

1/2021

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W JELENIEJ GÓRZE

BIULETYN





BIULETYN

OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

w Jeleniej Górze
ul. 1. Maja 27 (III piętro)
58-500 Jelenia Góra
e-mail: biuro@oipip.jgora.pl
tel./fax (75) 753 56 68, 753 56 69
www.oipip.jgora.pl

KONTO

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
Numer konta bankowego, na który należy
przekazywać składki członkowskie:
Santander Bank Polska o/Jelenia Góra
05 1090 1926 0000 0005 1400 5081

BIURO

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
Sekretariat czynny:
poniedziałek 8.00–16.00
wtorek–piątek 7.00–15.00

Przewodnicząca ORPiP

ELŻBIETA SŁOJEWSKA-POZNAŃSKA
przyjmuje w poniedziałki
od godziny 14.00–18.00

Sekretarz ORPiP

GRAZYNA BOMBA

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

DANUTA STEFANIK

Zastępcy pełnią dyżur w pierwszy i ostatni
poniedziałek miesiąca 14.00–15.00

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

ELŻBIETA ŁAZAR

Obsługa prawna

Adwokat ILONA GRABAS

Kontakt w sprawach wykonywania zawodu
Pielęgniarki i zawodu Położnej
poprzez biuro OIPIP w Jeleniej Górze

Artykuły, listy, uwagi i inna korespondencję
prosimy nadsyłać na adres redakcji:
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
e-mail: biuro@oipip.jgora.pl.

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności
za treść ogłoszeń i reklam.

Redakcja zastrzega sobie prawo
do skracania nadesłanych materiałów.
Nie przyjmujemy do publikacji tekstów
przekazywanych telefonicznie!

Projekt, skład i druk

Tereny Weny Agencja Reklamowa

SPIS TREŚCI

INFORMACJE OIPIP

- 1 Życzenia i podziękowania
- 2 Wysokość składek i opłat
Ważne informacje
- 3 Przyznawanie pomocy finansowej
- 5 Stanowisko Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej
Górze

INFORMACJE NRPIP

- 7 Zasadność przechowywania
dokumentacji medycznej
pielęgniarek i położnych
- 15 List otwarty

OPINIE

- 16 Jak pandemia wpłynęła na psychikę
kobiet w okresie okołoporodowym?
 - 18 Zdażyć przed czasem – kampania
szczepień przeciwko koronawirusowi
SARS-CoV2
 - 21 „Traktuje pacjentów tak, jakbym chciała,
aby traktowano moje dziecko – praca
pielęgniarek neonatologicznych”
 - 23 Karmienie piersią po cesarce. Wywiad
z ekspertką
- III. S. OKŁ. Przerwa w wykonywaniu zawodu –
ważne informacje

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

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

PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI – mgr EWA PIELICHOWSKA, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ ul. Rudolfa Weigla 5 50-981 Wrocław, T: 261 660 207, 608 309 310, E: naczelnia.pielegniarka@4wsk.pl

PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr BEATA ŁABOWICZ, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica, T: 76 72 11 401, 661 999 104, E: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNEGO – mgr IWONA PILARCZYK-WRÓBLEWSKA, Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii Zakład Neonatologii ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław, T: 500141941, E: iwona.pilarczykwroblewska@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE – mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław, T: 71 342 86 31 (w. 344), 604 939 455, 667 977 735

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ – mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Będkowo Sp. z o.o. Sp. k. Będkowo 1, 55-100 Trzebnica, T: 71 722 29 48, 603 852 669, E: dрудnicka@hospicjumbekowo.pl

PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO – dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław, T: 71 36 89 260, 603 38 58 98, E: e.garwacka@gmail.com

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

PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO – mgr DOROTA MILECKA, T: 666 872 721, E: milecka@poczta.fm

PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO – dr n. o zdr. WIESŁAW ZIELONKA, Pogotowie Ratunkowe w Legnicy ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica, T: 502 676 039, E: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl

PIELĘGNIARSTWA GERIATRYCZNEGO – dr hab. IZABELLA UCHMANOWICZ, Uniwersytet Medyczny, T: 71 7841823, E: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ – mgr ANNA SZACHOWSKA, Bonifrackie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., E: anna.szachowska@gmail.com

**Zdrowych, spokojnych Świąt Wielkanocnych,
oderwania się od codzienności,
czasu dla siebie i bliskich**

życzy Elżbieta Słojewska-Poznańska

**Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Jeleniej Górze wraz członkami Okręgowej Rady i pracownikami biura**



Wysokość składek i opłat

Szanowni Państwo

Informuję, że w dniu 21 stycznia 2021 roku ukazało się Obwieszczenie w Prezesa GUS w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w IV kwartale 2020 roku, które wyniosło **5 655,43 zł**.

ZGODNIE Z POWYŻSZYM, W 2021 R. OBOWIĄZUJĄ NOWE WYSOKOŚCI OPŁAT

1. Wysokość składki członkowskiej w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarstwa, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek (nie dotyczy pielęgniarstwa lub położnej zatrudnionej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego, a także umowy zlecenia) w tym również pielęgniarstwa i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarstwa i położnych – 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzed-

niego roku kalendarzowego tj. **42,42 zł miesięcznie**.

2. Wysokość opłaty za wpis do rejestru pielęgniarstwa zamierzającej wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej – 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” tj. **109 zł**.

3. Wysokość opłaty za zmianę wpisu w rejestrze – 50% wysokości opłaty, o której mowa powyżej, tj. **54,50 zł**.

4. Wysokość opłaty za wpis oraz wpis zmiany danych do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe – 6% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogła-

szanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, tj. **325,00 zł**.

5. Wysokość opłaty za zaświadczenie o posiadaniu kwalifikacji zgodnych z minimalnymi wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz że posiadany dyplom potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji odpowiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarstwa lub położnej wynikające z prawa Unii Europejskiej – 3% minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2020 r. poz. 2207), tj. **84,00 zł**.

Z wyrazami szacunku
Elżbieta Gajowniczek
Skarbnik ORPIP w Jeleniej Górze



Przyznawanie pomocy finansowej



KANCELARIA ADWOKACKA
Adwokat Ilona Grabas

ul. Grottgera 15/1a, 58-500 Jelenia Góra
tel./fax 075 753 38 34, tel. kom. 608 580 700
e-mail: ilona.grabas@adwokatura.pl

Jelenia Góra, dnia 12 stycznia 2021 r.

**Opinia prawna w przedmiocie możliwości dokonania zmiany
Regulaminu przyznawania pomocy finansowej – zapomóg członkom OIPiP
w Jeleniej Górze oraz członkom innych Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych
w zakresie objęcia członków samorządu pomocą z tytułu zachorowania
na COVID- 19**

Przedmiotem opinii jest zagadnienie dotyczące możliwości dokonania zmian w aktualnie obowiązującym Regulaminie przyznawania pomocy finansowej – zapomóg członkom OIPiP w Jeleniej Górze oraz członkom innych Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych (dalej zwany także: Regulamin) w zakresie objęcia członków samorządu pomocą z tytułu zachorowania na COVID- 19.

Rozważania na temat możliwości dokonania zmian Regulaminu niosących skutki finansowe należy poprzedzić analizą przepisów dotyczących zasad gospodarki finansowej samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych oraz przepisów regulujących podatkowe skutki otrzymania zapomogi.

Podstawę gospodarki finansowej każdej okręgowej izby pielęgniarek i położnych, w tym Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze (OIPiP) stanowi uchwała budżetowa, która jest rocznym planem przychodów i rozchodów Izby. Zasadniczo uchwała budżetowa podejmowana jest przez Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze (art. 30 pkt 1 uspp). Jednakże na mocy przepisu art. 31a uspp, w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, uprawnienia do ustalenia zasad gospodarki finansowej izby oraz uchwalenia rocznego budżetu przyznano okręgowej radzie, pod warunkiem uprzedniego podjęcia uchwały o braku możliwości przeprowadzenia okręgowego zjazdu w związku z ogłoszeniem takiego stanu.

Realizacja uchwały budżetowej powoduje obciążenie finansowe OIPiP i wpływa na możliwość dalszego funkcjonowania samorządu. Określając zatem budżet, w tym jego poszczególne pozycje należy mieć na uwadze realne możliwości dochodowe samorządu, bacząc by przyszłe wydatki nie doprowadziły do zachwiania płynności finansowej Izby.

Aktualnie obowiązujący Regulamin umożliwia ubieganie się o zapomogę m.in. z powodu ciężkiej i długotrwałej choroby członka samorządu, jego współmałżonka lub dzieci pozostających na ich utrzymaniu do czasu zakończenia edukacji nie dłużej niż do 25 roku życia.

- a) z funduszu socjalnego, zakładowego funduszu świadczeń socjalnych, z funduszy związków zawodowych lub zgodnie z odrębnymi przepisami wydanymi przez właściwego ministra - niezależnie od ich wysokości,
- b) z innych źródeł - do wysokości nieprzekraczającej w roku podatkowym kwoty 6000 zł;

Z treści przytoczonego przepisu wynika, że podstawowym kryterium uzyskania zwolnienia z podatku dochodowego jest to, by wypłata zapomogi nastąpiła m.in. z powodu długotrwałej choroby. Innymi słowy, jeżeli powyższy warunek nie zostanie spełniony tj. wypłata zapomogi nie będzie związana z długotrwałą chorobą, brak będzie podstaw do zastosowania zwolnienia podatkowego, co wiąże się z koniecznością wystawienia odpowiedniej deklaracji PIT i odprowadzenia podatku.

Ustawa o podatku dochodowym nie definiuje pojęcia „zapomogi” i „długotrwałej choroby”. Powszechnie przyjmuje się, że przez "zapomogę" należy rozumieć jednorazowe świadczenie pieniężne mające na celu wsparcie finansowe osoby, która z ważnych przyczyn znalazła się w trudnej sytuacji życiowej. Natomiast przez "długotrwałą chorobę" należy rozumieć chorobę, która z medycznego punktu widzenia określana jest jako choroba przewlekła (vide: Pismo z 17.02.2006 r. US w Pruszkowie, 1421/BF/415-44/GJ/05, <http://sip.mf.gov.pl>)

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej opinii podkreślić należy, że ewentualne zmiany Regulaminu powinny być poprzedzone stosownymi zapisami w uchwale budżetowej, tak aby zagwarantować odpowiednie środki na ich realizację, biorąc pod uwagę konieczność zachowania płynności finansowej Izby. W tym przypadku z pewnością należy uwzględnić takie kryteria jak ilość członków OIPIP w Jeleniej Górze oraz statystyki zakażeń. Jednocześnie stosowne zmiany Regulaminu powinny uwzględniać wskazane wyżej pojęcia „zapomogi” i „długotrwałej choroby”.

W ocenie opiniującej zmiany w Regulaminie polegające na objęciu członków samorządu pomocą z tytułu zachorowania na COVID-19 są możliwe, o ile przebyte zachorowanie będzie wypełniało pojęcie „długotrwałej choroby”. W przeciwnym wypadku konieczne będzie wystawienie odpowiedniej deklaracji PIT bez względu na kwotę wypłacanej zapomogi.

Jednocześnie podkreślić należy, że aktualnie obowiązujący Regulamin daje podstawy do objęcia pomocą finansową także tych członków samorządu, którzy zachorowali na COVID-19. Zawiera on bowiem szerokie przesłanki skorzystania ze wsparcia finansowego, bez szczegółowego wyliczania jednostek chorobowych, o ile choroba miała ciężki i długotrwały przebieg (§ 3 ust. 1 Regulaminu).

Adwokat

Ilona Grabas

Stanowisko Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze



OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W JELENIEJ GÓRZE

58-500 Jelenia Góra ul. 1-go Maja 27 IIIp.
tel. (0-75) 75-35-668, 75-35-669
www.oipip.jgora.pl e-mail biuro@oipip.jgora.pl

Stanowisko nr 1

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Jeleniej Górze
z dnia 16 marca 2021 r.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki zmieniającego rozporządzenie w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze, po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki zmieniającego rozporządzenie w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego, **wyraża stanowczy sprzeciw, wobec proponowanego w programie rozszerzenia zadań zawodowych opiekuna medycznego o dodatkowe czynności, które są zawarte w kompetencjach pielęgniarek i położnych oraz innych zawodów medycznych.**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze stoi na stanowisku, iż należy kontynuować kształcenie opiekuna medycznego zgodnie z dotychczasowym programem nauczania, który przygotowuje słuchaczy do wykonywania świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej, z uwzględnieniem zmian w programie kształcenia w 2019 r. polegających na poszerzeniu uprawnień w zakresie: oznaczenie stężenia glukozy we krwi, przy pomocy glukometru, prowadzenie dobowej zbiórki moczu i bilansu płynów, karmienie przez PEG. W obecnym systemie opieki zdrowotnej istnieje pilna potrzeba usankcjonowania zatrudnienia opiekuna medycznego w podmiotach leczniczych, w których podejmowałby działania w zakresie swoich dotychczasowych kompetencji, czyli realizacji świadczeń w zakresie czynności

swoich dotychczasowych kompetencji, czyli realizacji świadczeń w zakresie czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej.

Projekt cyt. podstawy programowej kształcenia do zawodu opiekuna medycznego zakłada bezpośrednio poszerzenie programu kształcenia opiekuna medycznego o wysokospecjalistyczne świadczenia zdrowotne z zakresu dializoterapii, asystowania do operacji i pobierania krwi żyłnej.

Wskazane w cyt. projekcie wymagania dla szkół w zakresie bazy i sprzętu niezbędnych do kształcenia opiekuna medycznego jednoznacznie sugerują nauczanie opiekunów w zakresie kompetencji prawnie przypisanych pielęgniarce/ pielęgniarzowi, tj. cewnikowania pacjenta, tlenoterapii, pielęgnacji wkłucia centralnego, pielęgnacji portu naczyniowego, wkłucia doszpikowego, iniekcji domięśniowych, odśluzowania dróg oddechowych, pielęgnacji rurki tracheotomijnej itd. Zdaniem Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, jest to praktyka zawłaszczania kompetencji pielęgniarzkich (nabywanych w toku kształcenia na poziomie szkolnictwa wyższego i kształcenia podyplomowego) przez grupę zawodową opiekunów medycznych, kształconą w systemie policealnym bez konieczności posiadania świadectwa dojrzałości.

Zdaniem Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze tworzenie przepisów prawnych ułatwiających przyuczanie do wysokospecjalistycznych czynności zawodowych osób spoza grupy profesjonalistów jest zbędne i nieuzasadnione.

Sekretarz ORPiP w Jeleniej Górze
Grażyna Bomba

Przewodnicząca ORPiP w Jeleniej Górze
Elżbieta Słojewska – Poznańska



Zasadność przechowywania dokumentacji medycznej pielęgniarek i położnych

Lazer & Hudziak
ADWOKACI I RADCOWIE PRAWNI

Warszawa, 29 grudnia 2020 r.

OPINIA PRAWNA

Na zlecenie: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Sporządzający: Kancelaria Lazer & Hudziak Adwokaci i Radcowie Prawni S.K.A.

Przedmiot opinii: ocena zasadności przechowywania / zwrotu dokumentacji medycznej pielęgniarek i położnych / skróconych odpisów aktów urodzenia dzieci pielęgniarek i położnych / orzeczeń o niepełnosprawności dzieci pielęgniarek i położnych / orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego dzieci pielęgniarek i położnych / orzeczeń o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy / zaświadczeń o inwalidztwie pielęgniarek i położnych / dokumentacji związanej z samotnym wychowywaniem dziecka przez pielęgniarki i położne / zaświadczeń wydawanych przez lekarza orzecznika ZUS w zakresie stwierdzenia obciążenia pielęgniarek i położnych chorobami przewlekłymi, na których przebieg ma wpływ zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną będącą przyczyną epidemii lub orzeczenia choroby przewlekłej mającej wpływ na przebieg lub zachorowanie na chorobę zakaźną / zaświadczeń lekarzy specjalistów w zakresie stwierdzenia obciążenia pielęgniarek i położnych chorobami przewlekłymi, na których przebieg ma wpływ zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną będącą przyczyną epidemii lub orzeczenia choroby przewlekłej mającej wpływ na przebieg lub zachorowanie na chorobę zakaźną przesyłanych do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPIP) i okręgowych rad pielęgniarek i położnych bez uprzedniego wezwania, poza ramami postępowania administracyjnego, których stroną jest pielęgniarka i położna, która to przedmiotową dokumentację przekazuje. Przedmiotowej dokumentacji towarzyszy pismo przewodnie, w którym nie jest sformułowany żaden wniosek czy żądanie sformułowane przez osobę składającą ww. dokumentację.

Stan faktyczny: W związku z tym, że przesłankami wyłączenia od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii zgodnie z art. 47 ust. 3 i 3a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi są okoliczności związane ze stanem zdrowia pielęgniarki i położnej, jej dzieci, dietności, wieku dzieci, wychowania się dzieci pielęgniarki lub położnej w pełnej rodzinie, a wojewodowie oraz Minister Zdrowia utrzymują, że w świetle art. 47 ust. 1a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wykaz, o którym mowa w tym przepisie, musi wyłącznie zawierać dane pielęgniarek i położnych, które nie podlegają wyłączeniu od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii w rozumieniu art. 47 ust. 3 i 3a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Minister Zdrowia i wojewodowie oczekują od samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych weryfikacji istnienia przedmiotowych okoliczności na etapie sporządzania przedmiotowego wykazu pielęgniarek i położnych.

Podstawy prawne:

- 1) Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, 2112 z późn. zm.),
- 2) Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 562, 567, 945, 1493 z późn. zm.),
- 3) Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 256, 695, 1298 z późn. zm.) - dalej: k.p.a.,
- 4) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: rozporządzenie 2016/679 lub RODO).

Ocena prawna:

Brak obowiązku / uprawnienia do zbierania danych stanowiących negatywną przesłankę do wydania decyzji do skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii

Ani Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych ani Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych nie są uprawnione / zobowiązane do przetwarzania danych zawartych we wskazanej w przedmiocie niniejszej opinii dokumentacji w sposób wskazany poniżej. W szczególności nie podlegają one ujawnieniu w rejestrach pielęgniarek i położnych prowadzonych zgodnie z art. 44 ust. 1 i art. 43 ust. 1 oraz 48 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Art. 47 ust. 1a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nie stanowi podstawy prawnej do przetwarzania tego rodzaju danych. Brak w przedmiotowym przepisie lub mu towarzyszącym jednoznacznego upoważnienia ustawowego do prowadzenia jakichkolwiek czynności na tego rodzaju danych osobowych. Odpowiednio brak obowiązku wydania przedmiotowych danych przez pielęgniarki i położne na żądanie organów samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Zauważyć przy tym należy, że w myśl art. 47 ust. 4a ustawy o ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi znalazło się wyraźne uprawnienie do przetwarzania danych osobowych zawartych w wykazach przez odpowiednio wojewodę lub Ministra Zdrowia. Milczenie ustawodawcy co do upoważnienia dla organów samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych należy uznać za znaczące.

Przede wszystkim, należy podkreślić, że za taką podstawę nie można uznać sformułowania użytego w tym przepisie, o następującej treści: „osób, które mogą być skierowane do pracy przy zwalczaniu epidemii”. Określenie to jest na tyle dalekie od precyzji, że nie sposób utrzymywać, by mogło stanowić podstawę do przetwarzania tzw. danych osobowych wrażliwych, tj. dotyczących stanu zdrowia, dietności, stanu zdrowia dzieci, wychowywania się dziecka w pełnej rodzinie lub nie, a przecież właśnie tego rodzaju okoliczności stanowią negatywne przesłanki skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii. Poza tym, należy zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 47 ust. 2a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w przypadku występowania niektórych negatywnych przesłanek skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii, decyzja o skierowaniu może być wydana za zgodą pielęgniarki i położnej. Nie można jednak wywodzić obowiązku samorządu pielęgniarek i położnych do pozyskiwania oświadczeń od pielęgniarek i położnych, czy taką zgodę wydadzą.

Wreszcie przesłanki negatywne do wydania decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii powinny być weryfikowane w ramach postępowania wyjaśniającego poprzedzającego wydanie przedmiotowej decyzji przez organ umocowany do jej wydania, tj. Ministra Zdrowia lub wojewodę (art. 47 ust. 2 i 4 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych). Organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych nie biorą udziału w tego rodzaju postępowaniu.

Powyższe znajduje potwierdzenie w stanowisku PUODO z 8 grudnia 2020 r. wydanym na zapytanie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: *„Biorąc jednak pod uwagę przepisy o ochronie danych osobowych kluczowe znaczenie ma okoliczność, że pracownik podmiotu leczniczego, którego dane zostały przekazane ma prawo odwołać się od takiej decyzji wojewody lub ministra właściwego do spraw zdrowia. Tak więc w ocenie Urzędu Ochrony Danych Osobowych to na tym etapie powinny być przetwarzane ewentualne dane dotyczące stanu zdrowia tego pracownika i jego szczególnej sytuacji osobistej (ciąża, dane dotyczące ich dzieci).”*

Przedstawione stanowisko Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych nie odnosi się w sposób jednoznaczny pozytywnie do możliwości przetwarzania danych szczególnych kategorii pielęgniarek i położnych. Możliwość taka brana jest pod uwagę wyłącznie w sytuacji postępowania odwoławczego od decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii.

Ocena zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych, które nie są elementem Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych oraz odpowiednio właściwych rejestrów okręgowych izb pielęgniarek i położnych leży w gestii powołanego w danej Izbie Inspektora Ochrony Danych Osobowych oraz właściwych inspektorów w okręgowych izbach

pielęgniarek i położnych. Nie ulega jednakże wątpliwości, iż dane osobowe w tym także dane szczególnych kategorii, które mogłyby być uzyskane bądź już zostały uzyskane bez powołania się na należytą podstawę prawną co do zasady naruszają zasady wynikające wprost z przepisów RODO tj. zasadę legalności, minimalizacji danych oraz adekwatności.

Abstrahując od szczególnej kategorii danych osobowych, którym poświęcona jest opinia, podstawą przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO wskazujący, iż można przetwarzać dane osobowe, gdy jest to „niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze” i „niezbędne do wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi”.

Jednakże w obu wymienionych przypadkach zarówno zadania, jak i sprawowanie władzy publicznej muszą zostać sprecyzowane w przepisach czy to krajowych, czy to unijnych, a więc należy znać i podać konkretną podstawę prawną zadania publicznego lub władzy publicznej.

Zakresem pozyskiwanych w sposób określony w przedmiocie opinii danych mogą być objęte dane wrażliwe, czyli odnoszące się do szeroko rozumianego stanu zdrowia zarówno pielęgniarek i położnych jak i ich dzieci, ale również pośrednio odnoszące się do orientacji seksualnej wobec informacji o posiadanych dzieciach, pozostawaniu w związku małżeńskim z osobą płci przeciwnej. Zgodnie z RODO przetwarzanie tego rodzaju danych jest co do zasady zakazane (art. 9 ust. 1 RODO). Przepisy przewidują jednakże wyłączenia od takowego zakazu, m.in. wyrażenie wyraźnej zgody przez osobę, której dane dotyczą. W sytuacji opisanej brak jednoznacznych podstaw, by budować twierdzenie o zgodzie na przetwarzanie przedmiotowych danych osobowych.

Kolejną możliwą podstawą przetwarzania tego rodzaju danych jest:

- 1) niezbędność ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą (art. 9 ust. 2 lit g) RODO)
- 2) niezbędność do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego lub zgodnie z umową z pracownikiem służby zdrowia i z zastrzeżeniem warunków i zabezpieczeń, o których mowa w ust. 3 (art. 9 ust. 2 lit h) RODO).

Odnosząc powyższe, do niniejszej sprawy, należy wskazać co następuje.

Obowiązek sporządzenia wykazu, o którym mowa w art. 47 ust. 1a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wobec braku dostatecznie jednoznacznie

wyrażonej woli ustawodawcy wyeliminowania z niego osób, których w myśl art. 47 ust. 3 i 3a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w kontekście powyżej przywołanych przesłanek dopuszczających przetwarzanie danych wrażliwych nie stanowi dostatecznej podstawy przetwarzania danych osobowych.

Przyjąć należy, że obowiązek przeprowadzenia postępowania administracyjnego przez daną Radę, o którym szerzej w jednostce redakcyjnej niniejszej opinii prawnej rozpoczynającej się poniżej, stanowi taką wystarczającą podstawę. Konieczność przeprowadzenia postępowania administracyjnego przez daną Radę stanowi wzgląd związany z ważnym interesem publicznym, jakim jest rozpatrzenie na rzecz każdego obywatela jego petycji lub wniosku, za który należy uznać sam fakt przedstawienia bez wezwania dokumentów zawierających dane osobowe, bez przetwarzania tych danych w szerszym zakresie. Ponadto, kierunek postępowania administracyjnego wszczętego przez Radę, w zależności od doprecyzowania wniosku, może służyć poinformowaniu organu właściwego (MZ lub wojewody) o istnieniu przesłanek negatywnych skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii, a więc podjęciu pracy w takich warunkach, co stanowi odrębną podstawę-wyjątek od generalnego zakazu przetwarzania danych wrażliwych.

Podjęcie decyzji o przetwarzaniu danych osobowych, które dotychczas nie były pozyskiwane oraz przetwarzane przez daną Radę wymaga podjęcia konkretnych kroków przez Inspektora Ochrony Danych Osobowych tj. weryfikacja podstawy prawnej przetwarzania bądź uzyskanie odpowiednich zgód, zachowując przy tym zasadę rozliczalności, spełnienie obowiązku informacyjnego wobec wnioskodawców, przeprowadzenie analizy ryzyka, uzupełnienie rejestrów czynności przetwarzania danych osobowych, a także przeprowadzenie oceny skutków dla ochrony danych – DPIA. Niewątpliwie zadbanie o bezpieczeństwo fizyczne oraz informatyczne nowych pozyskanych danych jest niezwykle istotne. W przeciwnym przypadku NRPIP oraz okręgowe rady pielęgniarek i położnych mogą narazić się na odpowiedzialność finansową z tego tytułu.

Obowiązek przeprowadzenia postępowania administracyjnego

Wobec braku w piśmie przewodnim, do którego dołączana jest przedmiotowa dokumentacja, zgodnie z art. 64 par. 2 k.p.a. sformułowania konkretnego wniosku/żądania należy wezwać osobę składającą przedmiotowe pismo do sformułowania żądania/wniosku wobec organu do, do którego pismo zostało złożone, wyznaczając na to termin 7 dni, informując jednocześnie o pozostawieniu pisma bez rozpoznania po bezskutecznym upływie tego terminu. Należy jednoznacznie podkreślić, iż brak sprecyzowania wniosku/żądania wnioskodawcy powoduje brak podstawy prawnej, będącej warunkiem legalności przetwarzania danych osobowych, w tym danych wrażliwych wnioskodawcy. Dokumentacja udostępniana przez wnioskodawców NRPIP oraz okręgowym radom zawiera dane osobowe, które do tej pory nie stanowiły elementu przetwarzania przez te podmioty. Tym samym administrator danych osobowych zobowiązany jest do uzyskania jednoznacznej zgody od wnioskodawcy do przetwarzania takowych informacji. Jedynie wszczęcie postępowania administracyjnego na jasny

wniosek/żądanie wnioskodawcy stanowi element legalizujący możliwość rozpatrzenia przesłanej dokumentacji. Ujęcie w piśmie wniosku/żądania jest zatem nie tylko elementem pozwalającym na wszczęcie postępowania administracyjnego przez NRPiP bądź okręgowe rady, ale przede wszystkim daje podstawę prawną do oceny przesłanego wniosku oraz dokumentacji wnioskodawcy.

Należy wyjaśnić wnioskodawcy, że zasadniczo możliwe są w tym wypadku 2 (dwa) rodzaje żądania:

- 1) żądanie niekierowania wobec wnioskodawcy decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii, o której mowa w art. 47 ust. 2 i 4 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych,
 - a) przez wojewodę,
 - b) przez Ministra Zdrowia.
- 2) żądanie nieujmowania wnioskodawcy w wykazie, o którym mowa w art. 47 ust. 1a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych.

Przy tym wskazać należy wnioskodawcy, że w przypadku, opowiedzenia się wnioskodawcy za pierwszym żądaniem wniosek wraz załącznikami zostanie skierowany zgodnie z właściwością odpowiednio do wojewody bądź Ministra Zdrowia zgodnie ze wskazaniem wniosku/uzupełnionego wniosku. Zaś w wypadku sformułowania żądania nieujmowania wnioskodawcy w wykazie, wniosek ten zostanie pozostawiony bez rozpoznania.

W przypadku braku uzupełnienia przedmiotowych braków wniosku przez wnioskodawcę w terminie, tj. sformułowania jednego z dwóch żądań opisanych powyżej, należy wydać postanowienie o pozostawieniu pisma bez rozpoznania i pouczyć o prawie złożenia zażalenia. Złożone dokumenty pozostają w aktach sprawy.

W przypadku sformułowania wniosku/podania o nieujmowanie wnioskodawcy w wykazie, o którym mowa w art. 47 ust. 1a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, bądź uzupełnienie wskazanych powyżej braków pisma w ten sposób, należy zgodnie z art. 61a par. 1 zd. 1 k.p.a. wydać postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania z innych uzasadnionych przyczyn, informując w jego uzasadnieniu, że zgodnie z art. 47 ust. 1a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi okręgowe rady pielęgniarek i położnych nie są upoważnione/zobowiązane do zbierania i dalszego przetwarzania tego rodzaju danych oraz brak podstawy prawnej do żądania przez członków samorządu ujawnienia tych danych ich dotyczących w przedmiotowym wykazie. Dodatkowo w uzasadnieniu można wskazać, że przedmiotowa dokumentacja powinna zostać złożona w ramach postępowania wyjaśniającego dotyczącego postępowania o skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii lub przy odwołaniu od ewentualnej decyzji o skierowaniu do

pracy przy zwalczaniu epidemii. Przedmiotowe postanowienie powinno zawierać pouczenie o prawie zażalenia.

Jednocześnie zgodnie z art. 61a par. 1 zd. 2 w zw. z art. 61 par. 5 k.p.a. należy przesłać wnioskodawcy informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 2016/679, w zakresie danych przetwarzanych przez organ przekazujący (informacje podawane w przypadku zbierania danych od osoby, której dane dotyczą, podawane w ramach toczącego się postępowania administracyjnego).

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), administrator danych tj. w tym przypadku Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz okręgowe rady pielęgniarek i położnych zobowiązane są do realizacji obowiązku informacyjnego wobec wnioskodawców. Nałożone na administratora obowiązki informacyjne i odpowiadające im po stronie podmiotu danych (tu: wnioskodawca) uprawnienia informacyjne stanowią przejaw realizacji zasady przejrzystości przetwarzania dla osoby, której dane dotyczą, określonej w art. 5 ust. 1 lit. a RODO.

Należy także podkreślić, że obowiązek informacyjny wiąże administratora niezależnie od tego, czy podmiot danych dostarcza informacji stanowiących jego dane osobowe z własnej inicjatywy, czy na skutek działań podjętych przez administratora. W omawianym stanie, wnioskodawca powinien zatem zostać poinformowany o nowym celu przetwarzania jego danych osobowych. Bez względu na rodzaj przedstawionego przez wnioskodawcę żądania wraz z przedłożeniem do administratora dokumentacji, administrator będzie zobligowany do spełnienia obowiązku informacyjnego wobec wnioskodawcy.

Forma i sposób realizacji obowiązku informacyjnego wobec wnioskodawcy jest dowolna, jednakże należy mieć na względzie obowiązującą zasadę rozliczalności tj. możliwość wykazania spełnienia obowiązku wobec wnioskodawcy. Dopuszczalna jest zatem także forma elektroniczna. W przypadku ewentualnego sporu dotyczącego przekazania informacji wskazanych w komentowanym artykule ciężar wykazania, że został on należycie zrealizowany, będzie spoczywał na administratorze. Jest to szczególnie istotne z uwagi na konsekwencje naruszenia prawa osoby, której dane dotyczą, do uzyskania wskazanych powyżej informacji. Zarówno sam fakt, jak i stopień realizacji obowiązku informacyjnego podlegają badaniu ze strony organu nadzorczego.

Zaś w przypadku sformułowania wniosku/podania o niekierowanie decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii, o której mowa w art. 47 ust. 2 i 4 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych bądź uzupełnienia wskazanych powyżej braków pisma w ten sposób, należy zgodnie z art. 65 par. 1 zd. 1 k.p.a. przekazać wniosek wraz załączoną dokumentacją odpowiednio do wojewody lub Ministra Zdrowia, w zależności od udzielonej odpowiedzi przez wnioskodawcę. W takim wypadku w aktach sprawy pozostawia się adnotację o przekazaniu wniosku wedle właściwości, nie pozostawiając w aktach jego odpisu ani odpisu załączników do niego.

Jednocześnie zgodnie z art. 65 par. 1 zd. 2 k.p.a. należy powiadomić Wnioskodawcę o przekazaniu wniosku wedle właściwości. Zawiadomienie w świetle art. 65 ust. 1a k.p.a. powinno zawierać informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 2016/679, w zakresie danych przetwarzanych przez organ przekazujący (informacje podawane w przypadku zbierania danych od osoby, której dane dotyczą podawane w ramach toczącego się postępowania administracyjnego).

Podsumowanie i wnioski końcowe:

NRPiP oraz okręgowe rady pielęgniarek i położnych nie mają obowiązku zwracania pielęgniarce lub położnej przesłanej przez nią dokumentacji opisanej w przedmiocie opinii. Należy jednak przeprowadzić postępowanie w celu ustalenia przedmiotu żądania wnioskodawcy. Jeśli żądanie będzie dotyczyło nieujmowania wnioskodawcy w wykazie, o którym mowa w art. 47 ust. 1a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wniosek pozostaje bez rozpoznania, a przekazana dokumentacja pozostaje w aktach sprawy. Jeśli zaś żądanie będzie dotyczyło skierowania do wnioskodawcy decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii, o której mowa w art. 47 ust. 2 i 4 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych, wniosek należy przekazać wedle właściwości odpowiednio wojewodzie lub Ministrowi Zdrowia. Brak sformułowania żądania skutkować będzie pozostawieniem sprawy bez rozpoznania, z czym nie wiąże się obowiązek zwrotu wniosku ani załączonej do niej dokumentacji. W każdym przypadku należy pouczyć wnioskodawcę o prawie wniesienia środka zaskarżenia.


Joanna Lazer
advokat



List otwarty



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa 2 lutego 2021 r

List otwarty Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowne Koleżanki i Koledzy, Pielęgniarki, Położne, Pielęgniarze, Położni

Rok 2020 stał się rokiem próby dla przedstawicieli naszych zawodów. W obliczu pandemii COVID-19 nasza społeczność wykazała i wykazuje nadal postawę humanizmu, troski i pełnej poświęcenia, profesjonalnej opieki nad zdrowiem całego społeczeństwa polskiego. Nierzadko z narażeniem życia i zdrowia niesiemy pomoc pacjentom wbrew ograniczeniom i niedostatkom organizacyjnym systemu ochrony zdrowia, wystawionego przez epidemię na najwyższą próbę.

Obecnie część z Nas z nie mniejszym zaangażowaniem bierze udział w programie szczepień przeciw COVID-19. Wiele osób w Polsce liczy na szybkie przeprowadzenie tego programu i osiągnięcie niebawem odporności populacyjnej, co pozwoli na zakończenie epidemii i powrót nas wszystkich, naszych rodzin i przyjaciół do normalnego życia.

Decyzję o poddaniu się temu świadczeniu zdrowotnemu pozostawiono autonomicznej decyzji pacjenta, która powinna być uszanowana.

Pacjent winien sam podjąć decyzję, w którą nie wolno Nam w żaden sposób ingerować. Nie wolno Nam na nią w żaden sposób wpływać.

Naszym obowiązkiem prawnym i etycznym jest dostarczenie rzetelnej wiedzy w granicach posiadanego przez nas doświadczenia i kwalifikacji zawodowych, których nie wolno nam przekraczać, tak aby pacjent mógł podjąć świadomą zgodę na poddanie się szczepieniu przeciw COVID-19, opartą na potwierdzonej klinicznie informacji.

Zdajemy sobie sprawę, że szczepionki przeciw COVID-19 są nowymi produktami leczniczymi, które zostały dopuszczone do obrotu w bezprecedensowym pod względem trwania procedury trybie, co może budzić obawy społeczne.

W związku z tym zachęcamy do korzystania w bieżącej pracy z profesjonalnych materiałów dotyczących bezpieczeństwa szczepień, dostępnych na: stronie internetowej nipip.pl oraz szczepienia.pzh.gov.pl. Materiały te zostały przeanalizowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych i uzyskały pozytywną rekomendację.

Równie mocno zachęcamy do czynnego informowania pacjentów o potrzebie zgłaszania niepożądanych odczynów poszczepiennych. Pozwoli to na wzbogacenie wiedzy o skutecznych metodach walki z COVID-19 i będzie nieocenionym wkładem w pracę nad dalszym zwiększeniem ich bezpieczeństwa.

Wiemy, jak duża odpowiedzialność spoczywa na pielęgniarkach i położnych. Wierzymy jednak, że i temu zadaniu sprostamy, budując dalej wysokie zaufanie do naszych zawodów.

Z wyrazami szacunku

Jak pandemia wpłynęła na psychikę kobiet w okresie okołoporodowym?

Wywiad z psychologiem klinicznym

„Podczas pracy w Szpitalu miałam poczucie, że teraz w czasie pandemii reakcje kobiet są dużo bardziej spolaryzowane niż dotychczas. Wcześniej kobiety wiedziały, że mają możliwość porodu z osobą towarzyszącą. Natomiast w momencie ogłoszenia pandemii zdały sobie sprawę, że muszą poradzić sobie same i odnaleźć się w nowej rzeczywistości” – powiedziała w rozmowie z „Evereth News” **Sylwia Kuczyńska-Horst**, psycholog kliniczny, psychoterapeuta indywidualny i rodzinny.

Czy teraz tych kobiet, które wymagają wsparcia w tym zakresie jest więcej?

Z mojej perspektywy w ciągu ostatnich kilku miesięcy kobiety stały się dużo bardziej samodzielne, ponieważ знаły zasady panujące w szpitalach w całej Polsce, takie jak m.in. właśnie zakaz porodów rodzinnych czy odwiedzin na oddziale i mogły się do tego mentalnie przygotować.

Do konsultacji zgłaszane były przypadki (było ich więcej), kiedy kobieta nie radziła sobie z rozłąką, pobytem w szpitalu bądź samotnym porodem. U tej grupy kobiet już w ciąży mogły się pojawiać **stany podwyższonego lęku i obniżonego nastroju**. Ta cięga potrzeba gotowości kobiety do opieki nad dzieckiem i **brak wsparcia** z uwagi na zakaz odwiedzin również miały wpływ na ilość konsultacji z powodu obniżonego nastroju, czyli tzw. baby blues, który niekiedy może przechodzić w stan kliniczny.

Psycholog zaznaczyła, że nie można w takich przypadkach mówić od razu o **depresji poporodowej**, ponieważ na tę diagnozę jest wówczas zdecydowanie za wcześnie (z wyjątkiem kobiet, u których zdiagnozowano depresję już w ciąży).

Wspomniała Pani o baby blues. Co ma wpływ na wystąpienie tego stanu emocjonalnego?

Obniżony nastrój u pacjentek w okresie okołoporodowym może wynikać z różnych przyczyn. Zdarzają się sytuacje, kiedy kobiety

źle znoszą rozłąkę z bliskimi i po raz pierwszy przebywają w szpitalu. Jednak czynników ryzyka wystąpienia problemów natury psychicznej i emocjonalnej w tym okresie jest wiele.

Wpływ na to niewątpliwie mają **wcześniej przebyte stany** lękowe czy depresyjne, jeszcze przed zajściem w ciążę. Bierzymy również pod uwagę zaburzenia w okresie nastoletnim, **próby samobójcze** czy **obciążenie zaburzeniami nastroju w najbliższej rodzinie pacjentki**. Nie bez znaczenia może być również sytuacja materialna, socjalna, ale również kondycja związku, a także czy jest to samodzielne macierzyństwo.

Sylwia Kuczyńska-Horst zwróciła również uwagę, iż do czynników ryzyka depresji okołoporodowej można zaliczyć również fakt **nieplanowanej i niespodziewanej ciąży**, długość starania się o zajście w ciążę, a także czy wystąpiły dotychczas **straty ciąży**.

Na psychikę kobiety duży wpływ ma również przebieg wcześniejszych porodów.

Istotna jest również **rodzina pochodzenia**, czyli tak jak wspomniałam wcześniej, czy matka naszej pacjentki nie miała stanów depresyjnych po porodzie, jakie było nasze dzieciństwo, z jakich rodzin pochodzimy oraz jakie mamy **relację z bliskimi**. To co może być wyzwaniem to, w jaki sposób my byliśmy zaopiekowani w dzieciństwie, jaka była nasza relacja z matką. **Czas ciąży to wyjątkowy okres, kiedy otwierają się wszystkie emocje związane z naszym dzieciństwem.**

Czego aktualnie kobiety boją się najbardziej?

Z mojej perspektywy, pacjentki obawiały się jak poradzą sobie zarówno podczas porodu i pierwszych dni z noworodkiem, a najbardziej tego, aby nie zostały **rozdzielone ze swoim dzieckiem**.

Sylwia Kuczyńska-Horst dodała, iż należy jednak pamiętać, że rozstania matki z nowo narodzonym dzieckiem zdarzają się, i to nie tylko ze względu na pandemię. Niekiedy zachodzi konieczność transportu matki, bądź dziecka do innego, wielospecjalistycznego szpitala.

– To są bardzo trudne dla psychiki kobiet sytuacje i niosą za sobą szereg możliwych **konsekwencji**, tj. podwyższony poziom lęku, obniżony nastrój. Mogą również wystąpić większe **problemy z rozpoczęciem i utrzymaniem laktacji**.

Psycholog dodała, iż w zależności od tego, jaki jest stan zdrowia kobiety bądź dziecka mogą pojawić się stany depresyjne. Należy pamiętać, że **obniżony nastrój ma wpływ również na proces leczenia**. Pacjentka rozdzielona z dzieckiem przeżywa również **całą paletę emocji** tj. tęsknota za dzieckiem, żal z powodu rozdzielenia, złość.

Niewątpliwie dużym obciążeniem psychicznym jest poród przedwczesny.

U matek wcześniaków występuje najczęściej duży poziom lęku zarówno o zdrowie, jak i życie swojego dziecka. U tej grupy kobiet można zauważyć **problemy ze snem** oraz ob-



jawy, charakterystyczne dla stanów depresyjnych. Mogą wystąpić również problemy z laktacją. Kobiety, które urodziły przedwcześnie mogą przeżywać emocje związane ze stratą, a to niewątpliwie wpływa na poczucie ich własnej wartości, jako matki.

Psycholog zwróciła również uwagę na **badania naukowe dotyczące matek dzieci wcześniaczo urodzonych**. Zgodnie z nimi, u tych pacjentek dość często diagnozowano objawy charakterystyczne dla zaburzenia PTSD, czyli zespołu stresu pourazowego.

Dotychczas kobiety, które były hospitalizowane na oddziale położniczym po porodzie przedwczesnym miały możliwość bycia przy dziecku tyle czasu, ile chciały. Ściągały wówczas pokarm, kangurowały, były przy nim. Jeżeli natomiast dziecko wymagało długiej hospitalizacji, a kobieta nie wymagała pobytu w szpitalu, była wypisywana, co oznaczało, że była mamą dochodzącą. Przed pandemią matki mogły przychodzić codziennie i być z dzieckiem od rana do wieczora, a na niektórych oddziałach mogły nawet wykupić łóżko i nocować.

Natomiast jak dodała Sylwia Kuczyńska-Horst **podczas pandemii kobiety mogły odwiedzać swoje dzieci w szpitalu dwa razy w tygodniu, a w niektórych szpitalach tej możliwości w ogóle nie było**.

W niektórych przypadkach hospitalizacja dziecka trwa kilka miesięcy i z powodu pandemii matka nie mogła być przy dziecku przez cały czas jego hospitalizacji. Niewątpliwie może to być trauma, zarówno dla dziecka, jak i rodziców.

Psycholog zaznaczyła, że według nowego **Standardu Opieki Okotoporodowej** osoba prowadząca ciążę ma obowiązek **zdiagnozować czynniki ryzyka depresji** w pierwszym i trzecim trymestrze ciąży. Jeżeli zachodzi taka potrzeba, kobietę należy skierować pod opiekę psychologiczną.

Z uwagi na zazwyczaj krótki, bo trzydniowy pobyt kobiet po porodzie moja pomoc ograniczała się jedynie do krótkich interwencji, jednorazowych, bądź dwukrotnych spotkań. Dłuższą opieką są objęte pacjentki hospitali-

zowane na Oddziale Patologii Ciąży, jak również matki dzieci przebywających w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka, ze względu na dłuższy czas pobytu.

Czy pacjentka przy wypisie ze szpitala otrzymuje jakąkolwiek informację o potrzebie kontynuowania terapii?

Zgodnie z procedurą po każdej konsultacji psychologicznej prowadzi się wpis do historii choroby. Jeżeli zauważam potrzebę konsultacji psychiatrycznej i podjęcie psychoterapii w trybie ambulatoryjnym przez pacjentkę, informuję ją o tym oraz wpisuję to w **zalecenia pokonsultacyjne**. Pacjentka otrzymuje te informacje w wypisie wraz ze **wskazaniem miejsc, gdzie mogłaby taką pomoc uzyskać**.

Sylwia Kuczyńska-Horst przyznała, że takich miejsc w Polsce, gdzie kobiety mogłyby bezpłatnie skorzystać z pomocy psychoterapeutycznej po porodzie niestety nie jest za wiele, ale zmienia się to na lepsze. Coraz więcej terapeutów decyduje się prowadzić psychoterapię kobiet w okresie okołoporodowym. Tego rodzaju pomoc można uzyskać m.in. w Poradniach Zdrowia Psychicznego dla dorosłych.

Pandemia niewątpliwie wpłynęła na wiele aspektów. Natomiast z jakimi problemami związanymi ze zdrowiem psychicznym spotkała się Pani w swojej praktyce przed pandemią?

Pracując w szpitalu spotykałam się z pacjentkami hospitalizowanymi z różnych powodów. W Oddziale Ginekologii spotykałam się z pacjentkami, które **poroniły**. W Oddziale Patologii Ciąży kobietom najczęściej towarzyszyły różnego rodzaju lęki, w zależności od tego z jakiego powodu były hospitalizowane. Konsultowałam również matki po trudnych, by nie powiedzieć **traumatycznych porodach**, matki w obniżonym nastroju, kobiety które w wywiadzie miały zdiagnozowane np. **zaburzenia nastroju, tokofobie czy zaburzenia psychotyczne**. Najczęściej moja praca polegała na wsparciu tych kobiet w ich macierzyństwie.

Jak więc wygląda to wsparcie psychologiczne w okresie okołoporodowym? Czy po wyjściu ze szpitala kobiety mają zagwarantowaną pomoc psychologa?

W szpitalu w którym do niedawna pracowałam nie było przyszpitalnej Poradni Zdrowia Psychicznego, która gwarantowałaby **opiekę ambulatoryjną na poziomie ciąży i po porodzie**. Dlatego po wyjściu kobiety ze szpitala, ten kontakt z pacjentkami traciłam. Są jednak w Polsce takie szpitale, w których takie poradnie są. Wówczas pacjentki prowadzone są zarówno podczas ciąży, jak i po porodzie.

Źródło: www.everethnews.pl

Zdażyć przed czasem – kampania szczepień przeciwko koronawirusowi SARS-CoV2

Z prof. dr. hab. Andrzejem Gładyszem rozmawia Aleksandra Szottys

O ile miniony rok upłynął pod znakiem zaciętej walki z bieżącymi skutkami pandemii koronawirusa, o tyle rok 2021 naznaczony będzie przede wszystkim szeroko zakrojoną kampanią szczepień przeciwko SARS-CoV-2. Informacja o rozpoczęciu szczepień wywołała skrajne emocje wśród społeczeństwa, począwszy od euforii i nadziei, po nieufność i lęk. Rozbieżności w opiniach są nieustannie wzmacniane medialnymi doniesieniami m.in. o niepożądanych odczynach poszczepiennych. W strumieniu sprzecznych informacji i fake newsów warto postuchać głosu specjalisty chorób zakaźnych, prof. dr. hab. Andrzeja Gładysza.

Aleksandra Szottys: Ile czasu zajmie zapanowanie nad epidemią po rozpoczęciu szczepień? Innymi słowy, kiedy możemy oczekiwać powrotu naszego życia do stanu sprzed wybuchu pandemii? Czy jest to w ogóle możliwe?

Prof. dr hab. Andrzej Gładysz: Zmartwię zarówno panią, jak i czytelników, ponieważ trudno jest na to pytanie odpowiedzieć. Dotychczasowy przebieg epidemii wskazuje, że wirus doskonale radzi sobie w środowisku, a jego wyhamowania możemy spodziewać się dopiero po generalnym zaszczepieniu większości populacji. W tej chwili widzimy, że odporność po przechorowaniu jest zróżnicowana czasowo i, co gorsze, mamy coraz więcej, choć nie dużo, doniesień o powtórnych zachorowaniach u ozdowieńców. Część z nich jest spowodowana tym samym genotypem wirusa, który był przyczyną pierwszego zachorowania, co daje podstawy do twierdzenia, że uzyskana odporność nie jest głęboka i trwałą. Należałoby się spodziewać, znając etiopatogenezę chorób zakaźnych i mechanizm ich szerzenia się, że przechorowanie powinno uodpornić człowieka na dalsze kontakty z patogenem. Nie wykluczam, biorąc pod uwagę moje doświadczenie zawodowe w dziedzinie chorób zakaźnych, że pandemia, nawet przy bardzo szerokiej akcji szczepień i odsetku wyszczepialności populacji świata przekraczającym przynajmniej 60%, może potrwać kilka lat. Drugi rok trwania pandemii już się zaczął i obawiam się, że kolejne dwa są jeszcze przed nami. Dalsze wnioski na ten temat będzie

można wysnuwać dopiero w drugiej połowie roku, szczególnie po obserwacji krajów, w których wyszczepialność już obecnie jest duża np. Izraela czy Wielkiej Brytanii. Miejmy nadzieję, że tamtejsze obserwacje dostarczą nam podstaw do bardziej precyzyjnego i uprawdopodobnionego prognozowania.

A. S.: Jak długo utrzymuje się odporność po zaszczepieniu? Czy możliwy jest scenariusz, w którym cały świat systematycznie co kilka lat będzie przechodził ponowne zakażenie?

A.G.: Oczywiście z pomocą kolegów matematyków i przy zastosowaniu odpowiednich modeli statystyczno-naukowych przewiduje się kilka scenariuszy, ale to są tylko dywagacje. Tzw. falowość obecnego przebiegu pandemii źle prognozuje, a dodatkowo sygnały o zachorowaniach wśród osób już zaszczepionych dowodzą, co warto wszystkim przypomnieć, że wytworzenie odporności poszczepiennej wymaga czasu. W związku z powyższym wszystko będzie zależało od tego, jak szybko i w jakim stopniu nasz układ odpornościowy zareaguje na materiał szczepionkowy.

A. S.: Jaka jest podstawowa różnica między stosowanymi w Polsce szczepionkami BioNtech-Pfizer i Moderny?

A. G.: Różnicy technologicznej właściwie nie ma. Szczepionki są wytworzone nowoczesną metodą z wykorzystaniem inżynierii genetycznej, polegającą na wprowadzeniu człowiekowi szczepionemu „instrukcji” mRNA,

która jest „zapalnikiem” pobudzającym do wytwarzania przez komórki odpornościowe białka wirusowego, odpowiedzialnego za jego zakaźność. Dopiero w odpowiedzi na niego, co wymaga czasu (nawet do trzech tygodni), układ odpornościowy wytwarza właściwe przeciwciała, których zadaniem jest zneutralizowanie wirusa przy każdej próbie jego wtargnięcia do organizmu. Różnica między tymi szczepionkami a szczepionkami, które są w fazie procedur dopuszczeniowych, czyli tzw. klasycznymi, jak np. *oksfordzka* i *johnsonowska*, polega na użyciu bezpiecznego, ale naturalnego fragmentu materiału genetycznego wirusa, a związanego w szczepionce z wektorem, jakim jest inny nieaktywny wirus, który spełnia w tym wypadku tylko rolę transportera.

Przy tej okazji, w związku z licznymi fałszywymi informacjami, tym wszystkim, którzy boją się szczególnie szczepionek opartych na mRNA i którzy czytali albo słyszeli o wyimaginowanych genetycznych korektach mających zachodzić u szczepionych, czy integracji materiału szczepionkowego z ich własnym DNA, chcę uświadomić to, o czym zapewne wiedzą, że organizm ludzki posiada mechanizmy ochronne, bowiem wytwarza np. RNazy, substancje biologiczne zdolne do rozkładu RNA, szczególnie będącego obcym genetycznym materiałem dla człowieka. Warto wspomnieć, że najważniejszym elementem kampanii szczepień będzie przede wszystkim to, czy zostanie zachowana odpowiednia staranność przy procesie logistyki szczepienia, głównie mam na myśli transport w bezwzględnie wy-

maganych warunkach chłodniczych, rozmrażanie i właściwe zadysponowanie szczepionkami. Najbardziej obawiam się wakcynacji szczepionką o osłabionej aktywności, np. z powodu niewłaściwego transportowania, a później przechowywania, gdyż może to prowadzić do szczepienia tzw. „jałowego”, a więc nieskutecznego, preparatem pozbawionym materiału indukującego odporność. Jednakże, w obecnej akcji liczę na odpowiedzialność zarówno dystrybutorów i organizatorów, jak i zespołów szczepiących, która zagwarantuje i nie dopuści do jakichkolwiek zaniedbań, które przyczyniłyby się do tego typu zdarzeń w stanie tak ogromnych nadziei związanych ze szczepieniem przeciw COVID-19.

Z kolei jeśli okazałoby się, że jakiś odsetek osób po zaszczepieniu zachoruje lub nie zostaną u nich wykryte przeciwciała, koniecznym będzie przeanalizowanie wszystkich innych poza oceną stanu immunologicznego osób zaszczepionych. Warto w tym miejscu przypomnieć, że nie ma szczepionek stuprocentowo gwarantujących powstanie pełnej odporności. W najlepszym wypadku, zgodnie z informacją wytwórców, będzie to dotyczyło 95% osób zaszczepionych, a więc zawsze pozostanie margines 5% osób, które mimo prawidłowego zaszczepienia i otrzymania aktywnej szczepionki, mogą nie wytworzyć pełnej odporności, tj. opartej na przeciwciałach i tzw. pamięci komórkowej. Chcę zwrócić uwagę, że szczepienie ma na celu wytworzenie: zarówno odporności komórkowej, która polega na zapamiętaniu patogenu i rozpoznawaniu go w sytuacji, gdy on ponownie próbuje dostać się do organizmu oraz odporności humoralnej, czyli wyprodukowanie przez układ odpornościowy przeciwciał, które z kolei „powędrują” i skupią się w miejscu wtargnięcia wirusa i ewentualnie wywołanego stanu zapalnego, co dzieje się po otrzymaniu sygnału od tzw. komórek (limfocytów) „pamięci”. Na tym polega tzw. złożony proces powstawania odporności, zarówno naturalnej, jak i poszczepiennej.

A. S.: Brak badań klinicznych dot. dzieci poniżej 16 r. ż. uniemożliwia zaszczepienie tej grupy osób. Czy jest to istotna przeszkoda w drodze do uzyskania odporności stadnej?

A. G.: W medycynie panuje zasada, że dzieci do 12 r.ż. nigdy nie są wykorzystywane do badań, chyba że występuje szczególna sytuacja. Zwykle jest tak, że doświadczenia i obserwacje poczynione u szczepionych dorosłych przenosi się na dzieci. Przede wszystkim szczepi się nastolatków, w następnej kolejności dzieci młodsze. Praktyka ta umożliwia w przypadku wystąpienia ewentualnych działań niepożądanych właściwą ocenę oraz szybką i skuteczną reakcję. W przypadku koronawirusa sytuacja jest inna. Dzieci też mogą



zachorować, niekiedy bardzo ciężko, ale myślę, że większą uwagę trzeba zwrócić na pediatryczny, wieloukładowy zespół zapalny, który, co zaskakujące, pojawia się nierzadko. Mamy doniesienia zarówno ze wschodu świata, jak i z zachodu, gdzie pandemia dotknęła większą liczbę dzieci, że klasyczny przebieg zakażenia u dzieci zdarza się rzadko, natomiast częściej rozwija się zespół wielonarządowej reakcji zapalnej. Jednocześnie wymaga to analizy odnośnie do patomechanizmu, jakie skutki może ten zespół powodować, jeśli bowiem zaobserwowane zostaną trwalsze, narządowe lub układowe uszkodzenia, będzie to wskazówka, że również i dzieci należy zabezpieczyć przed koronawirusem poprzez szczepienia, pomimo że częściej są oni bezobjawowymi nosicielami i nie chorują równie dramatycznie jak dorośli. Niemniej jednak skłania to do podjęcia kolejnego etapu obserwacji klinicznych i prowadzenia badań, które przybliżą i być może wyjaśnią jego przyczynę. Będzie to konieczne w sytuacji przedłużania się pandemii w latach oraz w przypadku dalszej ewolucji obrazu klinicznego, czego, co jeszcze raz podkreślam, nie można wykluczyć.

A. S.: Kto będzie ponosił odpowiedzialność za pacjentów, u których wystąpią niepożądane odczyny poszczepienne?

A. G.: Mimo wyszczepienia dotychczas kilku milionów ludzi, nie ma szczególnie niepokojących sygnałów, poza przewidywanymi u osób, u których należało je brać pod uwagę na podstawie ich przeszłości i reakcji na inne szczepienia lub leki, również i witaminy np. witaminę B1, które zarejestrowano jako przyczyny wyzwalające silny wstrząs anafilaktyczny, a także, choć w mniejszym stopniu, inne produkty spożywcze czy ukąszenia. Tego typu nadwrażliwość powinna być szczególnym sygnałem obserwacyjnym. Oczywiście to nie

oznacza, że tego typu osób nie należy szczepić, jednak powinno być to uczynione z zachowaniem wszelkich środków ostrożności, czyli w punktach szczepień wyposażonych w sprzęt do reanimacji i w obecności lekarza, by w razie wystąpienia takiego odczynu mieć możliwość podjęcia odpowiedniego, skutecznego i profesjonalnego postępowania ratującego. Pewnego rodzaju dodatkową rekompensatą za ewentualne wystąpienie poważnych działań niepożądanych jest obecnie tworzony fundusz kompensacyjny, który będzie, w moim przekonaniu, w pewnym stopniu ekwiwalentem za niespodziewane cierpienia czy cięższe odczyny niepożądane.

A. S.: Jak wytłumaczyć sceptycyzm personelu medycznego w kwestii szczepień?

A. G.: Trochę mnie to dziwi, jedynym usprawiedliwieniem może być niewiedza, wiedza niezbyt dokładna czy po prostu niewłaściwie interpretowana albo rozumiana przez lekarzy niebędących specjalistami w zakresie chorób zakaźnych lub epidemiologami, ale myślę, że w tym przypadku personel medyczny, w szczególności lekarze, bardziej kierują się uwrażliwieniem na działania niepożądane, zwłaszcza te zaskakujące. Z drugiej strony każdy z fachowych pracowników medycznych ma świadomość, że nie ma ani leków bezpiecznych, ani tym bardziej szczepionek, które w 100% gwarantują bezodczynowość. W każdej sytuacji profesjonalista kalkuluje, co jest wartością nadrzędną, a w obecnej pandemii wartością nadrzędną jest dążenie do jej zahamowania oraz odpowiedzialność społeczna, a więc ochrona najbardziej narażonych członków społeczeństwa, szczególnie z grup ryzyka – niekoniecznie musi to być senior, ale też wszyscy obciążeni chorobami nowotworowymi, metabolicznymi typu cukrzyca, otyłość

itd. Każdy z pracowników medycznych, który ukończył pełne studia i wykonuje zawód, jest człowiekiem myślącym, rozumnym i musi zdawać sobie sprawę z korzyści i ewentualnych obciążeń szczepienia. Zakładam, że sceptycyzm personelu medycznego, poza skrajnymi postawami, niezrozumiałymi dla mnie w dobie trwającej pandemii, znacznie zmaleje.

A. S.: Jak wynika z ankiet, odsetek osób deklarujących niechęć do zaszczepienia się wciąż pozostaje bardzo wysoki. Tendencję tę widać szczególnie wśród osób w wieku 18–24 lata. Jakie działania powinny zostać podjęte, by dystans Polaków do szczepień zmniejszył się, a słowa „solidarność społeczna” nabrały znaczenia dla młodych ludzi?

A. G.: Młodziem, z powodu wieku, uważa się za osoby mniej zagrożone, tym bardziej, że w przypadku koronawirusa cały czas się mówi o tym, że młodzież jest mniej podatna na zarażenie, choć w przypadku pracowników ochrony zdrowia, a szczególnie lekarzy, nie mogę sobie wyobrazić, żeby nie mieć świadomości, że nie ma wśród naszego zawodu osób nietykalnych, czy uprzywilejowanych przez patogeny biologiczne i niestety, może się zdarzyć ciężki przebieg choroby u stosunkowo młodej osoby, kończący się zgonem, o czym wiemy z doniesień. Poza tym ważne są ostatnie publikacje z *Uniwersytetu Rockefellera* w Nowym Yorku czy zamieszczonych na łamach czasopism np. *The Lancet* i *The New England Journal of Medicine* z których wynika, że osoby młode, które przechorowały zakażenia bezobjawowo, zapadają na wirusa po raz drugi i, co gorsze, mogą być aktywnymi nosicielami. Należy oczekiwać od młodych pracowników medycznych społecznego podejścia do sprawy, nie tylko braku lęku o siebie, ale też troski o pacjentów i wszystkich innych z otoczenia, którzy z racji naturalnych obciążeń są bardziej podatni na zakażenie. Mam nadzieję, że odpowiednio prowadzona edukacja, wyjaśnienia zamieszczane w czasopiśmie medycznych, samorządowych czy resortowych będą dawką wiedzy uzupełniającej wszystkie niedobory, które z racji specjalności niezakaźnej czy innych przyczyn mogą mieć pracownicy medyczni.

A. S.: Czy szczepionka chroni w pełni przed transmisją wirusa COVID-19?

A. G.: Odpowiem jednoznacznie – niestety nie. Po pierwsze ze względu na wspomniany przeze mnie margines osób, u których szczepienie nie wywołuje odpowiedniej reakcji immunologicznej. W przypadku szczepionek tzw. klasycznych, czyli np. *oksfordzkiej* czy *Johnson&Johnson*, gdzie wektorem nie jest mRNA, ich skuteczność jest niższa i zróżnicowana. Przy przyjęciu granicznych wartości na poziomie

70%, co możemy uznać za wartość zbliżoną do szczepionek przeciwgrypowych, samo zaszczepienie się, bez sprawdzenia, czy rzeczywiście wytworzyła się odporność, nie może być gwarantem ochrony. Jest wręcz przeciwnie i niekiedy czas wytworzenia odporności się wydłuża, co wymaga odpowiedniej ostrożności interpretacyjnej tak długo, jak długo nie sprawdzimy, czy uzyskaliśmy odporność i jak wysoce jest ona skuteczna. Przestrzegam też i sygnalizuję, że obecnie nie mamy jednoznacznie ustalonego pewnego granicznego miana przeciwciał, powyżej którego jesteśmy chronieni. Apeluję przede wszystkim do lekarzy, żeby zachowali zdrowy rozsądek i nakłaniali swoich pacjentów do zachowania, pomimo zaszczepienia, niezbędnej jeszcze odpowiedniej ostrożności przeciwepidemicznej.

A. S.: Szczepienia dla populacji ogólnej mają być realizowane m.in. przez przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej. Jak w związku z tym ograniczenia natury operacyjnej i logistycznej mogą się pojawić w codziennej praktyce pracowników punktów szczepień?

A. G.: Najważniejsza będzie logistyka, a więc odpowiednia procedura rejestrowania osób i ich zapraszania. Najlepiej byłoby, gdyby osoby były zapraszane na konkretną godzinę, a tym samym nie musiały oczekiwać w kolejkach lub w większym skupisku ludzkim. Inną kwestią jest to, by profesjonalnych punktów szczepień było na tyle dużo, żeby można było w najkrótszym możliwym czasie wyszczepić jak największą populację. Dużo będzie zależało od sprawności organizacyjnej, ale też staranności logistycznej tego procesu. Poza tym po szczepieniu konieczna jest obserwacja, przynajmniej półgodzinna, a więc niezbędne jest zapewnienie miejsca właściwego do jej odbycia, w razie potrzeby z możliwością natychmiastowego kontaktu z lekarzem. Widać więc wyraźnie, że logistycznie organizatorzy i podmioty lecznicze są znacznym w stopniu obciążeni dodatkowymi obowiązkami. Myślę, że w tym wypadku izby lekarskie i pielęgniarskie mają duże pole do popisu, ponieważ mogą służyć doświadczeniem, wskazówkami i pomocą, a być może zachęcać lekarzy i personel medyczny do szerszego włączenia się w logistykę procesu szczepienia. Wszystko będzie zależało od dostępności personelu i czasu, jaki będzie przeznaczony na to szczepienie. Z dotychczasowych sygnałów wynika, że odsetek pacjentów do przyjęcia w punktach szczepień wzrósł. Z jednej strony wskutek tego cały proces szczepienia będzie trwał dłużej, ale miejmy nadzieję, że posłuży on do wypracowania najlepszych możliwych standardów. Musimy więc liczyć się z tym, że pandemia będzie towarzyszyła nam dłużej, w związku z czym będzie więcej ofiar, ale też więcej wiarygodnych

i zróżnicowanych obserwacji reakcji poszczepiennych, jak i przebiegu pandemii w środowisku osób zaszczepionych.

A. S.: Wiadomo, że osoby, które z różnych powodów nie będą mogły skorzystać ze szczepienia stacjonarnie, skorzystają z mobilnych punktów szczepień. Czy takie rozwiązanie będzie w pełni bezpieczne w przypadku wystąpienia u pacjenta wstrząsu anafilaktycznego?

A. G.: Być może nie wszyscy zdają sobie sprawę, że mobilne punkty szczepień muszą być również wyposażone w leki i sprzęt reanimacyjny w razie wystąpienia wstrząsu lub innych niepożądanych działań, jak alergię i zastąpienia u osób objętych ich usługą. Reakcja musi być natychmiastowa i przeprowadzona profesjonalnie. Zakładam, że podmioty odpowiedzialne za przygotowanie punktów o tym wszystkim pomyślały i są gotowe do tego typu działań. Oczywiście zdarzyć się mogą pojedyncze nieprzewidywalne przypadki, ale, zgodnie z utartym powiedzeniem, że niepowodzeń nie ma tylko tam, gdzie się nic nie robi, bądźmy optymistami i pomimo niewiedzy na temat tego, jak długo potrwa szczepienie społeczeństwa, miejmy nadzieję, że będzie się ono odbywało według najlepszych standardów zawodowych i formalnych oraz z zachowaniem pełnego bezpieczeństwa. Najważniejsze jest zwiększenie dostępności szczepionek na tyle, żebyśmy mogli wyszczepić wszystkich, którzy niecierpliwie na ten proces czekają.

PROF. DR HAB. ANDRZEJ GŁADYSZ

Emerytowany wieloletni konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, obecnie profesor Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy. Autor i współautor kilkunastu monografii i podręczników medycznych oraz ponad trzysetu publikacji naukowych. Laureat Zespołowej Nagrody Jędrzeja Śniadeckiego PAN za test szybkiego wykrywania wirusowych zapaleń wątroby. Wielokrotnie odznaczany i wyróżniany nagrodami państwowymi. W 2005 roku wyróżniony wraz z zespołem katedry i kliniki nagrodą prezydenta Wrocławia, a w 2018 roku odznaką honorową „Zasłużony dla Województwa Dolnośląskiego”.

Apeluję przede wszystkim do lekarzy, żeby zachowali zdrowy rozsądek i nakłaniali swoich pacjentów do zachowania, pomimo zaszczepienia, niezbędnej jeszcze odpowiedniej ostrożności przeciwepidemicznej.

Źródło: Medium Nr2/2021 (366) luty 2021

„Traktuję pacjentów tak, jakbym chciała, aby traktowano moje dziecko”

– praca pielęgniarki neonatologicznej

Autor: Marta Bogucka

Praca na oddziale opieki nad noworodkiem wymaga od pielęgniarki szczególnych kompetencji. Aby dbać o najmłodszych pacjentów, musi ona nie tylko mieć rozległą wiedzę medyczną, ale też umieć łączyć empatię i delikatność z profesjonalizmem. O trudach i wyzwaniach pracy na oddziale neonatologii mówią dla Evereth News pielęgniarki Agnieszka Katarzyna Lesiak, Barbara Talecka i Paulina Piotrowska.

POTRZEBA EMPATII

Paulina Piotrowska, pielęgniarka neonatologiczna ze Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny w Warszawie, zwraca uwagę, że praca przy noworodkach wymaga od pielęgniarki szczególnych predyspozycji charakteru:

– Nie każdy odnajduje się w pracy przy noworodku. Pracę na oddziale neonatologii trzeba kochać i wkładać w nią całe serce, bo tylko wtedy możemy wykonywać naszą pracę na 100 procent. Empatia i ciepły charakter bardzo w tym pomagają. Dzięki temu możemy się wczuć w sytuację dziecka i rodziców i pomóc im przetrwać trudne momenty. Praca z chorym noworodkiem wymaga od nas dużego zaangażowania i delikatności.

Agnieszka Katarzyna Lesiak, pielęgniarka z Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach, przyznaje natomiast, że w pracy na neonatologii trudno jest zachować profesjonalny dystans:

– Uwielbiam swoich małych pacjentów. Część moich koleżanek pielęgniarek może uznać, że to nieprofesjonalne, ale jeśli pacjenci spędzają na moim oddziale długie miesiące, to traktuję ich tak, jak bym chciała, aby traktowano moje dziecko. Często wspominam swoich małych podopiecznych, utrzymuję też kontakt z ich rodzicami, dzięki czemu widzę, jak się rozwijają.

KOMPLEKSOWA OPIEKA

Barbara Talecka, pielęgniarka neonatologiczna, która także pracuje w Szpitalu

Specjalistycznym im. Świętej Rodziny w Warszawie, zwraca uwagę, że do zadań pielęgniarki zajmującej się noworodkami należy przeprowadzenie wielu badań i zabiegów:

– Pracę rozpoczynam od wykonania u dziecka szczepień przeciwko gruźlicy (BCG) i wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Przed wykonaniem zabiegów konieczne jest sprawdzenie dokumentacji dziecka, a w szczególności kwalifikacji do szczepień wystawionej przez lekarza neonatologa oraz zgody rodziców na wykonanie zabiegów – wyjaśnia pielęgniarka. – Po wykonaniu szczepień moim obowiązkiem jest sporządzenie dokładnej dokumentacji: uzupełnienie historii rozwoju noworodka, książeczki zdrowia dziecka, karty uodpornienia, system AMMS. Następnie dostaję skierowania na pobranie materiału do badań laboratoryjnych i badań przesiewowych u noworodków. Zabiegi te wykonujemy w pokojach pacjentów, w obecności rodziców.

Paulina Piotrowska zauważa natomiast, że każdy dyżur stawia przed pielęgniarką neonatologiczną inne wyzwania w zakresie opieki nad dziećmi:

– Nie istnieje coś takiego jak typowy dyżur. Każdy jest inny i stawia przed nami nowe wyzwania, zmusza do szukania nowych rozwiązań. W zależności od tego, na jakim odcinku oddziału obejmujemy dyżur, mamy do wykonania inne zadania. Mamy pod opieką zdrowe i chore noworodki. Do naszych obowiązków należy pielęgnowanie i karmienie dzieci, pobie-

ranie krwi do badań, podawanie zleconych leków, zakładanie wkłuc dożylnych. Standardowo każdy noworodek zostaje zaszczepiony w pierwszej dobie życia przeciwko żółtacze typu B oraz gruźlicy, chyba że rodzice nie wyrażają na to zgody, co niestety zdarza się dość często. Po ukończeniu przez noworodka drugiej doby życia wykonujemy u niego badania przesiewowe w kierunku chorób metabolicznych oraz badanie słuchu. Ponadto uczestniczymy w trudnych porodach i cięciach cesarskich. Nie możemy także zapominać o dokumentacji.

Agnieszka Katarzyna Lesiak zauważa natomiast, że praca pielęgniarki neonatologicznej wymaga dużej skrupulatności, uważności, ale też delikatności:

– Mali pacjenci wymagają stałej, regularnej opieki – tłumaczy pielęgniarka. – Co trzy godziny należy przeprowadzić odpowiednią pielęgnację – zmienić pieluszkę, nakarmić, a jeżeli dziecko nie jest karmione drogą fizjologiczną, trzeba sprawdzić poziom zalegania treści żołądkowej. Konieczna jest także regularna podaż leków.

WSPARCIE DLA RODZICÓW

Paulina Piotrowska zauważa, że do ważnych zadań pielęgniarki neonatologicznej należy także edukowanie i wspieranie młodych rodziców w opiece nad dzieckiem:

– Nie możemy zapominać o rodzicach, którzy też potrzebują naszego wsparcia. Ja mam bardzo dobry kontakt z rodzicami moich małych pacjentów, rozumiem ich emo-



cje. Staram się wyczerpująco odpowiadać na zadawane mi przez nich pytania i przekonuję ich, że powinni swobodnie pytać o wszystko, czego nie wiedzą lub nie są pewni. Pokazuję rodzicom moich pacjentów, jak prawidłowo pielęgnować noworodka, jak go kąpać, jak wykonywać toaletę rany po pępowninie. Moja praca obejmuje także pomoc młodym mamom w przystawianiu dzieci do piersi oraz kształtowanie u nich prawidłowych technik karmienia. Rodzice chętnie przyjmują rady pielęgniarek i stosują się do naszych zaleceń.

Zdarzają się zarzuty młodych mam, że są źle traktowane przez personel oddziału neonatologicznego, że podejście pielęgniarek jest zbyt ostre i krytyczne. Uważam, że takie sytuacje absolutnie nie powinny mieć miejsca. Pielęgniarki są od tego, by wspierać rodziców.

Barbara Talecka tłumaczy, że rodzice przebywających na oddziale neonatologicznym dzieci to bardzo zróżnicowana grupa, co sprawia, że pielęgniarka musi się wykazać dużym wyczuciem, by do każdej mamy podejść indywidualnie i z empatią:

– W swojej pracy spotykam pacjentki rodzące po raz pierwszy, jak również doświadczone mamy, które rodzą kolejne dziecko. Każda z nich przeżywa inne niepokoje dotyczące

stanu zdrowia dziecka, karmienia, pielęgnacji. Każda wymaga indywidualnego traktowania, spokoju i cierpliwości. Do nas, pielęgniarek, należy ocena potrzeb i kompetencji rodziców i umiejętne dotarcie do nich z właściwymi radami i informacjami.

Barbara Talecka zwraca także uwagę, że w relacji z rodzicami noworodków czasami nie da się uniknąć sytuacji stresowych, które wymagają od pielęgniarki odpowiedniej postawy i umiejętności zapanowania nad stresem – zarówno własnym, jak i rodziców:

– Noworodki to bardzo mali, delikatni pacjenci. Kiedy pobieramy u nich krew, często spotykamy się z nerwowością, a nawet płaczem matek podczas wykonywania zabiegu. Pielęgniarka musi w takiej sytuacji zachować spokój, wykazać się opanowaniem i wykonać zabieg precyzyjnie, aby uspokoić rodziców. Jeżeli uda się to zrobić, później można usłyszeć miłe słowa i podziękowania za profesjonalną opiekę. To sprawia, że chcę jak najdłużej wykonywać swoją pracę.

Zgadza się z tym **Agnieszka Katarzyna Lesiak**, która zauważa, że wdzięczność rodziców to najlepsza zapłata za wykonaną pracę:

– Gdy dzieci trafiają na nasz oddział, ich rodzice nie zawsze są przygotowani na nową sytuację. Jako pielęgniarka muszę być wtedy wyrozumiała, cierpliwa. Sama jestem mamą

i staram się rozumieć emocje, jakich doświadczają rodzice moich pacjentów. Zdarzają się sytuacje trudne, dramatyczne, na które rodzice nie są przygotowani. Przeżywam je wtedy razem z nimi, to cena za przywiązanie do małych pacjentów. Ale kiedy rodzice wychodzą z oddziału uśmiechnięci i mówią: „Dziękujemy za nasz skarb”, kiedy słyszę, że jestem najlepszą ciocią dla moich pacjentów, to są najlepsze chwile w mojej pracy.

TRZEBA MIEĆ POWOŁANIE

– Neonatologia to bardzo rozległa i specyficzna gałąź medycyny, dlatego żeby wykonywać zawód pielęgniarki neonatologicznej, trzeba mieć określone predyspozycje i powołanie – podkreśla **Paulina Piotrowska**.

Agnieszka Katarzyna Lesiak podsumowuje natomiast:

– Praca z dziećmi to nie jest tylko zawód. Potrzebne jest do niej powołanie, to coś, co sprawia, że jesteśmy odporne na stres, mamy cierpliwość i empatię dla maluszków oraz ich rodziców. Ja wybrałam swój zawód świadomie i odczuwam z pracy ogromną satysfakcję. Szczególnie wtedy, gdy pacjent szczęśliwie wychodzi do domu. Daje mi to ogromną motywację.

Źródło:

www.everethnews.pl

Karmienie piersią po cesarce.

Wywiad z ekspertką

Z mgr Elwirą Berezowską rozmawiała Natalia Janus

Badania naukowe dowodzą, że karmienie piersią jest ważne zarówno dla zdrowia dziecka, jak i matki. O tym z jakimi problemami dotyczącymi karmienia spotykają się najczęściej kobiety po porodzie drogą cięcia cesarskiego oraz kiedy najwcześniej można przystawić dziecko do piersi po cesarce w rozmowie z Evereth News położna środowiskowo-rodzinna, Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny, pielęgniarka mgr Elwira Berezowska.

Badania naukowe dowodzą, że karmienie piersią jest ważne zarówno dla zdrowia dziecka, jak i matki. Jak przypomniła ekspertka, wyłączone karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia to uznany na całym świecie **złoty standard żywienia niemowląt**. Mleko kobiece jest idealnie dostosowane do potrzeb rozwijającego się organizmu.

Kobiety bardzo często boją się tego, że po cięciu cesarskim dziecko dostanie jako pierwszy pokarm mleko z butelki. Ile czasu dziecko po porodzie „nie musi jeść”?

Jak tłumaczy **Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny**, jeśli pierwsze karmienie po cięciu cesarskim miało miejsce w pierwszej godzinie po porodzie i było efektywne, czyli noworodek otrzymał niewielką ilość siary (zazwyczaj 2–10 ml) to zwykle w kolejnych godzinach (6–20 godzin) może spać i nie wykazywać większej aktywności. Może w tym czasie ulewać wodami płodowymi. Dlatego warto zachęcać dziecko do ssania, ale nie zmuszać.

– **Nie ma też konieczności dokarmiania dziecka mieszanką modyfikowaną.** Natura przygotowuje noworodki na poród, kumulując w postaci glikogenu w wątrobie i innych ważnych narządach ilość energii wystarczającą, aby utrzymać dziecko przy życiu przez dwa, trzy dni. Dlatego wiele noworodków po porodzie nie czuje głodu.

Jak to jest z karmieniem piersią po cesarskim cięciu?

Aktywność dziecka wzrasta w drugiej dobie życia. Chce ono bardzo często ssać pierś. Jak podkreśliła ekspertka, **należy na to pozwolić i nie ograniczać ilości i długości sesji ssania**. Efektem tej aktywności przy piersi jest zwiększona produkcja mleka w trzecim, czwartym dniu i wówczas zwykle obserwujemy nawet pokarmu. Ważna jest też ocena poprawności przystawienia dziecka do piersi.

Jeśli dziecko jest nieprawidłowo przystawione do piersi to nie ma możliwości efektywnego pobierania pokarmu.

– **Na skutek podawanych podczas cięcia cesarskiego płynów dożylnych** dochodzi do obrzęku brodawki i otoczki, co powoduje, że dzieci mają problem z jej uchwyceniem. Wielokrotne próby przystawienia dziecka kończą się bolesnością i ranami na brodawkach. Kobiety otrzymują wówczas informację, że mają „płaskie brodawki” w sytuacji, gdy rzeczywistość tak nie jest.

Jak zauważyła Elwira Berezowska, na gminnie otrzymują wtedy zalecenia **stosowania nakładek**, często niestety w niewłaściwym kształcie i rozmiarze. To z kolei powoduje, że mama jest zestresowana, dziecko niespokojne i nadal nie potrafi zassać piersi. Wtedy łatwo przekonać kobietę, że nie ma wystarczającej ilości mleka i konieczne jest dokarmianie mieszanką.

– Mieszanka podawana jest butelką ze smoczkami, a **mechanizm ssania smoczka różni się od ssania piersi**. Podając mieszankę ograniczamy też dziecku możliwość ssania piersi i w ten sposób przyczyniamy się do zaburzeń laktacji. Również podawanie w tym krytycznym czasie smoczków do uspokojenia przyczynia się do zmniejszenia produkcji mleka.

Ekspertka zwróciła uwagę, że zachowanie noworodka może być różne w zależności od tego jak przebiegał poród, czy było to cięcie elektryczne czy z przyczyn nagłych, ile leków otrzymała matka podczas porodu, a także jaki zastosowano rodzaj znieczulenia.

Kiedy najwcześniej kobieta może przystawić dziecko do piersi po cesarskim cięciu?

Zgodnie z obowiązującym standardem opieki okołoporodowej dziecko po cięciu cesarskim powinno mieć zapewniony kontakt skóra do skóry najwcześniej jak to jest możli-

we. Ten kontakt skóra do skóry jest kluczowy dla inicjacji laktacji. Czas w którym przystawimy dziecko do piersi po cięciu cesarskim jest uzależniony od rodzaju znieczulenia.

– Zwykle po znieczuleniu ogólnym, mama jest bardziej senna i zmęczona. Podobnie noworodek może być ospaty. Jeśli mimo prób przystawiania dziecko nie ma ochoty ssać pozwólmy mu odpocząć w ramionach mamy. Po znieczuleniu przewodowym noworodek może być przystawiony do piersi tak szybko jak to jest możliwe, najlepiej jeszcze na sali operacyjnej. Jeśli w ciągu 2-6 pierwszych godzin po porodzie nie ma możliwości skutecznego przystawienia dziecka do piersi, należy rozpocząć stymulację laktatorem.

W jakiej pozycji najlepiej karmić przez pierwsze dni po cięciu cesarskim?

Jak wyjaśniła Elwira Berezowska, karmienie dziecka powinno się odbywać w pozycji, w której kobieta czuje się komfortowo i nie odczuwa dolegliwości bólowych. Bezpośrednio po cięciu cesarskim jest to najczęściej **pozycja leżąca na wznak**. Dziecko może leżeć wzdłuż ciała mamy lub skośnie, podtrzymywane dłońmi mamy. Jest to najbardziej naturalny sposób. Ręce kobiety powinny być podparte poduszkami.

– Ta pozycja wspiera naturalne zachowania i odruchy, dlatego idealnie sprawdzi się też przy karmieniu noworodków, które odmawiają ssania. Sprawdza się też **pozycja na boku** z głową opartą na poduszkach. Nie powoduje ucisku na ranę oraz odciąża kręgosłup. Często w kolejnych dniach mamy wybierają pozycję siedzącą w wygodnym fotelu. W każdej z pozycji do karmienia zarówno mama, jak i dziecko powinny czuć się komfortowo. Ręce powinny być oparte, a ramiona rozluźnione. Warto mieć poduszkę podpierającą lub poduszkę do karmienia, a pod kolana i stopy – podparcie.



Dlaczego u kobiet po cesarskim cięciu często nawet pokarmu jest opóźniony? Jak go pobudzić?

Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny potwierdziła, że niezależnie od tego w jaki sposób odbył się poród czy drogami natury czy przez cięcie cesarskie, **w momencie urodzenia łożyska następuje znaczny wzrost poziomu prolaktyny**, która odpowiada za początek produkcji pokarmu. Dodatkowo wydzielanie prolaktyny jest wzmacniane przez kontakt „skóra do skóry” mamy i dziecka. Jeśli ten kontakt jest wystarczająco długi, niezakłócony przez procedury szpitalne typu badanie, ważenie, mierzenie czy ubieranie to jest olbrzymia szansa, że dziecko samo znajdzie pierś i przyssie się do niej.

– To pierwsze przystawienie do piersi w pierwszej godzinie życia i kolejne odpowiednio częste i długie stymulowanie piersi przez ssanie jest istotne dla pomyślności karmienia. Warto też wspomóc się preparatami wspomagającymi laktację. Niestety w wielu szpitalach noworodki po cięciu cesarskim są oddzielone od mam, nie mają zapewnionego kontaktu skóra do skóry, który jest kluczowy dla produkcji pokarmu. A jeśli ten kontakt jest to jest on bardzo krótki.

Jak zauważyła ekspertka, również pierwsze przystawienie do piersi bywa opóźnione, czasami ma miejsce dopiero po kilku godzinach. Ponadto panuje powszechne przekonanie, zarówno wśród pacjentek, jak i personelu, że po cięciu cesarskim „nie ma pokarmu” i podaje się dziecku butelkę z mieszanką lub glukozą. Takie praktyki zaburzają naturalny proces laktacji i tym samym opóźniają wystąpienie nawału.

Jak ważne jest wsparcie położnych czy konsultantów laktacyjnych w opiece nad kobietą pod kątem pojawiających się problemów z laktacją i promowanie przez nich karmienia piersią?

Położna przyznała, że karmienie piersią potrzebuje wsparcia i instruktażu. Również

przygotowania merytorycznego ze strony matek, ojców, osób najbliższych karmiącej matce. A gdy pojawią się problemy potrzeba wiedzy i umiejętności specjalisty.

– Niestety specjalistyczna porada laktacyjna dla przeciętnej kobiety jest słabo dostępną usługą medyczną. Konsultantów i doradców laktacyjnych jest w kraju niewiele, a porada laktacyjna nie jest procedurą finansowaną przez NFZ. W związku z tym matki szukają przede wszystkim pomocy u lekarzy i położnych, a ci nie zawsze mają wystarczającą, aktualną wiedzę na temat laktacji.

Jak zauważyła specjalistka, wiele jest tzw. „**samozańczych doradców**”, którzy nie znają najnowszych badań, obowiązujących zaleceń i powielają mity często oparte na własnym nie zawsze udanym doświadczeniu karmienia piersią czy też wiedzy wyniesionej ze studiów 30 lat temu.

– Jeszcze większym problemem jest brak rzetelnej wiedzy wśród lekarzy specjalistów, do których trafiają mamy karmiące z problemem zdrowotnym. Tam zwykle są wręcz dyskryminowane przez psychiatrów, endokrynologów, okulistów, dermatologów **nakazujących zaprzestania karmienia przed rozpoczęciem leczenia**. Chcąc zapewnić pacjentkom efektywną opiekę najwyższej jakości powinniśmy na każdym poziomie przekazywać spójne, oparte na dowodach naukowych informacje i współpracować w zespole terapeutycznym.

Jakie składniki znajdują się w mleku matki?

Mleko kobiece zawiera wszystkie niezbędne **składniki odżywcze** w odpowiedniej ilości i proporcjach (poza Wit.D i K) oraz **substancje bioaktywne**: czynniki stymulujące układ immunologiczny, czynniki przeciwzapalne, przeciwbakteryjne, hormony, czynniki wzrostu, antyoksydanty oraz komórki macierzyste.

– Mleko matki zmienia się w zależności od potrzeb dziecka. Karmienie piersią jest czymś więcej niż tylko pożywieniem. Wspiera prawi-

idłowy rozwój fizyczny, poznawczy i emocjonalny dziecka. Każda sesja karmienia podnosi poziom oksytocyny „hormonu miłości” co wspomaga nawiązywanie więzi. Ssanie piersi wpływa na prawidłowy rozwój twarzoczaszki i chroni przed wadami zgryzu, zmniejsza ryzyko rozwoju próchnicy wczesnodziecięcej.

Przeciwnowotworowe działanie mleka kobiecego

Jak dodała Elwira Berezowska, w żołądku dziecka karmionego piersią **z połączenia alfa-laktoalbuminy oraz kwasu oleinowego powstaje cząsteczka HAMLET**, która ma działanie przeciwnowotworowe. Mleko kobiece jest też jednym z filarów tzw. programowania metabolicznego.

– Badanie przeprowadzone w USA wykazało, że w mózgach dzieci, które były karmione wyłącznie piersią co najmniej 3 miesiące znajduje się **20-30% więcej substancji białej** w porównaniu do dzieci, które nie były karmione piersią. Karmienie piersią to najlepsza inwestycja w zdrowie, ponieważ zmniejsza ryzyko zachorowania na wiele chorób w dzieciństwie i dorosłości. Dzieci karmione piersią rzadziej chorują na choroby infekcyjne, takie jak: biegunki infekcyjne, infekcje układu oddechowego, zapalenie ucha środkowego, zakażenia układu moczowego, bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. A jeśli zachorują tagodniej je przechodzą.

Ekspertka podkreśliła również, że u osób, które były karmione piersią rzadziej występują nadwaga i otyłość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, astma, atopowe zapalenie skóry, chłoniaki niezłośliwe i ziarnica złośliwa, białaczki limfatyczne i szpikowe, choroba Leśniowskiego-Crohna.

Karmienie piersią ma również wiele zalet dla kobiety

Według położnej, karmienie piersią jest przede wszystkim wygodne. Obniża ryzyko zachorowania na **depresję poporodową**. Oksytocyna wydzielana podczas ssania ma właściwości uspokajające, obniżające lęk i napięcie nerwowe.

– W działaniu długoterminowym obniża zachorowania na nowotwory piersi i jajników. Ryzyko zachorowania obniża się o 7% z każdym urodzonym dzieckiem i o kolejne 4% z każdym kolejnym rękiem karmienia piersią. Mniejsze jest też ryzyko zachorowania na osteoporozę.

Elwira Berezowska zauważyła także, że kobieta karmiąc piersią ma wpływ nie tylko na zdrowie swojego dziecka, ale także na stan naszej planety. Karmienie naturalne jest ekologiczne. Nie wymaga opakowania, nie powoduje powstawania śmieci, pozwala oszczędzać surowce i energię.

Przerwa w wykonywaniu zawodu – ważne informacje

SZANOWNI PAŃSTWO

Poniżej przedstawiamy informacje o możliwości powrotu do wykonywania zawodu poprzez wybranie jednej z dwóch propozycji.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Potożnych w Jeleniej Górze informuje, że od dnia

1 stycznia 2021 r. nastąpiła zmiana w zasadach przeszkolenia pielęgniarki i położnej w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu.

1. Zmiana obowiązuje i dotyczy wyłączenie okresu ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii.

* W Ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej wprowadzono zmiany w art. 26 dodając pkt 5 w brzmieniu:

„W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii pielęgniarka lub położna, o której mowa w ust.1, jest zwolniona z odbycia przeszkolenia, o którym mowa w ust.1, pod warunkiem że przez pierwsze 3 miesiące wykonywania zawodu udziela świadczeń zdrowotnych pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej”.

* Uchyła się art. 26b

W związku z tym wszelkie sprawy, związane z przyjęciem do pracy pielęgniarki lub położnej, która ma przerwę w wykonywaniu zawodu załatwiane są przez potencjalnego pracodawcę, do którego osoba zainteresowana zwróci się z prośbą o zatrudnienie. ORPiP w Jeleniej Górze nie kieruje takiej osoby na przeszkolenie, jednak jest ona zobowiązana poinformować pisemnie właściwą okręgową radę o podjęciu zatrudnienia na podstawie art. 26 pkt 5, wskazując datę i miejsce oraz o jego zakończeniu po upływie 3 miesięcy.

2. Przepisy obowiązujące i regulujące powrót do wykonywania zawodu na podstawie art. 26.1 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (sprzed pandemii).

„Pielęgniarka lub położna, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, a zamierzają podjąć jego wykonywanie, mają obowiązek zawiadomić o tym właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych i odbyć trwające nie dłużej niż 6 miesięcy przeszkolenie pod nadzorem innej osoby uprawnionej do wykonywania odpowiednio zawodu pielęgniarki lub położnej, legitymującej się co najmniej 5-letnim doświad-

zeniem zawodowym, zwanej dalej „opiekunem”. Opiekuna wskazuje kierownik podmiotu, w którym odbywa się przeszkolenie”.

* Okręgowa rada pielęgniarek i położnych określi miejsce, czas trwania i program przeszkolenia dla pielęgniarki i położnej, o których mowa w ust.1.

* Okres przeszkolenia określonego zgodnie z ust.2 wlicza się do okresu wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.

* Okres niewykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej rozpoczyna się z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy lub stosunku, o których mowa w art.19 ust.1pkt1–3, albo porozumienia – w przypadku wykonywania zawodu w ramach wolontariatu, oraz z dniem zakończenia lub zawieszenia wykonywania praktyki zawodowej.



Aby można było obliczyć, czy nastąpiła przerwa w wykonywaniu zawodu, należy cofnąć się o 6 lat od daty w dniu liczenia i zsumować okres niepracowania w zawodzie pielęgniarki lub położnej. Jeżeli ten okres przekracza 5 lat, to należy odbyć przeszkolenie, aby można było powrócić do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej. Osoby nie pracujące w zawodzie, których czas nie wykonywania zawodu zbliża się do 5 letniej przerwy, a nie chcą aby ta przerwa nastąpiła, powinny podjąć zatrudnienie w zawodzie na okres **minimum pełnego roku**.

Dla oceny czy występuje przerwa w wykonywaniu zawodu, która skutkuje koniecznością odbycia przeszkolenia, niezbędna jest indywidualna analiza umów i świadectw pracy oraz zakresów obowiązków zainteresowanej osoby.

ZAPRASZAMY

PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE DO PUBLIKOWANIA

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom czytelniczek i czytelników Biuletynu informacyjnego, redakcja wydania jeleniogórskiego umożliwiła członkiniom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych brań udziału w powstawaniu biuletynu.



Teksty prezentujące wiedzę osób zawodowo zajmujących się pielęgniarstwem i położnictwem oraz najczęściej wieloletnie doświadczenie pomogą w ukazaniu każdego aspektu pracy czasem niezauważanego lub rzadko przedstawianego.

Prosimy o nadsyłanie tekstów oraz fotografii w wersji elektronicznej (MS Word, PDF, TXT, JPEG). Artykuły powinny być podpisane imieniem i nazwiskiem, tytułem zawodowym oraz miejscem zatrudnienia.

Do wiadomości Redakcji proszę o zamieszczenie w e-mailu telefonu kontaktowego.

W wersji z fotografiami, do tekstu proszę załączyć zgodę osób przedstawionych na fotografiach na ich opublikowanie w biuletynie.

Artykuły prosimy przysyłać na adres:
biuletynpip@wp.pl

