

1/2022

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

GRAŻYNA 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
- 2 Pożegnania
- 3 Informacja NPIP

INFORMACJE NRPIP

- 4 Opinia prawna
w przedmiocie
obowiązkowych szczepień
przeciwko Covid-19
dla pielęgniarek i położnych
- 7 List otwarty
- 11 Dodatek covidowy

OPINIE

- 17 Bezpieczna podaż
leków cytostatycznych
- 19 Rak piersi
a świadomość jego ryzyka
- 20 Czy to PIMS?
- 23 Praca zmianowa.
Dla kogo i za jaką cenę?
- 25 Opinia
Konsultanta Krajowego
w dziedzinie pielęgniarstwa

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

PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO 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

PIELĘGNIARSTWA 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 EPIDEMIOLOGICZNEGO – mgr DOROTA KACZOR, Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o. w Kamiennej Górze, ul. Janusza Korczaka 1, 58-400 Kamienna Góra, T: 606226655, e-mail: kador68@wp.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

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 – prof. dr hab. n. med. 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

Szanowni Państwo, Drogie Koleżanki i Koledzy!

Pełnych spokoju i radości Świąt Wielkanocnych
spędzonych w rodzinnym gronie,
dużo optymizmu, energii i nadziei na lepszą przyszłość.
Najserdeczniejsze życzenia zdrowia i pogody ducha
oraz satysfakcji z życia osobistego i zawodowego.
Niech ten świąteczny czas
będzie okresem wzajemnej życzliwości,
pełnym wiary, nadziei i miłości.
Wesołych Świąt!

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze
składa
Elżbieta Słojewska-Poznańska
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Jeleniej Górze



WAŻNA INFORMACJA

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze informuje, że wszystkie osoby, które **zakończyły** prowadzenie własnej działalności jako Indywidualna Praktyka Pielęgniarska/Położnicza kod PKD 86.90C **lub zaistniała zmiana dotycząca prowadzonej działalności (np. zmiana adresu zamieszkania, miejsca prowadzenia praktyki, nazwiska)** mają obowiązek:

na podstawie art. 107 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021r. poz. 711, 1773,2120)

1. Zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem **w terminie 14 dni od dnia ich powstania**.

2. W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie, o którym mowa w ust. 1, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, **nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pienięż-**

ną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Wykreślenie z w/w rejestru następuje na podstawie art. 108 ust 2 pkt 5 cytowanej ustawy w przypadku:

5) złożenia wniosku o wykreślenie z rejestru;

W sytuacji niedopełnienia tego obowiązku zarejestrowana praktyka jest nadal traktowana jako aktywna, a Okręgowa Rada jako organ prowadzący rejestr nie może samodzielnie wykreślić takiej praktyki z rejestru. Konsekwencją tego dla pielęgniarki/położnej jest **naliczanie należnych składek oraz obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej**.

Wniosek o zmianę lub wykreślenie należy złożyć poprzez <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl>.

Z głębokim smutkiem i żalem zawiadamiamy,
że po ciężkiej chorobie zmarła w dniu 11.01.2022 r.
w wieku 59 lat

TERESA KIERSNOWSKA

nasza kochana siostra, córka, żona, matka, babcia.

Tesia „Tere” żegnam Ciebie ja Urszula „Uta”
razem z rodziną, mamą, Twoim mężem, dziećmi i wnuczkami.
Jesteśmy wszyscy pogrążeni w głębokim smutku.

Na tamten świat nikt się nie spóźnia,
a niektórzy są tam nawet przed czasem!

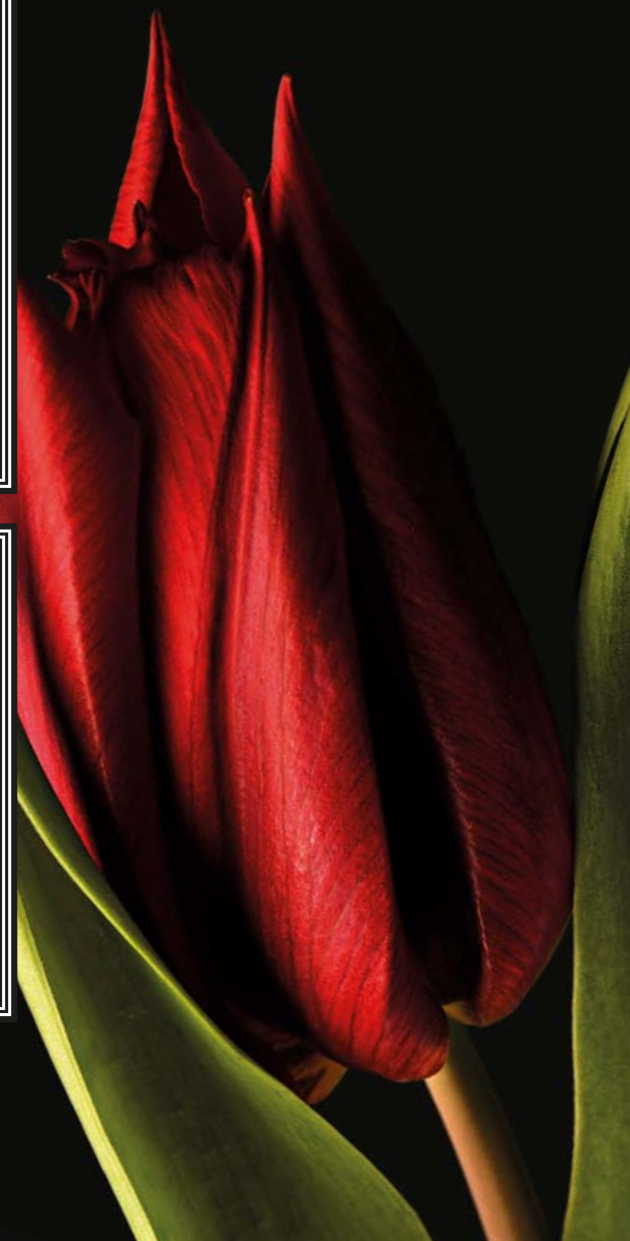
Z ogromnym żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o tragicznej śmierci naszej studentki, pielęgniarki

RENATY LISSEWSKIEJ

Rodzinie i Najbliższym wyrazy szczerego współczucia
oraz słowa wsparcia i otuchy

składają

J.M. Rektor Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy
dr Ryszard Pękała
i cała społeczność akademicka





NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

NIPiP-NRPiP-DS.015.15.2022.MT

Warszawa, dnia 24 stycznia 2022 r.

**Przewodnicząca/Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i
Położnych**

Szanowni Państwo

Poniżej wskazują nowe wysokości opłat obowiązujące w 2022 r.:

1. Wysokość składki członkowskiej w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek (nie dotyczy pielęgniarki lub położnej zatrudnionej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego, a także umowy zlecenie) w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych – **0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego tj. 46,66 zł miesięcznie,**
2. Wysokość opłaty za wpis do rejestru pielęgniarki zamierzającej wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej - **2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" tj. 118 zł,**
3. Wysokość opłaty za zmianę wpisu w rejestrze – **50% wysokości opłaty, o której mowa powyżej, tj. 59 zł,**
4. Wysokość opłaty za wpis oraz wpis zmiany danych do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe – **6% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski", tj. 354 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 pielęgniarki 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. 90,30 zł.**

Z wyrazami szacunku

Wiceprezes NRPiP

Mariola Łodzińska

Opinia prawna



KANCELARIA ADWOKACKA Adwokat Ilona Grabas

ul. Grottgera 15/1a, 58-500 Jelenia Góra
tel./fax 75 753 38 34, tel. kom. 608 580 700
e-mail: ilona.grabas@adwokatura.pl

Jelenia Góra, dnia 17 lutego 2022 r.

Opinia prawna w przedmiocie obowiązkowych szczepień przeciwko Covid-19 dla pielęgniarek i położnych

Obowiązek szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 dla osób wykonujących zawód medyczny uregulowany został w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (tekst jednolity z 1.02.2022 r. Dz.U. z 2022 r. poz.340, *dalej zwane*: Rozporządzenie).

Rozporządzenie wydane zostało na podstawie art. 46 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2021 r. poz.2069 i 2120 oraz z 2022 r. poz. 64, *dalej zwana*: Ustawa).

Zgodnie z §12a ust. 1 pkt 1 Rozporządzenia obowiązkowi szczepień przeciwko COVID-19 podlegają osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711, 1773 i 2120) w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz osoby wykonujące czynności zawodowe w tych podmiotach, inne niż wykonywanie zawodu medycznego.

Powyższy obowiązek dotyczy wszystkich osób wykonujących zawód medyczny w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, w tym również pielęgniarek i położnych niezależnie od formy wykonywania zawodu (np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, stosunek służbowy, wolontariat). Osoby wykonujące zawód medyczny w podmiotach wykonujących działalność leczniczą zobowiązane są poddać się szczepieniu przeciwko COVID-19 w terminie nie późniejszym niż do dnia 1 marca 2022 r. (§12a ust. 2 Rozporządzenia).

Jednocześnie, zgodnie z brzmieniem przepisu § 12a ust. 2 Rozporządzenia przez wykonanie obowiązku zaszczepienia rozumie się szczepienie ochronne, którego efektem będzie otrzymanie unijnego cyfrowego zaświadczenia w rozumieniu art. 2 pkt 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie ram wydawania, weryfikowania i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (unijne cyfrowe zaświadczenie COVID) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19 (Dz.Urz. UE L 211 z 15.06.2021, str. 1).

Obowiązek szczepienia nie dotyczy dwóch kategorii osób, tj.:

1. osób, które uzyskały pozytywny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, przy czym od daty pozytywnego wyniku do dnia 1 marca 2022 r. upłynęło mniej niż 6 miesięcy (§12a ust. 3 Rozporządzenia *a contrario*);
2. osób, które mają przeciwwskazania do szczepienia w zakresie ich stanu zdrowia (§ 12b Rozporządzenia *a contrario*).

Rozporządzenie nie reguluje kwestii sposobu egzekwowania obowiązku szczepienia przeciw COVID-19, w szczególności nie przewiduje konkretnych sankcji za brak pełnych szczepień. Sankcje zostały wymienione w art. 48a ust. 4 pkt 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, na podstawie której wydane zostało przedmiotowe Rozporządzenie.

Stosownie art. 48a ust 1 pkt 5 ustawy: kto w stanie zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii nie stosuje się do ustanowionych na podstawie art. 46 lub art. 46b nakazów, zakazów lub ograniczeń, o których mowa w art. 46 ust. 4 pkt 7, podlega karze pieniężnej w wysokości od 5 000 zł do 10 000 zł.

Podkreślić jednak należy, że w przepisie art. 46 ust. 4 pkt 7 ustawy nie ustanowiono konkretnych nakazów (tj. obowiązku szczepień medyków), lecz określono, że w rozporządzeniach, o których mowa w ust. 1 i 2, można ustanowić: obowiązek przeprowadzenia szczepień ochronnych, o których mowa w ust. 3, oraz grupy osób podlegające tym szczepieniom, rodzaj przeprowadzanych szczepień ochronnych - uwzględniając drogi szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych oraz sytuację epidemiczną na obszarze, na którym ogłoszono stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii.

Wątpliwości prawników budzi właśnie fakt wprowadzenia obowiązku szczepień dla osób wykonujących zawód medyczny na drodze rozporządzenia, a nie ustawy. Powszechnie przyjmuje się bowiem, że nałożenie na jednostkę obowiązku szczepień ochronnych stanowi ingerencję w jej konstytucyjne prawo do prywatności, w tym prawo do decydowania o swoim życiu osobistym oraz ingerencję w wolność osobistą jednostki (vide: opinia z dnia 16.01.2022 r. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka do poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (projekt z 6.12.2021 r. EW-020-741/21).

Powyższe prawa nie mają charakteru absolutnego, jednakże ich ograniczenia mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób (art. art. 31 ust. 3 Konstytucji).

Wprawdzie w ustawie, a konkretnie w art. 46 ust. 4 pkt 7 ustawy zawarto delegację do wydania aktu wykonawczego (rozporządzenia), jednakże taki zabieg legislacyjny nie prowadzi

do spełnienia konstytucyjnego warunku skutecznego, ustawowego ustanowienia ograniczenia wolności konstytucyjnej (vide: wyrok WSA w Warszawie z 13.07.2021 r. VII SA/Wa 1801/20, Legalis).

Z drugiej jednak strony brak szczepień u osób pracujących w placówkach leczniczych może stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów. Dlatego też kierownicy podmiotów leczniczych powinni tak zorganizować pracę, by osoba niezaszczepiona wykonywała pracę w sposób nie stwarzający zagrożenia ewentualnego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 innych osób, w szczególności pacjentów, ale także pozostałych współpracowników. W tym przypadku pracodawca może rozważyć odsunięcie niezaszczepionych osób od pracy i w konsekwencji brak wypłaty wynagrodzenia za ten czas (w związku z nieświadczaniem pracy) lub nawet wypowiedzenie umowy.

Z uwagi na fakt, że obowiązek szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 dla osób wykonujących zawód medyczny uregulowany został w rozporządzeniu, a nie w ustawie na chwilę obecną trudno jest określić, jak tego typu sprawy będą rozstrzygały sądy.

Adwokat
Ilona Grabas



List otwarty



OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W POZNANIU

ul. Grunwaldzka 65
60-311 Poznań

Poznań, dnia 16 lutego 2022r.

OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
w Poznaniu
60-311 Poznań, ul. Grunwaldzka 65
tel. 3620-951, fax 3620-951

Przewodniczący
Okręgowych Rad
Pielęgniarek i Położnych

L.dz. 50/22

Szanowni Państwo

Z uwagi na odmowę Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu wszczęcia postępowania w sprawie nieetycznego zachowania pielęgniarza Mariusza Mielcarka – Redaktora Naczelnego Portalu Pielęgniarek i Położnych, wystosowałam do w/w list otwarty, który przesyłam w załączeniu. Zostanie opublikowany w najbliższym wydaniu Biuletynu Informacyjnego OIPIP w Poznaniu oraz na stronie internetowej.

Zwracam uwagę na pkt. 5 Przyrzeczenia, w którym każda pielęgniarka / położna jest zobowiązana „strzec godności zawodu pielęgniarki / położnej (...)” oraz pkt. 1 i 3 działu III Pielęgniarka / położna a samorząd pielęgniarek i położnych. Moim zdaniem działania pielęgniarza Mariusza Mielcarka naruszają cyt. powyżej zapisy Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP.

Z wyrazami szacunku

Przewodnicząca
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Poznaniu

T. Kruczkowska
Teresa Kruczkowska

Konto:
Santander Bank Polska S.A. 31 O/Poznań
50 1090 1359 0000 0000 3501 8602

Telefon:
Sekretariat
/61/ 8620-950

e-mail:
sekretariat@oipip-poznan.pl
www.oipip-poznan.pl



OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W POZNANIU

ul. Grunwaldzka 65
60-311 Poznań

List otwarty

kierowany do byłego Kierownika Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu, byłego członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu oraz Prezydium, byłego kandydata na Przewodniczącego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu (2003r.), byłego delegata na Zjazd Krajowy Pielęgniarek i Położnych, a obecnie Redaktora Naczelnego Portalu Pielęgniarek i Położnych

Działając na mocy Ustawy o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych, z woli delegatów Okręgowego Zjazdu przewodnicząc Okręgowej Radzie - w imieniu jej członków mówię **STOP i DOŚĆ** antagonizowaniu przez Pana naszego środowiska zawodowego.

Na stronach Portalu trudno doszukać się treści pozytywnych, budujących i scalających pielęgniarki i położne, a ostatnio publikowane „Izba pielęgniarek podnosi składki o 30-38%” z 25 stycznia b.r., czy „Tym pielęgniarkom izba podnosi składki o tylko 10 %” z 26 stycznia b.r. zawierają nieprawdziwe informacje, zmanipulowane przez Pana, które wyzwoliły niskie instynkty i wiele negatywnych emocji u przedstawicieli naszego zawodu. Zawodu, który nacechowany jest kulturą osobistą, godnością, zachowaniem budzącym szacunek w społeczeństwie. Używanie (cytowanie) w tekście słów uznawanych za niecenzuralne w języku polskim budzi niesmak i powoduje negatywny odbiór pielęgniarek przez potencjalnych pacjentów. Czy na tym Panu zależy?

Podawanie informacji, że wysokość składki ustala izba mija się z prawdą. Jest to celowe wprowadzanie w błąd, czy brak stosownej wiedzy, że zasady opłacania składki członkowskiej ustala Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych podejmując uchwałę? Delegatami są pielęgniarki i położne z całego kraju. Będąc delegatem na Krajowy Zjazd i uczestnicząc w obradach miał Pan realny wpływ na treści podejmowanych uchwał. Zasady te do dzisiaj nie uległy zmianie.

Przywoływanie kwot, które być może będą obowiązywały od 1 lipca 2022r. jest czysto hipotetyczne. Ustawa nie weszła w życie i nie wiemy jakie będą uposażenia zasadnicze. Jeżeli jest odpis procentowy, to wraz z podwyżką wynagrodzenia następuje wzrost składki. Logiczne nieprawdą ?? Przypominam, że podwyżki wynagrodzeń pielęgniarek i położnych wywalczył samorząd wraz ze związkami zawodowym. I to przedstawiciele tych gremiów podpisywali porozumienia z Ministrem Zdrowia M. Zembalą i następnymi. Będąc członkiem Komisji ds. Warunków Pracy i Płacy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych miał Pan nieograniczone możliwości walki o ich poprawę dla pielęgniarek i położnych, więc dlaczego nie zostały one wykorzystane?

Wykonując wolny zawód, samodzielny, regulowany, podstawowym obowiązkiem jest znajomość podstaw prawnych jego wykonywania, tj. Ustawy o Zawodach Pielęgniarki i Położnej, Ustawy o Samorządzie i innych. Jak można wykonywać zawód i czuć się bezpiecznym w pracy, nie znając podstaw prawnych swojego działania !

Z krytycznej wypowiedzi Pani pielęgniarki dzwoniącej do okręgowej izby (chaotyczne zdania cytuje Pan w artykule) wynika, że obce są Jej zapisy powyższych ustaw. Dla rozmówczyni nawet Zjazd Krajowy jest bliżej nieokreślonym zgromadzeniem walnym, a uchwała Krajowego Zjazdu -

Konto:
Santander Bank Polska S.A. 31 0/Poznań
50 1090 1359 0000 0000 3501 8602

Telefon:
Sekretariat
/61/ 8620-950

e-mail:
sekretariat@oipip-poznan.pl
www.oipip-poznan.pl



OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W POZNANIU

ul. Grunwaldzka 65
60-311 Poznań

ogólnopolskim zarządzeniem. Na niektóre zwroty i wyrazy spuszczyć wstydlivą „zasłone milczenia”. Cytujac takie wpisy obnażył Pan nieznanomosc aktów prawnych regulujacych wykonywanie zawodów wśród pielęgniarek i położnych. Zamierzone działanie czy przypadek?

Nie sposób pominac wątku uznawania kwalifikacji i wydawania prawa wykonywania zawodu, do którego też ma Pan zastrzeżenia, cyt. „Teraz absolwentka studiów licencjackich lub magisterskich na kierunku pielęgniarstwo zgłasza się z wnioskiem do izby o wydanie prawa wykonywania zawodu. Izba stwierdza oczywistą oczywistość. Uchwała. Uruchamiając nikomu niepotrzebną machinę administracyjną. Izba nawet uzurpowała sobie prawo do badania dyplomów absolwentów i podważała ich uprawnienia do otrzymania prawa wykonywania zawodu (...)”. Tutaj także zionie manipulacją. Przede wszystkim, nie „teraz”, ale zawsze. Będąc w przeszłości członkiem Okręgowej Rady, członkiem Komisji ds. Uznawania Kwalifikacji Zawodowych Pielęgniarek i Położnych, Pan także głosował za przyjęciem uchwał stwierdzających lub przyznających prawo wykonywania zawodu. Procedura wynika z zapisów Ustawy, o czym myślę Pan wie doskonale. Autonomicznym organem wydającym dokument prawa wykonywania zawodu jest Okręgowa Rada, a nie Izba. Izbę tworzą wszyscy członkowie wpisani do rejestru. Każdy dokument w każdej instytucji musi być zawsze sprawdzany pod względem autentyczności, a zwłaszcza kto go wydał, czy właściwy organ, czy w przypadku pielęgniarek i położnych uprawnia do wydania prawa wykonywania zawodu. Samo ukończenie szkoły/uczelnii potwierdzone świadectwem nie uprawnia do stwierdzenia/przyznania prawa wykonywania zawodu. Są jeszcze inne potrzebne dokumenty wynikające z Ustawy: potwierdzające posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych, stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu pielęgniarki i wskazujące na nienaganną postawę etyczną. Być może Pan Redaktor Naczelny Portalu chce, aby uprawnionym był Minister Zdrowia lub inne urzędy państwowe. Tym sposobem uderza w prestiż i samorządność pielęgniarek i położnych i nie chce statusu niezależności.

Nadzorując pracę biura Izby jako kierownik zapewne zwracał Pan uwagę na realizację zadań w Dziale Rejestru, chyba że był to nadzór „bardzo iluzoryczny”, co podkreśla Pańska wypowiedź na Portalu.

Zwrot „pani” dla znacznej części społeczeństwa jest grzecznościowy i nie widzę w nim nic nieodpowiedniego, w wręcz przeciwnie. Natomiast smutnym jest fakt, że w swoich wypowiedziach deprecjonuje Pan Samorząd, będąc jego członkiem i pełniąc w przeszłości tyle ważnych ról w strukturach.

Mamy w kraju 16 samorządów zawodów zaufania publicznego, każdy z nich ma podobne struktury organizacyjne (Rada, Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Sąd Dyscyplinarny, Komisja Rewizyjna, itp.), ale poza Samorządem Pielęgniarek i Położnych członkowie nie działają na ich szkodę uznając konstytucyjną zasadę samorządności, niezależności zawodowej i wynikające z nich pozytywne wartości dla rozwoju zawodowego. Status zawodu samodzielnego jest nobilitacją dla członków Samorządu. Dowodem na to jest fakt, że ratownicy i psychologowie od lat zabiegają o utworzenie własnych samorządów, a w nieodległej przeszłości ten przywilej wywalczyli diagnostyci laboratoryjni i fizjoterapeuci.

Opluwając publicznie własny Samorząd, na kształt którego w przeszłości miał Pan również wpływ, działa Pan nie tylko na szkodę jego członków, ale obnaża również własną mało etyczną osobowość.

Konto:
Santander Bank Polska S.A. 31 O/Poznań
50 1090 1359 0000 0000 3501 8602

Telefon:
Sekretariat
/61/ 8620-950

e-mail:
sekretariat@oipip-poznan.pl
www.oipip-poznan.pl



OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W POZNANIU

ul. Grunwaldzka 65
60-311 Poznań

Członkowie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu nie dają przyzwolenia na zwykle zacierzwione krytykanctwo uprawiane przez Pana. Krytyka – tak – ale konstruktywna dla dobra pielęgniarek i położnych.

Pozostaję z nadzieją na analizę zapisów Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP, a zwłaszcza: pkt 5 Przyrzeczenia, pkt 1 i 3 działu III Pielęgniarka / położna a samorząd, dogłębną refleksję i wyciągnięcie wniosków na przyszłość.

Przewodnicząca
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Poznaniu

Teresa Kruczkowska

Konto:
Santander Bank Polska S.A. 31 O/Poznań
50 1090 1359 0000 0000 3501 8602

Telefon:
Sekretariat
/61/ 8620-950

e-mail:
sekretariat@oipip-poznan.pl
www.oipip-poznan.pl



Dodatek covidowy

Warszawa, 22 grudnia 2021 r.

DSZ.0212.1468.2021.ASB

Pani
Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Naczelna Izba Pielęgniarek i
Położnych
m.tomczuk@nipip.pl;
nipip@nipip.pl

Szanowna Pani Prezes,
w odpowiedzi na pismo z dnia 30 listopada 2021 r., znak: NIPIP-NRPIP-DS.015.404.2021.MT, które wpłynęło do Ministerstwa Zdrowia drogą elektroniczną w sprawie interpretacji przepisów Polecenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. dla Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ze zmianami, w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 listopada 2021 r. – zwane dalej: „Poleceniem Ministra Zdrowia”, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższej informacji.

Pytanie 1:

W jaki sposób należy interpretować przepisy w zakresie naliczania wysokości dodatku covidowego dla osób udzielających świadczeń w bezpośredniej pracy z pacjentem z podejrzeniem zakażenia lub zarażonym COVID-19?

Odpowiedź:

Zgodnie z decyzją Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2021 r. od dnia 1 listopada 2021 r. wysokość dodatkowego świadczenia pieniężnego dla osób wykonujących zawód medyczny¹ w szpitalach II poziomu zabezpieczenia COVID-19, powinna być równa 100% wynagrodzenia, należnego za każdą godzinę pracy osoby wykonującej zawód medyczny wykonywanej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w jednostkach organizacyjnych podmiotu leczniczego (oddziałach), w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, oraz nie wyższa niż 15 000 zł.

Oznacza to, że finansowaniu podlegać będzie każda rozpoczęta godzina, w której osoba wykonująca zawód medyczny uczestniczyła w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w warunkach określonych w poleceniu w jednostkach organizacyjnych podmiotów leczniczych (oddziałach), w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. Należy przy tym zastrzec, że dana godzina podlegająca finansowaniu może być rozliczona tylko raz.

W związku z powyższym, aby dana godzina mogła być wykazana do OW NFZ jako podstawa do wyliczenia świadczenia dodatkowego nie ma potrzeby, aby osoba uprawniona do świadczenia dodatkowego w trakcie trwania tej godziny w sposób ciągły lub przez pełną godzinę udzielała świadczeń na warunkach określonych w poleceniu.

Pytanie drugie:

Czy godzinowy dodatek covidowy jest dedykowany dla personelu udzielającego świadczeń pacjentom oddziału covidowego, w sytuacjach szczególnych, m.in.: zakładanie wkłucia centralnego, interwencja zespołu reanimacyjnego, podawanie kontrastu, transport pacjenta, zabieg operacyjny, endoskopia? Dotyczy to np. pielęgniarek anestezjologicznych.

Odpowiedź:

Tak, jeśli osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w jednostkach organizacyjnych (oddziałach) podmiotu leczniczego (szpitala II poziomu), w których podmiot leczniczy (szpital II poziomu)

¹ w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711)

zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2.

Należy wskazać, że decyzją Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2021 r. już od dnia 1 czerwca 2021 r. osoby, które wprawdzie udzielają świadczeń zdrowotnych w szpitalu II stopnia poziomu zabezpieczenia covidowego pacjentom z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, ale na innych oddziałach (jednostkach organizacyjnych) niż te oddziały, na których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (określone w decyzji Wojewody), nie są uprawnione do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego.

Nowe brzmienie Polecenia Ministra Zdrowia wprowadzone decyzją Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2021 oraz decyzją z dnia 30 listopada 2021 r. nie wprowadziło zmian w ww. zakresie.

Pytanie trzecie:

Jak interpretować Rozporządzenie w punkcie:

„Zgodnie z powyższą decyzją Ministra Zdrowia od dnia 1 listopada 2021 r. zmianie ulega wysokość dodatkowego świadczenia pieniężnego dla osób wykonujących zawód medyczny w szpitalach II poziomu zabezpieczenia CO VID-19, która powinna być równa 100% wynagrodzenia, należnego za każdą godzinę pracy osoby wykonującej zawód medyczny wykonywanej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w jednostkach organizacyjnych podmiotu leczniczego (oddziałach), w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, oraz nie wyższa niż 15 000 zł”.

Zobacz odpowiedź do pytania pierwszego.

Pytanie czwarte:

- Czy zapis „Szpital II poziomu zabezpieczenia” obejmuje wyłącznie łóżka II poziomu COVID-19? W oddziałach II poziomu zabezpieczenia COVID-19 nie są hospitalizowani pacjenci z podejrzeniem zakażenia, o których mowa w w/w Rozporządzeniu.

- Czy godziny bezpośredniej opieki w odniesieniu do pacjentów z podejrzeniem zakażenia COVID-19 np. w SOR lub z potwierdzonym zakażeniem, jeśli nie przewidziano łóżek II poziomu w województwie lub stan zdrowia pacjentów bądź

wykonywane procedury medyczne, nie pozwalają na przekazanie tych pacjentów do jako bezpośrednią pracę z pacjentem covidowym w szpitalu II poziomu zabezpieczenia?

Odpowiedź:

Polecenie Ministra Zdrowia odnosi się do tzw. oddziałów covidowych, w których na mocy decyzji wojewody polecającej realizację świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, kierownik zobowiązany był zapewnić w podmiocie leczniczym łóżek dla pacjentów z podejrzeniem oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (szpital II poziomu).

Jak wskazano w odpowiedzi do pytania drugiego, decyzja Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2021 r. już od dnia 1 czerwca 2021 r. określiła, że osoby które wprawdzie udzielają świadczeń zdrowotnych w szpitalu II stopnia poziomu zabezpieczenia covidowego pacjentom z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, ale na innych oddziałach (jednostkach organizacyjnych) niż te oddziały, na których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (określone w decyzji Wojewody), nie są uprawnione do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego.

Pytanie piąte:

Czy w myśl najnowszych wytycznych, świadczenia zapobiegawcze realizowane przez pielęgniarki epidemiologiczne, które wymagają obecności pielęgniarki epidemiologicznej na oddziale covidowym oraz bezpośredniego kontaktu z pacjentem, może być zakwalifikowane do wypłacenia dodatku covidowego?

Odpowiedź:

Tak, jeśli pielęgniarki epidemiologiczne (czyli osoby wykonujące zawód medyczny) udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w jednostkach organizacyjnych (oddziałach) podmiotu leczniczego (szpitala II poziomu), w których podmiot leczniczy (szpital II poziomu) zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Pytanie szóste:

Jak należy interpretować zapis „z podejrzeniem i zakażeniem”? W chwili obecnej

przyjęta jest interpretacja, że dodatek należy się od chwili dodatniego wyniku. Choroba oraz ryzyko zakażenia nie pojawia się od momentu pobrania wymazu, okres od kiedy pacjent zaraża to ok 2-3 dni przez uzyskaniem dodatniego wyniku testu. Pacjent taki jest hospitalizowany na innym oddziale niż przeznaczony dla pacjentów z dodatnim wynikiem, np. oddział onkologiczny bez wydzielonych łóżek COVID-19 a po potwierdzeniu zachorowania przekazywany na oddział covidowy bądź na odcinek z wydzielonymi łóżkami dla pacjentów z podejrzeniem oraz potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2.

Odpowiedź:

Pacjentem zakażonym wirusem SARS-CoV-2 jest pacjent od momentu pobrania wymazu do przeprowadzenia testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 w sytuacji, gdy wynik tego testu będzie dodatni (pozytywny).

Zgodnie z art. 2 pkt 21 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069) określenie „podejrzany o zakażenie” oznacza osobę, u której nie występują objawy zakażenia ani choroby zakaźnej, która miała styczność ze źródłem zakażenia, a charakter czynnika zakaźnego i okoliczności styczności uzasadniają podejrzenie zakażenia. Pomocna w ustaleniu osoby podejrzonej o zakażenie będzie również „Definicja przypadku COVID-19 na potrzeby nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami wirusem SARS-Cov-2”, która zamieszczona jest na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego pod adresem: <https://www.gov.pl/web/gis/definicja-przypadku-covid19-na-potrzeby-nadzoru-epidemiologicznego-nad-zakazeniami-wirusem-sars-cov-2-definicja-z-dnia-31102020->

Należy również wskazać, że użyty w Poleceniu Ministra Zdrowia spójnik „i” został użyty w znaczeniu syntetyzującym co oznacza, że osoba wykonująca zawód medyczny jest uprawniona do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego tylko w przypadku łącznego spełnienia wszystkich przesłanek. Powyższe oznacza, że osoba wykonująca zawód medyczny zatrudniona w szpitalu II poziomu zabezpieczenia covidowego musi udzielać świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. W przypadku jednak, gdy osoba taka ma kontakt tylko z pacjentem zakażonym, to wówczas uznaje się, że spełniony jest również warunek kontaktu z pacjentem z podejrzeniem zakażenia. Nieuprawnione jest natomiast twierdzenie, że dodatkowe świadczenie pieniężne przysługuje osobom

wykonyującym zawód medyczny, zatrudnionym w szpitalach II poziomu, którzy uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mają bezpośredni kontakt tylko z pacjentami z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Pytanie siódme:

W strukturach szpitala I poziomu zabezpieczenia jest szpital tymczasowy zgłoszony przez wojewodę, w którym hospitalizowani są pacjenci z podejrzeniem i zakażeniem Covid-19 i wypłacane są dodatki covidowe. Czy dodatkiem covidowym powinien być również objęty oddział zakaźny w tym szpitalu gdzie hospitalizowani są wyłącznie pacjenci z zakażeniem Covid-19?

Zobacz odpowiedź na pytanie pierwsze i trzecie.

Wszelkie zmiany Polecenia Ministra Zdrowia, w tym w zakresie podmiotowym, będą na bieżąco komunikowane.

Z poważaniem

Piotr Bromber

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

Potwierdzam zgodność kopii wydruku z dokumentem elektronicznym:

Identyfikator dokumentu	2748572.8506968.8269605
Nazwa dokumentu	Podsekretarz P.Bromber do Pani Zofia Małas Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.pdf
Tytuł dokumentu	Podsekretarz P.Bromber do Pani Zofia Małas Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Sygnatura dokumentu	DSZ.0212.1468.2021
Data dokumentu	2021-12-22
Skrót dokumentu	85F07BE552DCB7C9D790E8A7C2D94360496F5B8A
Wersja dokumentu	1.6
Data podpisu	2021-12-22 14:25:03
Podpisane przez	Piotr Bromber Podsekretarz Stanu

EZD 3.104.37.37.41921

Data wydruku: 2021-12-27

Autor wydruku: Sosnowska-Białas Anna (Radca Prawny)

Bezpieczna podaż leków cytostatycznych

Praca w zawodach medycznych wiąże się z wieloma narażeniami na szkodliwy wpływ czynników biologicznych, chemicznych oraz fizycznych. Do chemicznych, oprócz preparatów dezynfekcyjnych, lateksu, gazów anestetycznych, zaliczamy preparaty drażniące, np. leki cytostatyczne.

mgr pielęgniarstwa Katarzyna Nojkampf, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, specjalista organizacji i zarządzania dla pielęgniarek i położnych, SP ZOZ MSWiA z WMCO w Olsztynie

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaliczyła leki cytostatyczne, przeciwciała monoklonalne, leki hormonalne, immunosupresyjne i przeciwwirusowe do leków niebezpiecznych. Leki niebezpieczne, sklasyfikowane przez WHO, określane są na podstawie jednej lub więcej z czterech następujących cech: karcynogenności, teratogenności, genotoksyczności oraz toksyczności w niskiej dawce na zwierzętach lub leczonych pacjentach. Zawodowe narażenie na cytostatyki zaczęto uważać za istotny problem już w latach 70. ubiegłego wieku. Wiele schematów chemioterapii zawiera kilka leków cytotoksycznych, różniących się mechanizmem działania. Istnieje wiele możliwości narażenia pracowników na działanie leków i kilka dróg wnikania leku do organizmu: wziewna, skórna i pokarmowa.

Aby zminimalizować skutki zdrowotne narażenia na substancje i ich metabolity, wprowadzono centralny system przygotowania leków w strefach o kontrolowanym ciśnieniu. Opracowano zalecenia regulujące bezpieczeństwo pracy, czego efektem jest wprowadzenie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 czerwca 1996 roku (z późniejszą zmianą) w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej. Wydano zalecenia dotyczące stosowania odzieży i rękawic podczas pracy w narażeniu na kontakt z cytostatykami.

Wzrost świadomości personelu i odpowiedzialności zawodowej związany jest z zabezpieczeniem środowiska pracy.

KLASYFIKACJA LEKÓW

IARC (Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem) sklasyfikowała leki cytostatyczne w zależności od ich stopnia rakotwórczości. Przydzieliła je do 4 grup, z czego dwie pierwsze mają najbardziej istotny wpływ na zdrowie pracowników medycznych.

Grupa I – substancje sklasyfikowane jako kancerogenne dla ludzi: Azatiopryna, Busulfan, Chlorambucil, Cyklosporyna, Cyklofosfamid, Etopozyd, Etopozyd w połączeniu z Cisplatyną i Bleomycyną, Melfalan, Thiotepa, Treosulfan.

Grupa II – substancje sklasyfikowane jako prawdopodobnie kancerogenne dla ludzi: Azacytydyna, Karmustyna, Chloramfenikol, Cisplatyna, Doksorubicyna, Tenipozyd.

Lista niebezpiecznych leków, które wymagają specjalnego postępowania, powinna być umieszczona w każdym miejscu, gdzie dostarczane i podawane są preparaty cytotoksyczne.

DROGI WNIKANIA SUBSTANCJI NIEBEZPIECZNYCH

Personel pracujący z preparatami niebezpiecznymi powinien mieć świadomość, że istnieją różne drogi wnikania preparatów lub ich metabolitów do organizmu:

wziewna:

- ◆ otwieranie ampułek z lekiem,
- ◆ odpowietrzanie strzykawek,
- ◆ sporządzanie roztworów do iniekcji,
- ◆ przebywanie na sali terapeutycznej,
- ◆ wyciek z przewodów, strzykawek,
- ◆ przy osuszaniu skażonych powierzchni.

przezskórna:

- ◆ kontakt z wydzielinami i wydaliniami pacjenta,
- ◆ kontakt ze skórą (pot),
- ◆ sprzątanie wydaliny pacjenta,
- ◆ przygotowanie i dystrybucja leków.

pokarmowa:

- ◆ zaniehdania higieniczne,
- ◆ palenie papierosów,
- ◆ spożywanie posiłków w miejscach przygotowywania leków do iniekcji lub w bezpośredniej bliskości miejsca przygotowania cytostatyków,
- ◆ żucie gumy lub cukierków podczas przygotowywania i podaż leków.

NORMY I PRZEPISY

Proces przygotowania oraz dystrybucji leków uznanych za niebezpieczne reguluje wiele przepisów i norm. Prawo Far-

maceutyczne definiuje, że „Apteka jest placówką ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne. W odniesieniu do aptek szpitalnych usługą farmaceutyczną jest również przygotowywanie leków w dawkach dziennych, w tym leków cytostatycznych”. Rezolucja Rady Europy wskazuje, iż (przygotowanie do podania) produktów leczniczych powinno zasadniczo mieć miejsce w aptece. Odtwarzanie, czyli „Użycie produktu leczniczego dopuszczonego do obrotu rynkowego zgodnie z instrukcjami podanymi w opisie charakterystyki produktu lub w ulotce informacyjnej dla pacjenta”, uznane za czynność niskiego ryzyka, może być dokonywana na oddziałach szpitalnych. Placówka ochrony zdrowia powinna zdecydować i udokumentować to, które produkty powinny być odtwarzane w aptekach, a które mogą być odtwarzane na oddziałach szpitalnych. W przypadku, gdy odtworzenie ma miejsce na oddziale szpitalnym, farmaceuta powinien zatwierdzić pisemnie procedury, personel biorący udział w odtworzeniu produktu powinien być odpowiednio przeszkolony. Standardy Jakościowe w Farmacji Onkologicznej opisują zarówno zasady przygotowania leków w aptece szpitalnej, używania sprzętu do bezpiecznego stosowania z substancjami niebezpiecznymi, jak i zasady transportu i utylizacji. Wytyczne dla pracowników narażonych na kontakt z cytostatykami określają, jakie normy powinna spełniać odzież ochronna personelu oraz jakie rodzaje rękawic są zalecane do pracy z cytostatykami.

ZALECENIA

Na etapie produkcji zaleca się stosowanie jałowych wyrobów medycznych jednorazowego użytku: strzykawki, systemy bezigłowe do transferu leków, linie zamknięte, infuzory.

- ◆ **Strzykawki:** muszą zapewniać prawidłowe i szczelne połączenie z przyrządem do transferu leków nawet przy wzroście ciśnienia w trakcie wykonywania leku. Zaleca się stosowanie trzyczęściowych strzykawek typu Luer Lock, wykonanych z polipropylenu.

- ◆ **Zabezpieczenie strzykawek:** system zamknięty w postaci łącznika bezigłowego do podaży leków cytostatycznych.
- ◆ **Linie zamknięte:** lek cytotoksyczny należy podawać w systemie zamkniętym w postaci dwudrożnego lub wielodrożnego systemu do chemioterapii. Przyrządy te zabezpieczają pacjenta i personel przed skażeniem. Na linii z lekiem cytotoksycznym przyrząd nie może zawierać odpowietrznika, a jeśli jest to powinien być zamknięty. Linie wypełnione powinny być płynem obojętnym, najlepiej 0,9% NaCl, co pozwoli każdorazowo przy zmianie leku przepłukać linię, nie narażając pacjenta i siebie na możliwość skażenia. Po zakończeniu wlewie cała linia zostaje przepłukana NaCl, co w momencie odłączenia zestawu nie generuje możliwości skażenia cytostatykiem pozostałym w aparacie do podaży leku, jak to ma miejsce przy zwykłych liniach.
- ◆ **Infuzor:** przenośny system infuzyjny wykorzystujący zbiornik wykonany z elastomerów dla zapewnienia wlewu leków, działający ze stałym ciśnieniem wewnętrznym. Lek cytotoksyczny, podawany jest przez filtr cząsteczkowy i regulator przepływu, zapewnia ciągły wlew leku przez określony czas, przy prędkości przepływu wskazanej na urządzeniu, zapewnia dostarczenie pożądanej nominalnej objętości roztworu leku w zakresie +/- 10% nominalnego czasu podania.

ZASADY PODAŻY LEKU

- ◆ W przypadku potrzeby usunięcia powietrza ze strzykawki należy na zakończeniu igły umocowanej na strzykawce (trzymanej pionowo) natożyć w sposób jałowy sterylny gazik w celu zapobieżenia rozpylaniu leku (chodzi tu o uniknięcie przedostania się cytostatyków do powietrza, co skutkowałoby wchłanianiem go przez drogi oddechowe).
- ◆ Po usunięciu powietrza, przed wykonaniem iniekcji u pacjenta, igłę należy zmienić (nie dopuszczenie do kontaktu leku ze skórą, co mogłoby nasilić reakcję skórą u pacjenta).
- ◆ W przypadku dzielenia leków tabletkowych należy unikać ich pylenia, jak również dotykania gołą ręką (w wyniku rozniatania tabletek oraz mieszania proszków mogą powstawać i unosić się w powietrzu cząsteczki przygotowywanego leku cytotoksycznego). W razie skażenia skóry cytostatykami należy ją dokładnie zmyć dużą ilością wody oraz osuszyć.
- ◆ Leki tabletkowe umieszczać w kieliszku z przykrywką – kieliszek najlepiej innego koloru celem lepszej identyfikacji od innych leków.
- ◆ Wszystkie leki cytostatyczne powinny być podawane w rękawicach, w sposób wykluczający kontakt ze skórą.
- ◆ Postępować zgodnie z wytycznymi, zachowując zasady bezpieczeństwa.

ŚRODKI OCHRONY INDYWIDUALNEJ

Mając na uwadze powyższe zalecenia, personel pracujący z lekami cytostatycznymi powinien stosować środki ochrony indywidualnej (odzież ochronna, rękawice ochronne, obuwie ochronne, sprzęt ochrony układu oddechowego, ochrona oczu i twarzy) podczas całego cyklu opieki nad pacjentem. Odzież powinna należeć do 3 lub 4 typu odzieży przeciwchemicznej i spełniać normy PN-EN 14605+A1:2010.

- ◆ **Rękawiczki:** wykonane z lateksu naturalnego, kauczuku polichloroprenowego (neopren), poliuretanu, kauczuku butadienowo-akrylonitrylowego (nitril), beztalkowe, grubości przynajmniej 0,3 mm, długość rękawic pozwalająca zakrywać rękę oraz przedramię.
- ◆ **Fartuch:** materiał odzieżowy składający się z włókniny lub tkaniny powleczonej warstwą polimerową. Fartuchy długie, za kolana, z długimi rękawami, zabezpieczające tułów, ręce, nogi i szyję. Fartuch dobrze przylegający do ciała, dobrany rozmiarowo do pracownika. Fartuch można zastąpić kombinezonem spełniającym wymagania powyższej normy.
- ◆ **Maska ochronna:** FFP2, FFP3.
- ◆ **Ostona na obuwie:** wysoka najlepiej do kolan, dostosowana do fartucha tak, by nie było odsłoniętego ciała pomiędzy fartuchem a osłoną obuwia.
- ◆ **Czepek:** zakrywający włosy najlepiej na gumce.
- ◆ **Gogle lub przyłbica:** w celu zabezpieczenia twarzy i oczu przed potencjalnym skażeniem poprzez zachłapanie.

POSTĘPOWANIE Z ODPADAMI

Bardzo istotną sprawą jest postępowanie z odpadami medycznymi zarówno na etapie produkcji, podaży, jak i wydalania substancji (cytostatyku lub metabolitów). Zaleca się stosowanie specjalistycznych pojemników na odpady cytotoksyczne lub, jeśli jest to niemożliwe, zastosowanie takich, które pozwalają na szczelne zamknięcie odpadów. Zaleca się, aby skażone fiolki, strzykawki, kompresy gazowe, serwety ochronne i inne przedmioty mające kontakt z lekami cytotoksycznymi przed wyrzuceniem umieścić w szczelnym, zamykanym lub zgrzewanym termicznie worku. Ostre przedmioty, które miały kontakt z substancjami cytotoksycznymi, np.: igły, otwarte ampułki i inne przedmioty o ostrych krawędziach, bezpośrednio po zużyciu należy gromadzić w specjalnych pojemnikach odpornych na przekucia i przemoknięcia. Osoba sprzątająca, ubrana w jednorazowy fartuch ochronny i jednorazowe rękawice, wywozi worki z odpadami cytotoksycznymi nie rzadziej niż raz dziennie do szpitalnej spalarni lub do punktu odbioru materiałów przeznaczonych do utylizacji.

ZADANIA KIEROWNIKA

Opisując kwestie bezpieczeństwa personelu i pacjentów, nie można pominąć zadań

kierownika zakładu opieki zdrowotnej, w którym są stosowane leki cytostatyczne. Kwestię tę reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 czerwca 1996 roku. Kierownik zobowiązany jest zapewnić bezpieczne środowisko pracy dla personelu poprzez: odpowiednie warunki lokalowe, odpowiednie wyposażenie pracowni, odpowiedniej jakości wyroby medyczne, pisemne procedury, zapewnienie środków ochrony indywidualnej, szkolenie personelu oraz badania profilaktyczne i okresowe.

Edukacja personelu odbywać się powinna na etapie szkolenia wstępnego w okresie adaptacji zawodowej oraz szkolenia BHP. Dotyczyć powinna: zasad przechowywania preparatów cytostatycznych, zagrożeń dla personelu podczas pracy z cytostatykami, zasad postępowania w przypadku kontaktu cytostatyku z odzieżą i otoczeniem oraz zasad postępowania w przypadku wynacznienia cytostatyków.

Analizując regulacje prawne dotyczące stosowania preparatów niebezpiecznych, w tym leków cytostatycznych i przeciwnowotworowych, oraz z obserwacji własnych w wieloletniej pracy z pacjentem onkologicznym dostrzegłam potrzebę opracowania w szpitalu „Zasad postępowania z pacjentem otrzymującym lek cytostatyczny” oraz procedury „Opieka pielęgniarska nad pacjentem leczonym lekami przeciwnowotworowymi”. Wytyczne te ułatwią personelowi profesjonalnie opiekować się pacjentem onkologicznym z jednoczesnym zadaniem o swoje zdrowie, poprzez ograniczenie źródła narażenia w środowisku pracy. Mam nadzieję, że w niedalekiej przyszłości leki przeciwnowotworowe uznane zostaną za czynnik szkodliwy w środowisku pracy, co pozwoli na uzyskanie wcześniejszego prawa do świadczeń emerytalnych.

W onkologii zawsze trzeba mieć nadzieję.

PRZECIWSKAZANIA DO PRACY Z CYTOSTATYKAMI

Pracodawca zobowiązany jest odsunąć od pracy, przenieść pracownika na inne stanowisko lub wdrożyć procedury ograniczające narażenie, jeżeli istnieją przeciwwskazania medyczne lub prawne do pracy, w której jest kontakt z preparatami cytostatycznymi lub innymi niebezpiecznymi. Ograniczenia te obejmują w szczególności:

- ◆ kobiety w ciąży i w okresie karmienia piersią, w wieku rozrodczym, planujące ciążę, po przebytych poronieniach samoistnych, po przebytej ciąży pozamacicznej, mającej dzieci z wadami wrodzonymi,
- ◆ osoby obarczone chorobami hematologicznymi, nefrologicznymi, hepatologicznymi, przewlekłymi dermatologicznymi,
- ◆ osoby narażone na promieniowanie jonizujące.

Rak piersi a świadomość jego ryzyka

Wskażemy zależność, jaka istnieje między spożywaniem napojów alkoholowych (piwa, wina, wódki, czy też innych, mocniejszych bądź słabszych trunków), a ryzykiem wystąpienia raka piersi.

Magdalena Borkowska psycholog, główny specjalista Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), doktorantka na Maastricht University, członek zarządu The European FASD Alliance (EUFASD)

Artykuł powstał we współpracy z PARPA.

Obecna rzeczywistość, na którą składa się często niezdrowy styl życia, w tym niewielka ilość ruchu, zła dieta, nadmierny stres i przemęczenie, a do tego używki, powoduje, że na całym świecie drastycznie wzrasta ilość zachorowań na choroby nowotworowe. Skupiając uwagę na postaci kobiety, lokalnie jak i globalnie, nie da się nie zauważyć systematycznie wrastającej ilości przypadków zachorowań na raka piersi.

EPIDEMIOLOGIA RAKA PIERSI

Rak piersi stanowi co 4 przypadek choroby nowotworowej zdiagnozowanej wśród kobiet na całym świecie (IARC). Warto nadmienić, że na świecie do innych – także powszechnie występujących nowotworów wśród kobiet, należą: rak jelita grubego, płuc, szyjki macicy i tarczycy. Ryzyko zachorowania na nowotwór piersi wśród osób nie obciążonych genetycznie szacuje się na poziomie 13%. W przypadku osób z wrodzoną mutacją ryzyko to wzrasta od 50% aż do 84%. Zgodnie z danymi GLOBOCAN 2020 (New Global Cancer Data), rak piersi w 2020 roku znalazł się na pierwszym miejscu rozpoznania diagnostycznych, szcze-

gólnie wśród mieszkańców państw o niskim i średnim wskaźniku rozwoju społeczno-ekonomicznego (HDI).

CZYNNIKI RYZYKA

Wśród czynników ryzyka wystąpienia choroby nowotworowej piersi wymienia się:

- ◆ wiek (ryzyko wzrasta wraz z wiekiem);
- ◆ płeć (rak piersi występuje przede wszystkim u kobiet);
- ◆ rasę (rak piersi występuje częściej wśród rasy białej/europeoidalnej niż czarnej/negroidalnej, czy żółtej/mongoloidalnej);
- ◆ uwarunkowania genetyczne (mutacje genetyczne, które predysponują do choroby nowotworowej piersi, to: BRCA1, BRCA2, TP53, PTEN, ATM, CHEK2, PALB2);
- ◆ hormony (ryzyko raka piersi zwiększa wczesna pierwsza miesiączka lub wczesna menopauza – po 55. roku życia; brak ciąży lub późna pierwsza ciąża oraz nie karmienie piersią);
- ◆ hormonalną terapię zastępczą (HTZ);
- ◆ ekspozycję na promieniowanie UV;
- ◆ otyłość (komórki tłuszczowe wytwarzają estrogen);
- ◆ spożywanie alkoholu (aldehid octowy uszkodza DNA i upośledza naturalną zdolność komórki do działań samonaprawczych; ponadto wpływa również na żeńskie hormony, stymulując proliferację komórek i zwiększa tym samym ryzyko raka piersi);
- ◆ stres (długotrwała ekspozycja na stres przyczynia się do uwalniania substancji chemicznych/hormonów, które pozostają dłużej aktywne w ludzkim organizmie).

RAK PIERSI A SPOŻYWANIE ALKOHOLU

Zgodnie z danymi raportu IARC (the International Agency for Research on Cancer/ Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem) wśród przypadków zachorowań na raka w 2020 roku, wywołanych nadużywaniem alkoholu, znalazł się nowotwór piersi – 98 000 przypadków [68 200–130 500]. Wyniki badania zaprezentowane zostały w magazynie The Lancet Oncology. Natomiast w badaniu opublikowanym kilka lat wcześniej (2017) wskazano, że spożycie alkoholu w ilości $\leq 0,5$ drinka dziennie lub ≤ 1 drinka dziennie, zwiększa ryzyko raka piersi u kobiet o 9%. Także umiarkowane ilości alkoholu, 1–2 drinki dziennie, zwiększały o 13% ryzyko zachorowania na nowotwór piersi. Przedstawione dane wskazują na zależność, jaka istnieje między spożywaniem napojów alkoholowych (piwa, wina, wódki, czy też innych, mocniejszych bądź słabszych trunków) a ryzykiem wystąpienia raka piersi. Wniosek jest taki, że niezależnie od rodzaju alkoholu, to ilość i częstotliwość jego spożywania decyduje o wzroście ryzyka zachorowania na raka piersi.

PROFILAKTYKA

Zastosowanie różnorodnych badań piersi, stanowi punkt wyjścia dla działań profilaktycznych. Wymienić tu należy:

- ◆ samobadanie piersi (zgodnie z zaleceniami specjalistów od 18 roku życia należy wykonywać samobadanie piersi / każdego miesiąca, po miesiączce);
- ◆ USG piersi (raz do roku od 30 roku życia);
- ◆ mammografie (od 30 roku życia, raz do roku w przypadku podwyższonej grupy ry-



Szklanka piwa o mocy 5% (250 ml)



Kieliszek wina o mocy 12% (100 ml)



Kieliszek wódki o mocy 40% (30 ml)



Napój alkoholowy – mocniejsze wino, nalewki – o mocy 18% (75 ml)

Ryc. 1. Standardowa porcja alkoholu, czyli 10 g 100% alkoholu w różnych rodzajach napojów alkoholowych

zyka / standardowo mammografia zalecana jest od 50-55 roku życia);

- ♦ rezonans magnetyczny (w grupie podwyższonego ryzyka od 25 roku życia - raz do roku).

Zgodnie z rekomendacjami American Society of Breast Surgeons (2019) wszystkie kobiety po dziedzicznym raku piersi powinny wykonać badania genetyczne. Ponadto, kobiety u których wykryto raka piersi przed 50. rokiem życia, powinny podlegać badaniom genetycznym (NCCI). Kobiety obciążone genetycznie w ramach działań profilaktycznych, powinny mieć możliwość dokonania profilaktycznej mastektomii.

PRAKTYCZNE WSKAZÓWKI PROFILAKTYCZNE

By zapobiegać i minimalizować ryzyko raka piersi, codziennie warto pamiętać by:

- ♦ ograniczać stosowanie hormonalnej terapii zastępczej i leków antykoncepcyjnych;
- ♦ unikać wysoko przetworzonej żywności (tłuszczy nasyconych);
- ♦ ograniczyć spożycie alkoholu, bądź całkowicie wyeliminować go z diety;
- ♦ zaprzestać korzystania z wyrobów tytoniowych;
- ♦ utrzymywać zdrową masę ciała, unikając nadprogramowych kilogramów;
- ♦ zachować higieniczny tryb życia – bogaty w ruch i ćwiczenia fizyczne oraz sen;
- ♦ zredukować poziom stresu – stosować relaksację, medytację, ćwiczyć oddech;
- ♦ dbać o prawidłowy poziom witaminy D w organizmie (zgodnie z wynikami badań, kobiety z niskim poziomem witaminy D mają większe ryzyko zachorowania na raka piersi; witamina D może odgrywać rolę w kontrolowaniu prawidłowego wzrostu komórek piersi, tym samym powstrzymać wzrost komórek raka piersi).

DZIAŁANIA MERYTORYCZNE ADRESOWANE DO GRONA MEDYCZNEGO

W ramach Programu Edukacji Onkologicznej, który ma na celu cyt.: „upowszechnianie i propagowanie wiedzy o nowotworach, edukację osób zdrowych i osób z grupy podwyższonego ryzyka, osób chorych na nowotwory, ich rodzin i bliskich, a także wsparcie fachową wiedzą pracowników medycznych oraz wolontariuszy”, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (PTOK) utworzyło Ogólnopolską Akademię Pielęgniarstwa Onkologicznego. W ramach powyższego przedsięwzięcia realizowane są działania edukacyjne i wsparcie rozwoju zawodowego pielęgniarek onkologicznych w całej Polsce. Wśród poruszanych obszarów tematycznych znajdują się takie jak: psychoonkologia, nowoczesne terapie, rehabilitacja, diety – czy niepodważalnie ważny rozwój osobisty.

Źródło: MPIP nr 12.2021

Czy to PIMS?

Gorączka, nawet wysoka gorączka nie jest czymś wyjątkowym u dzieci. Z reguły, kiedy uda się ją obniżyć, dziecko zaczyna się bawić, jest aktywne. Jednak nie w PIMS. Dzieci z PIMS są słabe cały czas, cały czas źle się czują, mają szereg dolegliwości bólowych. Bolą je mięśnie, często są to mięśnie szyi. Czasem prezentują objawy sugerujące ostrą chorobę chirurgiczną w obrębie brzucha. Ból jest taki, że dziecko nie pozwala się dotknąć – mówi dr Joanna Stryczyńska-Kazubska.

dr n. med. Joanna Stryczyńska-Kazubska, specjalista pediatra w Katedrze i Zakładzie Profilaktyki Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Pandemia koronawirusa dotarła do Polski wiosną zeszłego roku, a o PIMS (Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome – pediatryczny wieloukładowy zespół zapalny związany z zakażeniem SARS-CoV-2) ustyszeliśmy właściwie dopiero w listopadzie. Dlaczego dzieci zaczęły chorować dopiero jesienią? Ile dzieci z PIMS zdiagnozowano do tej pory?

Kiedy w ostatnich dniach 2020 roku uczestniczyłam w spotkaniu zespołu zajmującego się rejestrem pimsudzieci.pl, było w nim ponad 200 przypadków. Nie jest to bardzo duża liczba, trzeba jednak pamiętać, że mamy do czynienia z chorobą bardzo poważną, która nie występowała wcześniej. Ponadto rejestr jest dobrowolny, co oznacza, że nie każdy przypadek musi się w nim znaleźć. Najczęściej – także podczas pandemii – przyczyną gorączki u dzieci są inne infekcje, ale w obecnej sytuacji epidemiologicznej musimy być czujni.

Doniesienia o PIMS jako nasilonym zespole objawów przypominającym chorobę Kawasaki pojawiły się w światowej literaturze w kwietniu. Uczulano na niego lekarzy w Stanach Zjednoczonych, w Wielkiej Brytanii. W Polsce wiosną mieliśmy dużo mniej zachorowań niż jesienią. Fala zachorowań zaczęła gwałtownie rosnąć pod koniec września, a że PIMS jest chorobą, która pojawia się z pewnym opóźnieniem w stosunku do zakażenia koronawirusem, to dzieci zaczęły trafiać do szpitali w listopadzie.

Nie możemy wykluczyć, że rejestr jest niepełny, że jacyś pacjenci nam umknęli. Przypominam sobie dziecko, które przyjęliśmy parę miesięcy temu. Chorowało dziwnie i ciężko. Myślę, że to mógł być PIMS. Na naszym oddziale obecnie mamy mniej dzieci z PIMS niż miesiąc temu.

Objawy PIMS przypominają chorobę Kawasaki, leczenie jest podobne?

Wydaje się, że te choroby łączy także patomechanizm. Obie są chorobami autoimmunologicznymi, autozapalnymi właściwie. Choroba Kawasaki to choroba zapalna naczyń, głównie drobnych naczyń. W PIMS, który dopiero poznajemy, bardzo nasilony mechanizm zapalny dotyczy w dużym stopniu naczyń. Obraz kliniczny obu chorób może być podobny, podobny jest sposób leczenia. Natomiast, jak wynika z naszego doświadczenia, inna jest sekwencja objawów, kolejność występowania zaburzeń i ich nasilenie.

Czy jest możliwe, żeby dzieci z PIMS nie trafiły do lekarza albo były leczone ambulatoryjnie?

Mogą się zdarzać sytuacje, gdy stan zapalny będący następstwem zakażenia koronawirusem przebiega łagodniej niż te przypadki, które widzimy na oddziałach i być może udaje się leczyć te dzieci w warunkach ambulatoryjnych (bez rozpoznania, że to PIMS). Zalecenia Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego są takie, że mniej nasilone przypadki można prowadzić ambulatoryjnie. Ale według mnie PIMS wymaga hospitalizacji. W Polsce w warunkach ambulatoryjnych na ogół nie mamy możliwości wykonania z dnia na dzień badania echokardiograficznego. Dostępność specjalistów jest obecnie bardzo utrudniona. To powoduje, że nie jesteśmy w stanie w odpowiedni sposób diagnozować tych dzieci, a co za tym idzie, podjąć właściwej decyzji o rozpoczęciu leczenia. Za prowadzeniem leczenia w warunkach szpitalnych przemawiają także przypadki dzieci, których stan ogólny nie prezentował się źle, a echokardiografia pokazywała olbrzymie tętniaki tętnic wieńcowych. Takie tętniaki grożą zawałem. Dzieci miały ostabioną kurczliwość mięśnia sercowego, czego konsekwencją może być niewydolność krążenia.

Ale większość pacjentów z PIMS to są dzieci bardzo ciężko chore, które wyglądają jak bardzo ciężko chore dzieci. W rozmowach z rodzicami powtarzają się zdania: „Moje dziecko nigdy wcześniej tak nie chorowało”, „Nasze dziecko nie było nigdy tak bardzo słabe”.



Gorączka, nawet wysoka gorączka, nie jest czymś wyjątkowym u dzieci. Z reguły, kiedy uda się ją obniżyć, dziecko zaczyna się bawić, jest aktywne. Jednak nie w PIMS. Dzieci z PIMS są słabe cały czas, cały czas źle się czują, mają szereg dolegliwości bólowych. Bolą je mięśnie, często są to mięśnie szyi. Czasem prezentują objawy sugerujące ostrą chorobę chirurgiczną w obrębie brzucha. Ból jest taki, że dziecko nie pozwala się dotknąć.

Można to pomylić z zapaleniem wyrostka?

Tak. I to może być wyrostek. Zapalenia wyrostka występują przeciwieź z taką samą częstotliwością jak zawsze.

Jeśli część dzieci mogła przejść PIMS łagodnie, nawet bez wizyty u pediatry, to czy rodzice czytając teraz o tej chorobie i dopasowując objawy do tego, co dolegało ich dziecku, powinni o tym opowiedzieć lekarzowi, który ewentualnie skieruje dziecko na badania? Może mimo łagodnej postaci PIMS zostawił jakieś ślady?

Historia naszych pacjentów jest najczęściej taka: dziecko zaczyna gorączkować, po 2-3 dniach dostaje antybiotyki, bo oprócz gorączki ma zaczerwienione gardło i zaczerwienione błony śluzowe w jamie ustnej, antybiotyk nie przynosi poprawy, pojawiają się kolejne objawy, dziecko trafia do szpitala.

Ale nie można wykluczyć, że u części dzieci z łagodną postacią PIMS gorączka ustępuje, co uznane zostaje za wpływ antybiotyku. Trudno to zweryfikować. Dane, którymi dysponujemy obecnie dotyczą wyłącznie dzieci hospitalizowanych, zdiagnozowanych.

Jeśli rodzice uważają, że ich dziecko chorowało w ostatnim czasie w sposób nietypowy, chorowało ciężko, to chyba warto, żeby się podzielili swoimi obawami z pediatrą, może odwiedzili kardiologa, który zaproponuje wykonanie echa serca. Głównym powikłaniem, którego się obawiamy w PIMS są tętniaki naczyń wieńcowych. Układ krążenia jako jedyny nie daje dolegliwości bólowych. Nie sądzę jednak, aby PIMS przechorowało dziecko, które nie wymagało nawet wizyty u lekarza.

Typowa dla PIMS gorączka to gorączka wysoka?

Z doświadczenia wiemy, że jest to gorączka powyżej 38,5 st., często nawet 40 st. Nasilenie gorączki jest jednak osobniczo zmienne, więc nie możemy wskazać progu temperatury, którego przekroczenie oznacza PIMS. To, co mogą powiedzieć na podstawie doświadczenia, to, że jest to wysoka gorączka, która słabo reaguje na leki przeciwgorączkowe.

PIMS rozpoczyna gorączka, do której dołączają objawy ze strony brzucha. Jakie są to objawy?

Ból brzucha występuje u 80% dzieci. Jest to ból o różnym nasileniu. Czasem sugeruje zapalenie wyrostka robaczkowego i ostrą chorobę chirurgiczną wymagającą interwencji, czasem jest to tylko pobołowanie. Oprócz tego mogą wystąpić nudności, wymioty, biegunka. To są typowe objawy, ale ich brak wcale nie musi wykluczać PIMS.

O tym, że możemy mieć do czynienia z PIMS stwierdzamy na podstawie utrzymującej się przez kilka dni gorączki i podwyższonych parametrów zapalnych w badaniach dodatkowych.

Czy wysypka, która może towarzyszyć PIMS ma charakterystyczny wygląd?

Wysypka jest jednym z częstszych objawów. Wygląda bardzo różnie, właściwie u każdego pacjenta inaczej. To może być bardzo nasilony rumień na twarzy, na dłoniach i stopach, niewielka wysypka rozsiana po całym ciele, wysypka rozległa, zlewająca się, plamista. Nie ma reguły.

Często występuje zapalenie spojówek.

Czy w PIMS występują jakieś objawy ze strony układu oddechowego?

Nie. W początkowej fazie choroby to się zdarza dość rzadko, natomiast później obserwujemy zmiany w obrazie radiologicznym płuc. Są one wynikiem nasilonego stanu zapalnego, zaburzeń biochemicznych.

Czym się przejawiają problemy neurologiczne w przebiegu PIMS?

Nadmierną sennością, rozdrażnieniem, u niemal połowy pacjentów występuje ból głowy. Zwykle jest to mocny ból głowy.

Ale gdybym miała po kolei wymienić najczęstsze objawy PIMS, to byłaby gorączka, problemy z przewodem pokarmowym, zmiany skórno-słuzówkowe.

U pacjentów z PIMS obserwuje się obniżenie ciśnienia. Czy należy mierzyć w domu dzieciom ciśnienie?

Dzieci mają z zasady dużo niższe ciśnienie niż dorośli. Żeby prawidłowo ocenić ciśnienie u dziecka, trzeba mieć odpowiedni mankiety, a odczyt porównać z ciśnieniem na siatkach centylowych, które uwzględniają wiek, wzrost, masę ciała. To nie jest taka prosta interpretacja.

Czyli nie pożyczają aparatu od babci?

Nie zachęcam do mierzenia ciśnienia dzieciom z ostrą chorobą gorączkową. To powinien robić tylko lekarz. Zachęcam do tego pediatrów.

Spadek ciśnienia u dziecka oznacza nasilony stan zapalny. Jest to sytuacja wymagająca pilnej interwencji.

Czy PIMS występuje z równą częstotliwością we wszystkich dziecięcych grupach wiekowych?

Z polskiego rejestru wynika, że statystyczne dziecko chore na PIMS ma ok. 9–10 lat. Ale chorują też przedszkolaki i nastolatki. Na naszym oddziale najciężej chorzy pacjenci z objawami kardiologicznymi to były dzieci nastoletnie starsze. Mieliśmy 17-latkę, którego z powodu niewydolności mięśnia sercowego musieliśmy przekazać do kliniki.

Czy któraś płeć dominuje?

Nie.

Czym leczy się PIMS?

Zaczynamy od immunoglobulin. To są preparaty krwiopochodne, które zawierają przeciwciała.

Podajemy je dożylnie, we wlewie. Staramy się zmieścić w 12 godzinach, ale czasem dzieci mają zaburzenia, które wymagają rozciągnięcia terapii nawet na kilka dni.

Zauważyliśmy, i jest to dość częsty obraz, że po podaniu immunoglobulin dzieci przestają gorączkować, wydaje się, że nastąpiła poprawa, po czym dość w kolejnej dobie gorączka zaczyna narastać, narastają też parametry zapalne. Wtedy wkraczamy ze steroidami. Na początku podawane są one dożylnie. Zdarza się też, że od razu podajemy pacjentowi zarówno immunoglobuliny, jak i steroidy.

W sytuacji, gdy leczenie nie przynosi efektu, mamy jeszcze do dyspozycji inhibitory re-

ceptorów dla interleukin. To są leki stosowane w chorobach zapalnych, m.in. w reumatologii.

Dodatkowo podajemy kwas acetylosalicylowy, czyli aspirynę. Zaczynamy od większych dawek, a po opanowaniu stanu zapalnego przechodzimy na mniejsze, profilaktyczne. Tak jak w profilaktyce zawałów u pacjentów z chorobą wieńcową.

Boimy się tętniaków. Z obserwacji wynika, że w przeciwieństwie do choroby Kawasaki'ego, w której tworzą się one najczęściej w 2. tygodniu albo jeszcze później, w PIMS pojawiają się szybko. Ale nie mamy pewności. PIMS jest nową chorobą. Kwas acetylosalicylowy stosujemy do pierwszej kontroli kardiologicznej.

Pacjenci wymagają też szeregu leków objawowych. Gdy wystąpią spadki ciśnienia, musimy zapobiegać rozwojowi wstrząsu, czyli sytuacji, w której dochodzi do zaburzeń krążenia, ukrwienia. Jeśli pozwala nam na to wydolność mięśnia sercowego, stosujemy intensywne nawadnianie. Kiedy występuje duże osłabienie kurczliwości mięśnia sercowego, podajemy leki na poprawienie kurczliwości. Dzieci, które mają obniżoną saturację, czyli poziom tlenu we krwi wymagają tlenoterapii.

Często obserwujemy zaburzenia elektrolitowe. One mogą mieć poważne konsekwencje.

Powtórzę raz jeszcze, PIMS leczymy w szpitalu, ponieważ jest to choroba, która wymaga stałego monitorowania, możliwości podjęcia szybkiej interwencji.

Jaki jest średni czas hospitalizacji dziecka z PIMS?

Pobyt w szpitalu trwa ok. 2 tygodni. Najczęściej na początku 2. tygodnia udaje się opanować stan zapalny, potem następuje bardzo szybka poprawa. Ale zdarzają się też ciężkie powikłania. Mieliśmy dzieci o krok od ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation – po-

zaustrojowa oksygenacja membranowa), dzieci z nasiloną niewydolnością serca. Takie dzieci są oczywiście hospitalizowane dłużej.

Jaki jest plan kontroli po hospitalizacji?

Pierwszą kontrolę umawiamy po 4–6 tygodniach. Kolejne zależą od stanu, jaki stwierdzimy.

To wszystko jest bardzo świeże, obserwacje bardzo krótkie, szczyt zachorowań mieliśmy jesienią. Na razie mogę powiedzieć, że stan dzieci jest dobry. Nawet pacjenci, którzy mieli duże zmiany w mięśniu sercowym, w obrębie zastawek, naczyń wieńcowych, duże tętniaki już pod koniec leczenia szpitalnego wykazywali dużą poprawę, zmiany były zdecydowanie mniejsze.

Czy PIMS ma związek z chorobami współistniejącymi?

Nie. Nasi pacjenci przed chorobą cieszyli się dobrym zdrowiem. Co więcej, nikt nie wiedział, że przeszli COVID-19. Informację o tym, że dziecko przeszło koronawirusa rodzice uzyskują w momencie rozwinięcia PIMS. Badamy przeciwciała i okazuje się, że wynik jest dodatni.

Ale czy tylko po dzieciach nie było wiadać covidu, czy to dotyczy całych rodzin?

Rodzice części dzieci przypominają sobie: „No tak, miał parę tygodni temu dzień gorączki” albo „Rzeczywiście, był jakiś krótki 2-dniowy katar, nic wielkiego”. Większość nie zauważyła żadnych objawów choroby, nie tylko u dziecka, ale także w rodzinie. Pozytywny wynik badania w kierunku SARS-CoV-2 mają w wywiadzie pojedyncze dzieci. To pokazuje, że dzieci chorują bezobjawowo lub łagodnie.

Rozmawiała Ewa Stanek-Misiąg
Źródło: www.mp.pl



Praca zmianowa. Dla kogo i za jaką cenę?

Czy wiecie Państwo, że wg Światowej Organizacji Zdrowia przeciwwskazaniem do pracy nocnej jest m.in. wiek powyżej 45 lat? Warto zatem przypomnieć, jak wpływa ona na nasze zdrowie, samopoczucie, życie rodzinne, a nawet iloraz inteligencji.

**dr hab. n med. i o zdrowiu,
adiunkt Anna Garus-Pakowska,
Zakład Żywienia i Epidemiologii,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi**

Kodeks pracy definiuje porę nocną jako osiem godzin między 21:00 a 7 rano. Za pracownika pracującego w nocy uznaje natomiast tego, którego czas pracy obejmuje w każdej dobie co najmniej 3 godziny pracy w porze nocnej lub którego co najmniej 1/4 czasu pracy w okresie rozliczeniowym przypada na porę nocną.

Zlecenie pracy w porze nocnej wiąże się z obowiązkiem przestrzegania pewnych ram czasowych. Nie może ona przekraczać 8 godzin na dobę, jeżeli jest szczególnie niebezpieczna albo związana z dużym wysiłkiem fizycznym czy umysłowym.

Przepis ten nie dotyczy jedynie:

- ◆ pracowników zarządzających w imieniu pracodawcy zakładem pracy,
- ◆ przypadków konieczności prowadzenia akcji ratowniczej w celu ochrony życia lub zdrowia ludzkiego, ochrony mienia lub środowiska albo usunięcia awarii.

Według przepisów pracy w nocy nie mogą świadczyć kobiety w ciąży oraz pracownicy opiekujący się dziećmi do lat 4 – bez ich zgody.

Normy czasowe pracy w nocy są różne w różnych krajach i zależą od wewnętrznych regulacji każdego kraju. Na przykład rząd Wielkiej Brytanii definiuje pracę w nocy jako zmianę trwającą co najmniej trzy godziny między godziną 23:00 a 6 rano. Amerykańskie Biuro Statystyki Pracy definiuje nocne zmiany jako między 21:00 a 8 rano. W Stanach Zjednoczonych nocne zmiany pielęgniarskie odbywają się najczęściej między 19:00 lub 23:00 a 7 rano.

Kodeks pracy zawiera również definicję pracy zmianowej, która polega na wykonywaniu pracy według ustalonego rozkładu czasu pracy przewidującego zmianę pory świadczenia pracy po upływie określonej liczby godzin, dni lub tygodni. Pracodawca ma obowiązek ustalić harmonogram czasu pracy z uwzględnieniem obowiązujących okresów odpoczynku na dany okres rozliczeniowy. Pielęgniarki, zwłaszcza zatrudnione w szpitalach, często pracują w systemie zmianowym na dyżurach np. 12-godzin-

nych. Czy taki system jest bezpieczny dla ich zdrowia? Czy konieczność świadczenia pracy niesie za sobą negatywne konsekwencje i jeżeli tak, to w jakich szczególnie sferach życia, oraz z jakimi problemami zdrowotnymi borykają się pielęgniarki pracujące w nocy?

PRZYCZYNY PROBLEMÓW

Praca na nocnej zmianie może mieć znaczący negatywny wpływ na wiele aspektów zdrowia fizycznego, psychicznego i psychospołecznego pracownika oraz na jego wydajność zawodową. Zagrożenia zdrowia związane są przede wszystkim z pracą w godzinach, w których naturalnie zegar biologiczny nakazuje nam odpoczynek, ale nie tylko. Na dyżurach nocnych obsadza się mniej personelu pielęgniarskiego i pomocniczego, co może wpływać na większe obciążenie pracą. Ponadto na nocnej zmianie jest mniejszy nadzór, a wśród przyczyn wypadków przy pracy wskazuje się na znaczenie tego czynnika. Dla zobrazowania skali problemu trzeba także wziąć pod uwagę fakt, że szpitale zatrudniają więcej pracowników na nocnej zmianie niż jakakolwiek inna branża. Liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych na dzień 31 grudnia 2020 roku wynosiła odpowiednio: pielęgniarki – 295 571 kobiet i 7 640 mężczyzn, położne – 39 717 kobiet i 75 mężczyzn. Nikt nie zna liczby pielęgniarek pracujących na zmianach nocnych. Jednak potrzeba całodobowej opieki nad pacjentem hospitalizowanym zobowiązuje do zapewnienia odpowiedniej liczby personelu pielęgniarskiego, więc możemy się domyślać, że to ogromna liczba pracowników. Ze względu na dużą liczbę pielęgniarek pracujących na nocnej zmianie, kwestie związane z negatywnymi skutkami takiego trybu pracy oraz możliwe sposoby minimalizacji tych skutków są ważnym tematem badań.

KRÓTKOTERMINOWE SKUTKI ZDROWOTNE

Brak wystarczającej ilości snu wydaje się być jedną z najważniejszych skarg pielęgniarek pracujących na nocnej zmianie. Brak snu może prowadzić do zmęczenia, drażliwości, braku koncentracji i obniżonych zdolności poznawczych. Wyniki badań, w których pielęgniarki chronicznie spały zbyt mało, wskazały, że może to mieć wpływ na ich zdolność do zapewnienia

odpowiedniej opieki nad pacjentem, niewłaściwą ocenę stanu pacjentów, jak i szybkość reakcji w sytuacjach krytycznych.

Wykazano także, że pielęgniarki na nocnych zmianach popełniały więcej błędów w procedurach. Co więcej pielęgniarki pracujące w nocy nie tylko odnosiły więcej obrażeń związanych z pracą, ale także znacznie częściej zasypiały podczas jazdy po pracy, stwarzając tym samym niebezpieczeństwo wypadku. Osoby pracujące w nocy zidentyfikowały senność, zmęczenie, brak snu i niską jakość snu. Z tych powodów zagrożone może być nie tylko zdrowie pielęgniarek, ale także ich pacjentów. Co ciekawe badania wykazały, że nawet krótka drzemka na dyżurze zmniejsza senność, poprawia wydajność oraz zwiększa bezpieczeństwo.

Praca na nocnej zmianie ma również wpływ na samopoczucie pracowników, może powodować zmiany nastroju, które z kolei prowadzą do konfliktów zarówno pomiędzy współpracownikami, ale często też przenoszą się na grunt towarzyski i rodzinny. W odniesieniu do postrzegania zdrowia uczestnicy badania Books i wsp. zdecydowanie zgodzili się, że istnieje wysokie ryzyko konfliktów rodzinnych wynikających z pracy na nocną zmianę. Zmiana nastroju, drażliwość i depresja są częstymi skutkami częstego lub przewlekłego braku snu.

W badaniu wykazano, że brak snu jest czynnikiem sprawczym zgłaszanej zmiany nastroju. Niepokój budziły również problemy ze zmęczeniem i chorobami związanymi ze zmęczeniem. Większość uczestników nocnej zmiany regularnie zgłaszała, że śpi mniej niż 6 godzin na dobę. Osoby wykonujące pracę zmianową mogą czuć się odizolowane, ponieważ praca odcina ich od przyjaciół i rodziny. Ograniczone kontakty towarzyskie będą pogłębiały frustrację spowodowaną notorycznym zmęczeniem. Co więcej, trudniejsze może być podejmowanie aktywności fizycznej, zwłaszcza regularnej. Mogą pojawić się kłopoty z pamięcią, a jej regularne ćwiczenie podejmowane na różnych kursach/szkoleniach odbywających się cyklicznie także może stanowić istotny problem.

Praca na nocnej zmianie zakłóca rytmy dobowe i funkcje biologiczne, które są związane z problemami zdrowotnymi.

Zmienione rytmy dobowe i cykle snu i czuwania prowadzą do zmian w nawykach żywieniowych i zawartości składników odżywczych w diecie, które mogą negatywnie wpływać na zdrowie. Wykazano, że pracownicy zmianowi mogą mieć skłonność do niezdrowego, szybkiego jedzenia. Ze względu na godziny pracy zmieniają pory posiłków, odżywiają się nieregularnie, opuszczają posiłki, spożywają więcej słodyczy. Bilski w swoim badaniu wykazał wiele błędów żywieniowych popełnianych przez pielęgniarki. W porze nocnej ograniczają się do zimnych posiłków i kawy, przy czym prawie co dziesiąta pielęgniarka nie zjadła żadnego posiłku na dyżurze. Tylko 10% pielęgniarek dyżurujących w nocy spożywało ciepły posiłek w porze nocnej. Wśród spożywanych posiłków dominowały potrawy typu fast food. Pielęgniarki w tym badaniu częściej sięgały po kofeinę, a odsetek pijących wyłącznie kawę na dyżurach nocnych wyniósł blisko 10%. Co prawda przeglądy badań wykazały, że umiarkowane spożycie kofeiny może poprawić czujność i sprawność psychomotoryczną, jednak kofeina może oddziaływać niekorzystnie na organizm. Nadmiar kofeiny utrudnia zaśnięcie, przerywa sen, zmniejsza wydajność snu, długość snu, zmienia charakterystykę snu. Zdrowi dorośli mogą bezpiecznie spożywać umiarkowane ilości kofeiny, ograniczając ją do jednej lub dwóch filiżanek kawy (100 do 200 mg) na 30 do 60 minut przed zmianą nocną. Powinno się unikać kofeiny 4 do 6 godzin przed planowanym snem.

Praca na nocnej zmianie ma również wpływ na samopoczucie pracowników. Badania wykazały, że nawet krótka drzemka na dyżurze zmniejsza senność, poprawia wydajność oraz zwiększa bezpieczeństwo.

Krótkoterminowe skutki zdrowotne pracy nocnej obejmują:

- ◆ zmęczenie,
- ◆ bezsenność, gorszą jakość snu,
- ◆ uczucie złego samopoczucia,
- ◆ zwiększone ryzyko urazów i wypadków,
- ◆ obniżoną jakość życia (unikanie kontaktów towarzyskich, brak aktywności fizycznej, kłopoty z pamięcią, obniżona możliwość uczenia się),
- ◆ objawy żołądkowo-jelitowe (rozstrój żołądka, nudności, biegunka, zaparcia i zgaga).

DŁUGOTERMINOWE SKUTKI ZDROWOTNE

Są trudniejsze do zmierzenia, ale przeglądy badań wskazują na znaczące powiązania między pracownikami zmianowymi, a zwiększonym ryzykiem poważnych schorzeń i chorób. Jednym z przykładów jest zwiększenie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych o 40%. Stwierdzono, że ryzyko udaru mózgu rośnie wraz z długością okresu zatrudnienia w porze nocnej, ale dopiero po 15 latach pracy zmianowej. Wiele badań wykazało, że praca zmianowa może być czynnikiem ryzyka cukrzycy i zespołu metabolicznego. W jednym z japońskich

badan udowodniono, że pracownicy zmianowi – w szczególności ci, którzy pracowali na 16-godzinnych zmianach – mieli o 50% większą częstość występowania cukrzycy w porównaniu do pracujących tylko w dzień. Z kolei w innym, czteroletnim badaniu z 2007 roku, które objęło ponad 700 zdrowych pracowników medycznych, częstość występowania zespołu metabolicznego była ponad trzykrotnie wyższa u osób, które pracowały na nocne zmiany.

Od ponad 50 lat naukowcy zauważają, że praca zmianowa wydaje się zwiększać ryzyko wrzodów trawiennych. Nie ma jednak tu pełnej zgodności, ponieważ choroba wrzodowa należy do chorób o wieloczynnikowej etiologii. Na pewno w sytuacji, gdy choroba już występuje, nieregularność życia związana z pracą zmianową utrudnia jej leczenie. Jednocześnie podkreśla się związek pracy zmianowej ze wzrostem prawdopodobieństwa wystąpienia ogólnych objawów ze strony przewodu pokarmowego (takich jak nudności, biegunka i zaparcia) i prawdopodobnie niektórych rodzajów funkcjonalnej choroby jelit (takich jak zespół jelita drażliwego). W badaniu Bilskiego choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy występowała z podobną częstością w grupie pielęgniarek niepracujących w systemie pracy zmianowej, jak i pracujących na zmiany. Choroby te występowały natomiast istotnie częściej wśród pielęgniarek palących papierosy, które są uznanym czynnikiem predykcijnym choroby wrzodowej.

Istnieje kilka możliwych przyczyn związku między otyłością, a pracą zmianową.

Częścią problemu może być zła dieta i brak ruchu, ale równowaga hormonalna wydaje się tu również ważna. Leptyna to hormon odgrywający kluczową rolę w regulowaniu naszego apetytu poprzez zmaganie uczucia sytości. Ponieważ praca zmianowa wydaje się obniżać poziom leptyny, może być tak, że pracownicy nocni czują się po prostu bardziej głodni, a tym samym jedzą więcej niż pracownicy dzienni. Inne badania wykazały słabą tolerancję glukozy w przypadku jedzenia nocą w porównaniu z jedzeniem w ciągu dnia, porównując poposiłkowe odpowiedzi glikemii i insuliny. Kilka badań wykazało związek między zmienionymi rytмами dobowymi, nawykami żywieniowymi i otyłością. Badania te mają ważne implikacje dla pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym, które wymagają strategii łagodzenia negatywnych skutków tego rodzaju pracy. Pan i wsp. przeprowadzili długofalowe (20-letnie) badanie w zakresie otyłości pielęgniarek pracujących w nocny. W badaniu uczestniczyło ponad 150 000 amerykańskich pielęgniarek. Naukowcy odkryli, że praca na nocną zmianę przez długi czas była pozytywnie związana ze zwiększonym ryzykiem rozwoju otyłości i cukrzycy typu 2. Wyniki wykazały, że na każde 5 lat pracy na nocnej zmianie nastąpił średni wzrost pomiaru BMI o 0,17 jednostki. W badaniu Zhao i wsp. na grupie 2086 pielęgniarek wskazano, że pracownicy zmianowi

oraz pracujący w nocy byli znacznie bardziej narażeni na nadwagę lub otyłość niż ich koledzy na dziennej zmianie. Bezsprzecznie praca na nocną zmianę zmienia nawyki żywieniowe. W odpowiedzi na zmienione i nieodpasowane rytmy okołodobowe oraz związane z tym problemy układu trawiennego, pojawiła się nowa dziedzina badań – chrononutrition, która skupia się na wzajemnych zależnościach biologii okołodobowej i diety. Chronożywienie przygląda się trzem aspektom związanym z porą jedzenia: konsekwencją/niekonsekwencją wzorca żywieniowego, częstotliwością posiłków (liczba) i czasem (czas zegarowy) spożywania posiłków.

Kolejne zagadnienia to problemy z płodnością i ciążą, a także nowotwory. Brakuje jak dotąd badań przeprowadzonych na personelu medycznym. Jednakże badania na innych grupach zawodowych wskazują, że takie ryzyko należy brać pod uwagę.

Badania stewardes wykazały, że praca zmianowa może wpływać na układ rozrodczy kobiety. Wyniki pokazały, że stewardesy, które pracowały w czasie ciąży, były dwukrotnie bardziej narażone na poronienie niż stewardesy, które tego nie zrobiły. Wydaje się, że praca zmianowa wiąże się również ze zwiększonym ryzykiem powikłań podczas porodu, urodzenia wcześniaków i niemowląt o niskiej wadze, problemów z płodnością, endometriozy, nieregularnych oraz bolesnych menstruacji.

Istnieją mocne dowody – zarówno z badań na ludziach, jak i zwierzętach – że praca zmianowa stwarza zwiększone ryzyko zachorowania na raka. W 2007 roku podkomitet Światowej Organizacji Zdrowia posunął się nawet do stwierdzenia, że praca zmianowa jest „prawdopodobnie rakotwórcza”. Dwie analizy danych z różnych badań wykazały, że praca w nocy zwiększa ryzyko raka piersi o 50%. Istnieją dowody na to, że praca zmianowa może również zwiększać ryzyko raka jelita grubego i prostaty. Jak dotąd dowody sugerują, że ryzyko raka wzrasta dopiero po wielu latach pracy zmianowej – być może nawet po 20.

PRZECIWDZIAŁANIE ZAGROŻENIOM

Szpitala zawsze będą wymagały całodobowego personelu, a zatem nieuniknione jest zatrudnianie znacznej części personelu pielęgniarskiego na nocnej zmianie. W różnych badaniach wykazano, że praca na nocną zmianę stanowi zwiększone ryzyko w wielu obszarach zdrowia tych pracowników. Ponieważ nie ma sposobu na wyeliminowanie tego czynnika ryzyka, zapewnienie profilaktyki oraz edukacji jest niezbędne, aby przeciwdziałać zagrożeniom. Zespół pielęgniarski powinien być świadomy możliwych zagrożeń związanych z pracą na nocnej zmianie, a zrozumienie problemów zdrowotnych pielęgniarek pracujących w nocy powinno przyczynić się do opracowania strategii minimalizowania potencjalnych negatywnych skutków pracy.

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa

Prof. dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa
31-501 Kraków, ul. Kopernika 25
e-mail: maria.kozka@uj.edu.pl

Kraków; 2022-03-06

**Szanowna Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
02-757 Warszawa
ul. Pory 78**

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 23 lutego 2022 roku (znak: NIPIP-NRPIP-DM.025.28.2022.MK) w sprawie weryfikacji opinii prof. dr hab. Wieli Hojeńskiej, Konsultanta Krajowego w dz. farmacji klinicznej, dotyczącej realizacji zleceń lekarskich w domu pacjenta, w ramach których pielęgniarka ma podać kilka produktów leczniczych w jednej iniekcji oraz prośby dr Pawła Witta o wyjaśnienie treści ww. opinii przedstawiam stanowisko w przedmiotowej sprawie.

Zasady wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej określa ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz. U 2011, Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.). W artykule 4 ww. ustawy wskazano, że wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: 1) *rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta*; 2) *rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta*; 3) *planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem*; 4) *samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych*; 5) **realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji**; 6) *orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych*; 7) *edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*. Niekwestionowanym

warunkiem wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, zgodnie z prawem (art. 11 ust 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej) jest jego wykonywanie z *należyłą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.*

Odnosząc się do opinii prof. dr hab. Wieli Hojeńskiej, Konsultanta Krajowego w dz. farmacji klinicznej, dotyczącej realizacji zleceń lekarskich w domu pacjenta, w ramach których pielęgniarka ma podać kilka produktów leczniczych w jednej iniekcji należy zgodzić się z jej treścią w odniesieniu do zapisów tj.:

- 1) *podstawą podania przez pielęgniarkę, położną leku w warunkach ambulatoryjnych jak i domowych jest udokumentowane zlecenie lekarskie, które powinno zawierać oprócz nazwy leku, dawki, sposobu i czasokresu podawania również zapis o tym, że zlecenie należy wykonać w domu pacjenta;*
- 2) *następstwem każdego leku, obok pożądaných efektów terapeutycznych może być następstwem różnego rodzaju niepożądanych działań. Są one opisane w charakterystykach produktów leczniczych i na ulotkach dołączonych do leków;*
- 3) *pielęgniarki realizując zlecenia lekarskie są zobowiązane zapoznać się z nimi;*
- 4) *u osoby prawidłowo umięśnionej, największą objętość leku (do 5 ml) można wstrzyknąć w okolicę pośladkową tylną.*

Natomiast nie można zgodzić się z zapisem o treści: *Jeżeli istnieje konieczność podania objętości leku przekraczającej 5 ml lub konieczność jednoczasowego podania dwóch leków wtedy drugi lek należy wstrzyknąć przez tę samą igłę, ale po uprzedniej zmianie jej kierunku.*

Powyższy zapis jest niezgodny z aktualną wiedzą medyczną, do której stosowania zobowiązana jest pielęgniarka i położna w wykonywaniu zawodu.

Pielęgniarka i położna realizując zlecenie lekarskie w zakresie podawania leków ma obowiązek zapoznać się z informacjami producenta leku, zamieszczonymi w charakterystyce produktu leczniczego jak również w ulotce i stosować zalecenia producenta. W zdecydowanej większości leków charakterystyka produktu leczniczego określa interakcje z wybranymi grupami leków, a nie z konkretną postacią leku. W związku z powyższym nie można przewidzieć interakcji właściwości farmakodynamicznych i właściwości farmakokinetycznych wielu leków podanych jednocześnie i skutków zachodzących między nimi interakcji, a w szczególności w przypadku podania ich poprzez wykonanie iniekcji metodą jednego wkłucia. Nie zawsze interakcje zachodzące pomiędzy lekami są widoczne (osad, zmiana konsystencji czy barwy).

Zgodnie z aktualnymi i wiarygodnymi wynikami badań, technika wykonania iniekcji domięśniowej zakłada wkłucie igły pod kątem 90 stopni. Dowody potwierdzają, że kąt 90 stopni wkłucia igły do wstrzykiwań domięśniowych jako najbardziej skuteczny pod względem komfortu pacjenta, bezpieczeństwa i skuteczności produktu leczniczego [Pamela K. Strohfus, Oya Paugh, Chelsea Tindell, Paula Molina-Shaver: Evidence calls for practice change in intramuscular injection techniques. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2018; 8 (2): 83-92. DOI: 10.5430/jnep.v8n2p83; Shepherd E.: Injection technique 1: administering drugs via the intramuscular route. *Nursing Time*, 2018;115 (8): 23-25 [online]; Ogston-Tuck S.: Intramuscular injection technique: an evidence-based approach. *Nursing Standard*; 2014; 29 (4):52-59; Greenway K (2014) Rituals in nursing: intramuscular injection. *Journal of Clinical Nursing*, 2014; 23 (23-24):3583-3588].

Wobec powyższego każdorazowa zmiana kierunku igły skutkuje zmianą kąta wkłucia i jest techniką niewłaściwą wykonywania wstrzyknięć domięśniowych i nie może być rekomendowana dla praktyki.

Być może w opracowaniu opinii Pani prof. dr hab. Wiela Hojeńska, Konsultant Krajowy w dz. farmacji klinicznej korzystała z piśmiennictwa krajowego, np. Dzirba A. Wstrzyknięcia domięśniowe. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, Wyd. 1 2010, Wyd. 2 2021; Ciechaniewicz W., Łoś E., Grochans E. Wstrzyknięcia i wlewy dożylnie. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich PZWL, Warszawa 2014, których znajdują się zapisy o treści:

- *największą objętość można podać w okolicę pośladkową tylną, tj. 5 ml u osoby z prawidłowym umięśnieniem, a jeśli jest potrzeba podania większej objętości lub jednocześnie dwóch leków, to należy podać drugi lek przez tę samą igłę po zmianie jej kierunku. W opisany sposób maksymalnie można podać do 10 ml leku [Dzirba A, 2021];*
- *w przypadku objętości leku większej niż 5 ml lub przy podawaniu dwóch różnych leków należy zastosować technikę zmiany kierunku igły do podania kolejnego leku lub kolejnej porcji przewyższającej 5 ml. Po wstrzyknięciu pierwszej porcji leku należy lewą ręką rozciągnąć skórę, jak do wkłucia, a prawą wyciągnąć igłę z tkanek do 1/4 długości, zmienić kąt wkłucia o około 20 stopni i wprowadzić ponownie igłę w tkanki na potrzebną głębokość, po czym dołączyć strzykawkę z kolejnym lekiem i zaaspirować [Ciechaniewicz W, Łoś E., Grochans E., 2014].*

Podsumowując, należy stwierdzić, że zamieszczony przez Panią prof. dr hab. Wielę Hojeńską, Konsultanta Krajowego w dz. farmacji klinicznej w piśmie z dnia 12.01.2022 roku, zapis o treści: *Jeżeli istnieje konieczność podania objętości leku przekraczającej 5 ml lub konieczność jednoczesnego podania dwóch leków wtedy drugi lek należy wstrzyknąć przez tę samą igłę, ale po uprzedniej zmianie jej kierunku nie jest zgodny z aktualnym stanem wiedzy medycznej i nie może być rekomendowany do stosowania przez pracowników opieki zdrowotnej uprawnionych do wykonywania iniekcji domięśniowych.*

Poprawna treść zapisu powinien mieć brzmienie:

Jeżeli istnieje konieczność podania objętości leku przekraczającej 5 ml (mięsień pośladkowy) lub konieczność jednoczesnego podania dwóch leków w iniekcji domięśniowej, wtedy drugą objętość lub drugi lek należy wstrzyknąć w inne miejsce wykonując kolejne wkłucie domięśniowe.

Z wyrazami szacunku,

Prof. dr hab. Maria Kózka



Janusz Szulik

Prezes Zarządu / Vorstandsvorsitzender / President of the Board
TU INTER Polska S.A.
TU INTER-ŻYCIE Polska S.A.



Warszawa, dnia 7 marca 2022 r.

Pani Elżbieta Słojewska-Poznańska
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze

Szanowna Pani Przewodnicząca

W związku z obecną sytuacją na Ukrainie, toczącymi się działaniami wojennymi, każdego dnia przybywają do Polski uchodźcy w poszukiwaniu bezpiecznego schronienia, w tym również pomocy medycznej.

W odpowiedzi na zapytania kierowane do TU INTER Polska S.A. informujemy, że **ubezpieczenie OC obowiązkowe** podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej Pielęgniarki i Położnej obejmuje odpowiedzialność za udzielanie bądź zaniechanie udzielania świadczeń zdrowotnych wszystkim pacjentom - również cudzoziemcom oraz osobom mającym status uchodźcy wojennego, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Pielęgniarki i Położne nie posiadające praktyk, które nie mają obowiązku posiadania polisy OC, ale zakupiły w TU INTER Polska S.A. **ubezpieczenie OC dobrowolne w wariancie B**, obejmujące zakresem udzielanie bądź zaniechanie udzielania świadczeń zdrowotnych, również posiadają ochronę ubezpieczeniową w przypadku szkód wyrządzonych pacjentom będącym cudzoziemcami lub mającym status uchodźcy wojennego.

z posobrem...
Janusz Szulik

Janusz Szulik
Prezes Zarządu

Andrzej Twardowski

Andrzej Twardowski
Dyrektor Biura Ubezpieczeń Medycznych i OC



Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy
XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0000016204, NIP: 547-02-06-285
Kapitał zakładowy wynosi 35 mln zł, jest zarejestrowany i w pełni opłacony

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy
XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0000012649, NIP: 547-17-53-546
Kapitał zakładowy wynosi 24,8 mln zł, jest zarejestrowany i w pełni opłacony

ZAPRASZAMY

PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNE DO PUBLIKOWANIA

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom czytelniczek i czytelników Biuletynu informacyjnego, redakcja wydania jeleniogórskiego umożliwiła członkiniom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych 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

