

2/2021

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](mailto:biuro@oipip.jgora.pl)  
tel./fax (75) 753 56 68, 753 56 69  
[www.oipip.jgora.pl](http://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](mailto: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 Przerwa w wykonywaniu zawodu – ważne informacje
- 2 Kondolencje
- 3 List otwarty OZZPiP do Wojewody Dolnośląskiego

## INFORMACJE NRPIP

- 8 List otwarty OZZPiP do Posłów na Sejm RP
- 10 Katastrofa kadrowa

- 18 Opinia prawna – uprawnienia do szczepień ochronnych
- 20 Mobilne Jednostki Szczepień

## OPINIE

- 21 „Po dyżurach przychodzimy do domów i płaczymy”  
Praca pielęgniarki POZ podczas epidemii
- 22 Depresję poporodową da się wyleczyć!  
Kiedy najlepiej rozpocząć psychoterapię?
- 25 Maskne, czyli trądzik odmaseczkowy

## 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](mailto: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](mailto:naczelnia.pielegniarka@4wsk.pl)

**PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO** – mgr BEATA ŁABOWICZ, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy ul. Jarosława Iwaskiewicza 5, 59-220 Legnica, T: 76 72 11 401, 661 999 104, E: [beata.labowicz@szpital.legnica.pl](mailto: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](mailto: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: [drudnicka@hospicjumbedkowo.pl](mailto:drudnicka@hospicjumbedkowo.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](mailto: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](mailto:jerzy.twardak@umed.wroc.pl)

**PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO** – mgr DOROTA MILECKA, T: 666 872 721, E: [milecka@poczta.fm](mailto: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](mailto:w.zielonka@pogotowie-legnica.pl)

**PIELĘGNIARSTWA GERIATRYCZNEGO** – dr hab. IZABELLA UCHMANOWICZ, Uniwersytet Medyczny, T: 71 7841823, E: [izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl](mailto:izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl)

**PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ** – mgr ANNA SZACHOWSKA, Bonifrackie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., E: [anna.szachowska@gmail.com](mailto:anna.szachowska@gmail.com)

# 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 Położnych 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 wyłącznie 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).

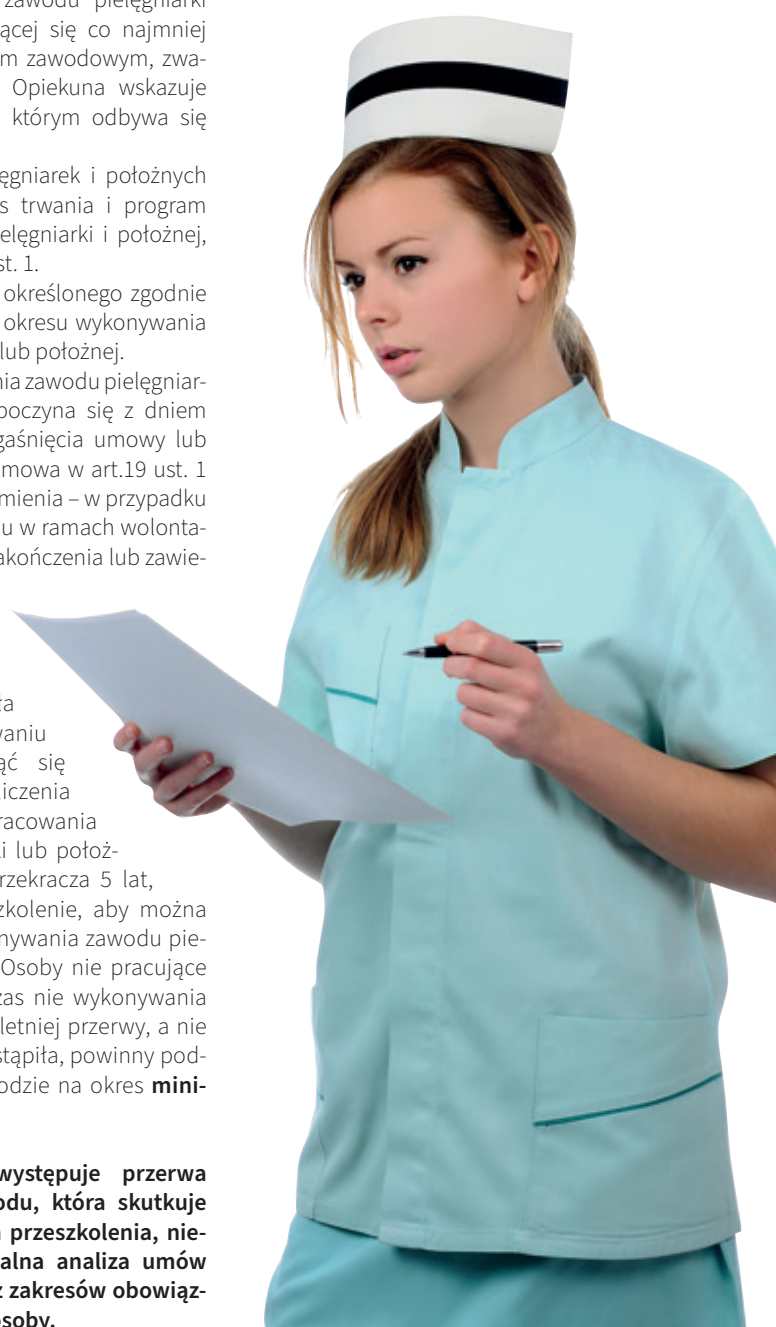
„Pielęgniarka lub położna, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, a zamierzają podjąć jego wykonywanie, mają obowiązek zawiadomić o tym właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych i odbyć trwające nie dłużej niż 6 miesięcy przeszkolenie pod nadzorem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

nywania odpowiednio zawodu pielęgniarki lub położnej, legitymującej się co najmniej 5-letnim doświadczeniem zawodowym, zwaną 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. 1 pkt 1–3, 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.**



„Są pożegnania, na które nigdy nie będziemy gotowi  
Są słowa, które zawsze wywoływać będą morza łez  
Są takie osoby, na myśl o których zawsze zasypie nas lawina wspomnień...”

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

## ***Jolanty Perkowskiej***

Wspaniałej pielęgniarki, życzliwej koleżanki i towarzyszkii wielu fantastycznych chwil. Ta skromna, radosna i niezwykła kobieta była naszym mentorem i autorytetem, a przede wszystkim szlachetnym człowiekiem. Na zawsze pozostanie w naszej pamięci.

Z wyrazami współczucia dla Rodziny i Bliskich  
Pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego  
Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej



„Ci, których kochamy, nie umierają nigdy, bo miłość to nieśmiertelność” –  
Emily Dickinson

naszej Koleżance

## ***Beacie Bućko***

Koordinatorowi transgranicznemu  
wyrazy współczucia z powodu śmierci

### ***męża Andrzeja***

składają Przewodnicząca ORPiP w Jeleniej Górze  
wraz z Radą i pracownikami biura.



# List otwarty OZZPiP do Wojewody Dolnośląskiego



Wrocław, 08.06.2021 r.

Szanowny Pan  
Jarosław Obremski  
Wojewoda Dolnośląski

Dolnośląski Urząd Wojewódzki  
Plac Powstańców Warszawy 1  
50-153 Wrocław

30 lat

List Otwarty

Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych  
Regionu Dolnośląskiego  
i Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych  
działających na terenie Dolnego Śląska

Działając w imieniu Regionu Dolnośląskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu, Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu i Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze, zrzeszających najliczniejszą grupę wśród zawodów medycznych wnosimy o poparcie naszych działań dotyczących poprawy warunków pracy i wynagrodzeń. Propozycja nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia

*zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych* przygotowana przez Ministra Zdrowia i procedowana obecnie w Senacie RP nie spełnia oczekiwań pracowników medycznych. Pomimo działań podjętych przez przedstawicieli Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, prób nawiązywania dialogu, zgłaszania zdań odrębnych, poszukiwania alternatywnych rozwiązań, obrazowania stanu rzeczywistości i wynikającej z niej problemów, rządzący pozostają obojętni wobec przedstawianych argumentów i coraz trudniejszej sytuacji kadrowej w naszych grupach zawodowych. Zgodnie z zapisem art. 68 Konstytucji RP *obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.*

Rząd dbający o obywateli powinien zadbać również o to, aby system ochrony zdrowia był sprawny, a pracujący w nim ludzie byli odpowiednio docenieni i wynagradzani. W Polsce dzieje się zupełnie odwrotnie: Rząd i Sejm złymi warunkami pracy i płacy zniechęca pielęgniarki i położne do zatrudniania się w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, pogarszając w ten sposób zarówno dostępność jak i jakość opieki zdrowotnej.

**Zawody pielęgniarki i położnej są deficytowe na rynku pracy z tendencją do pogłębiania się zapaści wiekowej, średnia wieku pielęgniarek wynosi ponad 53 lata, a położnych ponad 51 lat. Co roku zwiększa się liczba pielęgniarek i położnych nabywających uprawnień emerytalnych, tj. około 10 500 osób. W obecnej, już dramatycznej sytuacji kadrowej 70 tysięcy pielęgniarek i położnych pracujących w systemie ma powyżej 61 lat. Stanowi to 1/4 wszystkich zatrudnionych i ich odejście oraz definitywne zakończenie pracy w ochronie zdrowia spowoduje zmniejszenie dostępności do świadczeń zdrowotnych to może spowodować konieczność zamknięcia około 280 szpitali w Polsce.**

Jeżeli zapisy proponowane przez Ministra Zdrowia wejdą w życie, nastąpi drastyczne odejście pielęgniarek i położnych z systemu ochrony zdrowia, absolwenci uczelni kształcących pielęgniarki i położne nie podejmą pracy w zawodzie, ponownie nasili się emigracja zarobkowa a osoby już pracujące w naszych zawodach będą szukać atrakcyjniejszego wynagrodzenia za prace lżejszą i mniej odpowiedzialną.

**Marginalizowanie i lekceważenie warunków pracy pielęgniarek i położnych stanowi realne zagrożenie dla pacjentów. Według badań przeprowadzonych przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek brak zaledwie jednej pielęgniarki na danej zmianie na oddziale szpitalnym powoduje wzrost zgonów o 7%. Jesteśmy przekonani, że do zatrważającej w Polsce nadumieralności (w tej dziedzinie wiemy niechlubny prym w Europie) w okresie pandemii COVID-19 przyczyniło się zawieszenie przez Ministerstwo Zdrowia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych (które i tak były dotąd – dosłownie - minimalne). Pacjenci są pozostawieni sami sobie. Czy na tym zależy rządzącym ?**

Wynagrodzenie pielęgniarek i położnych w Polsce należy do jednych z najniższych w krajach Unii Europejskiej. Procedowana obecnie nowelizacja ustawy *o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych* przygotowana przez Ministra Zdrowia Adama Niedzielskiego, zmieniająca zasady wynagradzania pielęgniarek i położnych nie realizuje przyjętej przez Rząd Wieloletniej *polityki państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa*, jak również Porozumienia z dnia 9 lipca 2018 r. zawartego pomiędzy MZ i NFZ, a OZZPiP i NIPiP i w niedługim czasie doprowadzi do zniszczenia naszych zawodów. Przyznanie osobom z kilkudziesięcioletnim stażem pracy wynagrodzenia zasadniczego na poziomie o kilkaset złotych niższym niż średnia krajowa, nie uznając tym samym ich posiadanych kwalifikacji zawodowych, doświadczenia zawodowego, odpowiedzialności, decyzyjności, wysiłku fizycznego i ponoszonego ryzyka zawodowego jest dla naszych zawodów "policzkiem" i stanowić będzie bezpośredni impuls do odejścia z zawodu. Absolwenci pielęgniarstwa i położnictwa dalej zasilać będą kadry w zakładach opieki zdrowotnej za granicą. Przypominamy: pielęgniarka i położna to zawody **specjalistyczne** i właśnie w taki sposób powinny być wynagradzane.

Poprawa sytuacji pielęgniarek i położnych w systemie ochronie zdrowia może nastąpić poprzez wprowadzenie do projektu zmiany ustawy następujących postulatów:

Pilne określenie nowego podziału grup zawodowych.

1. Podniesienie wartości współczynników pracy, tak aby najniższy poziom wynagrodzenia zasadniczego w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych wynosił od 1 lipca 2021 r. co najmniej równowartość przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, w danym roku ogłoszonego przez

Prezesa GUS.

2. Zagwarantowanie środków finansowych dla pielęgniarek i położnych (około 20 tysięcy) wykonujących zawód w formie umów cywilnoprawnych, których obecny projekt ustawy nie gwarantuje.
3. Zastąpienie w załączniku do ustawy zapisu „wymagane kwalifikacje” na „posiadane kwalifikacje” na danym stanowisku pracy.
4. Dodanie w ustawie zapisu nakładającego na pracodawców obowiązek automatycznego podniesienia wynagrodzenia zasadniczego w przypadku podniesienia kwalifikacji zawodowych.
5. Wprowadzenie zabezpieczeń ustawowych w zakresie finansowania wzrostów wynagrodzeń dla podmiotów leczniczych (pracodawców).
6. Nowelizacja ustawy z dnia 27 listopada 2020 r. *o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych* w art. 19 ust. 1 pkt 1 w ten sposób, aby zagwarantować pielęgniarkom i położnym wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż ich wynagrodzenie zasadnicze, określone w umowie o pracę aktualne na dzień 30 czerwca 2021 r. oraz wszystkie inne dodatkowe składniki wynagrodzenia wypłacane i finansowane na podstawie przepisów przejściowych OWU.
7. Uznanie pielęgniarkom i położnym każdego innego wykształcenia wyższego mającego zastosowanie w ochronie zdrowia, np. zdrowie publiczne, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, opieka paliatywna itd., tak jak ma to miejsce w przypadku innych zawodów. Odebrane przez pielęgniarki i położne wykształcenie musi zostać zakwalifikowane we współczynnikach pracy odpowiednio tak, jak dzieje się to w przypadku absolwentów studiów pielęgniarskich.

Rząd RP najprawdopodobniej zapomniał o przyjętym przez siebie dokumencie „Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz rozwoju Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”, która kompleksowo określa kierunki działań, jakie należy podjąć, aby zapewnić wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostęp do opieki pielęgniarskiej dla pacjentów.

Oczekujemy pilnej realizacji zapisów "Polityki" poprzez natychmiastowe działania władz zmierzające do:



- poprawy warunków pracy pielęgniarek i położnych;
- określenia ról i kompetencji pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia
- określenia faktycznej liczby pielęgniarek i liczby położnych w systemie ochrony zdrowia, wraz z określeniem docelowych wskaźników na 1 tys. mieszkańców;
- wypracowanie przepisów dotyczących liczby oraz kwalifikacji pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia gwarantowane w poszczególnych zakresach świadczeń;
- wypracowania mechanizmów motywujących podmioty lecznicze, posiadające umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, do określenia minimalnych norm zatrudniania;

**Państwo Wojewodowie włączcie się w ratowanie naszych zawodów  
i polskich pacjentów !**

Przewodnicząca DORPiP  
we Wrocławiu

PRZEWODNICZĄCA  
Dolnośląskiej Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu  
mgr Anna Szafran

Przewodnicząca OZZPiP  
Regionu Dolnośląskiego

OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
REGION DOLNOŚLĄSKI  
ul. Kamińskiego 73a, 51-124 Wrocław  
NIP: 895-16-68-783 REGON: 931995261

Przewodnicząca ORPiP  
w Wałbrzychu

Maria Paleczka  
Przewodnicząca  
Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych

Przewodnicząca ORPiP  
w Jeleniej Górze

PRZEWODNICZĄCA  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Jeleniej Górze

Elżbieta Słojewska-Poznańska

# List otwarty OZZPiP do Posłów na Sejm RP



OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
ZARZĄD KRAJOWY

Warszawa, 19.05.2021 r.

ZK-882/VII/2021

## Posłowie na Sejm RP

### LIST OTWARTY DO POSŁÓW NA SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Działając w imieniu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, zrzeszającego największą medyczną grupę zawodową polskich pielęgniarek i położnych, **zwracamy się z apelem:**

**PANIE I PANOWIE POSŁOWIE,  
POMÓŻCIE ZMIENIĆ ZŁĄ USTAWĘ NIEDZIELSKIEGO, URATUJCIE NASZE ZAWODY!  
NIE POPIERAJCIE NOWELIZACJI USTAWY O SPOSOBIE USTALANIA NAJNIŻSZEGO WYNAGRODZENIA  
PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH, KTÓRA MA WKRÓTCE TRAFIĆ POD OBRADY SEJMU, BEZ POPRAWEK, KTÓRE  
SĄ KLUCZOWE DLA OCHRONY ZDROWIA!**

Nowelizacja przygotowana przez Ministra Zdrowia Adama Niedzielskiego, zmieniająca zasady wynagradzania pielęgniarek i położnych nie licuje z polityką Rządu RP, lekceważy stan polskiego pielęgniarstwa i położnictwa, a w niedługim czasie doprowadzi do zniszczenia naszych zawodów.

W ramach Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia przy Ministrze Zdrowia trwały prace nad propozycjami zmian ustawy z 8 czerwca 2017 roku, które od początku były oparte na błędnych założeniach. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, jako organizacja zrzeszona w Forum Związków Zawodowych, nie akceptował proponowanych przez Ministerstwo zapisów tego projektu ustawy i zgłaszał liczne uwagi i zastrzeżenia.

Marginalizowanie i lekceważenie realnych problemów zgłaszanych na spotkaniach z Ministrem Zdrowia, jego chaotyczne i niemerytoryczne działania w krótkim czasie doprowadzą do upadku naszych zawodów, a w konsekwencji jeszcze większej zapaści systemu ochrony zdrowia.

Minister pozostał głuchy na nasze argumenty, że **określenie minimalnego wynagrodzenia nie może być oparte jedynie na wykształceniu, ale powinno być wyliczone w oparciu o wartościowanie pracy**, czyli doświadczenie, odpowiedzialność, warunki środowiska pracy, wysiłek psychofizyczny, złożoność pracy.

Zawód pielęgniarki jest już od kilkunastu lat zawodem deficytowym, a niedobory personelu coraz bardziej się pogłębiają. Co roku z systemu ochrony zdrowia ubywa około 7 500 pielęgniarek i położnych. Jeśli zapisy proponowane przez Ministra Zdrowia wejdą w życie, odpływ personelu z systemu ochrony zdrowia stanie się jeszcze większy. Absolwenci nie podejmą pracy w zawodzie, a osoby już pracujące w naszych zawodach będą szukać atrakcyjniejszego wynagrodzenia za prace lżejszą i mniej odpowiedzialną.

W trakcie prac w Sejmie nad tą złą ustawą ministra Niedzielskiego, każdy parlamentarzysta popierający swoim głosem jej zapisy w brzmieniu przedłożonym Sejmowi, przyczyni się do pogorszenia stanu polskiego pielęgniarstwa i położnictwa oraz przyspieszy upadek tych podstawowych zawodów polskiego systemu ochrony zdrowia.

**POMÓŻCIE URATOWAĆ NASZE ZAWODY! NIE POPIERAJCIE ZŁEJ USTAWY NIEDZIELSKIEGO!**

Jeśli jesteście Państwo życzliwi dla środowiska medycznego, prosimy o zainteresowanie się problemami naszej grupy zawodowej, a w trakcie procedowania ustawy pomóżcie nam poprzez zgłoszenie poprawek poselskich, które w sposób spójny i logiczny zabezpieczą postulaty zgłaszane przez grupę zawodową pielęgniarek i położnych:

1. Pilne określenie grup zawodowych.
2. Podniesienie wartości współczynników pracy.
3. Wykreślenie w załączniku do ustawy zapisu „wymagane” na danym stanowisku pracy.
4. Dodanie w ustawie zapisu nakładającego na pracodawców obowiązek automatycznego podniesienia wynagrodzenia zasadniczego w przypadku podniesienia kwalifikacji zawodowych.
5. Wprowadzenie zabezpieczeń ustawowych w zakresie finansowania wzrostów wynagrodzeń dla podmiotów leczniczych (pracodawców).
6. Nowelizacja ustawy z dnia 27-11-2020r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych w art. 19 ust. 1 pkt 1 w ten sposób, aby zagwarantować pielęgniarkom i położnym wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż ich wynagrodzenie zasadnicze, określone w umowie o pracę aktualne na dzień 30 czerwca 2021 r. oraz wszystkie inne dodatkowe składniki wynagrodzenia wypłacane i finansowane na podstawie przepisów przejściowych OWU.
7. Uznanie pielęgniarkom i położnym każdego innego wykształcenia wyższego mającego zastosowanie w ochronie zdrowia, np. zdrowie publiczne, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, opieka paliatywna itd., tak jak ma to miejsce w przypadku innych zawodów. Odebrane przez pielęgniarki i położne wykształcenie musi zostać zakwalifikowane we współczynnikach pracy odpowiednio tak, jak dzieje się to w przypadku absolwentów studiów pielęgniarskich.

**W załączeniu:**

1. Pismo FZZ z dnia 29-06-2020 w sprawie nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia pracowników medycznych.
2. Pismo FZZ z dnia 09-10-2020 w sprawie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia pracowników medycznych (na Zespół Trójstronny ds. Ochrony Zdrowia).
3. Stanowisko FZZ z dnia 15-02-2021r. w sprawie nowelizacji ustawy o najniższych wynagrodzeniach,
4. Pismo OZZPiP z dnia 01-03-2021r. znak ZK-454/VII/2021 do Premiera i MZ w sprawie propozycji MZ z dnia 26-02-2021r. podniesienia współczynników pracy.
5. Pismo OZZPiP z dnia 11-03-2021r. znak ZK-541/VII/2021 do MZ, Premiera RP, Prezesa PiS i innych w sprawie oceny propozycji MZ podniesienia współczynników pracy i konsekwencji dla pracodawców oraz pominięcia znacznej części pielęgniarek.
6. Zdanie odrębne FZZ i uzasadnienie do Stanowiska Zespołu z dnia 17-03-2021r. (od tego momentu tj. zgłoszenia przeciw i złożenia zdania odrębnego FZZ i OZZPiP powinno formalnie przestać monitorować autorskie zmiany MZ w ustawie).
7. Pismo FZZ z dnia 06-04-2021r. – uwagi i zastrzeżenia do projektu ustawy o najniższym wynagrodzeniu.
8. Pismo FZZ z dnia 09-04-2021r. - uwagi i zastrzeżenia do poprawionego projektu ustawy uzasadnienia i OSR ustawy o najniższych wynagrodzeniach i ochronie praw nabytych.

# Katastrofa kadrowa



**NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

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

**KATASTROFA KADROWA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
RAPORT NACZELNEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**



**LICZBA SZPITALI BEZ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
PO ODEJŚCIU OSÓB OBECNIE PRACUJĄCYCH  
POSIADAJĄCYCH UPRAWNIENIA EMERYTALNE**

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych przedstawia raport dotyczący aktualnej sytuacji kadrowej w zawodach pielęgniarki i położnej w Polsce. Raport wskazuje strukturę wieku zatrudnionych pielęgniarek i położnych z podziałem na województwa.

Raport zawiera prognozy dotyczące liczby pielęgniarek i położnych do 2030 r. w ujęciu krajowym z podziałem na województwa.

Raport przygotowano w oparciu o dane z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych<sup>1</sup>. Główny Urząd Statystyczny wskazuje, iż „dane w nim zawarte są wysokiej jakości i są możliwe do wykorzystania do produkcji danych statystycznych (dokładność)”<sup>2</sup>.

## I. Struktura wieku zatrudnionych pielęgniarek i położnych

Rozkład struktury wieku w zawodzie pielęgniarki i położnej wskazuje na brak zastępowalności pokoleń.

Największy liczbowo przedział wiekowy wśród pielęgniarek to 51–60 lat, który obejmuje 83 129 pielęgniarek, co stanowi 35,8% liczby zatrudnionych. Mimo nabycia uprawnień emerytalnych ciągle pracuje w zawodzie aż 63 120 pielęgniarek (przedziały 61–70 i przedział pow. 70 lat). Stanowi to 27,2% ogółu zatrudnionych.

W przypadku położnych największy liczbowo przedział wiekowy to również przedział 51–60 lat, który obejmuje 10 094 zatrudnionych położnych. Stanowi to 35,8% zatrudnionych położnych. Osoby pracujące pomimo uzyskania uprawnień emerytalnych stanowią 23,5% i jest ich 6 683.

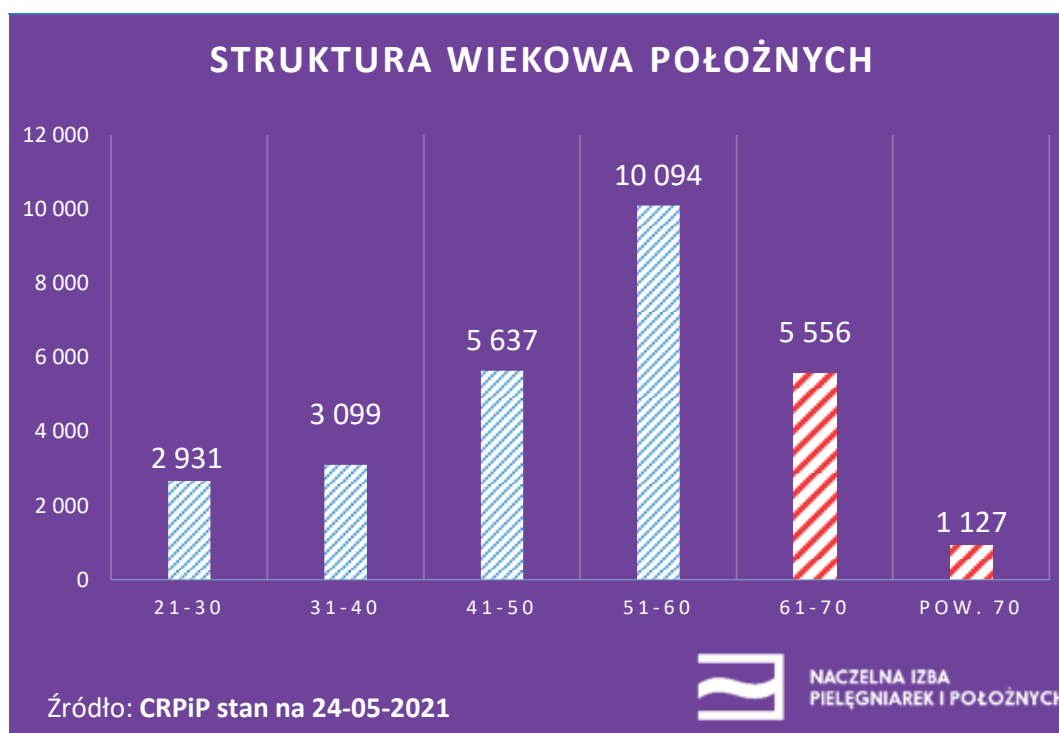
Liczba pielęgniarek i położnych ZATRUDNIONYCH wg przedziałów wiekowych - stan na 2021-05-24				
Przedział wiekowy	Liczba pielęgniarek	Udział %	Liczba położnych	Udział %
21-30	12 176	5,2%	2 931	10,3%
31-40	17 962	7,7%	3 099	10,9%
41-50	56 000	24,1%	5 637	19,8%
51-60	83 129	35,8%	10 094	35,5%
61-70	53 528	23,0%	5 556	19,5%
pow. 70	9 592	4,1%	1 127	4,0%
	<b>232 387</b>	100%	<b>28 444</b>	100%

Źródło: CRPiP stan na 2021-05-24

<sup>1</sup> Raport nie obejmuje danych z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

<sup>2</sup> Dane z CRPiP zostały wykorzystane w raporcie GUS: „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia”

<https://stat.gov.pl/statystyki-eksperymentalne/uslugi-publiczne/uslugi-publiczne-w-zakresie-ochrony-zdrowia,3,1.html>



Średnia wieku zatrudnionych pielęgniarek i położnych		
Województwo	Średnia wieku pielęgniarek	Średnia wieku położnych
Dolnośląskie	55,21	53,73
Kujawsko-Pomorskie	52,26	51,52
Lubelskie	52,18	49,8
Lubuskie	54,51	55,05
Łódzkie	55,56	51,57
Małopolskie	52,17	51,7
Mazowieckie	53,74	50,91
Opolskie	49,61	44,55
Podkarpackie	48,92	48,46
Podlaskie	53,04	51,68
Pomorskie	52,82	51,51
Śląskie	54,56	51,8
Świętokrzyskie	50,74	47,65
Warmińsko-Mazurskie	54,28	56,27
Wielkopolskie	52,79	48,73
Zachodniopomorskie	53,75	51,86
<b>POLSKA</b>	<b>53,2</b>	<b>51,0</b>

## II. Dane o zgonach pielęgniarek i położnych

Statystyczna pielęgniarka, położna żyje krócej niż statystyczna Polka. Bardzo niepokojącym zjawiskiem jest niska średnia wieku zgonu pielęgniarek i położnych. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, po analizie danych otrzymanych z Rejestru PESEL za okres ostatnich pięciu lat, wyliczyła, iż **średnia ich wieku w chwili zgonu to tylko 61,5 roku**. Są to dane znacznie niższe niż dla całej populacji. Przypomnijmy - średnia wieku kobiet w Polsce to 81,8 lat.

ROK wykazania zgonu w rejestrze PESEL	Liczba ujawnionych zgonów pielęgniarek i położnych	Średni wiek zgonu
2016	963	58,70
2017	762	60,73
2018	1 021	60,82
2019	9 68	62,64
2020	1 195	63,85
<b>Razem:</b>	<b>4 909</b>	<b>61,49</b>

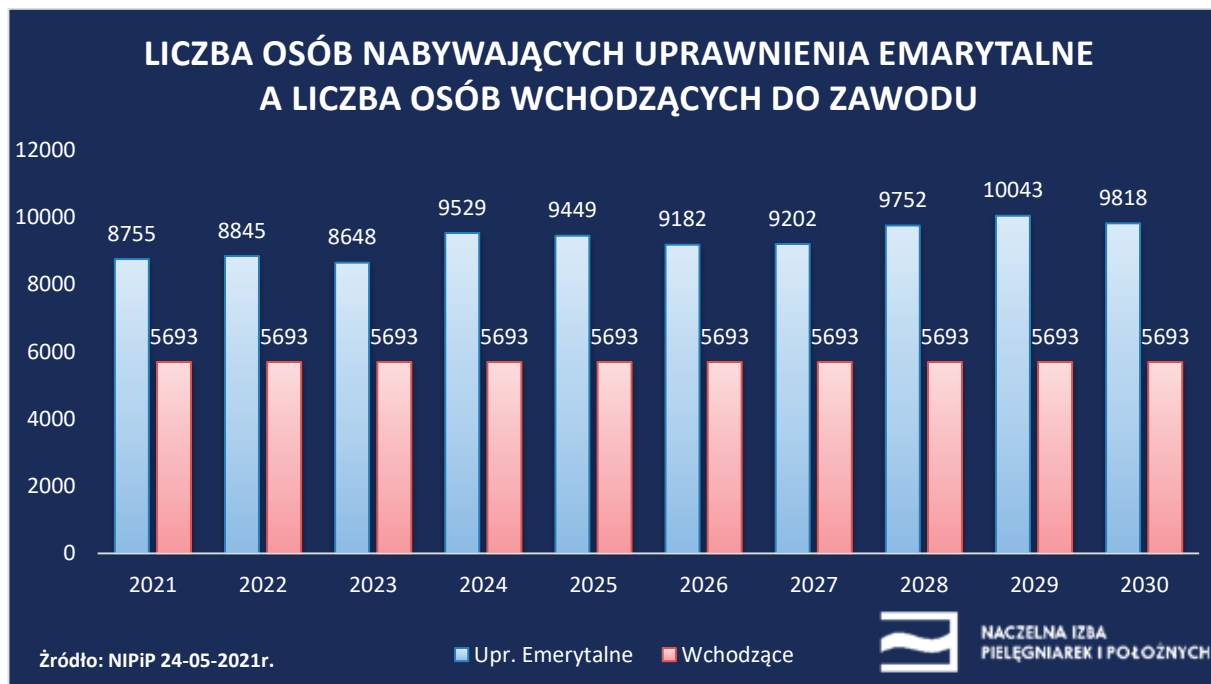
### III. Prognoza liczby pielęgniarek i położnych do 2030 r.

Prognozę liczby pielęgniarek i położnych przygotowano w oparciu o liczbę osób, które nabeżdą uprawnienia emerytalne w latach 2021–2030 oraz na podstawie liczby osób uzyskujących prawo wykonywania zawodu. Dla potrzeb tego raportu założono, iż liczba osób uzyskujących prawo wykonywania zawodu będzie wynosiła tyle samo, co w 2020 r., czyli 5693 osoby. Założono także, iż 100% osób uzyskujących prawo wykonywania zawodu podejmie pracę w zawodzie. Ponieważ populacja mężczyzn w obu zawodach stanowi ok. 2% dla potrzeb tej analizy przyjęto założenie, iż nabywają uprawnienia emerytalne w wieku 60 lat.

Mimo tak optymistycznego założenia, prognoza wskazuje, iż do 2025 r. liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych zmniejszy się o 16 761, a do 2030 r. o 36 293.

Należy również pamiętać, iż w chwili obecnej pracę w zawodzie pielęgniarki lub zawodzie położnej wykonuje 69 585 osób, mimo uzyskania uprawnień emerytalnych. Te pielęgniarki i położne mogą w każdej chwili przejść na emeryturę.

Liczba osób wchodzących do zawodu i nabywających uprawnienia emerytalne										
ROK	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Liczba osób pracujących, która nabeżdą uprawnienia emerytalne	8755	8845	8648	9529	9449	9182	9202	9752	10043	9818
Liczba osób wchodzących do zawodu	5693	5693	5693	5693	5693	5693	5693	5693	5693	5693
Różnica	-3062	-3152	-2955	-3836	-3756	-3489	-3509	-4059	-4350	-4125





#### IV. Dane z podziałem na Województwa

Województwo	Liczba pielęgniarek i położnych posiadających uprawnienia emerytalne	Braki kadrowe do 2025r.	Braki kadrowe do 2030r.	RAZEM	Liczba szpitali bez pielęgniarek i położnych w 2021 <sup>*1*2</sup>	Liczba szpitali bez pielęgniarek i położnych w 2030r. <sup>*2</sup>
Dolnośląskie	6 996	2 580	5 055	14 631	27	58
Kujawsko-Pomorskie	2 996	1 241	2 477	6 714	11	26
Lubelskie	3 257	775	1 345	5 377	13	21
Lubuskie	1 095	451	926	2 472	4	9
Łódzkie	4 785	929	2 192	7 906	19	31
Małopolskie	6 332	681	1 881	8 894	25	35
Mazowieckie	11 564	1 775	4 094	17 433	46	69
Opolskie	843	509	1 078	2 430	3	9
Podkarpackie	2 427	537	1 184	4 148	9	16
Podlaskie	2 379	451	837	3 667	9	14
Pomorskie	2 602	501	1 479	4 582	10	18
Śląskie	11 617	2 691	6 097	20 405	46	81
Świętokrzyskie	1 656	164	383	2 203	6	8
Warmińsko-	3 058	939	1 799	5 796	12	23
Wielkopolskie	5 396	1 436	3 271	10 103	21	40
Zachodniopomorskie	2 800	1 101	2 195	6 096	11	24
<b>Polska</b>	<b>69 803</b>	<b>16 761</b>	<b>36 293</b>	<b>122 857</b>	<b>272</b>	<b>482</b>

\*1 jeżeli z pracy odejdą pielęgniarki i położne posiadające uprawnienia emerytalne na dzień dzisiejszy

\*2 założono 250 pielęgniarek i położnych pracujących w jednym szpitalu.

#### V. Wnioski

Sytuacja kadrowa przedstawiona w raporcie wymaga podjęcia pilnych działań. Rekomendacje Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

**1. Niezbędnym jest zwiększenie liczby osób uzyskujących prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.**

- Aby utrzymać obecny wskaźnik 5,2 na 1 tys. mieszkańców konieczne jest zwiększenie liczby absolwentów z **ok 5,6 tys. do 10 tys. rocznie.**
- Na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo należy kształcić **20 tys. osób rocznie**, aby zrealizować założenia wskazane w Polityce Wieloletniej Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce przyjętej przez Rząd RP. Dokument ten wskazuje na konieczność podjęcia działań zmierzających do osiągnięcia w Rzeczypospolitej Polskiej wskaźnika liczby pielęgniarek na poziomie średniego wskaźnika OECD (9,4 dla 2016 r.) w okresie 15 lat.

Dla osiągnięcia tych celów koniecznym jest:

- zwiększenie liczby miejsc i wydziałów na kierunku pielęgniarstwa oraz położnictwa w każdym województwie,

- wprowadzenie stypendiów,
- zagwarantowanie zatrudnienia po studiach,
- promowanie zawodów wśród absolwentów szkół średnich.

**2. Należy pilnie podjąć działania, które zachęcą osoby posiadające uprawnienia emerytalne do dalszego wykonywania zawodu.**

Dla osiągnięcia tego celu koniecznym jest:

- wydłużenie urlopów wypoczynkowych,
- wprowadzenie dodatków motywacyjnych,
- wprowadzenie urlopów dla poratowania zdrowia,
- refundacja świadczeń rehabilitacyjnych.

**3. Podjąć działania, które zapobiegą zmniejszeniu liczby pracujących pielęgniarek i położnych.**

Dla osiągnięcia tego celu koniecznym jest:

- wprowadzenie dodatków za pracę w warunkach szczególnych,
- zapewnienie stabilnego wynagrodzenia uwzględniającego posiadane kwalifikacje i zdobyte doświadczenie zawodowe,
- wprowadzenie dodatków za długoletnią pracę,
- wprowadzenie dopłaty do wypoczynku,
- wprowadzenie świadczeń mieszkaniowych.

**4. Realizacja zapisów Polityki Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce przyjętej przez Rząd Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 roku.<sup>3</sup>**

---

<sup>3</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/polityka-wieloletnia-panstwa-na-rzecz-pielęgniarstwa-i-poloznictwa-w-polsce>



**LICZBA SZPITALI  
BEZ PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH  
W 2030 r.**



# Opinia prawna – uprawnienia do szczepień ochronnych

DRAB-GROTOWSKA | JUSZCZYŃSKA | ACHLER  
RADCOWIE PRAWNI I ADWOKACI

Warszawa, dnia 14 kwietnia 2021 r.

## Opinia prawna

### w sprawie uprawnień pielęgniarek i położnych do przeprowadzania badań kwalifikacyjnych do szczepień ochronnych przeciwko COVID-19

Stosownie do postanowień art. 21c ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. z 2020 r., poz. 1845, z późn. zm.) w przypadku wystąpienia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, wykonanie szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 jest poprzedzone badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do jego wykonania przeprowadzanym przez lekarza lub osobę posiadającą kwalifikacje określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 5.

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2021 r. *w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających badania kwalifikacyjne i szczepienia ochronne przeciwko COVID-19* (Dz. U. z 2021 r., poz. 668) do kręgu osób uprawnionych do przeprowadzania badań kwalifikacyjnych w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 dodane zostały m.in. osoby, które wykonują zawód pielęgniarki lub położnej (§2 pkt 1 rozporządzenia).

Dodatkowo badania kwalifikacyjne może wykonywać również osoba kształcąca się na trzecim roku studiów na kierunku pielęgniarstwo i uzyskała dokument potwierdzający posiadanie umiejętności kwalifikowania do szczepień, wydany przez uczelnię prowadzącą to kształcenie, oraz przeprowadza badanie kwalifikacyjne pod nadzorem lekarza albo lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej, felczera, ratownika medycznego lub higienistki szkolnej.

W świetle § 2 pkt 1 ww. rozporządzenia należy uznać, że jedynym kryterium, na podstawie którego oceniane są kwalifikacje do przeprowadzania badań kwalifikacyjnych jest wykonywanie zawodu pielęgniarki, położnej.

Biorąc z kolei pod uwagę treść art. 7 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. z 2021 r., poz. 479 ze zm.) prawo przeprowadzania badań kwalifikacyjnych w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 przysługuje:

- pielęgniarki i położnej posiadającej prawo wykonywania zawodu stwierdzone albo przyznane przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych;
- pielęgniarki i położnej posiadającej prawo wykonywania zawodu w innym państwie spełniające wymogi określone w art. 25 u.z.p.i.p.;
- pielęgniarki i położnej będącej obywatelką państwa członkowskiego Unii Europejskiej wykonującą zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w trybie i na zasadach określonych w art. 24 u.z.p.i.p.

Należy wskazać, że powyższe zasady, zgodnie z aktualnym stanem prawnym, nie obejmują przeprowadzania badań kwalifikacyjnych do przeprowadzania obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych.

Bartłomiej Achler  
*adwokat*



# Mobilne Jednostki Szczepień



Szanowni Państwo,

Chcielibyśmy poinformować o wprowadzeniu nowego kanału wykonywania szczepień: **Mobilnych Jednostek Szczepień (MJS)**.

MJS to profesjonalista medyczny wykonujący indywidualnie (samodzielnie) szczepienia poza punktami szczepień. **Program jest dedykowany dla przedstawicieli następujących zawodów:**

- lekarz,
- ratownik medyczny,
- pielęgniarka,
- położna,
- felczer.

Aby rozpocząć wykonywanie szczepień jako MJS wystarczy zrealizować **5 następujących czynności:**

1. Nawiązanie współpracy z wybranym punktem szczepień.
2. Skompletowanie niezbędnego wyposażenia.
3. Podpisanie umowy z punktem szczepień i rejestracja w aplikacji [SzczepimyRazem](#).
4. Odbiór identyfikatora i pierwszych dawek szczepionek.
5. Rozpoczęcie szczepień chętnych osób.

**Podstawowe informacje:**

- **Szczepionka:** COVID-19 Vaccine Janssen (1-dawkowa).
- **Pacjenci MJS:** każdy z aktywnym skierowaniem na szczepienie.
- **Miejsca szczepienia:** dowolne spełniające podstawowe standardy bezpieczeństwa (np. prywatny gabinet, dom pacjenta lub MJS).
- **Rozliczenie szczepień:** stawka NFZ (61,24 zł) do podziału między MJS i PWDL; **min. 40 zł brutto dla MJS** (rekomendujemy 50 zł brutto).

Aby ułatwić Państwu nawiązywanie współpracy z wybranym punktem szczepień, przygotowaliśmy **2 wersje umowy** (w zależności od indywidualnych preferencji):

- [umowa zlecenie](#) (dostępne dla: lekarza, ratownika, pielęgniarki, położnej i felczera),
- [umowa o świadczenie usług medycznych w zakresie wykonywania szczepień](#) (dostępne dla lekarza, pielęgniarki i położnej).

**MJS musi zgłosić fakt podpisania umowy z punktem szczepień przez aplikację [SzczepimyRazem](#)**, aby otrzymać identyfikator niezbędny do wykonywania szczepień.

Przez aplikację [SzczepimyRazem](#) można także zgłosić samo zainteresowanie formułą MJS i uzyskać dostęp do listy punktów szczepień chętnych do współpracy z MJS.

Więcej szczegółów o Mobilnych Jednostkach Szczepień dostępnych jest na stronie [gov.pl/szczepimysie](http://gov.pl/szczepimysie). Gorąco zachęcamy do zgłaszania się!

Pozdrawiamy,

Zespół Narodowego Programu Szczepień

#SzczepimySię

# „Po dyżurach przychodzimy do domów i płaczymy”

## Praca pielęgniarki POZ podczas epidemii

„Znajoma psychiatra powiedziała mi, że to nie jest tak, że jedni są na pierwszej linii walki z epidemią, a inni na drugiej czy kolejnej. Wszyscy jesteśmy na tej samej linii. Wielu medyków po epidemii będzie się leczyło z zespołu stresu pourazowego” – mówi Aleksandra Kowalska, pielęgniarka pracująca w przychodni POZ. W rozmowie z Evereth News opowiada, jak wyglądają warunki pracy podczas epidemii.

### „PACJENCI PRÓBUJĄ WYWAŻYĆ DRZWI”

– Na co dzień pracuję jako pielęgniarka w medycynie szkolnej. Teraz, ze względu na to, że szkoły są zamknięte, jestem zatrudniona w poradni POZ. W obu miejscach pracy z powodu epidemii mamy coraz więcej problemów. **Problemy, które istniały na długo przed pandemią, teraz urastają do coraz większych rozmiarów, mnożą się, nawarstwiają** – mówi Aleksandra Kowalska.

– W pracy w poradni pierwszy ogromny problem to zachowania pacjentów. Razem z pandemią zaczęły się ogromne nerwy, pretensje i awantury. Cała złość i agresja pacjentów skupia się na nas, bo to my odbieramy telefony, my dzwoniemy do pacjentów, my musimy tłumaczyć, że pewnych zabiegów czy świadczeń po prostu nie można teraz w poradni wykonać. Lekarze rzadko kiedy stają w naszej obronie, kiedy pacjenci zaczynają się wyżywać. **Codziennie zdarza się walenie w drzwi poradni, wręcz próby wyważenia tych drzwi i dostania się do przychodni za wszelką cenę. Niedawno zdarzyło się, że pacjentka mnie opluła.**

Pacjenci nie chcą zrozumieć, że robimy, co możemy, że brakuje nam czasu, że mamy wyraźne zalecenia w związku z epidemią. Nie ma żadnej empatii, zrozumienia dla drugiego człowieka. Nikt nie chce spojrzeć na sytuację z drugiej strony. Jest tylko wściekłość i frustracja – mówi pielęgniarka.

### „BRAKUJE RĄK DO PRACY”

Jak mówi Aleksandra Kowalska, coraz większym problemem podczas pandemii są braki w personelu medycznym:

– Ja i moje koleżanki z pracy mamy teraz tak dużo obowiązków, że trudno dać sobie radę. Zaczynają się problemy z kondycją, z psychiką. Ile można wytrzymać? – pyta retorycznie pielęgniarka. – Mamy tylko dwie rejestratorki. Jedna właśnie przechodzi COVID, druga dopiero co

wróciła do pracy. My jako pielęgniarki nie powinnyśmy w ogóle wchodzić do rejestracji, ale nie mamy innego wyjścia. Pacjentom nie da się przetłumaczyć, by nie blokowali numeru do przychodni, jeżeli chcą tylko przedłużyć receptę. Dyrekcja nie chce zatrudnić sekretarek medycznych albo rejestratorek, które mogłyby się zająć odbieraniem telefonów i trochę nas odciążać. **Nasza pani dyrektor jest ekonomistką z wykształcenia. Dla niej liczy się rachunek. Nie obchodzi jej, że jesteśmy przepracowane, że biegamy z miejsca na miejsce, nie mamy czasu usiąść, napić się wody. Ma pretensje, że telefony nie są odbierane** – podsumowuje pielęgniarka.

### „NASZA PRZYCHODNIA STOI NA BARKACH EMERYTEK”

– Jeszcze zanim pojawił się COVID, był problem z kadrą pielęgniarską, bo po prostu jest coraz mniej chętnych do pracy. Epidemia tylko dramatycznie ten problem pogłębiła – mówi Aleksandra Kowalska. – W mojej przychodni jest obecnie taka sytuacja, że ja, **mimo tego że mam prawie 43 lata, jestem w zespole najmłodsza. Reszta pielęgniarek jest w wieku emerytalnym. Przychodnia stoi po prostu na barkach emerytek. Mam koleżanki, które mają po 70, 75 lat.** Proszę sobie wyobrazić, jak wygląda ich praca podczas pandemii.

### „MASECZKAMI DZIELIŁYŚMY SIĘ PO RÓWNO”

– Pani dyrektor w mojej placówce nie zadbała o to, byśmy miały zabezpieczone jakiegokolwiek środki ochronne, kiedy wybuchła pandemia – mówi Aleksandra Kowalska. – Mialiśmy tylko środki przekazane przez Ministerstwo Zdrowia, które były przeznaczone dla określonych grup. Ja sama musiałam zorganizować koleżanki z medycyny szkolnej, które kwalifikowały się do tych środków, i **odbierałam z izb pielęgniarskich przydział płynów do dezynfekcji,**

**maseczek, rękawiczek, fartuchów jednorazowych. Tym, co dostawałyśmy, musiałyśmy dzielić się po równo, żeby dziewczyny z przychodni nie zostały bez niczego** – mówi pielęgniarka.

– Jeżeli docierają do placówek jakiekolwiek środki ochronne, to są one przekazywane przede wszystkim lekarzom. I to nas, pielęgniarki, boli, bo to my otwieramy pacjentom drzwi, my mierzymy im temperaturę na wejściu, my przekazujemy im ankiety do wypełnienia. Dopiero potem trafia do lekarza – podsumowuje Aleksandra Kowalska.

### „ZA CHWILĘ NIE BĘDZIE MIAŁ KTO PRACOWAĆ”

– Ciągłe powtarzam pani dyrektor w mojej poradni, że jak tak dalej pójdzie, to nie będzie komu pracować. **Znajoma psychiatra powiedziała mi: „Słuchaj, to nie jest tak, że jedni są na pierwszej linii walki z epidemią, a inni na drugiej czy kolejnej. Wszyscy jesteśmy na tej samej linii”.** Zgadzam się z tym. Uważam, że po tej pandemii wielu medyków powinno się leczyć na zespół stresu pourazowego, tak jak żołnierze wracający z frontu – stwierdza pielęgniarka i mówi:

– Jesteśmy pod ogromną presją. **Spoczywa na nas ogromna odpowiedzialność za potrzeby pacjentów, jesteśmy przytłoczeni obowiązkami. Dużo ludzi tego nie wytrzyma. Obciążenie psychiczne jest ogromne.** Musimy mieć siłę nie tylko za siebie, ale też za pacjentów i za ich rodziny. A potem przychodzimy do domów i płaczymy. Nie śpimy w nocy, budzą nas koszmary. Bierzymy leki nasenne i psychotropy. Rozpada się coraz więcej małżeństw. Ja sama schudłam podczas epidemii 20 kilo. Nie mam czasu jeść. Problemów jest mnóstwo, ale musimy sobie radzić. Bo jak nie my, to kto? – pyta pielęgniarka.

Źródło: everethnews.pl

# Depresję poporodową da się wyleczyć!

## Kiedy najlepiej rozpocząć psychoterapię?

Depresja jest chorobą uleczalną. Dlatego jest potrzeba podejmowania próby jej leczenia. Im szybciej do takiej interwencji dojdzie, tym większa szansa na wyleczenie. A w kontekście kobiety w okresie okołoporodowym, stan zdrowia psychicznego jest aspektem kluczowym, ponieważ ma on wpływ również na zdrowie psychiczne i rozwój dziecka” – podkreśliła w rozmowie z *Evereth News* Joanna Frejus, psycholog, założycielka Centrum Wsparcia Mamy, Taty i Dziecka w Warszawie, Fundacji Czułość, a także profilu poświęconego zdrowiu psychicznemu w ciąży i macierzyństwie „O matko, depresja”.

**Natalia Janus, Evereth News:** Depresja poporodowa dotyka 10–22% kobiet. Początkowo jej objawy są podobne do tzw. Baby Blues. Jakie objawy wskazują na depresję i gdzie położne mogą skierować kobietę w okresie okołoporodowym?

**Joanna Frejus:** Pierwszą zalecaną formą wsparcia w przypadku depresji poporodowej bądź innych zaburzeń, które wystąpiły w stopniu lekkim lub umiarkowanym jest psychoterapia. Dlatego, jeżeli zauważyliśmy u pacjentki w okresie okołoporodowym takie objawy, jak m.in. obniżony nastrój, zgodnie z zaleceniami międzynarodowych instytucji, takich jak APA czy NICE, pierwsze kroki powinno się skierować do psychologa okołoporodowego lub psychoterapeuty, który specjalizuje się w pracy z osobami w okresie okołoporodowym. Taka osoba diagnozuje ewentualne zaburzenie i dopiero wtedy, jeżeli zachodzi taka potrzeba, kieruje na konsultację psychiatryczną, gdzie zlecana jest farmakoterapia.

Jeżeli natomiast mamy pod opieką pacjentkę, u której objawy są nasilone, a choroba bądź inne zaburzenia są w stopniu zaawansowanym, czyli znacznie utrudniają normalne funkcjonowanie, wówczas powinniśmy skierować pacjentkę na konsultację psychiatryczną lub od razu do szpitala. Takim przykładem jest m.in. psychoza poporodowa, która absolutnie wymaga jak najszybszego leczenia farmakologicznego, z uwagi

na fakt, iż jest to bardzo silny czynnik ryzyka samobójstwa lub dzieciobójstwa.

**Dobrze, to przyjmijmy początkowo wersję, kiedy depresja objawia się w stopniu umiarkowanym. Kiedy jest najlepszy czas na rozpoczęcie terapii? I od czego on zależy?**

– Terapię depresji poporodowej najlepiej zacząć od profilaktyki depresji poporodowej, a więc jeszcze w ciąży, a dla niektórych osób najlepszym na to momentem będzie czas planowania ciąży. Ten odpowiedni czas zależy od wielu czynników ryzyka, czyli m.in. od tego, czy dana osoba znajduje się w tzw. grupie ryzyka, a więc czy ma za sobą np. wcześniejsze epizody depresji czy innych zaburzeń, czy w bliskiej rodzinie występowały jakieś zaburzenia, czy ma wsparcie społeczne, wspierającego partnera/partnerkę, czy może liczyć na pomoc własnych rodziców.

Joanna Frejus, psycholog, założycielka Centrum Wsparcia Mamy, Taty i Dziecka w Warszawie, Fundacji Czułość, a także profilu poświęconego zdrowiu psychicznemu w ciąży i macierzyństwie „O matko, depresja”

**Co jeszcze może świadczyć o tym, że kobieta może znajdować się w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na depresję?**

– Wskazówką do określenia tego będą również inne aspekty, takie jak m.in. utrata bliskiej osoby w niedawnym czasie, trudno-

ści finansowe, wcześniejsze poronienie, ciąża z podejrzeniem/diagnozą jakiejś choroby, ciąża niechciana, trauma jakiejś kobietą doświadczona bądź przemoc stosowana wobec niej. Te wszystkie symptomy, będą sygnałem do tego, że przyszła mama powinna zostać objęta dodatkowym wsparciem i tzw. „monitoringiem”.

**Tylko kto powinien się tym zająć?**

– To jest bardzo dobre pytanie, ponieważ zgodnie ze sztuką i z tym, o czym zaczyna się mówić od kilku lat na świecie, właśnie tę czujność i gotowość do wsparcia, powinny mieć wszystkie osoby, które mają kontakt z kobietą w okresie okołoporodowym, tj. lekarze pierwszego kontaktu, lekarze położnicy, położne czy personel medyczny.

Zdecydowanie najsilniejsze wsparcie, moim zdaniem, w tym zakresie stanowią położne, doradczynie laktacyjne, doule. A więc te osoby, które często mają trochę mniej formalny kontakt z kobietą w ciąży, budzą większe zaufanie i potrafią sprawić, że kobieta w tym okresie potrafi się bardziej otworzyć. Co również istotne, pierwszą osobą, która powinna mieć świadomość ryzyka zachorowania na depresję poporodową bądź inne zaburzenie – jest sama kobieta w ciąży.

**Tak powinno być, chociaż wiadomo, że w Polsce tak to chyba nie działa?**

– Zaczynając od tego, że w Polsce, to zazwyczaj nie położne prowadzą ciążę. Oczywiście



ście na fali nowych standardów opieki okołoporodowej funkcjonuje zalecenie badania **Edynburską Skalą Depresji Poporodowej**, natomiast nie jest to jeszcze wystarczające rozwiązanie i położne oraz doradczynie laktacyjne zdają sobie z tego sprawę, o czym mówią mi na przykład w trakcie szkoleń, które dla nich prowadzę.

#### Dlaczego?

– Z jednej strony, tak jak wspomniałam dlatego, że to nie położne prowadzą ciążę, a więc rzadko jest okazja do tego rodzaju monitoringu jeszcze przed porodem (chyba, że wizyta patronażowa odbywa się przed porodem, ale to też z jakiś powodów nie jest często praktykowane). To natomiast powoduje, że trudno jest nabrać świadomości, które osoby mogą wymagać takiego wsparcia, i tracimy wówczas te 9 miesięcy – czas, w którym mogłybyśmy tę osobę przygotowywać i poprzez działania profilaktyczne spowodować, że na tę depresję w ogóle nie zachoruje.

#### To jest idealny scenariusz, jednak mija się on z rzeczywistością?

– Niestety tak, ponieważ najczęściej jednak położna spotyka się z kobietą dopiero po porodzie, kiedy doszło już u pacjentki do charakterystycznego dla tego okresu obniżenia nastroju, **tzw. baby blues, pojawiającego się zazwyczaj między trzecim a piątym dobą od porodu**. Położne przeprowadzają wówczas monitoring Edynburską Skalą Depresji Poporodowej. Przystawione schody zaczynają się, kiedy wynik wykazuje wartość powyżej 10, czyli taki, który powinien prowadzić do dalszych działań, bo położne często nie wiedzą, co wtedy z tym zrobić.

Oczywiście to wspaniale, że położne zostały wyposażone w takie narzędzie, natomiast problem w tym, że **nie zostały poinformowane i wyposażone w wiedzę, co zrobić, jeżeli w tym monitoringu wynik wskazuje na konieczność dalszych konsultacji**. Z jednej strony, oczywiście mają wówczas świadomość, że powinny jak najszybciej zalecić kobiecie kontakt z psychologiem okotoporodowym lub psychoterapeutą. Jednak realia w naszym kraju są takie, że refundowane konsultacje z psychologiem następują nawet po sześciu, czasem po ośmiu miesiącach. A o ironio, po 6–9 miesiącach objawy depresji najczęściej samoistnie wycofują się, a kobieta nie ma wówczas motywacji, żeby sięgnąć po wsparcie.

#### Czy to znaczy, że depresji nie trzeba leczyć, skoro minie sama?

– Absolutnie nie. Depresję trzeba leczyć, ponieważ nieleczona depresja poporodowa, czy jakiegokolwiek inne zaburzenie ma **ten-**



**dencję do nawrotów**. Owszem, objawy po jakimś czasie się wycofują, ale jeżeli nie podejmiemy leczenia, każdy kolejny nawrót będzie trudniejszy do wyleczenia i będzie coraz bardziej pogłębiał zaburzenie. Dodatkowo, każdy epizod depresji niesie niebezpieczeństwo samobójstwa i może negatywnie wpływać na budowanie bezpiecznego przywiązania między matką i jej dzieckiem.

#### Kiedy kobiety zdają sobie sprawę, że same z tym problemem sobie nie poradzą?

– Najczęściej ten kontakt odbywa się **w tzw. czwartym trymestrze**, czyli pierwszych trzech miesiącach po porodzie lub w okolicy pierwszego roku życia dziecka. Jak pokazują badania, to właśnie te dwa okresy są emocjonalnie najtrudniejsze, a objawy depresji najbardziej nasilone.

**Myślę, że ten czas może mieć związek z tym, że na początku trudno może być rozpoznać czy kobieta doświadcza baby blues czy jest to już depresja?**

– Oczywiście, na początku ta różnica, szczególnie dla samej kobiety po porodzie, może być faktycznie niezauważalna. Ponieważ objawy są bardzo podobne, tj. przede wszystkim właśnie **obniżony nastrój, płaczliwość, lęk, trudności ze snem czy apetytem**.

Co należałoby jednak podkreślić, w Polsce mamy tendencję, żeby każde obniżenie nastroju u kobiety w okresie okołoporodowym traktować jako baby blues i **cedować na zmiany poziomów hormonów**. Oczywiście jest w tym dużo prawdy. Statystyki pokazują, że takiego obniżenia nastrojów czy innych trudności emocjonalnych w tych pierwszym roku po urodzeniu dziecka doświadcza ok. 80% kobiet, natomiast **depresję poporodową lub inne zaburzenia okołoporodowe diagnozują się u ok. 20% kobiet**.

**A jak te liczby przekładają się na ryzyko wystąpienia depresji po tzw. baby blues?**

– Nie wszystkie kobiety, u których wystąpiło obniżenie nastroju zachorują później na depresję. Natomiast jak pokazują badania, nawet **70% kobiet, u których wystąpił tzw. smutek poporodowy zachorowało na depresję**. Można więc wysnuć taki wniosek, że gdyby te osoby dostały wsparcie w pierwszych tygodniach po porodzie, kiedy myślały, że po prostu doświadczają baby blues, to byłaby duża szansa na to, że przynajmniej część z nich nigdy by nie zachorowała.

**Powiedziała Pani na początku, że psychoterapia jest pierwszą zalecaną formą wsparcia. Ile powinna trwać?**

– Czas psychoterapii jest wyjątkowo indywidualną kwestią i zależy w dużej mierze od potrzeb pacjentki. Będzie to miało również związek z bardzo różnymi przyczynami zaburzenia, jak również narzędziami, a więc tym, w jakim podejściu psychoterapeutycznym pracuje psychoterapeuta.

**Co to oznacza?**

– Mamy dwa najbardziej znane nurty psychoterapii, np. **terapia poznawczo-behawioralna** i **terapia psychodynamiczna**. One zasadzają się na różnych teoriach psychopatologii, różnie rozumieją przyczyny zaburzeń, a także stosują różne techniki w terapii z pacjentem.

Terapia psychodynamiczna zazwyczaj jest formą długoterminową, może trwać nawet kilka lat, w zależności od potrzeb danej osoby oraz od planu terapii. Natomiast w podejściu **poznawczo-behawioralnym**

mówimy zazwyczaj o interwencji ograniczonej w czasie. **Zazwyczaj ta interwencja nie trwa dłużej niż 24 spotkania**. Dłuższe procesy terapeutyczne koncentrują się m.in. na zaburzeniach osobowości, ponieważ czasami jest tak, że podstawą trudności, których doświadcza kobieta jest wykształcenie się zaburzenia, pod którym kryje się inne zaburzenie.

**No właśnie, a spotyka się Pani czasem z taką sytuacją, kiedy po 5 spotkaniach widać, że psychoterapia nie wystarczy?**

– Tak, oczywiście, w procesie terapeutycznym osoba jest nieustannie monitorowana, ze spotkania na spotkanie wykonujemy monitoring objawów. Psychoterapeuta cały czas trzyma rękę na pulsie. W terapii poznawczo-behawioralnej jest to jeden z punktów, które w ramach każdego spotkania się realizuje, a więc sprawdzenie aktualnego stanu psychicznego pacjenta w terapii. W momencie, kiedy widzę, że pacjentka potrzebuje **wsparcia farmakologicznego**, ponieważ z jakiś powodów pierwsze spotkanie nie przyniosło pożądanych efektów, bądź miały miejsce dodatkowe zdarzenia, które pogłębiły stan pacjentki, kieruję ją wówczas **na dodatkową konsultację psychiatryczną**.

**Depresję da się wyleczyć?**

– Depresja jest chorobą uleczalną. Dlatego jest potrzeba podejmowania próby jej leczenia. Im szybciej do takiej interwencji dojdzie, tym większa szansa na wyleczenie. A w kontekście kobiety w okresie okołoporodowym, stan zdrowia psychicznego jest absolutnie aspektem kluczowym, ponieważ ma on wpływ również na zdrowie psychiczne i rozwój jej dziecka.

Kluczowym aspektem leczenia depresji czy innego zaburzenia jest też fakt, że każdy zasługuje na życie w dobrym zdrowiu. W przypadku kobiet w okresie okołoporodowym jest to szczególnie ważne, ponieważ interweniuje wówczas w kontekście zdrowia i komfortu życia osoby chorej, ale też jej bliskich. **Zaburzenia okołoporodowe mogą się przekładać również na relację partnerską**, w której ta osoba się znajduje.

**Myślę, że zauważenie swoich potrzeb w okresie okołoporodowym może być trudne, bo jest to czas w którym wszyscy wokół, włącznie z samą matką nastawieni są na pomoc i opiekę nad nowonarodzonym dzieckiem, a zapominają o potrzebach matek.**

– Dokładnie tak, ja to oczywiście doskonale rozumiem, jednak musimy pamiętać, że dopóki nie zaopiekujemy odpowiednio mamy tego dziecka, również w kontekście

zdrowia psychicznego, to istnieje ryzyko, że dziecko i tak nie osiągnie pełni dobrostanu.

**Wiele się ostatnio mówi o pozytywnym wpływie karmienia piersią, czy kobiety chore na depresję poporodową karmią piersią i jak ten stan psychiczny wpływa na laktację?**

– Generalnie badania pokazują, że depresja poporodowa i inne zaburzenia wpływają na krótszy czas karmienia piersią. Wynika to z bardzo różnych względów i działa również w drugą stronę. Jeżeli kobieta planuje karmić piersią, bardzo tego chce, a później z różnych względów (m.in. dlatego, że w Polsce nie ma łatwego dostępu do certyfikowanych doradczyń laktacyjnych, nie wszystkie położne specjalizują się w tym temacie, co oznacza, że nie każda kobieta otrzymuje odpowiednie wsparcie laktacyjne) się to nie udaje, pojawia się ona w grupie ryzyka zachorowania na depresję poporodową i inne zaburzenia okołoporodowe. Dlatego powinniśmy zapewnić jej wsparcie.

Zdarza się również tak, że kobieta nie chciała karmić piersią, jednak ze względu na presję społeczną czy presję specjalisty zaczęła karmić piersią, wbrew własnej woli, również znajduje się wówczas w grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia depresji poporodowej, bądź innego zaburzenia. Dlatego pamiętajmy, że decyzja matki w tym względzie jest najważniejsza.

**Doskonałym momentem, kiedy położna może zauważyć, że kobieta stara się karmić piersią ponad swoje siły są niewątpliwie wizyty patronażowe.**

– Dlatego tak ważne, aby obok niezbędnych czynności, które położne mają obowiązek wykonać podczas wizyt patronażowych, znaleźć czas i przestrzeń na rozmowę i zaopiekowanie różnego rodzaju wątpliwości i lęków. Należy również mieć świadomość wypowiedzianych do kobiety w okresie okołoporodowym słów, ponieważ proste stwierdzenia, których używamy, często automatycznie, trafiają na bardzo delikatny grunt. Dla wielu, może się to wydać wyolbrzymieniem, jednak w swoim gabinecie bardzo często spotykam się z kobietami, które nawet po wielu miesiącach rozpamiętują słowa, które usłyszały od swoich położnych w porodzie czy połogu. Pamiętajmy, że czasami **jedno negatywnie oceniające zdanie może być kroplą**, która przeleje czarę smutku. Tak samo jeden naprawdę wspierający komunikat może być czymś, czego młoda mama będzie mogła się trzymać w chwilach wątpliwości. Jako specjalistki okołoporodowe mamy ogromną moc. Używajmy jej mądrze.

Źródło: everethnews.pl

# Maskne, czyli trądzik odmaseczkowy

Z dr. hab. n. med. Danutą Nowicą rozmawia Aleksandra Szottys

Pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 w Polsce nie ustępuje. Ceną, którą część z nas musi płacić za możliwość zmniejszenia transmisji koronawirusa, są problemy skórne. Maskne, termin wywodzący się ze słów „mask” (maseczka) oraz „acne” (trądzik) to problem dotyczący coraz większej grupy osób, w tym medyków, dla których środki ochrony osobistej są trwałym elementem codziennej praktyki. Na skutek długotrwałego noszenia maseczek ochronnych w miejscach zakrytych, a więc w okolicy policzków, żuchwy i brody, pojawiają się zmiany zapalne. O tym, jak powstają, co zrobić, by ich uniknąć i jak z nimi walczyć, jeśli już się pojawią, opowiada dr hab. n. med. Danuta Nowicka, specjalista dermatolog.

**Aleksandra Szottys: Czy zauważyła Pani wzrost liczby osób zgłaszających się z problemami skórnymi wywołanymi noszeniem maseczek? Jakiego typu są to problemy?**

**Dr hab. n. med. Danuta Nowicka:** Obecnie, ze względu na coraz dłużej trwającą pandemię i konieczność stosowania zastony ust i nosa, coraz więcej osób ze zmianami skórnymi zwraca się o pomoc. Zmiany te pojawiły się w związku z noszeniem maseczek, albo się przez nie zaostrzają. Najczęściej przybierają postać dobrze znanego dermatologom trądziku mechanicznego (acne mechanica). Powstaje on na skutek powtarzającego się bodźca mechanicznego pod postacią tarcia, ucisku, nadmiaru temperatury i ciśnienia, któremu poddawana jest skóra. Bodźcem tym może być np. przytłbica u personelu gabinetów kosmetycznych, a także maska ochronna u każdego w czasie pandemii. Pocieranie skóry przez przylegającą maseczkę lub przytłbicę dotykającą twarzy, brak wymiany powietrza, ciepło, wilgoć – to wszystko daje bakteriom beztlenowym odpowiedzialnym za zmiany zapalne w ujściach mieszków włosowych idealne warunki do rozwoju. Takie zmiany będziemy obserwować w szczególności u osób z tendencją do przetłuszczania się skóry i już istniejącym trądzikiem. Obecnie będą zapalne grudki, krosty, czasem guzy najczęściej w linii żuchwy i na policzkach. Zmiany mogą być bolesne zwłaszcza przy dotyku.

Często możemy zobaczyć również zmiany odpowiadające trądzikowi kosmetycznemu – z przewagą zmian niezapalnych, grudek i zaskórników zamkniętych. W tym przypadku głównym winowajcą będzie okluzja, dodatkowo potęgująca niekorzystne działanie nadmiaru kolorowych kosmetyków.

U osób z przewagą skóry wrażliwej, skłonnej do podrażnień, zmiany w przebiegu maskne będą przybierały raczej postać odpowiadającą tojotokowemu zapaleniu skóry – rumieniowo-żółtaczające, zlokalizowane w fałdach skóry, z towarzyszącym – często dokuczliwym – świądem czy pieczeniem.

Nie sposób nie wspomnieć o nasileniu zmian w już toczących się dermatozach, przede wszystkim trądziku różowatym i zmianach alergicznych. Pamiętajmy również, że maseczka i jej elementy mogą być przyczyną alergii kontaktowej tzw. wyprysku.

Bardzo dokuczliwe są objawy subiektywne, które odczuwa zdecydowana większość tego typu pacjentów – najczęściej są to świąd, pieczenie, uczucie suchości czy tzw. „ściągnięcie skóry”.

**A. Sz.: Jaka jest etiopatogeneza zmian chorobowych powstających w obrębie miejsc noszenia maseczki?**

**D. N.:** Wielogodzinne noszenie maseczki działa na naszą skórę jak okluzja – nasila stany zapalne, podnosi temperaturę i wilgotność powstałego środowiska. To dobre warunki do rozwoju drożdżaków i bakterii beztlenowych: *Cutibacterium acnes* (dawniej *Propionibacterium acnes*), *Staphylococcus epidermidis* i *Malassezia* spp. Do tego dochodzą jeszcze zmiany

w płaszczu tłuszczowym skóry, który w wyniku rozpulchnienia jest bardziej podatny na działanie czynników drażniących i alergizujących. Mechaniczna bariera odgradza naszą skórę od światła dziennego, w którym zawarty przecież UV działa powierzchownie przeciwzapalnie. Te wszystkie czynniki sprawiają, że zmian na skórze jest coraz więcej, zmieniają one również swoją morfologię.

**A. Sz.: Jak odróżnić maskne od alergii kontaktowej, której przyczyną może być materiał maseczki lub jej metalowe komponenty?**

**D. N.:** Zmiany typu maskne pod każdą postacią są zdecydowanie częstsze niż możliwość wystąpienia alergii kontaktowej na komponenty materiałów użytych do produkcji maseczek. Głównym czynnikiem pozwalającym na odróżnienie tych jednostek chorobowych jest przede wszystkim dobrze i dokładnie zebrany wywiad chorobowy u naszego pacjenta. Zmiany typu alergii kontaktowej mogą pojawić się już przy pierwszym kontakcie z alergenem, zmiany typu maskne będą narastały w miarę przedłużającego się czasu noszenia maseczki.

**A. Sz.: Problemem natury dermatologicznej, oprócz zmian spowodowanych noszeniem maseczek, jest reakcja skóry na zawarte w środkach odkażających konserwanty, które mogą nasilać zmiany trądzikowe.**

**D. N.:** Środki dezynfekcyjne oparte na alkoholach działają bardzo szkodliwie na skórę



rę, powodując „wyptukanie” jej ochronnego płaszcza tłuszczowego. Pierwszymi objawami będzie suchość, zaczerwienienie, uczucie świądu, pieczenia. Takie dodatkowe podrażnienie może zaostrzać już istniejące zmiany skórne, przede wszystkim alergiczne, tłuszczowe czy trądzikowe.

**A. Sz.:** Które z dostępnych na rynku rodzajów masek są dla skóry najbezpieczniejsze? Z Pani perspektywy, jakich materiałów i tworzyw należy unikać?

**D. N.:** Najlepszym wyborem są maseczki zawierające odpowiednie filtry powietrza, pamiętajmy jednak że i one muszą być zmieniane po rekomendowanym czasie użycia. Aby zminimalizować zmiany skórne związane z noszeniem maseczki, należy przede wszystkim dbać o jej jakość i czystość – najlepiej sprawdzają się chirurgiczne maseczki jednorazowe i te z wbudowanymi filtrami powietrza. Unikajmy maseczek z tworzyw sztucznych. Choć są ładne, mają najbardziej szkodliwy wpływ na skórę.

**A. Sz.:** Na jakie elementy i zachowania podczas noszenia maseczek ochronnych należy zwrócić uwagę?

**D. N.:** Dbajmy o czystość stosowanych maseczek, starajmy się ograniczyć dotykanie twarzy, oczu i samej maseczki. Oprócz tego zmieniamy maseczkę! Maksymalny czas

stosowania jednej to 4 godziny. Jeśli zawilgotnieje czy upadnie na niezdezynfekowane podłoże, zmieńmy ją natychmiast. W miarę możliwości dbajmy też o napływ świeżego powietrza pod maseczkę – ograniczy to stany zapalne, pozwoli także na szybszą regenerację skóry.

**A. Sz.:** Jakie powinno być nasze nastawienie do makijażu? Czy nakładanie go na twarz i zakrywanie maseczką jest bezpieczne?

**D. N.:** W czasie noszenia maseczki warto ograniczyć liczbę stosowanych kosmetyków do makijażu, mogą się bowiem przyczynić do wystąpienia zmian. Używajmy raczej tzw. kremów koloryzujących określanymi na rynku kosmetycznym jako BB, CC.

**A. Sz.:** Czy podczas noszenia masek ochronnych można zrezygnować z ochrony przeciwsłonecznej?

**D. N.:** Osoby, które muszą bezwzględnie unikać ekspozycji na światło słoneczne, m.in. pacjenci z fotodermatozami przyjmujący leki fotouczulające, mimo stosowania maseczek, zwłaszcza podczas przebywania na wolnym powietrzu, powinny chronić skórę odpowiednimi preparatami. Powinny być to produkty oznaczone 50+ (zawierają bowiem filtry hamujące działanie zarówno UVA, jak i UVB), z przewagą filtrów fizycznych, aplikowane na

wszystkie odświeżone części ciała na kilkanaście minut przed wyjściem z domu. Ważną rolę spełniają również elementy ochronnej odzieży jak czapki, kapelusze, chustki.

**A. Sz.:** Jakie działania powinni podejmować lekarze innych specjalizacji, zwłaszcza lekarze pierwszego kontaktu, jeśli pacjent zwróci się do nich z problemem maskne?

**D. N.:** Problem maskne to przede wszystkim konieczność zmiany pielęgnacji domowej – polecamy łagodne preparaty do mycia twarzy (te z pH neutralnym) i delikatne, nawilżające kremy. Powinniśmy zrezygnować z agresywnych środków przeciwtrądzikowych, mogą pogłębiać problem podrażnienia i nasilać zmiany skórne. W dużym nasileniu zmian pod maseczką można sięgnąć po preparaty o działaniu przeciwzapalnym, jak klasyczny i dobrze wszystkim znany metronidazol czy nowszy preparat zawierający ivermektynę (krem 1%). Przy znacznym nasileniu zmian trądzikowych należy wdrożyć klasyczne leczenie przeciwtrądzikowe.

**A. Sz.:** Jakie inne działania możemy podjąć, by zapewnić i utrzymać prawidłową kondycję oraz higienę skóry twarzy?

**D. N.:** Czas pandemii to nie jest niestety dobry czas dla naszej skóry – konieczność częstej dezynfekcji, noszenia maseczek oraz przedłużający się stres spowodowany zagrożeniem i izolacją to czynniki, które z pewnością odbiją się na jej kondycji. Większość pacjentów będzie borykać się z problemami typu maskne, suchością i podrażnieniem skóry, a także zaostrzeniem już istniejących dermatoz jak atopowe zapalenie skóry czy łuszczyca. Warto wspomnieć w tym miejscu o problemach skórnych wywołanych obciążeniem psychicznym jak bielactwo, łysienie plackowate czy też typowe psychodermatozy, czyli np. samouszkodzenia. To wszystko problemy, z którymi dermatolodzy, psychiatry i lekarze innych specjalności, a przede wszystkim ich pacjenci, będą musieli zmagać się jeszcze długo po epidemii. Dbajmy o przestrzeganie zasad higieny, ograniczenie kontaktu społecznego i wszystkich obowiązujących zaleceń, ale także, a może i w pierwszej kolejności, o stan naszej psychiki. To ważne.

**DR HAB. N. MED. DANUTA NOWICKA**

Specjalista dermatolog, dolnośląski konsultant wojewódzki w dziedzinie dermatologii i wenerologii, adiunkt w Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, prof. AWF we Wrocławiu, sekretarz zarządu Oddziału Dolnośląskiego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

*Źródło: Medium Nr 5/2021 (369) maj 2021*

# Większość chorób współczesnych ludzi ma podłoże psychiczne

Z dr. n. med. Ewą Kempisty-Jeznach rozmawia Maciej Sas

**Pani Doktor podkreśla, że współcześni lekarze stoją przed arcytrudnym wyzwaniem – poza wiedzą medyczną, muszą się też znać na psychologii, by skutecznie pomagać pacjentom. Jej zdaniem najważniejszą grupą w świecie medycznym są lekarze rodzinni i to o ich edukację powinniśmy dbać najbardziej. – Bo to oni najlepiej znają pacjenta, a on im ufa – w rozmowie z Maciejem Sasem mówi dr n. med. Ewa Kempisty-Jeznach, absolwentka Akademii Medycznej we Wrocławiu, jedyny w Polsce certyfikowany lekarz medycyny męskiej, autorka książki „Chorzy ze stresu. Problemy psychosomatyczne”.**

**Maciej Sas: „Choroby psychosomatyczne chorobami XXI wieku?” – zacznę naszą rozmowę, wykorzystując pierwsze zdanie z Pani nowej książki. Jest aż tak źle pod tym względem?**

**Dr n. med. Ewa Kempisty-Jeznach:** Jest bardzo źle! Powiedziałabym, że w tej chwili więcej mamy nawet pacjentów z chorobami psychosomatycznymi, czy może, mówiąc nieco delikatniej, z dolegliwościami psychosomatycznymi, aniżeli ludzi, którzy są chorzy organicznie, na przykład cierpią na choroby cywilizacyjne. To może się nam wydawać związane z czasem pandemii, która to bardziej nasiliła. Mam nieodparte wrażenie, że ogromna liczba pacjentów przychodzi dzisiaj do lekarzy właśnie z objawami psychosomatycznymi.

**M.S.: Stres jest przez medycynę akademicką widziany skrajnie – jedni uznają go za czynnik wielu chorób, inni zupełnie bagatelizują. To, co Pani opisała w swojej nowej książce, opiera się na Pani doświadczeniu zawodowym. Kiedy właściwie doszła Pani do wniosku, że stres może mieć tak zabójcze działanie?**

**E.K.-J.:** Postanowiłam napisać tę książkę 5 lat temu, kiedy zauważyłam, jak bardzo wielu pacjentom muszę tłumaczyć problem psychosomatyki. Ci ludzie właściwie szukają choroby, która ich dręczy – coś ich boli, więc widzą w tym problem natury organicznej.

**M.S.: Szukają, chodząc ze swoim problemem od lekarza do lekarza – to ma Pani na myśli?**

**E.K.-J.:** Tak, można powiedzieć, że takie osoby zajmują się turystyką medyczną – krążą od jednego gabinetu lekarskiego do drugiego, a potem – kolejnego. Nie mogą zrozumieć, że nic z tego nie wychodzi. Mają wątpliwości co do wiedzy lekarskiej. Bardzo mnie to boli, dlatego że tak inni koledzy lekarze, jak i ja zrobiliśmy wszystko, by problem zdiagnozować i wiemy, że ten pacjent nie cierpi na jakąkolwiek chorobę organiczną. W takiej sytuacji już nie badamy jednego, konkretnego organu, ale zajmujemy się człowiekiem holistycznie, wykluczając jedna po drugiej choroby organiczne. Bo żeby rozpoznać problemy psychosomatyczne, trzeba najpierw wykluczyć wszystkie możliwe choroby organiczne, które dają objawy takie, jakie opisuje pacjent. Te są niekiedy tak skrajne, że nie łączą się w jakąkolwiek spójną całość. W tym momencie zaczynamy podejrzewać kłopoty psychosomatyczne, ale – podkreślę raz jeszcze – nie wolno nam, lekarzom postawić ostatecznej diagnozy bez wykluczenia wszelkich możliwych w danym przypadku chorób organicznych. Po zbadaniu pacjenta, gdy już mamy wszystko czarno na białym, możemy z nim usiąść i wytłumaczyć, że jest chory psychosomatycznie. I to od lekarza, który przekazuje tę wiadomość zależy, co się stanie dalej. Mam na myśli to, czy pacjent będzie chodził przez rok do różnych lekarzy, aż w końcu będzie miał stany lękowe, depresyjne i trafi do psychiatry, czy potrafimy mu to tak wytłumaczyć, podpierając się swoim autorytetem, ale też postępując ze zrozumieniem, ze skróceniem dystansu i dużą dozą empatii, aż on nam uwierzy. A im

szybciej uwierzy w to, że to choroba psychosomatyczna, tym większy sukces w jej leczeniu i nie trzeba będzie od razu sięgać po leki antydepresyjne.

**M.S.: Z tego, co Pani powiedziała, wynika, że taki proces jest długotrwały. Sądzi Pani, że w realiach polskiego systemu opieki zdrowotnej jest miejsce na takie podejście, na znalezienie tak skomplikowanej niekiedy przyczyny? W końcu zwykłe wizyta u lekarza to maksymalnie 10 minut: pada zestaw 3 sakramentalnych pytań, jest rutynowa recepta i... koniec spotkania. Gdzie tu miejsce na dotarcie do bólu duszy?**

**E.K.-J.:** Tu jest niezbędny autorytet lekarski, o którym przed chwilą wspomniałam. Dlatego bardzo doceniam lekarzy pierwszego kontaktu, bo to oni znają doskonale swojego pacjenta i to oni wysyłają go do specjalistów. Specjalista widzi go krótko – raz, czasami dwa razy, a potem chory wraca do swojego lekarza rodzinnego. I właśnie dlatego tacy lekarze powinni zostać należycie docenieni: trzeba im dać więcej możliwości działania, rozmaitych narzędzi, bo to oni, znając pacjenta najlepiej, są w stanie postawić trafną diagnozę. Wyniki pozbierane od 2–3 specjalistów i na końcu podsumowane przez lekarza pierwszego kontaktu są niezwykle ważne. To właśnie on, człowiek, któremu pacjent ma ufać najbardziej, powinien usiąść i wszystko mu spokojnie wytłumaczyć. Posłużmy się przykładem: jeżeli człowieka boli serce, to wielu badań do wykonania nie ma – robi się EKG, EKG wysiłkowe,



echo serca. Jeśli w tych badaniach nic złego się nie widzi, a na dodatek badania krwi wychodzą bez patologii, to w tym momencie można stwierdzić, że ten człowiek jest chory psychosomatycznie. Wydaje mi się, że do tego nie trzeba mnóstwa wizyt u wielu lekarzy. Tę medyczną wędrówkę można radykalnie skrócić, ale czy to się uda, zależy właśnie od autorytetu lekarza pierwszego kontaktu. Jeśli przekona pacjenta, oszczędzi mu wiele czasu związanego z chodzeniem od gabinetu do gabinetu. To on powinien nakazać zmianę trybu życia, która będzie początkiem leczenia. Pierwszym, zasadniczym krokiem w postępowaniu terapeutycznym w takiej sytuacji nie powinien być od razu antydepresant. Jeżeli jednak pacjent nie zostanie do tego przekonany, to – niestety – czeka go wizyta u psychiatry.

**M.S.:** Gwałtowny rozwój technologii, cywilizacji oznacza zmiany, na które ludzki organizm nie jest przygotowany. To musi oznaczać narastający stres. Sam słyszałem od lekarzy kilka razy: „Musisz się pan mniej stresować!”. Brzmi pięknie, ale poproszę receptę na lek w tym względzie: kłopot w pracy, kłopoty rodzinne, niezadowolony szef, poczucie wyizolowania to

**warzyszące wielu z nas – zwłaszcza teraz, w czasie pandemii. Jak się odizolować od nadmiaru stresu – zna Pani jakąś skuteczną metodę? Można wypisać na to receptę?**

**E.K.-J.:** Jak wspominałam, na samym końcu tego tańca stoją leki uspokajające, nasenne czy antydepresanty – to naprawdę ostateczność. 50 proc. sukcesu w tym przypadku to zrozumienie przez pacjenta problematyki związanej z chorobą psychosomatyczną. Wpuściliśmy na salony lekarskie techniki wyciszenia. Wydawało nam się przed paru laty, że są to metody z serii: „hokus-pokus”, które niewiele dają, że tylko ludzie spirytualnie nawiedzeni uprawiają jogę. My byliśmy przyzwyczajeni do czegoś innego: „co dzień tabletki białe”, czy antydepresant i... mamy to z głowy. Ale tak nie musi być. Powinniśmy rozwiązać problem, korzystając z trzech ścieżek. Pierwszą z nich są techniki wyciszenia, a więc zaleca się pacjentowi, by przynajmniej 3 razy w tygodniu robił trening autogenny (joga, mindfulness, tai chi). Dzisiaj w Dolinie Krzemowej, w dużych korporacjach (np. Google) są pokoje wyciszenia, z których można korzystać między godz. 12.00 a 12.30. Pierwszą wprowadziła to firma informatyczna Captain, która takie techniki wyciszenia swoich pracowników wprowadziła w pew-

nym momencie wręcz jako obowiązek. Każdy może wybrać technikę sam – tu się niczego nie narzuca, bo u każdego to działa inaczej: jeden woli słuchać muzyki poważnej z zamkniętymi oczami, inny – uprawiać jogę. Druga metoda to użycie adaptogenów.

**M.S.:** Co ma Pani na myśli – poproszę o konkrety.

**E.K.-J.:** Są to rośliny, które weszły na salony lekarskie z dużym oporem, ale już się je uznaje na świecie. Te naturalne leki były używane od tysięcy lat. Należy do nich 12–13 ziół. Mogą być podawane w postaci naparów, tabletek. Najważniejszym ich przedstawicielem jest ashwagandha. Jej skuteczne działanie obserwuję, analizując wyniki moich pacjentów – poziom kortyzolu (czyli hormonu stresu) po trzech miesiącach jej podawania potrafi spaść o połowę. Kortyzol, dodajmy, jest największym przeciwnikiem hormonów płciowych, a więc po użyciu takiego naturalnego leku wzrasta poziom testosteronu i estrogenów, co powoduje, że pacjenci są silniejsi wobec życia. Bo testosteron – wyjaśnijmy – jest hormonem królewskim mężczyzny: daje stanowczość, decyzyjność, dobry humor, szczęście, radość, sylwetkę, libido. To samo się dzieje u kobiet – dzięki estrogenom

lepiej jajeczkują, zachodzą w ciążę. Dzisiaj też mamy z tym problem, bo obserwujemy zaburzenia hormonalne o podłożu stresowym również u pań. Im też mocno daje się we znaki nadmiar kortyzolu. Do tego dochodzi jeszcze prolaktyna, nazywana niekiedy hormonem stresu emocjonalnego. Jej poziom znacząco wzrasta u osób, które mają na koncie silne przeżycia emocjonalne, np. śmierć kogoś najbliższego, rozwód, śmierć dziecka itd. Wspomniana ashwagandha bardziej działa na kortyzol, ale – jak zauważyłam – również obniża poziom prolaktyny. Na prolaktynę najlepiej działają jednak techniki wycofania, i oczywiście leki chemiczne.

Trzecią metodą jest przeciwwaga do stresu w postaci programu „4S”: sposób odżywiania, sen, seks i sport. To rzeczy, które nie działają bezpośrednio na stres, ale zwiększają produkcję hormonów płciowych (sport i seks) albo hormonów szczęścia (sport i sen), dzięki czemu mamy w organizmie dużo endorfin, jesteśmy „zalani” oksytocyną, serotoniną, dopaminą. Te hormony szczęścia pośrednio wpływają również na zniwelowanie poziomu stresu. Niejeden człowiek, który jest na wysokich szczeblach kariery korporacyjnej, czy prowadzi własne biznesy wie doskonale, że dzięki sportowi jest w stanie przeciwstawić się wielu sytuacjom stresowym, z jakimi ma do czynienia w pracy.

**M.S.: W których dziedzinach medycyny nadmiar stresu ma najbardziej destrukcyjny wpływ – dużą część książki poświęciła Pani swojej koronnej dziedzinie, czyli endokrynologii (podobnie jak w innych swoich publikacjach). Wypada podejrzewać, że tu jest najtrudniej?**

**E.K.-J.:** Jedne z pierwszych elementów, które zaczynają się sypać przy nadmiernym stresie, to hormony. One są tak delikatne, że momentalnie reagują na stres. Tu nie chodzi tylko o hormony płciowe, ale również kortyzol, prolaktynę, hormony tarczycy – wszystkie one są bardzo podatne na działanie stresu. Dotyczy to również insuliny, bo przecież często ludzie, jak się mawia, „zażerają stres”. A jeśli tak robią, powodują nagłe podwyższenie węglowodanów we krwi, których następstwem jest zwiększenie poziomu insuliny, co doprowadza do insulinooporności, a potem do cukrzycy. Jak więc z tego widać, stres przerzuca się w pierwszym rzędzie na hormony, a te z kolei wywołują w organizmie różne zmiany – zarówno psychosomatyczne, jak i organiczne. Ale stres potrafi też działać bezpośrednio na ciało i dawać różne objawy (lęki, ściski, szum w uszach, zawroty głowy, bóle głowy czy brzucha, które imitują prawdziwe choroby organiczne. Dlatego w mojej książce podkreślałam, jak istotne jest w pierwszym rzędzie wykluczenie przyczyn organicz-

nych choroby, a dopiero potem pochylenie się nad psychosomatyką.

**M.S.: Czyli jeszcze raz wracamy do tego, jak ważnym czynnikiem w leczeniu jest autorytet lekarza?**

**E.K.-J.:** Właśnie tak, bo pokazanie pacjentowi czarno na białym, że nic mu nie jest, że to problem natury psychosomatycznej, jest wielkim sukcesem. Najpierw on musi się dowiedzieć, że w wynikach badań nie ma niczego złego, musi uwierzyć swojemu lekarzowi, który powinien być dla niego i przyjaciелеm, i autorytetem. To trudne, bo jedno z drugim nie bardzo koreluje. Ale tego się wymaga od lekarza XXI wieku. To źle, bo to my, lekarze musimy się dostosować do tych chorób, musimy przestać być „bogami w bieli”, musimy się zorientować, że jednak pacjenci są naszymi przyjaciółmi, zawierają nam swoje ciało. A ponieważ żyjemy w trudnym okresie, w którym mamy do czynienia z rewolucjami we wszystkich możliwych sferach życia, musimy pomagać tym, którzy nam zawierzyli swoje zdrowie – to duże wyzwanie. To, o czym mówię, oznacza, że musimy mieć nie tylko najświeższą wiedzę medyczną, ale też znać się na psychologii. Bez tego nie będziemy w stanie pomagać pacjentom w coraz liczniejszych przypadkach chorób psychosomatycznych. Właśnie dlatego powinniśmy w naszym systemie zdrowia bardzo dużą wagę przykładać do wykształcenia lekarzy pierwszego kontaktu również pod względem psychologii.

**M.S.: Z tego, co Pani powiedziała, wynika, że wypadatoby zmodyfikować program nauczania na uczelniach medycznych.**

**E.K.-J.:** Tak sądzę. Wiedza przekazywana przyszłym lekarzom powinna być dostosowana do wymogów XXI wieku – dzisiaj przekazywanie młodym lekarzom wyłącznie wiedzy stricte medycznej to stanowczo za mało. Człowiek stał się bardzo skomplikowany, musi się zmagać z tak wieloma zmianami na każdym kroku, jest narażony na tak wiele bodźców, że psychiatry są skrajnie przeciążeni pracą – trudno dziś się dostać od ręki do psychologa czy do psychiatry. Kiedyś ci specjaliści czekali na pacjentów, a dzisiaj jest odwrotnie. Dlatego to my powinniśmy trochę ich odciążyć i na pierwszym etapie przygotować pacjenta na kontakt z psychologiem czy psychiatrą.

**M.S.: Brzmi to nieco utopijnie...**

**E.K.-J.:** Może, ale tak być musi. Najwyższy czas zobaczyć, że świat się zmienia, a wraz z nim powinny się zmienić procedury medyczne. Podobnie jak przez ostatnie dziesięciolecie radykalnie zmienił się sprzęt me-

dyczny, którego używamy. Ale same aparaty nie leczą, a psychika człowieka, jak już powiedzieliśmy, jest arcyważna. Musimy wprowadzić takie zmiany, jeśli nie chcemy, by całe społeczeństwo brało kiedyś antydepresanty. A tak będzie, jeżeli teraz nie zatrzymamy tego problemu w porę.

Najwyższy czas zobaczyć, że świat się zmienia, a wraz z nim powinny się zmienić procedury medyczne. Podobnie jak przez ostatnie dziesięciolecie radykalnie zmienił się sprzęt medyczny, którego używamy. Ale same aparaty nie leczą, a psychika człowieka, jak już powiedzieliśmy, jest arcyważna. Musimy wprowadzić takie zmiany, jeśli nie chcemy, by całe społeczeństwo brało kiedyś antydepresanty. A tak będzie, jeżeli teraz nie zatrzymamy tego problemu w porę.

**M.S.: Cały czas bardzo podkreśla Pani, jak ważną rolę w tym wszystkim odgrywają lekarze rodzinni. To w medycynie niestandardowe podejście, bo duża część świata medycznego uznaje ich zwykłe (bądźmy szczerzy...) za piąte koło u wozu, za ludzi od wypisywania recept i zwolnień. Z Pani słów wytłania się zupełnie inny obraz tej grupy.**

**E.K.-J.:** Zdecydowanie tak, bo uważam, że w XXI wieku powinniśmy zupełnie zmienić podejście do lekarzy. Lekarz pierwszego kontaktu nie jest i nie może być jedynie tym, który wypisuje skierowania. To on powinien być jednym z najlepiej wykształconych ludzi w świecie medycznym. Dzięki temu będzie mógł do każdego pacjenta podejść holistycznie: wszystkie wyniki, które dostaje od innych specjalistów, potrafi połączyć w całość, rozwiązać zagadkę problemów pacjenta i stwierdzić, czy to choroba organiczna, czy może problemy natury psychosomatycznej. Bo dzisiaj, mówię to z pełną odpowiedzialnością, większość chorób ma podłoże psychiczne.

**DR N. MED. EWA KEMPISTY-JEZNACH**

Absolwentka Akademii Medycznej we Wrocławiu, przez 5 lat pracowała w Klinice Endokrynologii macierzystej uczelni. W 1981 roku wyjechała do Niemiec, gdzie założyła prywatną klinikę, w której przepracowała 32 lata, zdobywając kolejne stopnie specjalizacji. Jest internistą, specjalistą chorób ogólnych, jedynym w Polsce certyfikowanym lekarzem medycyny męskiej. Autorka książek: „Chorzy ze stresu. Problemy psychosomatyczne”, „Testosteron. Klucz do męskości” i „Książka tylko dla mężczyzn”. Obecnie pracuje jako kierownik medyczny kliniki wellness w prywatnym szpitalu Medicover w Warszawie.

Źródło: *Medium* Nr 3/2021 (367) marzec 2021

# 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](mailto:biuletynpip@wp.pl)

