazanego w Charakterystyce Produktu Leczniczego szczepionki, którą jest wykonywane to obowiązkowe szczepienie ochronne, lub zgodnie z zaleceniami towarzystw naukowych.

§ 6. 1. Obowiązkowym szczepieniem przeciw ospie wietrznej podlegają:

- 1) dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia, które nie chorowały na ospę wietrzną:
 - a) z upośledzeniem odporności wrodzonym lub nabytym o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu choroby,
 - b) przed planowanym leczeniem immunosupresyjnym lub chemioterapią;
- 2) dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia, które nie chorowały na ospę wietrzną, z otoczenia osób określonych w pkt 1;
- 3) dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia, które nie chorowały na ospę wietrzną, przebywające albo zakwalifikowane do pobytu w:
 - a) zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych,

- b) zakładach opiekuńczo-leczniczych,
- c) rodzinnych domach dziecka,
- d) domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży,
- e) domach pomocy społecznej,
- f) placówkach opiekuńczo-wychowawczych,
- g) regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych,
- h) interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych,
- i) żłobkach lub klubach dziecięcych.

2. Obowiązkowe szczepienia ochronne, o których mowa w ust. 1, są wykonywane według schematu wskazanego w Charakterystyce Produktu Leczniczego szczepionki, którą jest wykonywane to obowiązkowe szczepienie ochronne.

§ 7. 1. Obowiązkowym szczepieniom przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B podlegają:

- 1) uczniowie szkół medycznych lub innych szkół prowadzących kształcenie związane z wykonywaniem zawodów w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu, którzy nie byli szczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B;
- 2) studenci uczelni prowadzących kształcenie na studiach na kierunkach związanych z kształceniem w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu, którzy nie byli szczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B;
- 3) osoby szczególnie narażone na zakażenie w wyniku styczności z osobą zakażoną wirusem zapalenia wątroby typu B, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B;
- 4) osoby zakażone wirusem zapalenia wątroby typu C;
- 5) osoby wykonujące zawód medyczny narażone na zakażenie, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B;
- 6) osoby w fazie zaawansowanej choroby nerek z filtracją kłębuszkową poniżej 30 ml/min oraz osoby dializowane;
- 7) osoby przed lub po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych, narządów wewnętrznych, splenektomii, albo z asplenią, z zaburzeniami czynności śledziony;
- 8) kobiety planujące ciążę, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.

2. Obowiązkowe szczepienia ochronne, o których mowa w ust. 1, są wykonywane według schematu wskazanego w Charakterystyce Produktu Leczniczego szczepionki, którą jest wykonywane to obowiązkowe szczepienie ochronne.

§ 8. 1. Obowiązkowym szczepieniom przeciw:

- 1) błonicy podlegają osoby narażone na zakażenie, które miały styczność z chorym na błonicę,
- 2) tężcowi podlegają osoby zranione, narażone na zakażenie,
- 3) wścieklicznie podlegają osoby mające styczność ze zwierzęciem chorym na wścieklicznę lub podejrzanym o zakażenie wirusem wściekliczny

– zwanym dalej „obowiązkowymi szczepieniami poekspozycyjnymi”.

2. Obowiązkowe szczepienia poekspozycyjne są wykonywane według schematu wskazanego w Charakterystyce Produktu Leczniczego szczepionki, którą jest wykonywane to obowiązkowe szczepienie poekspozycyjne.

§ 9. 1. Osoby, o których mowa w art. 17 ust. 6 ustawy, przeprowadzają obowiązkowe szczepienie ochronne, jeżeli ramowy program kształcenia podyplomowego prowadzonego na podstawie przepisów:

- 1) ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, 1617, 1831 i 1972),
- 2) ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2702 i 2705 oraz z 2023 r. poz. 185 i 1234),

- 3) ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. poz. 2705 oraz z 2023 r. poz. 1234)

– obejmował problematykę szczepień ochronnych lub odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych, a po przeszkoleniu zyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia, a w przypadku felczera i higienistki szkolnej uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia.

2. Osoby, o których mowa w art. 19 ust. 5b pkt 1 ustawy, przeprowadzają zalecane szczepienia ochronne oraz szczepienia przeciw COVID-19 u osoby dorosłej, jeżeli spełniają warunki określone w ust. 1 albo uzyskały dokument potwierdzający ukończenie szkolenia:

- 1) teoretycznego w zakresie przeprowadzania badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia przeciw COVID-19, dostępnego na platformie e-learningowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, oraz
- 2) praktycznego, którego program zatwierdziło Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, obejmującego naukę podania szczepionki w postaci iniekcji domięśniowej oraz podjęcia działań w przypadku wystąpienia nagłej reakcji alergicznej lub innego stanu zagrożenia życia pacjenta następującego bezpośrednio po przeprowadzeniu szczepienia, realizowanego w warunkach symulowanych w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego lub uczelni prowadzącej kształcenie na kierunku lekarskim, albo
- 3) kursu kwalifikacyjnego, o którym mowa w art. 44 pkt 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1873 oraz z 2023 r. poz. 1234 i 1972), obejmującego problematykę w zakresie:
 - a) przeprowadzania badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia przeciw COVID-19 oraz wykonywania szczepienia przeciw COVID-19,
 - b) przeprowadzania badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia osoby dorosłej przed zalecanym szczepieniem, do którego farmaceuta jest uprawniony na podstawie art. 19 ust. 5a pkt 2 ustawy, oraz wykonywania u osoby dorosłej szczepienia, do którego farmaceuta jest uprawniony na podstawie art. 19 ust. 5b pkt 1 ustawy.

§ 10. 1. Lekarskie badanie kwalifikacyjne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne u osoby, która nie ukończyła 6. roku życia, przeprowadza się w obecności osoby, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, 1675, 1692 i 1972), zwanego dalej „opiekunem faktycznym”.

2. Lekarskie badanie kwalifikacyjne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne u osoby, która ukończyła 6. rok życia, a nie osiągnęła pełnoletności, można przeprowadzić bez obecności osoby, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekuna faktycznego po uzyskaniu ich pisemnej zgody i informacji na temat uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić przeciwwskazanie do szczepień.

3. Wzór zaświadczenia o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

4. Do karty uodpornienia dołącza się wymaganą na piśmie zgodę, o której mowa w ust. 2.

§ 11. Lekarz przeprowadzający konsultację specjalistyczną dla osoby, w przypadku której lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, odnotowuje w dokumentacji medycznej, o której mowa w § 12 ust. 1, wynik konsultacji specjalistycznej, z uwzględnieniem okresu przeciwwskazania do wykonania szczepienia, rodzaju szczepionek przeciwwskazanych do stosowania lub indywidualnego programu szczepień ze wskazaniem rodzajów stosowanych szczepionek oraz terminu kolejnej konsultacji specjalistycznej.

§ 12. 1. Informacje na temat przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych wykonanych od dnia urodzenia są dokumentowane w:

- 1) karcie uodpornienia, której wzór jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia;
- 2) książeczce szczepień, której wzór jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia;
- 3) Karcie Szczepień oraz innej dokumentacji medycznej, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

2. W przypadku gdy osoba obowiązana do poddania się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu lub osoba, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekun faktyczny przedstawi zaświadczenie lekarskie o wykonaniu obowiązkowego szczepienia ochronnego w zakresie wymaganym w ramach obowiązkowych szczepień ochronnych, osoby przeprowadzające szczepienia ochronne odnotowują w karcie uodpornienia wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego oraz dołączają do karty uodpornienia przedstawione zaświadczenie.

3. W dokumentacji medycznej określonej w ust. 1 odnotowuje się fakt poinformowania osoby obowiązanej do poddania się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu lub osoby, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekuna faktycznego o obowiązku poddania się temu szczepieniu.

§ 13. 1. Wpisów do dokumentacji medycznej, o której mowa w § 12 ust. 1 pkt 1 i 2, dokonuje się w odpowiednich częściach dokumentów, bezpośrednio po wykonaniu lub niewykonaniu szczepienia ochronnego.

2. Wpisu błędnego w dokumentacji medycznej, o której mowa w § 12 ust. 1 pkt 1 i 2, nie usuwa się; dodaje się adnotację o przyczynie błędu oraz datę i podpis osoby dokonującej adnotacji.

§ 14. 1. Karty uodpornienia są przechowywane w kartotece w sposób umożliwiający wyszukiwanie osób podlegających obowiązkowym szczepieniom ochronnym.

2. W przypadku konieczności przekazania karty uodpornienia przekazuje się ją za pokwitowaniem osobie przeprowadzającej obowiązkowe szczepienie ochronne.

§ 15. 1. Osoba wystawiająca zaświadczenie o urodzeniu żywym, która założyła książeczkę szczepień, przekazuje ją za pokwitowaniem osobie sprawującej prawną pieczę nad osobą obowiązaną do poddania się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu albo opiekunowi faktycznemu.

2. W przypadku zagubienia lub zniszczenia książeczki szczepień osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienie ochronne wydają na podstawie posiadanej karty uodpornienia duplikat książeczki szczepień.

§ 16. 1. Kwartalne sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych, którego wzór jest określony w załączniku nr 5 do rozporządzenia, jest sporządzane i przekazywane przez osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienia ochronne państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, w terminie 7 dni od zakończenia kwartału.

2. Kwartalne sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych, którego wzór jest określony w załączniku nr 6 do rozporządzenia, jest sporządzane i przekazywane przez osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienia ochronne państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, w terminie 15 dni od zakończenia kwartału.

§ 17. Raport o przypadkach niewykonania obowiązkowych szczepień ochronnych, o którym mowa w art. 17 ust. 9b ustawy, jest sporządzany i przekazywany przez osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienia ochronne państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, w terminie 30 dni od zakończenia kwartału.

§ 18. Kwartalne sprawozdania, o których mowa w § 16, i raport, o którym mowa w art. 17 ust. 9b ustawy, są sporządzane i przekazywane w postaci:

- 1) elektronicznej:
 - a) bezpośrednio z wykorzystaniem systemu wymiany informacji w ramach systemów wymiany informacji w zakresie dotyczącym zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 8a ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 338 i 1688), albo
 - b) za pomocą innych środków komunikacji elektronicznej albo
- 2) papierowej – za pokwitowaniem w siedzibie powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej albo przesyłką poleconą w przypadku braku dostępu do systemu, o którym mowa w pkt 1 lit. a.

§ 19. Karty uodpornienia wystawione na podstawie dotychczasowych przepisów oraz książeczki szczepień założone na podstawie dotychczasowych przepisów zachowują ważność.

§ 20. Do kwartalnych sprawozdań z realizacji szczepień ochronnych sporządzanych przez osoby przeprowadzające szczepienia ochronne za trzeci i czwarty kwartał 2023 r. stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 21. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2023 r., z wyjątkiem § 18 pkt 1 lit. a, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.²⁾

Minister Zdrowia: *K. Sójka*

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2172 oraz z 2023 r. poz. 956), które traci moc z dniem 1 października 2023 r. w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1938).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 27 września 2023 r. (Dz. U. poz. 2077)

Załącznik 1

SCHEMAT OBOWIĄZKOWYCH SZCZEPIEŃ DZIECI I MŁODZIEŻY

I. Szczepienie podstawowe

Szczepienie	Liczba dawek	Wiek, w którym powstaje obowiązek szczepienia	Termin wykonania szczepienia
przeciw gruźlicy	– schemat jednodawkowy	pojedyncza dawka – w 1 dobie życia	przed wypisem ze szpitala
przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B	– schemat 3-dawkowy w przypadku szczepionki nieskojarzonej (0, 1, 6 miesięcy) lub szczepienia dzieci urodzonych po 37 tygodniu ciąży z masą urodzeniową powyżej 2000 g	1. dawka – w 1 dobie życia 2. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia 3. dawka – od ukończenia 6. miesiąca życia	24 godziny po urodzeniu w 2. miesiącu życia w 7. miesiącu życia
	– schemat 4-dawkowy (0, 1, 2, 12 miesięcy) w przypadku szczepionki typu 6-w-1 lub szczepienia dzieci z masą urodzeniową poniżej 2000 g, lub dzieci urodzonych przed 37. tygodniem ciąży	1. dawka – w 1 dobie życia 2. dawka – 1 miesiąc po pierwszej dawce 3. dawka – 1 miesiąc po drugiej dawce 4. dawka – od ukończenia 6. miesiąca życia	przed wypisem ze szpitala w 2. miesiącu życia w 3. miesiącu życia w 7–12. miesiącu życia
	schemat 3-dawkowy – szczepienia dzieci urodzonych po 37. tygodniu ciąży	1. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia 2. dawka – po upływie 8. tygodni od pierwszej dawki 3. dawka – od ukończenia 12. miesiąca życia po upływie co najmniej 6 miesięcy od drugiej dawki	w 2. miesiącu życia w 4. miesiącu życia w 13–15. miesiącu życia
przeciw inwazyjnym zakażeniom <i>Streptococcus pneumoniae</i>	schemat 4-dawkowy – szczepienia dzieci urodzonych przed 37. tygodniem ciąży	1. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia	w 2. miesiącu życia

			2. dawka – po upływie 4 tygodni od pierwszej dawki 3. dawka – po upływie 4 tygodni od drugiej dawki 4. dawka – co najmniej 6 miesięcy od drugiej dawki	w 3–4. miesiącu życia w 5–6. miesiącu życia w 13–15. miesiącu życia
przeciw ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (poliomyelitis)	schemat 3-dawkowy – w przypadku szczepienia szczepionką, dla której Charakterystyka Produktu Leczniczego określa 3-dawkowy schemat szczepienia	1. dawka – od ukończenia 12. tygodnia życia	2. dawka – po upływie 8 tygodni od pierwszej dawki	w 4. miesiącu życia
		2. dawka – od ukończenia 15 miesiąca życia	3. dawka – od ukończenia 15 miesiąca życia	w 6. miesiącu życia w 16–18. miesiącu życia
		1. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia	2. dawka – od ukończenia 14. tygodnia życia	w 2. miesiącu życia w 4. miesiącu życia
przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi	schemat 4-dawkowy – w przypadku szczepienia szczepionką, dla której Charakterystyka Produktu Leczniczego określa 4-dawkowy schemat szczepienia	2. dawka – od ukończeniu 5. miesiąca życia	3. dawka – od ukończeniu 5. miesiąca życia	w 6–7. miesiącu życia
		4. dawka – od ukończenia 15. miesiąca życia	4. dawka – od ukończenia 15. miesiąca życia	w 16–18. miesiącu życia
		1. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia	1. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia	w 2. miesiącu życia
		2. dawka – po upływie 8 tygodni od pierwszej dawki	2. dawka – po upływie 8 tygodni od pierwszej dawki	w 4. miesiącu życia
przeciw rotawirusom	schemat 3-dawkowy – w przypadku szczepienia szczepionką, dla której Charakterystyka Produktu Leczniczego określa 3-dawkowy schemat szczepienia	3. dawka – po upływie 8 tygodni od drugiej dawki	3. dawka – po upływie 8 tygodni od drugiej dawki	w 6. miesiącu życia
		4. dawka – od ukończenia 15. miesiąca życia	4. dawka – od ukończenia 15. miesiąca życia	w 16–18. miesiącu życia
		1. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia	1. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia	w 2. miesiącu życia
		2. dawka – po upływie 4 tygodni od pierwszej dawki	2. dawka – po upływie 4 tygodni od pierwszej dawki	w 4. miesiącu życia
	schemat 2-dawkowy – w przypadku szczepienia szczepionką, dla której Charakterystyka Produktu Leczniczego określa 2-dawkowy schemat szczepienia	3. dawka – po upływie 4 tygodni od drugiej dawki	3. dawka – po upływie 4 tygodni od drugiej dawki	w 5–6. miesiącu życia
		1. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia	1. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia	w 2. miesiącu życia
		2. dawka – po upływie 4 tygodni od pierwszej dawki	2. dawka – po upływie 4 tygodni od pierwszej dawki	w 4. miesiącu życia

przeciw inwazyjnym zakażeniom <i>Haemophilus Influenzae</i> typu b	schemat 4-dawkowy	1. dawka – od ukończenia 6. tygodnia życia	w 2. miesiącu życia
		2. dawka – po upływie 8 tygodni od pierwszej dawki	w 4. miesiącu życia
		3. dawka – po upływie 8 tygodni od drugiej dawki	w 6. miesiącu życia
		4. dawka – od ukończenia 15. miesiąca życia	w 16–18. miesiącu życia
przeciw odrze, nagminnemu zapaleniu przyusznic (śwince), różyczce	schemat 1-dawkowy	pojedyncza dawka – od ukończenia 12. miesiąca życia	w 13–15. miesiącu życia

II. Szczepienia przypominające

Szczepienie	Osoby objęte obowiązkiem poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym	Dawki szczepionki i wiek, w którym są podawane	Termin wykonania szczepienia
przeciw ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (<i>poliomyelitis</i>)	od ukończenia 5. roku życia do ukończenia 6. roku życia	pojedyncza dawka – od ukończenia 5. roku życia przez osobę, u której wykonano szczepienie podstawowe	do ukończenia 6. roku życia
przeciw odrze, nagminnemu zapaleniu przyusznic (śwince), różyczce	od ukończenia 5. roku życia do ukończenia 6. roku życia	pojedyncza dawka – po ukończeniu 5. roku życia przez osobę, u której wykonano szczepienie podstawowe	do ukończenia 6. roku życia
przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi	od ukończenia 5. roku życia do ukończenia 6. roku życia	pojedyncza dawka – po ukończeniu 5. roku życia przez osobę, u której wykonano szczepienie podstawowe	do ukończenia 6. roku życia
	od ukończenia 13. roku życia do ukończenia 14. roku życia	pojedyncza dawka – po ukończeniu 13. roku życia przez osobę, u której wykonano pierwsze szczepienie przypominające	do ukończenia 14. roku życia
przeciw błonicy i tężcowi	od ukończenia 18. roku życia do ukończenia 19. roku życia	pojedyncza dawka – po ukończeniu 18. roku życia przez osobę, u której wykonano drugie szczepienie przypominające	do ukończenia 19. roku życia


WICEMARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO
Marcin Krzyżanowski

Wrocław, 14 września 2023 r.

DZ-Z-II.9050.6.2023

Pani
Małgorzata Hrycak
Przewodnicząca Okręgowej
Rady Pielęgniarek i Położnych
w Wałbrzychu

Szanowna Pani Przewodnicząca,

uprzejmie informuje, że priorytetowe założenia programu stypendialnego zakładają przyznawanie Stypendium studentowi III roku, który spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) nie powtarza roku, w którym ubiega się o przyznanie stypendium;
- 2) nie korzysta z urlopów określonych w regulaminie studiów w okresie, w którym ubiega się o przyznanie stypendium;
- 3) uzyskał średnią ocen na poziomie co najmniej 4,0.

O stypendium mogą ubiegać się studenci III roku kierunków: pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne, którzy zgodnie z przyjętymi zasadami i kryteriami zobowiążą się do podjęcia zatrudnienia - w terminie 6 miesięcy od ukończenia studiów - przez okres co najmniej 3 lat w podmiocie leczniczym, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Dolnośląskie. Celem realizacji zobowiązania, o którym mowa powyżej zatrudnienie może przyjąć formę umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej:

- 1) w jednym podmiocie leczniczym - w wymiarze czasu odpowiadającym pełnemu etatowi, tj. przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym lub
- 2) w więcej niż jednym podmiocie leczniczym - łącznie w wymiarze czasu odpowiadającym pełnemu etatowi, tj. przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Przyznaje się stypendia w ramach kwoty określonej na ten cel w budżecie Województwa Dolnośląskiego dla każdego w jednakowej wysokości 1 500,00 złotych brutto miesięcznie (słownie: jeden tysiąc pięćset złotych).

W budżecie Województwa Dolnośląskiego zabezpieczono środki na realizację stypendiów w roku akademickim 2023/2024 w ramach zadania pn.: Program stypendialny dla kadry medycznej, w łącznej wysokości 945 000,00 zł (w tym: 315 000,00 zł na 2023 r. oraz 630 000,00 zł na 2024 r.) tj. zapewniające możliwość udzielenia stypendium w wysokości 1.500 zł brutto - 70 studentom studiów pierwszego stopnia kształcących się na kierunkach pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne.


**DOLNY
SLĄSK**
**25 MAM
LAT**

 URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO
 Wybrzeże Juliusza Słowackiego 12-14
 50-411 Wrocław

www.umwd.dolnyslask.pl
umwd@dolnyslask.pl
www.bip.dolnyslask.pl




W okolicznościach określonych powyżej, w związku z planowanym w dniach 5 - 30 października 2023 r. naborem wniosków o przyznanie stypendiów dla studentów studiów pierwszego stopnia kształcących się na kierunku pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne zwracam się z uprzejmą prośbą o wskazanie przedstawiciela do składu komisji oceniającej wnioski o przyznanie stypendiów dla ww. grup studentów oraz podanie danych teleadresowych do wskazanej osoby.

Informacja w przedmiotowej sprawie umożliwi przygotowanie projektu uchwały Zarządu Województwa Dolnośląskiego w sprawie ogłoszenia naboru wniosków o przyznanie stypendiów dla studentów studiów pierwszego stopnia kształcących się na kierunkach pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne oraz powołania komisji, celem oceny formalnej i merytorycznej wniosków.

Wzorem lat ubiegłych wraz z podjęciem uchwały Zarządu Województwa Dolnośląskiego w przedmiotowej sprawie informacja o ogłoszeniu naboru wniosków zostanie przekazana do Państwa wiadomości, jak również do podmiotów leczniczych, których podmiotem tworzącym jest Województwo Dolnośląskie oraz do uczelni kształcących studentów studiów pierwszego stopnia na kierunkach pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne, mających swoją siedzibę na terytorium Województwa Dolnośląskiego.

Z góry dziękując za informację w przedmiotowej sprawie **w terminie do dnia 20 września br.**, załączam wyrazy poważania.

Z wyrazami poważania

Marcin Krzyżanowski
Wicemarszałek Województwa
Dolnośląskiego
(podpis elektroniczny)

Pismo przygotowała i sprawę prowadzi:
Aldona Szczypkowska, Wydział Zdrowia
Dział Nadzoru Medycznego, Departament Zdrowia
ul. Walońska 3-5, Wrocław 50-413, tel.071 770 42 93;
adres e-mail:aldona.szczypkowska@dolnyslask.pl

TO JUŻ PIĄTA EDYCJA

PROGRAM STYPENDIALNY ORGANIZOWANY PRZEZ SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Zarząd Województwa Dolnośląskiego na podstawie uchwały nr 7500/VI/23 z dnia 3 października 2023 r. w sprawie ogłoszenia naboru wniosków o przyznanie stypendiów dla studentów studiów pierwszego stopnia kształcących się na kierunkach pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne oraz powołania komisji, celem oceny formalnej i merytorycznej wniosków powołał Komisję, która oceniła i wskazała listę studentów studiów pierwszego stopnia w/w kierunków do przyznania stypendiów.

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 pielęgniarek i położnych, osoby wykonujące zawody pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów.

W obliczu szeroko prowadzonej kampanii informacyjnej w roku 2023 w odpowiedzi na ogłoszenie o naborze – wpłynęły aż 82 wnioski o przyznanie stypendium, spełniające wymogi formalno-prawne.

W efekcie poczynionych przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego starań, stypendia otrzymali wszyscy studenci, którzy złożyli wnioski, w tym: 64 studentów pielęgniarstwa, 5 studentów położnictwa oraz 13 studentów ratownictwa medycznego.

W budżecie Województwa Dolnośląskiego zabezpieczono środki na realizację stypendiów w roku akademickim 2023/2024 w ramach zadania pn.: Program stypendialny dla kadry medycznej, w łącznej wysokości 1 107 000,00 zł (w tym: 369 000,00 zł na 2023 r. oraz 738 000,00 zł na 2024 r.) tj. zapewniające możliwość udzielenia stypendium w wysokości 1.500 zł brutto – 82 studentom studiów pierwszego stopnia kształcących się na kierunkach pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne.

L.p.	Nazwa Uczelni	Liczba Wniosków Wg Kierunków			Liczba Wniosków Ogółem
		Pielęgniarstwo	Położnictwo	Ratownictwo Medyczne	
1.	Wydział Nauk O Zdrowiu Uniwersytet im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	17	2	8	27
2.	Karkonoska Akademia Nauk Stosowanych w Jeleniej Górze	6	0	0	6
3.	Collegium Witelona Uczelnia Państwowa w Legnicy	12	0	4	16
4.	Akademia Nauk Stosowanych Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu	18	0	0	18
5.	Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku	2	3	1	6
6.	Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna we Wrocławiu	9	0	0	9
Podsumowanie		64	5	11	82

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

Stypendyści musieli wykazać się dobrymi wynikami w nauce i zobowiązać się do pracy w dolnośląskich szpitalach przez co najmniej 3 lata po skończeniu studiów. Najwyższą śred-

nią 5,0 uzyskała studentka pielęgniarstwa z Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku.

Program stypendialny dla zawodów medycznych na Dolnym Śląsku zwłaszcza dla pielęgniarek i położnych ma ogromne znaczenie, niewątpliwie przyczyni się do uatrakcyjnienia wyboru tych kierunków studiów.



**DOLNY
ŚLĄSK**

**WYKAZ PODMIOTÓW LECZNICZYCH
SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO
- w celu zobowiązania się do podjęcia pracy-**

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, ul. H. Kamieńskiego 73 A,
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5,
3. Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka, Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu, ul. Fieldorfa 2,
4. Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego sp. z o. o we Wrocławiu, ul. wybrzeże J. C. Korzeniowskiego 18,
5. Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu, ul. Warszawska 2,
6. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Lubiążu, ul. Mickiewicza 1, Wołów,
7. Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze, ul. Ogińskiego 6,
8. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, ul. Iwaszkiewicza 5,
9. Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, ul. Sokołowskiego 4,
10. Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi, ul. Szpitalna 9,
11. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Bolesławcu, al. Tysiąclecia 30,
12. Wojewódzkie Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim, ul. Morawka 1,
13. Dolnośląskie Centrum Leczenia Uzależnień w Czarnym Borze, ul. Parkowa 8,
14. Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji sp. z o. o w Kamiennej Górze, ul. Korczaka 1,
15. „Sanatoria Dolnośląskie” sp. z o o., Sokołowsko, ul. Parkowa 3, Mieroszów,
16. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu, ul. Hirszfelda 12,
17. Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy w Wałbrzychu, ul. Paderewskiego 10,
18. Dolnośląskie Centrum Medyczne DOLMED sp. akcyjna we Wrocławiu, ul. Legnicka 40,
19. Pogotowie Ratunkowe we Wrocławiu, ul. Ziębicka 34-38,
20. Pogotowie Ratunkowe w Jeleniej Górze, ul. Cieplicka 126 A,
21. Pogotowie Ratunkowe w Wałbrzychu, ul. B. Chrobrego 39,
22. Pogotowie Ratunkowe w Legnicy, ul. Dworcowa 10,
23. Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy we Wrocławiu, ul. Oławska 14,
24. Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu, ul. Dobrzyńska 21/23,
25. Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny w Janowicach Wielkich, ul. Sudecka 15,
26. „Uzdrowisko Szczawno Jedlina” sp. akcyjna, w Szczawnie Zdroju, ul. Sienkiewicza 1,
27. „Uzdrowisko Łądek Długopole” sp. akcyjna w Łądku Zdroju, ul. Wolności 4.



Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Data: 25.09.2023 r.

Znak sprawy: NFZ-DSOZ-DPZ.4012.2.71.2023
2023.300737.ANG

Adresat: **Wg rozdzielnika**

Dotyczy: wdrożenia e-zlecenia od 1 października br.

Szanowna Państwo,

w nawiązaniu do pisma z dnia 27 czerwca br., znak: NFZ-DSOZ-DPZ.4012.2.71.2023 2023.203225.ANG, w sprawie uruchomienia od 1 lipca br. funkcjonalności umożliwiającej wystawianie zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zleceń naprawy wyrobu medycznego w postaci elektronicznej (e-zlecenia) przypominam, że z dniem 1 października br. będzie to forma obowiązkowa wystawiania zleceń.

Szczegółowe informacje dostępne są w Komunikacie w sprawie wystawiania zleceń na wyroby medyczne od 1 października 2023 r. Poniżej link do komunikatu z dnia 25 września br.

<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-w-sprawie-wystawiania-zleceń-na-wyroby-medyczne-od-1-pazdziernika-2023-r-,8474.html>

Jednocześnie wyjaśniam, że w przypadku konieczności potwierdzenia zlecenia przez OW NFZ nadal pozostaje możliwość przekazania zlecenia do dowolnie wybranego OW NFZ z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności drogą elektroniczną (np. skan/email/fax).

Z poważaniem

z up. Prezesa NFZ

Małgorzata Dziedziak

Zastępca Prezesa ds. operacyjnych
/Dokument podpisany elektronicznie/

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia
ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa
sekretariat tel. 22 574 63 68

Telefoniczna Informacja Pacjenta
24 h na dobę 7 dni w tygodniu
e-mail: tip@nfz.gov.pl tel. 800 190 590

Otrzymują:

1. Pan Łukasz Jankowski

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

2. Pani Mariola Łodzińska

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

3. Pan dr Tomasz Dybek

Prezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów

Z PRAC NRPIP



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.153.2023.MK

Warszawa, dnia 20 października 2023 r.

Pani
Katarzyna Sójka
Minister Zdrowia

Szanowne Pani Minister

W związku wątpliwościami, zgłaszanymi przez członków samorządu pielęgniarek i położnych, uprzejmie proszę o komentarz i interpretację dotyczącą:

- uznawania recept wystawionych przez uprawnione pielęgniarki i położne z Polski, które będą realizowane w pozostałych krajach członkowskich objętych Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r., (tj. w krajach objętych opieką transgraniczną) niezależnie od tego czy w krajach tych pielęgniarki i położne mogą wystawiać recepty na leki i wyroby określone na przedmiotowych receptach.

Powyższe zapytanie dotyczy recept wystawianych przez pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 2702 z późn. zm.).

Powyższa kwestia jest istotna, zwłaszcza w obliczu zmian przepisów dotyczących zasad wydawania leków na podstawie wystawionych recept, w celu zapewnienia ciągłości leczenia pacjentów.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

Mariola Łodzińska



Ministerstwo Zdrowia

Departament
Polityki Lekowej i Farmacji

PLPR.454.243.2023.MI
Warszawa, 14 listopada 2023

Pani
Mariola Łodzińska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

nawiązując do pisma z dnia 20 października 2023 r. z prośbą o komentarz i interpretację dotyczącą uznawania recept wystawionych przez uprawnione pielęgniarki i położne z Polski, które będą realizowane w pozostałych krajach członkowskich objętych dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r., Departament Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia przekazuje poniższe informacje.

Zasady uznawania recept wystawionych w innym państwie członkowskim na poziomie unijnym reguluje art. 11 wyżej wspomnianej dyrektywy, zgodnie z którym co do zasady w przypadku, gdy produkt leczniczy jest dopuszczony do obrotu na ich terytorium, zgodnie z dyrektywą 2001/83/WE lub rozporządzeniem (WE) nr 726/2004, państwa członkowskie zapewniają, aby recepty wystawione na taki produkt w innym państwie członkowskim na nazwisko określonego pacjenta mogły być zrealizowane na terytorium państw zgodnie z aktualnie obowiązującym prawodawstwem krajowym oraz by zakazane były jakiegokolwiek ograniczenia w zakresie uznawania konkretnych recept, chyba że takie wymogi:

- a) są ograniczone do tego, co jest konieczne i proporcjonalne do zagwarantowania ochrony zdrowia ludzkiego, oraz nie mają charakteru dyskryminującego; lub
- b) opierają się na uzasadnionych i usprawiedliwionych wątpliwościach co do autentyczności, treści lub zrozumiałości konkretnej recepty.

Uznawanie takich recept nie może naruszać krajowych przepisów dotyczących przepisywania i wydawania, jeżeli te przepisy są zgodne z prawem unijnym, w tym przepisów dotyczących leków generycznych lub innych zamienników.

Na potrzeby przytoczonej normy istotne jest zdefiniowanie samej recepty, która zgodnie z art. 3 lit. k omawianej dyrektywy oznacza receptę na produkt leczniczy lub na wyrób medyczny wydaną przez osobę wykonującą zawód regulowany w zakresie opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 3 ust. 1 lit. a) dyrektywy 2005/36/WE, uprawnioną zgodnie

z prawem do wykonywania tego zawodu w państwie członkowskim, w którym recepta została wydana.

Przepis odsyła zatem do dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz.Urz.UE.L Nr 255, str. 22), która w swoim zakresie regulacji obejmuje także pielęgniarstwa (Sekcja 3) czy położnictwo (Sekcja 6).

Konkludując zatem, określone normy kształtują co do zasady możliwość realizowania recept wystawionych przez pielęgniarstwa i położnictwo w Polsce w oparciu o uprawnienia wskazane w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U. z 2022 r. poz. 2702, ze zm.) na terytorium innych państw członkowskich, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z art. 11 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE.

Należy mieć oczywiście na względzie, że dyrektywa – jako źródło prawa – nie jest stosowana bezpośrednio i wymaga implementacji na grunt prawa krajowego. Sam sposób i prawidłowość implementacji tych przepisów do prawodawstwa poszczególnych krajów i w rezultacie faktyczne realizowanie takich recept w innych państwach członkowskich, pozostaje poza zakresem Ministra Zdrowia.

Zaznaczenia wymaga, że powyższe nie stanowi powszechnie obowiązującej interpretacji przepisów. Minister Zdrowia może dokonywać interpretacji indywidualnych wyłącznie w granicach i na podstawie prawa, co w tym przypadku przewiduje jedynie art. 34 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2023 r. poz. 221, ze zm.) – dalej: „upp”. Zgodnie z przywołanym przepisem ustawy, przedsiębiorca może złożyć do właściwego organu lub właściwej państwowej jednostki organizacyjnej wniosek o wydanie wyjaśnienia co do zakresu i sposobu stosowania przepisów, z których wynika obowiązek świadczenia przez przedsiębiorcę daniny publicznej lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, w jego indywidualnej sprawie (interpretacja indywidualna). Przedmiotem żądania przedsiębiorcy może więc być wyłącznie interpretacja zakresu i sposobu stosowania tych przepisów prawa powszechnie obowiązującego, których zastosowanie powodować będzie powstanie po stronie przedsiębiorcy obowiązku poniesienia obciążeń (pieniężnych i niepieniężnych), które mogą zostać zaklasyfikowane jako danina publiczna lub składka na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne. Ustawodawca wskazał konkretne instytucje prawne oraz okoliczności, w których organy władzy publicznej są zobowiązane do wydawania interpretacji przepisów prawa, natomiast przedstawione zagadnienie nie podlega interpretacji w trybie art. 34 ust. 1 upp.

Z wyrazami szacunku

Łukasz Szmulski
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/

Do wiadomości:

1. Departament Rozwoju Kadr Medycznych.



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

MASZ PROBLEM Z UZYSKANIEM UPRAWNIENI PIELĘGNIARKI / POŁOŻNEJ W GABINET.GOV.PL

Oto parę podpowiedzi:

1. W pierwszej kolejności prosimy o sprawdzenie poprawności PESEL, IMION (**a zwłaszcza drugiego imienia**), dat wpisania do rejestru, skreślenia, wygaśnięcia (także dotyczące poprzednich izb) w okręgowym rejestrze.
2. Ponadto na stronie gabinet.gov.pl są dostępne inne przypadki problematyczne <https://gabinet.gov.pl/za-loguj/uzytkownik>, które mogą powodować problemy z rolą pielęgniarki/położnej dlatego przesyłamy poniższe wskazówki (**Proszę zwrócić szczególną uwagę na punkt 6**):

Aby uzyskać dostęp do aplikacji, użytkownik musi posiadać aktywne konto w systemie gabinet.gov.pl w ramach podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej, dla której świadczy usługi. Odpowiedzialność za zarządzanie uprawnieniami użytkowników aplikacji gabinet.gov.pl do realizacji poszczególnych funkcji spoczywa na Administratorze Usługodawcy. Administrator nadaje uprawnienia pracownikom Usługodawcy przypisując im odpowiednie role.

UZYSKANIE DOSTĘPU DO APLIKACJI – NAJCZĘŚCIEJ ZADAWANE PYTANIA

1. Jestem właścicielem podmiotu leczniczego. W jaki sposób mogę uzyskać dostęp do aplikacji gabinet.gov.pl?

W celu uzyskania dostępu do aplikacji przez podmiot leczniczy wykonaj następujące kroki:

1. Zaloguj się do systemu RPWDL rpwdl.ezdrowie.gov.pl.
2. Złóż wniosek o podłączenie do systemu P1.
3. Wynik realizacji wniosku dostępny będzie w RPWDL. Dodatkowo, w przypadku pozytywnej realizacji wniosku otrzymasz powiadomienie na adres email, który podałeś we wniosku. Uzyskasz dostęp do aplikacji w roli Administratora Usługodawcy z poziomu, którego będziesz mógł zarządzać użytkownikami (np. przy-



pisywać danych pracowników medycznych do danych pozycji struktury).

Opis czynności, jakie należy wykonać, przedstawiony jest w filmie instruktażowym, dostępnym na kanale YouTube: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (<https://www.youtube.com/watch?v=ojJcqcKJCsw>).

2. Prowadzę praktykę zawodową i nie posiadam żadnego innego konta w aplikacji gabinet.gov.pl (np. z podmiotu). W jaki sposób mogę uzyskać dostęp do aplikacji?

Osoby prowadzące praktyki zawodowe, które nie posiadają żadnego innego konta, nie muszą składać wniosku przez RPWDL o nadanie dostępu do aplikacji. Możliwe jest automatyczne założenie konta w aplikacji gabinet.gov.pl. W tym celu należy wykonać następujące kroki:

1. Wejdź na stronę gabinet.gov.pl.
2. Zaloguj się przez Węzeł Krajowy za pomocą Profilu Zaufanego lub e-dowodu.
3. Jeśli w systemie P1 zostanie znaleziona prowadzona przez Ciebie praktyka zawodowa, to w sposób automatyczny zostanie utworzone dla Ciebie konto z rolą administratora oraz rolą wynikającą z podanego numeru prawa wykonywania zawodu.

3. Prowadzę praktykę zawodową, ale posiadam inne konto w aplikacji gabinet.gov.pl. W jaki sposób mogę uzyskać dostęp do aplikacji?

Jeśli prowadzisz praktykę zawodową, ale posiadasz inne konto w aplikacji (np. w szpitalu, w którym pracujesz), nie będzie możliwe automatyczne założenie konta. Należy złożyć wnioszek przez RPWDL. Szczegóły opisano w punkcie 1.

4. Jestem administratorem podmiotu/praktyki. W jaki sposób mogę założyć konto pracownikowi?

Zakładanie konta dla Pracownika Usługodawcy odbywa się poprzez wykonanie następujących kroków:

1. Wejdź na stronę gabinet.gov.pl i zaloguj się w roli administratora.
2. Wprowadź dane nowego pracownika korzystając z opcji **Nowy użytkownik**.
3. Wypełnij wymagane pola oraz przypisz użytkownika do poziomu struktury organizacyjnej. Teraz nowy użytkownik będzie mógł korzystać z aplikacji.

5. Jestem administratorem podmiotu/praktyki. W jaki sposób mogę dodać nowe role pracownikowi z utworzonym kontem?

W celu dodania nowej roli pracownikowi, który ma założone konto należy wykonać następujące kroki:

1. Wejdź na stronę gabinet.gov.pl i zaloguj się do aplikacji w roli administratora.

2. Wejdź w zakładkę **Użytkownicy**, a następnie **Lista użytkowników**.
3. Wejdź w edycję własnego użytkownika.
4. Dodaj informację o NPWZ lekarza (pozostałe dane powinny się automatycznie zaciągnąć).
5. Kliknij **Edytuj** przy strukturze organizacyjnej, dodaj odpowiednią rolę i zapisz zmiany.
6. Kliknij **Aktualizuj dane**. Teraz użytkownik będzie mógł korzystać z aplikacji w nowej roli.

6. Prowadzę własną praktykę zawodową. Założyłem konto, ale mam przypisaną tylko rolę administratora. W jaki sposób mogę rozpocząć korzystanie z aplikacji w roli lekarza/pielęgniarki?

W celu dodania roli lekarza lub pielęgniarki dla prowadzącego praktykę zawodową należy wykonać następujące kroki:

1. Wejdź na stronę gabinet.gov.pl i zaloguj się do aplikacji w roli administratora.
2. Wejdź w zakładkę **Użytkownicy**, a następnie **Lista użytkowników**.
3. Wejdź w edycję własnego użytkownika.
4. Dodaj informację o NPWZ lekarza (pozostałe dane powinny się automatycznie zaciągnąć).
5. Kliknij **Edytuj** przy strukturze organizacyjnej, dodaj odpowiednią rolę i zapisz zmiany.
6. Kliknij **Aktualizuj dane**
7. Wyloguj się z roli administratora i zaloguj na rolę lekarza.

7. Logowanie przez Węzeł Krajowy

Podczas logowania zostaniesz przekierowywany na stronę Węzła Krajowego. Obecnie poprzez Węzeł Krajowy można zalogować się za pomocą Profilu Zaufanego. W przypadku problemów z logowaniem należy wejść na stronę <https://login.gov.pl/login/help>





*Można odejść na zawsze,
by stale być blisko*

ks. Jan Twardowski

***Najszczęśliwsze wyrazy współczucia
oraz słowa wsparcia i otuchy po stracie***

Męża

***Przewodniczącej
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
VI i VII kadencji***

Pani Marii Pałeczka

***składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Wałbrzychu
oraz pracownicy OIPiP***





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

Edward L. Trudeau

