

3/2022

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 Regulamin refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego

INFORMACJE NRPIP

- 6 Ustalanie najniższego wynagrodzenia zasadniczego

OPINIE

- 9 Ospa małpia – nowe zagrożenie epidemiologiczne

- 11 Informacje o stanie zdrowia pacjenta. Jakich może (i powinna) udzielić pielęgniarka?
- 13 Rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów z cukrzycą typu 2
- 26 Opieka nad uchodźcami to nie wszystko. Wyzwania na miarę XXI w.

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 PIELI-CHOWSKA, 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: 500 141 941, 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: 606 226 655, E: 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, Pulmonologii i Hematologii 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 OPIEKI PALIATYWNEJ – mgr ANNA SZACHOWSKA, Bonifrackie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., E: anna.szachowska@gmail.com

Regulamin refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego

Załącznik nr 1
do Uchwały Nr 28/VII/2022 z dnia 30.08.2022 r.
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze

REGULAMIN REFUNDACJI KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO DLA CZŁONKÓW OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W JELENIJ GÓRZE

ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Fundusz refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze stanowią środki pochodzące ze składek członkowskich.

§ 2

Wysokość funduszu określana jest na każdy rok kalendarzowy uchwałą Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze.

§ 3

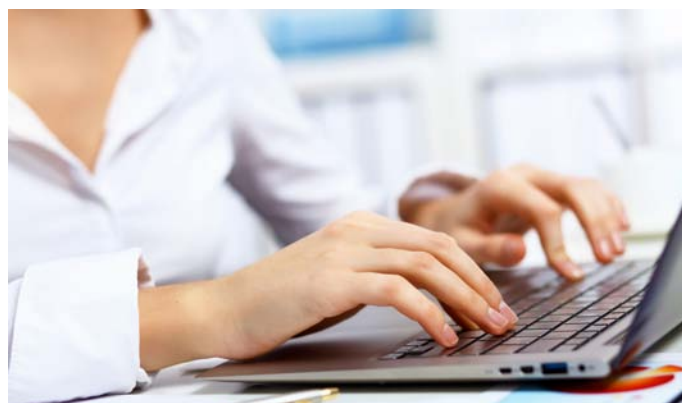
Funduszem dysponuje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze (dalej zwana: „ORPIP”).

§ 4

Środki finansowe nie wykorzystane w danym roku, nie zwiększają funduszu refundacji kosztów kształcenia w roku następnym.

§ 5

Wnioski o przyznanie refundacji opiniuje Komisja do spraw refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego, powołana uchwałą ORP i P w Jeleniej Górze.



ROZDZIAŁ II OSOBY UPRAWNIONE DO REFUNDACJI

§ 6

O refundację może ubiegać się członek samorządu opłacający regularnie składki członkowskie na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze przez okres co najmniej 3 ostatnich lat poprzedzających złożenie wniosku.

§ 7

Osoby ukarane przez Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych, Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych lub Sąd Powszechny nie mają prawa do refundacji do momentu zatarcia przewinienia lub skazania.

§ 8

Z refundacji może korzystać członek samorządu, który poniósł koszty związane z podwyższaniem kwalifikacji zawodowych i nie otrzymał pełnej rekompensaty z innych źródeł.

ROZDZIAŁ III FORMY KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA PODLEGAJĄCE REFUNDACJI, CZĘSTOTLIWOŚĆ I WYSOKOŚĆ REFUNDACJI

§ 9

Formami kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych podlegającymi refundacji są:

- 1) kursy specjalistyczne,
- 2) kursy kwalifikacyjne,
- 3) szkolenie specjalizacyjne (zwane dalej: specjalizacja),
- 3¹) studia licencjackie na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo”
- 4) studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo,
- 5) studia doktoranckie.

§ 10

Wysokość refundacji nie może przekroczyć rzeczywistych kosztów kształcenia poniesionych osobiście przez członka samorządu.

§ 11

Do kosztów refundacji kształcenia i doskonalenia zawodowego nie wlicza się kosztów przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia.

§ 12

Refundacja kosztów kształcenia dla poszczególnych form kształcenia może być przyznana:

- 1) w przypadku kursów specjalistycznych – jeden raz w roku kalendarzowym,
- 2) w przypadku kursów kwalifikacyjnych – jeden raz w roku kalendarzowym,
- 3) w przypadku specjalizacji – tylko jeden raz, niezależnie od ilości uzyskanych specjalizacji,
- 3¹) w przypadku studiów licencjackich – jeden raz po ukończeniu studiów,”

- 4) w przypadku studiów magisterskich – jeden raz po ukończeniu studiów,
- 5) w przypadku studiów doktoranckich – jeden raz po ukończeniu studiów.

§ 12¹

W roku danym roku kalendarzowym członek samorządu może ubiegać się o refundację wyłącznie jednej z ukończonych form kształcenia i doskonalenia zawodowego, niezależnie od liczby faktycznie ukończonych form kształcenia lub doskonalenia zawodowego.

§ 13

Refundacja kosztów związanych z kształceniem i doskonaleniem zawodowym wynosi:

- 1) dla kursów specjalistycznych do 50 % poniesionych kosztów nie więcej niż 200 zł,
- 2) dla kursów kwalifikacyjnych do 50 % poniesionych kosztów nie więcej niż 500 zł,
- 3) dla specjalizacji do 50 % poniesionych kosztów nie więcej niż 1 200 zł,
- 3¹) dla studiów licencjackich do 50% poniesionych kosztów nie więcej niż 1 200 zł,
- 4) dla studiów magisterskich do 50 % poniesionych kosztów nie więcej niż 1 500 zł,
- 5) dla studiów doktoranckich do 50 % poniesionych kosztów nie więcej niż 2 000 zł.

ROZDZIAŁ IV ZASADY REFUNDACJI

§ 14

Refundacji kosztów kształcenia dokonuje się po zakończeniu danej formy kształcenia lub doskonalenia zawodowego, o której mowa w § 9, wyłącznie na prośbę osoby zainteresowanej, na podstawie wniosku stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

§ 15

Członkowie samorządu ubiegający się o refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego składają wnioski o refundację wraz z dokumentami, o których mowa w § 16 najpóźniej w terminie 2 miesięcy od zakończenia danej formy kształcenia (zdanego egzaminu).

§ 16

Do wniosku o refundację należy dołączyć:

- 1) w przypadku kursów specjalistycznych:
 - a) kserokopię certyfikatu o ukończeniu kursu,
 - b) oryginały imiennych dowodów wpłat poniesionych przez wnioskodawcę w postaci faktury VAT lub rachunku (gdy organizator szkolenia nie jest podatnikiem VAT);
- 2) w przypadku kursów kwalifikacyjnych:
 - a) kserokopię certyfikatu o ukończeniu kursu,
 - b) oryginały imiennych dowodów wpłat poniesionych przez wnioskodawcę w postaci faktury VAT lub rachunku (gdy organizator szkolenia nie jest podatnikiem VAT);
- 3) w przypadku specjalizacji:
 - a) kserokopię dyplomu uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa,
 - b) oryginały imiennych dowodów wpłat poniesionych przez wnioskodawcę za cały okres specjalizacji w postaci faktury VAT lub rachunku (gdy organizator szkolenia nie jest podatnikiem VAT);
- 3¹) w przypadku studiów licencjackich:

- a) zaświadczenie o ukończeniu studiów licencjackich lub dyplom ukończenia studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo,
- b) oryginały imiennych dowodów wpłat poniesionych przez wnioskodawcę za cały okres studiów w postaci faktury VAT lub rachunku (gdy organizator szkolenia nie jest podatnikiem VAT);

4) w przypadku studiów magisterskich:

- a) zaświadczenie o ukończeniu studiów magisterskich lub dyplom ukończenia studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo,
- b) oryginały imiennych dowodów wpłat poniesionych przez wnioskodawcę za cały okres studiów w postaci faktury VAT lub rachunku (gdy organizator szkolenia nie jest podatnikiem VAT);

5) w przypadku studiów doktoranckich:

- a) zaświadczenie o ukończeniu przewodu doktorskiego lub dyplom ukończenia studiów doktoranckich,
- b) oryginały imiennych dowodów wpłat poniesionych przez wnioskodawcę za cały okres studiów w postaci faktury VAT lub rachunku (gdy organizator szkolenia nie jest podatnikiem VAT).

§ 17

Komisja do spraw refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego rozpatruje i opiniuje wnioski o refundację jeden raz w miesiącu.

§ 18

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze lub jej Prezydium na podstawie protokołów Komisji do spraw refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego podejmuje uchwałę w sprawie przyznania refundacji, która stanowi podstawę wypłacania refundacji.

§ 19

Wnioski złożone po terminie oraz wnioski niekompletne, w tym wypełnione błędnie lub częściowo niewypełnione, jak też złożone bez wymaganych załączników – zostają odrzucone.

§ 20

Na zlecenie Komisji, Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze przesyła zainteresowanej osobie listem poleconym pisemną informację o przyczynach odrzucenia wniosku.

§ 21

Członkowi samorządu, którego wniosek został odrzucony przysługuje prawo pisemnego odwołania do ORPIP w Jeleniej Górze w terminie 14 dni od otrzymania pisemnej informacji o przyczynach odrzucenia wniosku.

§ 22

Uchwała ORPIP w Jeleniej Górze podjęta w wyniku odwołania jest ostateczna.

§ 23

Refundacja pobrana na podstawie nieprawdziwych oświadczeń lub dowodów podlega zwrotowi wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia otrzymania refundacji.

Załączniki do Regulaminu:

Załącznik nr 1 – Wniosek o refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze

**B. WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY WNIOSKODAWCY LUB W PRZYPADKU
INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI PIEŁĘGNIARSKIEJ – WNIOSKODAWCA**

.....
pieczętka zakładu pracy (telefon)

ZASWIADCZENIE*

Zaświadcza się, że Pani/Pan, jest zatrudniona(y) w od dnia na stanowisku i regularnie opłaca miesięczną składkę członkowską na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze od dnia do dnia
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

.....
miejsce, data

.....
pieczętka i podpis osoby upoważnionej przez dyrektora Zakładu

.....
Pieczętka Indywidualnej Praktyki Pielęgniarskiej/ Położnej

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE* jeśli dotyczy

Oświadczam, że z tytułu Indywidualnej Praktyki Pielęgniarskiej / Położnej** - regularnie opłacam składki członkowskie na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze od dnia do dnia
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

.....
Data, pieczętka i podpis wnioskodawcy,

.....
data, pieczętka i podpis księgowego OIP i P

OŚWIADCZENIE* jeśli dotyczy

Oświadczam, że nie prowadzę Indywidualnej Praktyki Pielęgniarskiej / Położnej**, jednakże samodzielnie opłacam składki członkowskie na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze od dnia do dnia
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

.....
Data, pieczętka i podpis wnioskodawcy,

.....
data, pieczętka i podpis księgowego OIP i P

C. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY – PODPIS WNIOSKUOświadczenie wnioskodawcy**:

1. Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności, w tym karnej, wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie informacji niezgodnych z prawdą.
2. Oświadczam, że nie korzystałem (am) / korzystałem(am) z dofinansowania w/w formy kształcenia zawodowego w wysokości zł z innych źródeł.
3. Oświadczam, że wcześniej nie uczestniczyłem(am) / uczestniczyłem(am) w szkoleniu specjalizacyjnym, za które otrzymałam refundację kosztów kształcenia.

.....
 data podpis wnioskodawcy

* pole wypełnić obowiązkowo

D . WYPEŁNIA KOMISJA DS. KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

<p>Komisja ds. Kształcenia i doskonalenia zawodowego:</p> <p>1) Stwierdzamy zgodność dokumentów i zasadność przyznania refundacji.</p> <p>Proponujemy kwotę:zł</p> <p>2) Stwierdzamy niezgodność z Regulaminem w § ust. pkt ppk</p> <p>Data :</p> <p>Podpisy członków Komisji / Rady:</p>	<p>Data i Nr Uchwały o postanowieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Przyznana kwota : zł.</p> <p>Pieczętka i podpis Przewodniczącej ORPiP w Jeleniej Górze</p>
--	---

Ustalanie najniższego wynagrodzenia zasadniczego

Odpowiedzi na pytania związane z ustawą o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych

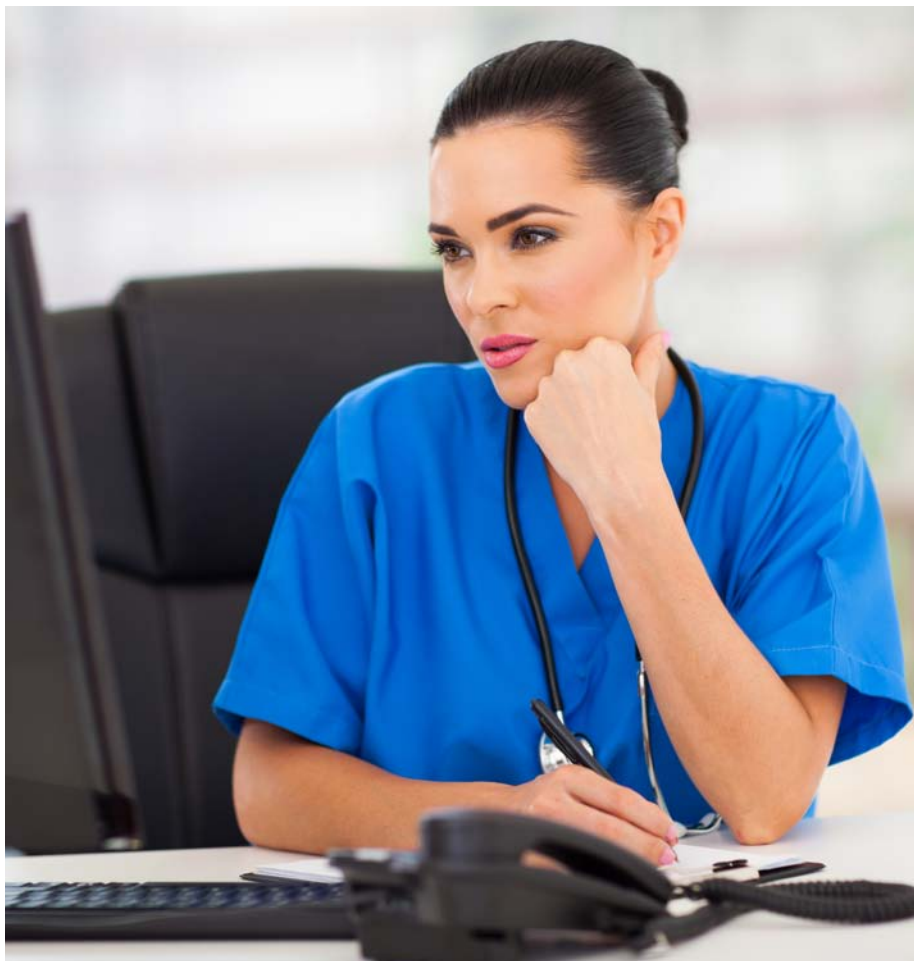
1. Kto może być objęty ustawą z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych?

Przepisy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (dalej jako „Ustawa”) stosuje się do wszystkich pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podmiotach leczniczych **w ramach stosunku pracy**. Ustawa nie obejmuje pielęgniarek i położnych zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych (tzw. kontraktach).

2. Jakie minimalne wynagrodzenie przysługuje pielęgniarce, położnej zatrudnionej na umowie o pracę w podmiocie leczniczym po 1 lipca 2022 r.?

Minimalne wynagrodzenie zasadnicze pielęgniarki lub położnej zatrudnionej w podmiocie leczniczym od dnia 1 lipca 2022 r. stanowi iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku 2021 ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego tj. **kwoty 5.662,53 złotych**, przy czym współczynniki pracy winny zostać ustalone w następujący sposób:

- pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem magister położnictwa z wymaganą specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia – **współczynnik 1,29** (grupa 2), wynagrodzenie 7 304,66 zł brutto;
- pielęgniarka, położna z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim, pielęgniarka, położna z wymaganym wyższym wykształceniem (studia I stopnia) i specjalizacją, albo pielęgniarka, położna ze średnim wykształceniem i specjalizacją – **współczynnik 1,02** (grupa 5), wynagrodzenie 5 775,78 zł brutto;
- pielęgniarka, położna z wykształceniem na poziomie studiów pierwszego stopnia (licencjat) oraz pielęgniarka albo położna



z wymaganym średnim wykształceniem, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia – **współczynnik 0,94** (grupa 6), wynagrodzenie 5 322,78 zł brutto.

3. Czy pracodawca może bez zgody pracownika dokonać zmiany grupy zawodowej np. na niższą?

Umowa o pracę jest umową dwustronną i wzajemną. Jej zmiany w drodze porozumienia pomiędzy stronami wymagają zgody dwóch stron. Jeśli pracodawca chce wprowadzić zmiany do umowy o pracę z pracownikiem (np. dokonać zaliczenia do niższej grupy zawodowej a tym samym zmniejszyć

wynagrodzenie), a pracownik nie wyraża na nie zgody, to zobowiązany jest zastosować tryb wypowiedzenia zmieniającego, do którego stosuje się przepisy o wypowiedzeniu definitywnym. Co to oznacza? Jeśli pracownik zatrudniony jest na umowie na czas nieokreślony konieczne jest wskazanie przyczyny wypowiedzenia zmieniającego. Przyczyna ta zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego – musi być rzeczywista, prawdziwa, realna, niepozorna, nielakoniczna.

W wypowiedzeniu zmieniającym warunki pracy oprócz przyczyn pracodawca musi podać nowe propozycje pracy/płacy. Pracownik decyduje czy przyjmuje nowe warunki czy nie. Jeśli nie przyjmie, to w okresie wypowiedzenia nic się nie zmienia – pracodawca musi wy-

płacić wynagrodzenie dotychczasowe, a po okresie wypowiedzenia umowa się rozwiąże. Jednak – jeśli przyczyną wypowiedzenia były przyczyny leżące wyłącznie po stronie pracodawcy np. zmiany organizacyjne, które legły u podstaw zmiany warunków pracy to pracownik ma prawo do odprawy wynikającej w tzw. ustawy o zwolnieniach grupowych, która dotyczy też zwolnień indywidualnych. Odprawa ta wynosi:

- jednomiesięczne wynagrodzenie, jeżeli pracownik był zatrudniony u danego pracodawcy krócej niż 2 lata;
- dwumiesięczne wynagrodzenie, jeżeli pracownik był zatrudniony u danego pracodawcy od 2 do 8 lat;
- trzymiesięczne wynagrodzenie, jeżeli pracownik był zatrudniony u danego pracodawcy ponad 8 lat.

Zatem: bez zgody pracownika, pracodawca może obniżyć wynagrodzenie, ale stosując tryb wypowiedzenia zmieniającego z konsekwencją opisaną powyżej. Dodatkowo, pracownik może wystąpić do Sądu podważając zasadność wypowiedzenia zmieniającego np. wskazaną w wypowiedzeniu zmieniającym przyczynę twierdząc, że była ona pozorna, nieprawdziwa etc.

4. Jakie podmioty lecznicze obejmuje Ustawa, czy odnosi się również do podmiotów niepublicznych, podmiotów leczniczych, którego organem założycielski jest MON, Ministerstwo Sprawiedliwości?

Tak. Ponieważ Ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, zatrudnionych w **podmiotach leczniczych** w rozumieniu **art. 4 ust. 1 ustawy** z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 r. poz. 633).

Zatem, Ustawa obejmuje:

1) **przedsiębiorców** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2021 r. poz. 162 i 2105 oraz z 2022 r. poz. 24) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,

2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,

3) jednostki budżetowe, w tym **państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej**, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, **Ministra Sprawiedliwości** lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub

położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050),

4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1383 oraz z 2021 r. poz. 1192 i 2333),

5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,

5a) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5,

6) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania,

7) jednostki wojskowe w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

5. Czy pracując na stanowisku pielęgniarki w podmiocie leczniczym świadczącym usługi zdrowotne komercyjnie mogą liczyć na podwyższenie wynagrodzenia zgodnie z ustawą o najniższym wynagrodzeniu niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych?

Tak, ponieważ Ustawa nie wyłącza z zakresu jej obowiązywania „podmiotów leczniczych świadczących usługi zdrowotne komercyjnie”.

6. Czy pielęgniarki, położnej zatrudnionej na umowie o pracę w Domu Pomocy Społecznej lub Żłobku przysługuje podwyższenie wynagrodzenia ?

Nie, ponieważ ani Domy Pomocy Społecznej, ani Żłobki nie są podmiotami leczniczymi, a Ustawa obowiązuje tylko podmioty lecznicze w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 r. poz. 633).

Co prawda w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów opublikowano założenia projektu nowelizacji ustawy o pomocy społecznej i propozycja, aby Dom Pomocy Społecznej mógł wykonywać działalność leczniczą. Wtedy, gdy Dom Pomocy Społecznej skorzysta z możliwości wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarki, położnej zatrudnionej na umowie o pracę w Domu Pomocy Społecznej przysługiwałoby minimalne wynagrodzenie z Ustawy. Jednak w obecnym kształcie przepisów – nie.

7. Czy pielęgniarki, położnej zatrudnionej w podmiocie leczniczym a obecnie

przebywającym na urlopie macierzyńskim lub będącej na zwolnieniu chorobowym przysługuje podwyższenie wynagrodzenia w ramach tej ustawy ?

Tak, ponieważ fakt przebywania na usprawiedliwionej nieobecności nie jest powodem do niedokonania podwyższenia wynagrodzenia na podstawie Ustawy.

8. Jakie należy podjąć kroki lub gdzie należy się zwrócić w przypadku braku realizacji zapisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych?

Nadzór i kontrolę przestrzegania przepisów prawa pracy u pracodawcy sprawują Państwowa Inspekcja Pracy, ale także Sądy. W przypadku, gdy pracodawca nie realizuje przepisów Ustawy, nie wypłaca należnego wynagrodzenia pracownik może złożyć skargę do Państwowej Inspekcji Pracy, ale także złożyć pozew o zapłatę do Sądu.

9. Dlaczego w ustawie uznano specjalizację mającą zastosowanie w ochronie zdrowia, natomiast studia magisterskie mające zastosowanie w ochronie zdrowia zostały pominięte (np. studia na kierunku pedagogika w specjalności edukacja i promocja zdrowia, zdrowie publiczne, socjologia)?

W ustawie uznano specjalizację mającą zastosowanie w ochronie zdrowia ponieważ kształcenie podyplomowe ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności **do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych** wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Natomiast studia magisterskie mające zastosowanie w ochronie zdrowia np. pedagogika, psychologia, socjologia zostały pominięte z uwagi na to, że nie są podstawą do uzyskania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej, a zatem udzielania świadczeń zdrowotnych. Co nie zmienia faktu, że pielęgniarka/położna mając ukończoną szkołę pielęgniarską lub szkołę położnych i dodatkowo studia magisterskie mające zastosowanie w ochronie zdrowia może ubiegać się o kierownicze stanowiska np. naczelną pielęgniarki/naczelną położnej, ale to nie daje takiej osobie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych.

10. Czy kurs kwalifikacyjny jest równy specjalizacji w ustawie i w połączeniu z licencjatem daje tą sama grupę?

Kurs kwalifikacyjny jest innym rodzajem kształcenia podyplomowego niż szkolenie specjalizacyjne. Ustawa nie uwzględnia kursów kwalifikacyjnych. Pielęgniarka posiadająca

ca licencjat bez względu na to czy posiada czy nie posiada kurs kwalifikacyjny powinna być zakwalifikowana w grupie 6. Natomiast, jeżeli oprócz licencjata posiada tytuł specjalisty to wtedy powinna być zakwalifikowana do grupy 5.

11. Do jakiej grupy zalicza się pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania, która ukończyła Liceum Medyczne, kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania oraz posiada 30-letni staż pracy w zawodzie?

Do grupy 6 z Załącznika do Ustawy ze współczynnikiem 0,94.

Ustawa nie uwzględnia długości stażu pracy a opiera się na zdobytym wykształceniu pielęgniarki/położnej.

12. Czy zapisy ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych obejmują kierowniczą kadre pielęgniarką?

Tak. Ustawa nie odnosi się do pełnionych funkcji a do zdobytego wykształcenia.

Np. jeśli w stosunku do Naczelnej pielęgniarki czy Naczelnej położnej zostały sformułowane wymagania: posiadanie tytułu magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i pielęgniarka/położna posiada takie wykształcenie to powinna otrzymywać wynagrodzenie z uwzględnieniem współczynnika zapisanego w grupie 2.

13. Czy ustawa obejmuje również pielęgniarki/położne, które wykonują pracę na rzecz związków zawodowych, samorządu, lub które zatrudnione są w organach administracji publicznej, której zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia?

Nie, ponieważ Ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego **pracowników wykonujących zawody medyczne** oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Jeśli pielęgniarki/położne wykonują pracę na rzecz związków zawodowych, samorządu, lub zatrudnione są w organach administracji publicznej a zakres ich działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia, to nie mają prawa do podwyższania wynagrodzenia zasadniczego w oparciu o zapisy Ustawy.

14. Co w przypadku pielęgniarki, która jest zatrudniona w dwóch podmiotach leczniczych na tym samym stanowisku, lecz z różnymi grupami zaszeregowania:

- w pierwszym przypadku pracodawca uznał kwalifikacje: mgr pielęgniarstwa i w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa, które uznał i dał współczynnik 1,29, -w drugim podmiocie pracodawca również uznał mgr pielęgniarstwa, lecz nie uznał specjalizacji, którą pielęgniarka rozpoczęła i dał współczynnik 1,02?

W przypadku pierwszego podmiotu leczniczego pracodawca uznał na korzyść pracownika specjalizację nie zakończoną. W przypadku drugiego podmiotu leczniczego, pracodawca nie miał obowiązku uznania rozpoczętej a nie zakończonej specjalizacji, bowiem specjalizacja w trakcie nie jest wskazana w Ustawie jako podstawa do zaliczenia do innej grupy.

15. Pielęgniarka posiadająca tytuł licencjata przed wejściem w życie ustawy była zatrudniona w podmiocie ze współczynnikiem 0,64, obejmowała stanowisko na którym nie wymagane było posiadanie tytułu mgr. Podjęła dalsze kształcenie II stopnia i obecnie posiada tytuł mgr pielęgniarstwa. Czy pracodawca zobowiązany jest do przyznania wyższego wynagrodzenia pielęgniarkie posiadającej wyższe kwalifikacje niż jest wymagane na tym stanowisku?

Tak, ponieważ współczynnik pracy w Ustawie jest przypisany danemu wykształceniu, które zostało nabyte przez pielęgniarkę lub położną. Dlatego też w treści załącznika do Ustawy ustawodawca posługuje się sformułowaniami: „pielęgniarka, która uzyskała tytuł specjalisty”, „pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa”, „położna z tytułem magister położnictwa”.

Ustawa wprost zatem odnosi się do kwalifikacji posiadanych – ustawodawca wyraźnie więc powiązał w Ustawie wysokość współczynnika oraz kwalifikacji posiadanych przez pielęgniarkę lub położną. Z uzasadnienia do projektu Ustawy wynika wprost, że celem jej wejścia w życie było zapewnienie pacjentom profesjonalnej kadry medycznej, a tym samym odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego. Ustawa ma na celu premiowanie i promowanie poprzez wyższe współczynniki pracy kadre medyczną o wyższych kwalifikacjach. Dzięki czemu wzrasta poziom bezpieczeństwa zdrowotnego a pacjentom zapewniony jest dostęp do profesjonalnej kadry medycznej. Pracodawca nie jest uprawniony do samodzielnej, arbitralnej odmowy uznania kwalifikacji pielęgniarek i położnych w celu uniknięcia zaszeregowania pracowników do grupy zawodowej o wyższym współczynniku pracy.

16. Na jakich warunkach są wypłacane pochodne do wynagrodzenia np. dyżury nocne, świąteczne, po wejściu ustawy w życie?

Ustawa określa minimalne wynagrodzenie zasadnicze, które jest podstawą do innych świadczeń, np. nadgodzin, dyżurów etc i nie zmienia zasad wypłacania świadczeń dodatkowych.

17. Czy dla pracodawcy przewiduje się sankcje za niestosowanie zapisów ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego?

W Ustawie nie ma zapisów o sankcjach. Niemniej w przypadkach, gdy pracodawca będzie dokonywał arbitralnej odmowy uznania kwalifikacji pielęgniarek i położnych w celu uniknięcia zaszeregowania pracowników do grupy zawodowej o wyższym współczynniku pracy niewątpliwie takie zachowanie może zostać uznane za rażące naruszenie przepisów prawa pracy, co jest sankcjonowane odpowiedzialnością karną. Zgodnie bowiem z art. 218. § 1a Kodeksu karnego: kto, wykonując czynności w sprawach z zakresu prawa pracy i ubezpieczeń społecznych, złośliwie lub uporczywie narusza prawa pracownika wynikające ze stosunku pracy lub ubezpieczenia społecznego, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Ponadto, pielęgniarka/położna, która otrzyma wypowiedzenie zmieniające na niekorzyść jej dotychczasowe warunki pracy/płacy ma prawo:

- Odmówić zaproponowanych, nowych warunków pracy i płacy;
- Przez okres wypowiedzenia należy jej się dotychczasowe wynagrodzenie;
- Dochodzić odszkodowania za niezgodne z prawem rozwiązanie umowy o pracę, gdy nie przyjmie nowych warunków;
- Dochodzić odpłaty w związku z tym, że rozwiązanie umowy o pracę nastąpiło z przyczyn dotyczących pracodawcy;

ale także ma prawo żądać uznania wypowiedzenia zmieniającego za nieważne na podstawie art. 58 § 1 Kodeksu cywilnego w zw. z art. 300 Kodeksu pracy. Czynność prawna sprzeczna z ustawą albo mająca na celu obejście ustawy jest bowiem nieważna. Nieważna jest też czynność prawna sprzeczna z zasadami współżycia społecznego.

Z całą mocą należy podkreślić, że Ustawa nie przyznaje podmiotom leczniczym uprawnienia do finansowego i zawodowego degradowania pielęgniarek i położnych w myśl jednostronnego decydowania, jakie kwalifikacje są wymagane na danym stanowisku.

18. Jeżeli pracodawca nie podwyższył pielęgniarkie wynagrodzenia zgodnie z ustawą, czy pielęgniarka może ubiegać się o wyrównanie wraz z odsetkami?

Tak. Wynagrodzenie jest świadczeniem pieniężnym i brak zapłaty wiąże się z koniecznością zapłaty odsetek za czas opóźnienia w wypłacie.

Ospa małpia – nowe zagrożenie epidemiologiczne

Materiał zawiera najważniejsze informacje o chorobie oraz aktualne dane dotyczące sytuacji epidemiologicznej w Polsce, Europie i na świecie, choć statystyki – z uwagi na gwałtowny wzrost zakażeń, zmieniają się właściwie z dnia na dzień.

mgr Dorota Andrzejewska,
specjalista zdrowia publicznego,
„Sancor” Zakład Paliatywnej
Opieki Zdrowotnej i Rehabilitacji
w Gnieźnie

Ospa małpia to rzadka, odzwierzęca choroba zakaźna, która dotąd pozostawała schorzeniem endemicznym dla obszaru centralnej Afryki. To dlatego wiadomość, że nagle zaczęła gwałtownie się rozprzestrzeniać i atakować mieszkańców Europy wzbudziła tak wiele emocji. Świat jeszcze nie ochłonął po globalnej pandemii koronawirusa, a już pojawiło się nowe zagrożenie. Czy przyjdzie nam się zmierzyć z kolejną epidemią?

MPXV – WIRUS Z TROPIKÓW

Ospa małpia ([ang. monkeypox](#)) to endemiczna, odzwierzęca [choroba zakaźna](#). Wywołuje ją wirus ospy małpiej (MPXV), który należy do rodzaju *Orthopoxvirus* z rodziny *Poxviridae*. Po raz pierwszy choroba została opisana w 1958 roku, gdy w koloniach [małp](#) trzymanyh w celach badawczych wystąpiły dwa ogniska choroby podobnej do ospy – stąd nazwa „ospa małpia”.

Po raz pierwszy zidentyfikowano ją u ludzi w 1970 roku w Demokratycznej Republice Konga u 9-letniego chłopca w regionie, w którym ospa prawdziwa została wyeliminowana w 1968 roku. Od tego czasu większość przypadków ospy małpiej została zgłoszona w wiejskich, tropikalnych regionach dorzecza Konga, zwłaszcza w Demokratycznej Republice Konga.

Do obszarów endemicznych występowania ospy małpiej należy Benin, Kamerun, Republika Środkowoafrykańska, Gabon, Ghana, Wybrzeże Kości Słoniowej, Liberia, Nigeria, Republika Konga, Sierra Leone i Sudan Południowy. Na obszarach tych wirus ospy małpiej utrzymuje się w środowisku wśród gryzoni, w tym wiewiórek, szczurów gambijskich, myszy, popielic i małp naczelnych. Notowane

są tam przypadki zakażeń u ludzi (poprzez ugryzienie lub bezpośredni kontakt z krwią, mięsem, płynami ustrojowymi lub zmianami skórnymi/słuzówkowymi zakażonego zwierzęcia). Poza Afrykę były zawlekanymi pojedyncze przypadki, które nie stanowiły źródła ognisk zachorowań.

Jak podaje WHO (Światowa Organizacja Zdrowia), pierwsza epidemia ospy małpiej poza Afryką miała miejsce w 2003 roku w Stanach Zjednoczonych Ameryki i była związana z kontaktem z zarażonymi psami preriowymi. Zwierzęta te były trzymane z gambijskimi szczurami, które zostały przywiezione do USA z Ghany. Odnotowano wówczas 70 przypadków małpiej ospy. Chorobę zgłoszono również u podróżujących z Nigerii do Izraela we wrześniu 2018 roku. Kolejne przypadki odnotowano poza Afryką w roku 2019 i 2021.

Gwałtowny wzrost zachorowań na małpią ospę na świecie obserwowany jest od maja 2022 roku. Do 24 maja poza Afryką potwierdzono 131 przypadków i 106 podejrzeń zachorowań, w tym także w krajach europejskich. W dniu 7 maja 2022 roku w Wielkiej Brytanii zarejestrowano pierwszy zawleczony przypadek u osoby podróżującej z Nigerii. Do dnia 27 maja 2022 r. w Europie zanotowano łącznie ponad 300 potwierdzonych i podejrzanych przypadków zakażenia. Choroba dotarła także do Polski. Pierwszy przypadek zachorowania na małpią ospę w naszym kraju odnotowano 10 czerwca 2022 roku.

PĘCHERZYKI, KROSTY, STRUPY

Objawy ospy małpiej zaczynają się od gorączki, bólu głowy, bólów mięśni i uczucia zmęczenia. W przeciwieństwie do ospy prawdziwej, pojawia się również powiększenie węzłów chłonnych (*limfadenopatia*). W ciągu 1 do 3 dni (czasem dłużej) od wystąpienia gorączki pojawia się wysypka, często zaczynająca się na twarzy, a następnie rozprzestrzeniająca się na inne części ciała. Zmiany skórne, zanim znikną, przechodzą przez następujące

etapy: małe, płaskie plamki, małe grudki – wypełniające się przezroczystym płynem i ropą, pęcherzyki, krosty, strupy. W czasie wystąpienia wysypki osoba chora jest zakaźna. Wysypka utrzymuje się przez 2–4 tygodnie. Blizny po odpadnięciu strupów są bardzo głębokie, ale zanikają w ciągu 1–4 lat.

Czy ospa małpia jest groźną chorobą? Jak podaje WHO: „Ospa małpia jest mniej zaraźliwa niż ospa prawdziwa i powoduje mniej ciężką postać choroby”. Wirus ospy małpiej (MPXV) występuje w dwóch odmianach – zachodnioafrykańskiej oraz środkowoafrykańskiej. Różnią się one ciężkością przebiegu. Obecne zawleczenia do Europy spowodowane są odmianą zachodnioafrykańską, która ma łagodniejszy przebieg i – jak potwierdzono, większość przypadków zakażeń, które wystąpiły w Europie miało przebieg łagodny lub umiarkowany. Jak dotąd nie odnotowano zgonów wywołanych zachorowaniami.

Czy wzmożone działania sanitarne oznaczają, że sytuacja jest groźna, a ryzyko wybuchu epidemii wysokie? Jak stwierdził dyrektor regionalny WHO na Europę: „Skala tej epidemii stanowi realne ryzyko. Im dłużej wirus krąży, tym bardziej rozszerzy swój zasięg i tym silniejszy będzie przyczółek choroby w krajach nieendemicznych”.

Wiadomo jednak, że wirus ospy małpiej może spowodować ciężką chorobę w niektórych grupach osób, zwłaszcza małych dzieci, kobiet w ciąży, osób z obniżoną odpornością. W jaki sposób można wykryć i potwierdzić chorobę? Zachorowanie na małpią ospę potwierdzają badania diagnostyczne polegające na identyfikacji testem PCR materiału genetycznego wirusa w materiale pobranym od pacjenta, np. krwi, wydzielina z pęcherzyków. Aktualnie badania diagnostyczne w kierunku wirusa MPXV są wykonywane wyłącznie w laboratoriach wyspecjalizowanych w diagnostyce

ce ospy prawdziwej i ospy małpiej ze względu na ograniczoną dostępność komercyjnych testów diagnostycznych. Zgłoszenia podejrzanych choroby przez personel medyczny dokonywane są w oparciu o ocenę stanu i objawów klinicznych pacjenta z uwzględnieniem informacji pochodzących z wywiadu epidemiologicznego, zgodnie z definicją przypadku małpiej ospy zaproponowaną przez ECDC 23 maja 2022 roku.

JAK MOŻNA SIĘ ZARAZIĆ MAŁPIĄ OSPĄ ?

Ospa małpia jest przenoszona na ludzi poprzez bliski kontakt z zarażoną osobą, zwierzęciem lub z materiałem skażonym wirusem. Przeniesienie wirusa ze zwierzęcia na człowieka może nastąpić w wyniku bezpośredniego kontaktu z krwią, płynami ustrojowymi lub zmianami skórnymi lub śluzówkowymi zakażonych zwierząt (głównie są to wiewiórki, króliki, ale również zakażone myszy, czy szczury) albo w wyniku pogryzienia przez zakażone zwierzę.

Jednak w Europie przenoszenie wirusa MPXV tą drogą obecnie nie występuje. Zakażenie od człowieka może nastąpić drogą kropelkową lub z krwią i wydzielinami w czasie bezpośredniego kontaktu z osobą zakażoną, przez śluzówki. Źródłem zakażenia mogą być zatem kropelki z dróg oddechowych podczas bezpośredniego i długotrwałego kontaktu twarzą w twarz, bezpośredni kontakt z płynami ustrojowymi osoby zakażonej, kontakt błony śluzowej lub nienaruszonej skóry ze zmianami skórnymi osoby zakażonej, w tym kontakt seksualny, przedmioty skażone wirusem, takie jak pościel, przedmioty używane przez zakażonego, w tym odzież. Okres inkubacji MPX wynosi zwykle od 6 do 13 dni, ale może wynosić od 5 do 21 dni.

Osobami narażonymi na zakażenie w szczególności jest personel ochrony zdrowia w kontakcie z chorymi pacjentami oraz osoby z obniżoną odpornością. W celu ochrony przed zakażeniem zalecane jest unikanie kontaktów z osobą chorą, wczesne rozpoznanie i izolacja osób chorych i podejrzanych o zakażenie ospą małpią. W kontakcie z osobą chorą wymagane jest zastosowanie środków ochrony osobistej.

CZY SZCZEPIONKA NA OSPĘ PRAWDZIWIĄ CHRONI PRZED OSPĄ MAŁPIĄ?

Jak wskazują wyniki badań przeprowadzonych w latach 80. XX w., wcześniejsze szczepienie przeciwko ospie prawdziwej zapewni ochronę krzyżową przed zachorowaniem na ospę małpią, a skuteczność szczepienia może sięgać nawet 85%. Skuteczność szczepienia zmniejsza się wraz z upływem czasu, jednak szacuje się, że może utrzymywać się > 20 lat. Przyjmuje się również, że dzięki odporności komórkowej i pamięci immunologicznej,

ochrona przed ciężką postacią choroby może utrzymywać się przez całe życie. Dlatego można się spodziewać pewnego stopnia odporności w populacji osób w wieku > 50 lat, ponieważ powszechne szczepienia przeciwko ospie prawdziwej zakończono w latach 80. XX w. i w ostatnich latach realizowano je tylko u niewielkiego odsetka personelu wojska oraz medycznych służb ratunkowych.

Aktualnie nie dysponujemy szczepionką przeciwko ospie małpiej, ale wczesne – w ciągu 4 dni od kontaktu z osobą chorą – poekspozycyjne podanie szczepionki przeciwko ospie prawdziwej może zapobiec rozwojowi choroby lub zmniejszyć ryzyko jej ciężkiego przebiegu.

W krajach UE/EOG w 2013 roku zarejestrowano szczepionkę przeciwko ospie prawdziwej trzeciej generacji (nazwa handlowa: Imvanex). Preparat zawiera „żywy” zmodyfikowany (niezdolny do replikacji) wirus krowianki, szczep Ankara i jest wskazany do czynnego uodparniania dorosłych przeciwko ospie prawdziwej. Szczepionka ta nie jest jednak zarejestrowana do stosowania w zapobieganiu ospie małpiej. Nie jest też dostępna w obrocie detalicznym. Szczepionki przeciwko ospie prawdziwej wcześniejszej generacji – Dryvax i ACAM2000, z uwagi na mniej korzystny profil bezpieczeństwa, nie są już dopuszczone do stosowania w krajach UE/EOG.

Osobami narażonymi na zakażenie w szczególności jest personel ochrony zdrowia w kontakcie z chorymi pacjentami oraz osoby z obniżoną odpornością. W celu ochrony przed zakażeniem i izolacja osób chorych i podejrzanych o zakażenie ospą małpią. W kontakcie z osobą chorą wymagane jest zastosowanie środków ochrony osobistej.

W przypadku zakażenia wirusem ospy małpiej nie ma leczenia celowanego. Stosuje się leczenie objawowe aktualnie dostępnymi środkami zaradczymi w razie potrzeby (zewnątrznie odkażające, przeciwgorączkowe, przeciwbólowe, przeciwwiądowe).

DZIAŁANIA PREWENCYJNE I PRZYJĘTE ROZWIĄZANIA PRAWNE

Ze względu na fakt, że ospa małpia dotąd nie występowała w Polsce, pojawiła się konieczność uwzględnienia tej choroby, jak również zakażenia wirusem MPXV w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. 27 maja 2022 roku Minister Zdrowia podpisał trzy rozporządzenia, które wprowadzają działania prewencyjne związane z ospą małpią. Pierwsze z rozporządzeń, tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27

maja 2022 r. w sprawie ospy małpiej oraz zakażeń wirusem ospy małpiej (**Dz. U. 2022, poz. 1143**) włącza ospę małpią do wykazu chorób zakaźnych. Kolejne, tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznania zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu (**Dz.U. 2022, poz. 1142**), wprowadza obowiązek raportowania do stacji sanitarno-epidemiologicznych przez szpitale i przychodnie każdego podejrzanego przypadku, który może być ospą małpią. Trzecie z rozporządzeń, tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2022 roku, zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji (**Dz. U 2022, poz. 1141**) dotyczy obowiązku izolacji i hospitalizacji osób zakażonych. Ponadto, we współpracy z ekspertami chorób zakaźnych oraz Głównym Inspektorem Sanitarnym, opracowano materiały informacyjne dla podmiotów leczniczych w zakresie ogólnych informacji o chorobie, trwałości wirusa w środowisku, postępowania w przypadku osób podejrzanych o zachorowanie na ospę małpią, osób chorych oraz osób narażonych na styczność ze źródłem zakażenia, a także materiały dotyczące ryzyka dla pracowników ochrony zdrowia i procedur zapobiegających rozprzestrzenianiu się wirusa na inne osoby.

Czy wzmożone działania sanitarne oznaczają, że sytuacja jest groźna, a ryzyko wybuchu epidemii wysokie? Jak stwierdził dyrektor regionalny Światowej Organizacji Zdrowia na Europę: „Skala tej epidemii stanowi realne ryzyko. Im dłużej wirus krąży, tym bardziej rozszerzy swój zasięg i tym silniejszy będzie przyczółek choroby w krajach nieendemicznych. Rządy, partnerzy w dziedzinie zdrowia i społeczeństwo obywatelskie muszą działać w trybie pilnym i wspólnie kontrolować epidemię”.

Ekspert WHO zaznaczył, że potrzebne są trzy podstawowe kroki: po pierwsze państwa muszą wzmocnić nadzór epidemiologiczny, zapobiegać infekcjom i je kontrolować. Drugim krokiem do ograniczenia transmisji wirusa jest intensywne zaangażowanie społeczności i bardziej przejrzysta komunikacja. Trzecim, autentyczna i bezinteresowna współpraca regionalna”. WHO zaznacza iż: „Ospa małpia jest chorobą o znaczeniu globalnym dla zdrowia publicznego, ponieważ dotyka nie tylko kraje Afryki Zachodniej i Środkowej, ale także resztę świata”.

Planowane posiedzenie Komitetu Kryzysowego będzie okazją, aby wnikliwie przyjrzeć się sytuacji ospy małpiej w krajach nieendemicznych i ocenić, czy stanowi zagrożenie dla zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym.



Informacje o stanie zdrowia pacjenta. Jakich może (i powinna) udzielić pielęgniarka?

Gdybym przeprowadziła wśród naszej pielęgniarskiej społeczności ankietę i zapytała „Czy pielęgniarka może udzielić pacjentowi lub osobom przez niego uprawnionym informacji o stanie jego zdrowia?”, podejrzewam, że większość udzieliłaby odpowiedzi przeczącej. Niestety. Dlaczego niestety? Bo to uwydatniłaby naszą nieznajomość prawa oraz niską świadomość zawodowych kompetencji.

**lic. pielęgniarstwa Karolina Boroń,
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
im. prof. Kornela Gibińskiego ŚUM
w Katowicach – Oddział Anestezjologii
i Intensywnej Terapii, Śląski Uniwersytet
Medyczny**

Pielęgniarstwo praktykowane w Polsce pełne jest tematów tabu, o których zwykło się milczeć. Jednym z nich jest kwestia udzielania przez pielęgniarkę i położną informacji o stanie zdrowia pacjenta.

OBOWIĄZEK? TAK!

W myśl art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 551) pielęgniarka i położna są obowiązane udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i położu.

Taki obowiązek, pragnę podkreślić to słowo, wynikający z posiadania prawa wyko-

nywania zawodu pielęgniarki bądź położnej nakłada na nas dokument leżący u podstaw istnienia naszych grup zawodowych. Dlaczego więc tak często pojawiają się wątpliwości dotyczące powyższych kwestii?

Przyczyn jest wiele – począwszy od zbyt małej ilości czasu, jaką możemy poświęcić pacjentom i ich bliskim na rozmowę na skutek niewystarczającej liczby personelu, poprzez natłok obowiązków, jaki na nas spoczywa w codziennej pracy, kończąc na wynagrodzeniu zupełnie nieadekwatnym do sprawowanej

opieki. W mojej opinii jest to również wina luk w systemie edukacji akademickiej oraz zbyt mała liczba godzin dydaktycznych poświęconych współczesnym, praktycznym problemom medycyny.

KOMPETENCJE? JAKI ZAKRES?

Zatem jakich informacji może udzielać pielęgniarka? Aby odpowiedzieć na to pytanie, musimy odwołać się do ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 849 ze zm.), zgodnie z którą pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia uzyskanej od osoby wykonującej zawód medyczny w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez tę osobę uprawnieniami. Co to oznacza w praktyce? Warto w tym momencie odnieść się do tworu, jakim jest proces pielęgnowania, bo przede wszystkim musimy wyjaśnić sobie, co tak naprawdę znaczy określenie „opieka pielęgnacyjna” wyszczególniona w wyżej wymienionej ustawie.

Proces pielęgnowania stanowi integralną część procesu leczenia. Obejmuje planowanie, realizację i ocenę działań pielęgniarstwa, służących danemu pacjentowi oraz jego bliskim. Prościej? Są to wszystkie czynności, jakie wykonujemy w trakcie naszej pracy, udzielając świadczeń medycznych, będąc członkiem zespołu terapeutycznego, który sprawuje całościową opiekę nad chorym. Jako pielęgniarki możemy informować między innymi o obecnym stanie zdrowia pacjenta, o lekach, które są podawane, planowanym efekcie terapeutycznym oraz o celowości wykonywanych badań. Duże kontrowersje w naszym środowisku wzbudza udzielanie informacji na temat stosowanej farmakoterapii – zupełnie niepotrzebnie. Aby wykonać jakąkolwiek procedurę medyczną, niezbędna jest świadoma zgoda pacjenta. Trudno więc wyobrazić sobie sytuację, w której chory otrzymuje od nas leki bez wiedzy o ich nazwie, działaniu i oczekiwanych efektach prowadzonej terapii, zatem – jako osoby wykonujące samodzielny, niezależny zawód medyczny, musimy podchodzić do podejmowanych zadań z pełnym profesjonalizmem oraz odpowiedzialnością za wykonywane czynności.

Kolejnym argumentem, który przemawia na naszą korzyść w ewentualnych sporach o kompetencje pielęgniarek, jest posłużenie się rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (Dz. U. z 2018 r., poz. 299). Rozporządzenie to gwarantuje nam możliwość sa-

modzielnej ordynacji środków farmakologicznych bez zlecenia lekarskiego, bezsprzecznie nakładając na nas obowiązek informowania pacjenta o wszelkich aspektach kontynuowanej lub wdrażanej farmakoterapii.

Tematem dyskusyjnym jest również kwestia informowania o stanie zdrowia chorego. Jako pielęgniarki mamy obowiązek poszerzania wiedzy, własnych kompetencji poprzez kursy specjalistyczne, kwalifikacyjne oraz szkolenia. Kurs specjalistyczny to rodzaj kształcenia, który zgodnie z art. 72 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 551) ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych.

W ciągu 12-godzinnego dyżuru sprawujemy całościową opiekę nad chorym, więc dlaczego tak często, gdy rodzina podchodzi do nas w celu zadania pytań, pokazujemy drzwi dyżurki lekarskiej i sami przestajemy wierzyć w poziom własnych kompetencji?

Jednym z takich kursów jest kurs specjalistyczny „Wywiad i badanie fizykalne” realizowany dla pielęgniarek i położnych (od roku 2012/2013 w ramach studiów licencyjnych jest realizowany przedmiot „Badanie fizykalne”). Celem odbycia tego szkolenia jest ukształtowanie kompetencji samodzielnego, kompleksowego badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta dorosłego oraz analizy wyników badania w kierunku sformułowania wniosków pozwalających na planowanie i realizowanie opieki pielęgniarstwa. Ocena stanu ogólnego jest niezbędna do podejmowania celowych i planowych działań, które mają przyczynić się do utrzymania bądź zmiany dotychczasowego stanu pacjenta. Skoro więc mamy umiejętność i możliwość zbierania szczegółowego wywiadu, wykonania profesjonalnego badania fizykalnego, oceny stanu chorego na podstawie zaobserwowanych i wybadanych nieprawidłowości, prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnej z podejmowanymi czynnościami, absurdem byłoby podważanie kompetencji pielęgniarek do udzielania pacjentowi takich informacji.

Dzięki rozwojowi nauki, znacznemu zwiększeniu poziomu kształcenia pielęgniarek na uczelniach medycznych mamy coraz to nowe, specjalistyczne uprawnienia, które sprawiają, że nasz zawód w końcu przestaje być postrzegany jako dopełnienie pracy lekarzy, a staje się w oczach pacjentów i ich rodzin samodzielną profesją.

EDUKATOR? TO TEŻ NASZA ROLA

Jako pielęgniarka pracująca na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii często spotykam się z rodzinami pacjentów przebywających pod naszą opieką. W większości przypadków są to ludzie zagubieni, pod wpływem silnych emocji, oczekujący wyjaśnienia przyczyny stanu, w jakim znalazła się bliska im osoba. Ilość sprzętu medycznego niezbędnego do prowadzenia procesu terapeutycznego, ratowania życia oraz nawet sam stan nieprzytomności i zupełnej niezdolności do samoopieki wzbudza w rodzinach uczucie przerażenia, kompletnego niezrozumienia i stwarza atmosferę niepewności.

Tutaj pojawia się nasza rola – pielęgniarki jako edukatora. Wyjaśniamy powód oraz cel wykonywanych procedur, opisujemy, jak zaspokajamy podstawowe potrzeby pacjenta, zmniejszając tym lęk wynikający z niestandardowej sytuacji, w jakiej znalazła się rodzina chorego oraz podkreślamy nasz wysoki poziom kompetencji, konieczny do sprawowania opieki nad chorym w stanie zagrożenia życia. Dobieramy język do poziomu percepcji naszego rozmówcy i wyjaśniamy wszystko do momentu, aż stanie się zrozumiałe, bowiem czynności oczywiste dla nas, dla ludzi niezaznajomionych ze światem medycyny są zupełnie obce.

Odwiedziny u pacjenta na OAIIT są dla rodziny niezwykle stresogennym przeżyciem, niosącym wiele obaw i niewiadomych. Pielęgniarki pracujące na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz innych oddziałach szpitalnych są osobami, z którymi rodziny pacjentów najczęściej spotykają się podczas odwiedzin. Wrażenia, jakie pozostawi na krewnych wizyta u chorego i uzyskanie odpowiedzi na nurtujące ich pytania zależy w dużej mierze od atmosfery stworzonej przez pielęgniarkę i jej zaangażowania w przebieg wizyty. Wysoki poziom kultury osobistej, cierpliwość, zaangażowanie w proces terapeutyczny oraz edukacja skierowana do bliskich naszego pacjenta wpływa niezwykle pozytywnie na sposób postrzegania pielęgniarek w społeczeństwie. W ciągu 12-godzinnego dyżuru sprawujemy całościową opiekę nad chorym, więc dlaczego tak często, gdy rodzina podchodzi do nas w celu zadania pytań, pokazujemy drzwi dyżurki lekarskiej i sami przestajemy wierzyć w poziom własnych kompetencji? Może to kwestia niewiedzy odnośnie uprawnień bądź próba pozbycia się odpowiedzialności i przerzucenia jej na lekarza?

Tak bardzo walczymy o autonomię, chcemy być zauważani i traktowani jak pełnoprawny członek zespołu terapeutycznego, więc tak się zachowujemy, prezentując najwyższy poziom udzielanych przez nas świadczeń zdrowotnych.

Rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów z cukrzycą typu 2

Izabella Uchmanowicz¹, Iwona Bonikowska², Katarzyna Szwamel³

¹ Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Instytut Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa, Uniwersytet Zielonogórski

³ Wydział Nauk o Zdrowiu, Zespół Pielęgniarstwa i Zaawansowanej Praktyki Klinicznej, Uniwersytet Opolski

Istota i epidemiologia cukrzycy

Cukrzyca to powszechnie występująca grupa chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania lub działania insuliny. W naturalnym przebiegu cukrzycy dochodzi do zaniku wczesnej fazy wydzielania insuliny, kolejno pojawia się tzw. stan przedcukrzycowy i/lub nieprawidłowa tolerancja glukozy, a w efekcie rozwija się jawna cukrzyca. Typowymi objawami cukrzycy są zazwyczaj: wielomocz, wzmożone pragnienie, odwodnienie, osłabienie i senność, chudnięcie, skłonność do ropnych zakażeń skóry i zakażeń układu moczowo-płciowego, a także kwasica i śpiączka ketonowa. U ponad 50% pacjentów nie obserwuje się objawów klinicznych, a choroba jest wykrywana podczas, np. badań przesiewowych¹. Fakt ten w połączeniu z postępującym charakterem cukrzycy oraz pewnymi mechanizmami biologicznymi związanymi z DM (Diabetes Mellitus) sprawiają, że ci chorzy są szczególnie podatni na takie choroby jak udar mózgu, choroby serca, retinopatia, nefropatia i neuropatia^{2,3}.

Globalne rozpowszechnienie cukrzycy w 2019 roku wyniosło około 9,3% (463 mln osób) populacji na świecie i według prognoz w 2030 roku ma wzrosnąć do 10,2% (578 mln), a w 2045 roku nawet do 10,9% (700 mln). Szacuje się, że zdecydowaną większość, bo około 90% wszystkich osób z cukrzycą na świecie, stanowią pacjenci z cukrzycą typu 2 (T2DM)⁴. Za szybki globalny wzrost liczby osób z T2DM w ostatnich dziesięcioleciach odpowiadają zmiany środowiskowe, styl życia oraz starzenie się populacji⁵. Obecnie największa liczba osób w wieku podeszłym z cukrzycą zamieszkuje takie kraje jak Chiny (35,5 mln), USA (14,6 mln), Indie (12,1 mln) i Niemcy (6,3 mln)⁶.

W Polsce w 2018 roku na cukrzycę chorowało 2,86 mln dorosłych osób (9,1%), a 84% z nich stanowiły osoby w wieku 55 lat i więcej⁷. Z danych Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w populacji osób dorosłych w Polsce w latach 2013-2018 zachorowalność na cukrzycę wzrosła o 13,7%, a najwięcej osób chorych zamieszkuje województwo śląskie i łódzkie⁸.

Cukrzyca a problem wielochorobowości i CVD

Jednym z głównych problemów w zarządzaniu opieką nad pacjentami z cukrzycą jest zjawisko wielochorobowości (ang. multimorbidity). Jest ono definiowane jako występowanie dwóch lub więcej chorób przewlekłych u tego samego pacjenta⁹. Z badań Pouplier et al. (2018) wynika, że w ciągu 16 lat od rozpoznania cukrzycy typu 2 u ponad 80% osób rozwinę się dodatkowe choroby przewlekłe, a odsetek żyjących z dwiema lub większą liczbą chorób przewlekłych wynosi 47,6%¹⁰. Z cukrzycą najczęściej współistnieją choroby sercowo-naczyniowe (CVD), nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, nadwaga/otyłość i niewydolność nerek^{11,12}. Wielochorobowość u osób z cukrzycą typu 2 wiąże się z gorszą jakością życia, utratą sprawności fizycznej, przedwczesnymi zgonami, wysokimi kosztami leczenia, nadmiernym obciążaniem systemów opieki zdrowotnej, problemami ze zdrowiem psychicznym, zjawiskiem polipragmazji i doświadczaniem przez tych chorych fragmentarycznej opieki¹³.

Choroby sercowo-naczyniowe (CVD), w tym choroba wieńcowa i udar mózgu, są głównymi przyczynami zgonów osób żyjących z cukrzycą, powodując 2/3 zgonów u osób z cukrzycą typu 2. Co więcej, osoby z cukrzycą są dwukrotnie bardziej narażone na choroby serca lub udar niż osoby bez cukrzycy¹⁴. Jest to związane z faktem, że czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego, takie jak otyłość, nadciśnienie i dyslipidemia są powszechne u pacjentów z cukrzycą, narażając ich na zwiększone ryzyko incydentów sercowych¹⁵. W wielu badaniach odkryto także mechanizmy biologiczne związane z DM, które niezależnie zwiększają ryzyko CVD u pacjentów z cukrzycą. Przegląd systematyczny 53 badań pokazał, że spośród 4 289 140 chorych z T2DM najwięcej, bo 29,1% miało miażdżycę naczyń, 21,2% – chorobę wieńcową, 14,9% – niewydolność serca, 14,6% – dusznicę bolesną, 10,0% – zawał serca a 7,6% – przeżyło udar¹⁶. Względne ryzyko zachorowalności i śmiertelności z powodu CVD u dorosłych chorych na cukrzycę w porównaniu do tych bez cukrzycy wynosi od 1 do 3 u mężczyzn i od 2 do 5 u kobiet¹⁷. Dostępne statystyki z Polski pokazują, że w roku 2018 prawie co trzeci pacjent, któremu udzielono pomocy z powodu choroby niedokrwiennej serca lub udaru, miał cukrzycę⁸. Dlatego ukierunkowanie na czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentów z cukrzycą ma kluczowe znaczenie dla zminimalizowania odległych powikłań sercowo-naczyniowych¹⁵.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że leczenie T2DM (cukrzyca typu 2) obejmuje złożony schemat terapeutyczny (doustne leki hipoglikemizujące i insulinoterapia), kontrolowanie poziomu glukozy we krwi, zdrową dietę, aktywność fizyczną oraz zarządzanie

czynnikami ryzyka, które mogą przyczyniać się do uszkodzenia naczyń krwionośnych¹⁸. Jednakże dowiedziono, że w krajach rozwiniętych około 50% chorych na cukrzycę nie przestrzega zaleceń terapeutycznych. Postępujące rozpowszechnienie cukrzycy, współistnienie dodatkowych chorób przewlekłych u pacjentów z T2DM, w tym głównie chorób sercowo-naczyniowych¹⁹ oraz problem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych - z jednej strony wskazują na konieczność objęcia tych chorych opieką zindywidualizowaną przez personel medyczny, a z drugiej powinny skłaniać samych pacjentów do podejmowania działań samoopiekuńczych. Właściwe prowadzenie samokontroli glikemii wymaga jednak systematycznej edukacji pacjenta, w szczególności w zakresie stosowania glukometru, umiejętności interpretacji uzyskanych wyników pomiarów oraz wykorzystywania tych wyników do modyfikacji diety, wysiłku fizycznego oraz dawek leków. Na tle powyższych zagadnień wyłania się istotna rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w utrzymaniu normoglikemii oraz w profilaktyce choroby niedokrwiennej serca u pacjentów z cukrzycą typu 2.

Programy profilaktyczne w Polsce i na świecie

Z ekonomicznego oraz społecznego punktu widzenia profilaktyka należy do najskuteczniejszych i najbardziej korzystnych metod zwalczania chorób oraz ich powikłań. Rola i ranga profilaktyki są powszechnie znane, jednak za tą wiedzą nie podąża odpowiednia praktyka. Największy sukces profilaktyczny można odnieść, gdy postępowanie profilaktyczne jest skierowane do osób o wysokim poziomie ryzyka choroby wieńcowej, zawału serca oraz udaru mózgu. Tak więc pierwszym krokiem w prawidłowo prowadzonej profilaktyce powinno być wyszukanie osób o wysokim ryzyku.

W Polsce pierwszy Program Prewencji i Leczenia Cukrzycy przyjęto w maju 2006 i był on realizowany w zakresie pilotażowych działań do 2008²⁰. W 2012 roku został wprowadzony ogólnokrajowy Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, którego celem było obniżenie o ok. 20% zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia wśród populacji objętej programem. Założeniem programu było wczesne wykrycie, redukcja występowania i natężenia czynników ryzyka, zwiększenie wykrywalności i skuteczności leczenia chorób układu krążenia, wczesna identyfikacja osób z podwyższonym ryzykiem chorób układu krążenia oraz promocja zdrowego stylu życia. Program był realizowany w jednostkach POZ przez zespół składający się z lekarza i pielęgniarki. Do zadań pielęgniarki należały: rekrutacja uczestników, przeprowadzenie wywiadu dotyczącego stylu życia, wykonanie badań (pomiar RR, HR, BMI, obwody ramion, pasa, bioder) oraz wydanie skierowania na badania biochemiczne (stężenie glukozy w surowicy krwi, lipidogram). Następnie po zebraniu kompletu badań wraz z wywiadem, zadaniem pielęgniarki było określenie czynników ryzyka i skierowanie pacjenta na badanie lekarskie. Niezależnie od stopnia ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych pielęgniarka przeprowadzała jednorazową edukację na temat elementów modyfikowalnych stylu życia (palenie tytoniu, niezdrowe nawyki żywieniowe, brak aktywności fizycznej, otyłość i stres)²¹.

Najważniejsze aspekty opieki na poziomie POZ, a rola i kompetencje pielęgniarki POZ w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów z cukrzycą typu 2

Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ) stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia. Większość potrzeb diagnostycznych, leczniczych i profilaktycznych populacji powinna być zaspokajana na poziomie POZ²². Koncepcja POZ jako fundamentu systemu zakłada: dostępność opieki (bliskość lokowania ośrodków opieki zdrowotnej i braku opłat za świadczenia), ciągłość opieki, powszechność (dostęp wszystkich pacjentów do opieki na równych prawach), uwzględnienie zasad etyki oraz kompleksowość opieki (współpraca lekarza z pielęgniarkami, pracownikami socjalnymi i innymi profesjonalistami opieki zdrowotnej)²³. Aby wypełnić powyższe zasady medycyny rodzinnej ustawodawca nałożył szereg zadań nie tylko na lekarza, ale również na pielęgniarkę POZ. Zadaniem pielęgniarki POZ jest między innymi podejmowanie działań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, w tym również chorób układu krążenia (CHUK). Chodzi tu między innymi o rozpoznawanie potrzeb i problemów zdrowotnych świadczeniobiorców, realizację programów zdrowotnych, programów polityki zdrowotnej i profilaktyki chorób, prowadzenie edukacji zdrowotnej i poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia, a także prowadzenie działań profilaktycznych u świadczeniobiorców z grup ryzyka zdrowotnego²⁴. Taką właśnie grupą ryzyka będą pacjenci z cukrzycą, ponieważ są oni szczególnie narażeni na CHUK.

Świadczenia lekarza/pielęgniarki POZ mogą być realizowane w gabinecie, jak również w domu pacjenta. W Polsce w ostatnich latach nastąpiły istotne zmiany w odniesieniu do zawodu pielęgniarki zatrudnionej w POZ. W efekcie tych zmian zwiększyła się samodzielność i niezależność tego zawodu. Ustawodawca określił świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne, które pielęgniarki i położne mogą wykonywać bez zlecenia lekarskiego. Umożliwiono także pielęgniarce samodzielne ordynowanie niektórych leków, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych. Warunkiem wystawienia recepty lub kontynuacji leczenia przez pielęgniarkę jest zebranie wywiadu z pacjentem, zlecenie bądź analiza badań biochemicznych i w związku z tymi działaniami wykrywanie czynników ryzyka wystąpienia powikłań²⁵.

Obecnie najważniejszym wyzwaniem jest wzmocnienie POZ w profilaktyce chorób i promocji zdrowia oraz zwiększenie udziału POZ w tym zakresie⁴. Celem tych działań jest opóźnienie leczenia specjalistycznego i poprawa jakości życia. Pacjenci z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej odnoszą korzyści z wczesnego rozpoznania i leczenia chorób towarzyszących oraz czynników zwiększających ryzyko CVD²⁶. W populacji ogólnej schorzenia przewlekłe są przyczyną 50-55% zgłoszeń. Pacjenci z cukrzycą typu 2 i po przebytych incydencjach sercowo-naczyniowych najczęściej zgłaszają się z powodu konieczności wypisania powtórnej recepty. Wizyty związane z profilaktyką chorób i promocją zdrowia to zaledwie 10-15%²⁷. Świadczy to o konieczności położenia

szczególnego nacisku na te działania pielęgniarki POZ, które są związane z promocją zdrowia i profilaktyką chorób u tych pacjentów. Aby realizować powyższe zadania pielęgniarka powinna dysponować odpowiednią wiedzą w tym zakresie.

Czołową światową instytucją zajmującą się formułowaniem oportunistycznych zaleceń z zakresu profilaktyki, w szczególności dla POZ, jest Amerykańska Grupa Zadaniowa ds. Świadczeń Profilaktycznych (United States Preventive Services Task Force – USPSTF). Formułując zalecenia, wzięto pod uwagę wiek pacjenta w chwili rozpoczęcia i zakończenia interwencji profilaktycznej oraz odstępy czasowe jej kontroli. Poprzez klasy określono siłę i pewność potwierdzonych danych uzasadniających interwencję profilaktyczną, zaczynając od klas A i B (uznawanych za priorytetowe), klasę C (z niższym priorytetem), klasę D z zaleceniem zniechęcania do stosowania interwencji, aż do klasy I obejmujące świadczenia wymagające rozmowy z pacjentem (z uwagi na słabo potwierdzone dane dotyczące interwencji). Aktualne zalecenia profilaktyczne zawarte są w Przewodniku Klinicznych Świadczeń Profilaktycznych USPSTF z 2021 roku²⁸. Najistotniejsza różnica pomiędzy wytycznymi polskimi a USPSTF dotyczy cukrzycy. USPSTF zaleca skrining u wszystkich niemających objawów dorosłych z BP>135/80 mmHg niezależnie od wieku. Znajomość zaleceń dotyczących prewencji umożliwia pielęgniarce opracowanie indywidualnego planu interwencji wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 z dużym ryzykiem rozwoju chorób sercowo-naczyniowych (tabela 1, tabela 2).

Tabela 1. Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u chorych na cukrzycę lub osób ze stanem przedcukrzycowym

ZALECENIA	Klasa a	Poziom b
Zaprzestanie palenia tytoniu przy wsparciu zaplanowanego poradnictwa zaleca się u wszystkich chorych na DM oraz osób z pre-DM	I	A
Interwencje w zakresie stylu życia zaleca się w celu opóźnienia lub niedopuszczenia do progresji pre-DM (takich jak IGT) do T2DM	I	A
Zmniejszone spożycie kalorii zaleca się w celu zmniejszenia nadmiernej masy ciała u chorych z pre-DM i chorych na DMc	I	A
Umiarkowany lub intensywny wysiłek fizyczny, szczególnie połączenie ćwiczeń aerobowych i oporowych, przez ≥ 150 min. tygodniowo zaleca się w ramach prewencji i kontroli DM, chyba że występują przeciwwskazania, np. ciężkie choroby współistniejące lub ograniczony przewidywany czas przeżycia ^d	I	A
Należy rozważyć stosowanie diety śródziemnomorskiej, bogatej w wielo- i jednonienasycone kwasy tłuszczowe, w celu zmniejszenia ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych	IIa	B
Nie zaleca się suplementacji witamin ani mikroelementów w celu zmniejszenia ryzyka DM lub ryzyka CVD u chorych na DM	III	B

a - klasa zaleceń, b - poziom wiarygodności danych, c - powszechnie uznaje się, że u otyłych chorych celem jest redukcja 5% wyjściowej masy ciała, d - zaleca się, by wszyscy pacjenci ograniczali czas spędzany w pozycji siedzącej poprzez stosowanie ≥ 10 min. przerw przeznaczonych na umiarkowany lub intensywny wysiłek fizyczny (równoważnik ok. 1000 kroków). Skróty: CV – sercowo-naczyniowy, CVD – choroba sercowo-naczyniowa, DM – cukrzyca, IGT – nieprawidłowa tolerancja glukozy, pre-DM – stan przedcukrzycowy, T2DM – cukrzyca typu 2

Źródło: Wytyczne ESC dotyczące cukrzycy, stanu przedcukrzycowego i chorób układu sercowo-naczyniowego opracowane we współpracy z EASD 2019²⁹

Tabela 2. Kategorie ryzyka sercowo-naczyniowego

Ryzyko	Kryteria	Stężenia docelowe lipidów i apoB
Bardzo duże ^a	<ul style="list-style-type: none"> ChSN udokumentowana klinicznie^b lub udokumentowana jednoznacznie na podstawie badań obrazowych^c cukrzyca z uszkodzeniem narządowym^d lub ≥ 3 głównymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (palenie tytoniu, dyslipidemia lub nadciśnienie tętnicze) lub cukrzyca typu 1 o wczesnym początku (trwająca >20 lat) hipercholesterolemia rodzinna z ChSN na podłożu miażdżycy lub z innym głównym czynnikiem ryzyka ciężka PChN (GFR <30 ml/min./1,73 m²) SCORE $\geq 10\%$ 	<ul style="list-style-type: none"> LDL-C $<1,4$ mmol/l (<55 mg/dl)^e i zmniejszenie stężenia wyjściowego^f o $\geq 50\%$ nie-HDL-C $<2,2$ mmol/l (<85 mg/dl) apoB <65 mg/dl
Duże	<ul style="list-style-type: none"> znacznie nasilony pojedynczy czynnik ryzyka: szczególnie stężenie cholesterolu całkowitego >8 mmol/l (310 mg/dl) lub LDL-C $>4,9$ mmol/l (190 mg/dl), lub ciśnienie tętnicze $\geq 180/110$ mm Hg chorzy na cukrzycę bez uszkodzenia narządowego^d, z cukrzycą od ≥ 10 lat lub z dodatkowym czynnikiem ryzyka hipercholesterolemia rodzinna bez innych głównych czynników ryzyka umiarkowana PChN (GFR 30-59 ml/min./1,73 m²) SCORE $\geq 5\%$ i $<10\%$ 	<ul style="list-style-type: none"> LDL-C $<1,8$ mmol/l (<70 mg/dl) i zmniejszenie stężenia wyjściowego^f o $\geq 50\%$ nie-HDL-C $<2,6$ mmol/l (<100 mg/dl) apoB <80 mg/dl
Umiarkowane	<ul style="list-style-type: none"> SCORE $\geq 1\%$ i $<5\%$ młodzi chorzy na cukrzycę (<35 r.ż. z cukrzycą typu 1 i <50 r.ż. z cukrzycą typu 2) od <10 lat, bez innych czynników ryzyka 	<ul style="list-style-type: none"> LDL-C $<2,6$ mmol/l (<100 mg/dl) nieHDL-C $<3,4$ mmol/l (<130 mg/dl) apoB <100 mg/dl
Małe	<ul style="list-style-type: none"> SCORE $<1\%$ 	<ul style="list-style-type: none"> LDL-C $<3,0$ mmol/l (<115 mg/dl)

- ^a Dotyczy prewencji pierwotnej i wtórnej.
- ^b Przebyty ostry zespół wieńcowy (zawał serca lub niestabilna dławica piersiowa), przewlekły zespół wieńcowy, rewaskularyzacja wieńcowa lub zabieg rewaskularyzacji innych tętnic, udar mózgu lub napad przemijającego niedokrwienia mózgu, choroba tętnic obwodowych.
- ^c Istotne blaszki miażdżycowe w koronarografii lub angio-TK (wielonaczyniowa ChW ze zwężeniem >50% w 2 głównych tętnicach nasierdziowych) lub w USG tętnic szyjnych.
- ^d Mikroalbuminuria, retinopatia lub neuropatia.
- ^e U chorych na ChSN na podłożu miażdżycy, u których w ciągu ostatnich 2 lat wystąpił drugi incydent sercowo-naczyniowy (niekoniecznie tego samego rodzaju, co pierwszy) podczas leczenia statyną w maksymalnej tolerowanej dawce (uznanych za obciążonych ekstremalnym ryzykiem), można rozważyć dążenie do stężenia docelowego LDL-C <1,0 mmol/l (<40 mg/dl).
- ^f Wartość wyjściowa odnosi się do stężenia LDL-C u osoby nieprzyjmującej żadnych leków zmniejszających stężenie LDL-C; u osób, które przyjmują takie leki, należy oszacować, jakie było wyjściowe stężenie LDL-C (bez leczenia) na podstawie średniej skuteczności danego leku lub skojarzenia leków zmniejszających stężenie LDL-C; kalkulator na stronie <https://www.mp.pl/kalkulatory/show.html?id=224679>.

Uwaga: przykłady czynników modyfikujących ryzyko, których obecność lub nieprawidłowości mogą wpłynąć na zmianę wysokości ryzyka (szczególnie umiarkowanego) wg SCORE: 1) wykluczenie społeczne lub brak wsparcia społecznego, stres psychospołeczny; 2) przedwczesna ChSN w wywiadzie rodzinnym (<55 r.ż. u mężczyzn, <60 r.ż. u kobiet); 3) otyłość i otyłość brzuszna; 4) brak aktywności fizycznej; 5) przewlekłe choroby zapalne o podłożu autoimmunologicznym; 6) poważne choroby psychiczne; 7) leczenie z powodu zakażenia HIV; 8) migotanie przedsionków; 9) przerost lewej komory serca; 10) PChN; 11) obturacyjny bezdech senny; 12) niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby.

Badania obrazowe, których nieprawidłowe wyniki mogą modyfikować ryzyko u osób obciążonych ryzykiem małym lub umiarkowanym: 1) wskaźnik uwapnienia tętnic wieńcowych w TK; 2) blaszki miażdżycowe stwierdzone w USG tętnic szyjnych lub udowych.

angio-TK – angiografia metodą tomografii komputerowej, apoB – apolipoproteina B, ChSN – choroba sercowo-naczyniowa, ChW – choroba wieńcowa, GFR – przesączanie kłębuszkowe, HDL-C – cholesterol frakcji lipoprotein o dużej gęstości, HIV – ludzki wirus niedoboru odporności, LDL-C – cholesterol frakcji lipoprotein o małej gęstości, PChN – przewlekła choroba nerek, TK – tomografia komputerowa, USG – ultrasonografia

Źródło: Wytyczne ESC i EAS 2019, zmodyfikowane³⁰

Edukacja diabetologiczna jest uznaną częścią opieki diabetologicznej. Dwie organizacje, Association of Diabetes Care & Education Specialists (ADCES) i American Diabetes Association (ADA) akredytują programy edukacji diabetologicznej. Opracowany zestaw narzędzi edukacyjnych i wsparcia w zakresie samodzielnego leczenia cukrzycy (DSMES) jest wszechstronnym źródłem umożliwiającym osiągnięcie sukcesu w edukacji i wsparciu w zakresie samodzielnego zarządzania cukrzycą (tabela 3). Wyniki badań potwierdzają interdyscyplinarne podejście zespołowe do opieki, edukacji i wsparcia diabetologicznego³¹.

Tabela 3. Lista kontrolna dostarczania i modyfikowania DSMES w czterech krytycznych momentach³²

Cztery krytyczne momenty	Rola specjalisty/pielęgniarki POZ
W diagnozie (seria wizyt)	<ul style="list-style-type: none"> • Ocenianie wpływów kulturowych, społecznych determinantów zdrowia, przekonań zdrowotnych, aktualnej wiedzy, ograniczeń fizycznych, wsparcia rodziny, statusu finansowego i zawodowego, historii medycznej, preferencji i barier w nauce, umiejętności czytania i pisania oraz liczenia, aby określić, jakie treści podać i w jaki sposób • Leki – wybory, dostęp, działanie, miareczkowanie, skutki uboczne • Monitorowanie stężenia glukozy we krwi – kiedy sprawdzać, interpretować i wykorzystywać zarządzanie wzorcami stężenia glukozy w celu uzyskania informacji zwrotnej • Aktywność fizyczna – bezpieczeństwo, cele/rekomendacje krótkoterminowe vs. długoterminowe • Zapobieganie, wykrywanie i leczenie ostrych i przewlekłych powikłań • Odżywianie – plan żywieniowy, planowanie posiłków, kupowanie jedzenia, przygotowywanie posiłków, porcjowanie jedzenia • Zmniejszenie ryzyka – zaprzestanie palenia, pielęgnacja stóp, ryzyko kardiologiczne • Opracowywanie osobistych strategii rozwiązywania problemówi obaw psychospołecznych; przystosowanie się do życia z cukrzycą • Opracowywanie osobistych strategii promujących zmianę zdrowia i zachowania • Identyfikowanie problemów i rozwiązań • Identyfikowanie zasobów i dostępu do nich
Rocznie i/lub, gdy pacjenci nie osiągają celów leczenia	<ul style="list-style-type: none"> • Przejrzyj i wzmocnij cele leczenia i potrzeby w zakresie samoleczenia • Dokonaj przeglądu barier dla skuteczności leczenia • Połóż nacisk na zmniejszenie ryzyka powikłań i promowanie jakości życia • Omów, jak dostosować leczenie cukrzycy i samoleczenie do sytuacji życiowych i konkurencyjnych wymagań • Wspieraj wysiłki na rzecz utrzymania początkowych zmian zachowania i radzenia sobie z ciągłym obciążeniem cukrzycą
Kiedy rozwijają się czynniki komplikujące	<ul style="list-style-type: none"> • Zapewnij wsparcie w zakresie umiejętności samodzielnego radzenia sobie w celu opóźnienia progresji choroby i zapobiegania nowym powikłaniom • Zapewnij/skieruj wsparcie emocjonalne w przypadku cierpienia i depresji związanej z cukrzycą • Opracuj i wspieraj osobiste strategie zmiany zachowania i zdrowego radzenia sobie • Opracuj osobiste strategie, aby dostosować się do ograniczeń sensorycznych lub fizycznych, dostosować się do nowych wymagań dotyczących samodzielnego zarządzania oraz promować zmiany w zakresie zdrowia i zachowania

Tabela 3, ciąg dalszy – Lista kontrolna dostarczania i modyfikowania DSMES w czterech krytycznych momentach³²

Cztery krytyczne momenty	Rola specjalisty/pielęgniarki POZ
Kiedy następują zmiany w życiu i opiece	<ul style="list-style-type: none"> • W razie potrzeby dostosuj plan samodzielnego leczenia cukrzycy • Zapewnij wsparcie w zakresie umiejętności samodzielnego samodzielnego zarządzania i poczucia własnej skuteczności • Określ poziom znaczącego zaangażowania innych osób oraz ułatw edukację i wsparcie • Zapewnij pomoc w stawianiu czoła wyzwaniom wpływającym na zwykły poziom aktywności, zdolność do funkcjonowania, korzyści zdrowotne i dobre samopoczucie • Podejmij działania w celu maksymalizacji jakości życia i wsparcia emocjonalnego dla osoby z cukrzycą (i członków rodziny) • Zapewnij edukację innym zaangażowanym w opiekę • Ustal plany komunikacji i dalszych działań z dostawcą, rodziną i innymi osobami • Opracuj cele i osobiste strategie w celu promowania zdrowia i zmiany zachowań oraz poprawy jakości życia

Przegląd efektywności interwencji z udziałem pielęgniarki podejmowanych na świecie na poziomie POZ wobec pacjentów z cukrzycą

Opublikowany w sierpniu 2014 przegląd systematyczny obejmujący 71 badań, jednoznacznie potwierdził skuteczność interwencji dotyczących modyfikacji stylu życia w redukcji czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych³³. W badaniu szwedzkim, prowadzonym w grupie mężczyzn wysokiego ryzyka (z cukrzycą i rozpoznaną chorobą sercowo-naczyniową), odnotowano redukcję o 23% incydentów sercowo-naczyniowych w ciągu ok. 6-letniej obserwacji na skutek intensywnie prowadzonych działań edukacyjnych równoległe z terapią farmakologiczną zgodnie z zaleceniami terapeutycznymi³⁴.

Badanie retrospektywne McLendon i wsp., które przeprowadzono w POZ na celowo wybranej próbie pacjentów dorosłych (n=59 osób w wieku 21-76 lat ze stężeniem hemoglobiny glikowanej powyżej 8%), pokazało efektywność wprowadzonych interwencji. Interwencje te obejmowały zarządzanie opieką pielęgniarską, konsultacje w zakresie telemedycyny w zakresie endokrynologii, a także edukację w zakresie samodzielnego leczenia cukrzycy (DSME), w celu poprawy zarządzania chorobą i zapobiegania powikłaniom. Wykazano istotne zmniejszenie HbA1c poprawę wyniku testu DSME, zmniejszenie liczby hospitalizacji w oddziale ratunkowym oraz zmniejszenie liczby przyjęć do szpitala. Pacjenci i świadczeniodawcy wykazali duże zadowolenie z elementów programu. Mniejsze wykorzystanie szpitala zmniejszyło koszty oddziałów ratunkowych o 51,4%, a koszty hospitalizacji o 96%³⁵.

Badanie Gabbay i wsp., którym objęto 545 pacjentów z cukrzycą typu 2, także pokazało, że zaangażowanie pielęgniarek przeszkolonych w zakresie prowadzenia interwencji motywacyjnych może być bardzo efektywne. W tym badaniu grupa interwencyjna spotykała się indywidualnie w swojej przychodni podstawowej opieki zdrowotnej z pielęgniarkami prowadzącymi: na początku badania i kolejno po 2 i 6 tygodniach, 3, 6 oraz 12 miesiącach. Wizyty trwały około godziny. Grupa interwencyjna uczestników mogła również kontaktować się ze swoją pielęgniarką telefonicznie lub e-mailem między wizytami. W efekcie prowadzonych interwencji okazało się, że skurczowe RR było lepsze w grupie interwencyjnej. Z kolei HbA1c, LDL i ciśnienie rozkurczowe uległy poprawie zarówno w grupie interwencyjnej, jak i w grupie kontrolnej (HbA1c - grupa kontrolna 9,1 do 8,0%, grupa interwencyjna 8,8 do 7,8%), LDL (grupa kontrolna 127 do 100 mg/dl, grupa interwencyjna 128 do 102 mg/dl), ciśnienie rozkurczowe (grupa kontrolna 78 do 74 mm Hg, grupa interwencyjna 80 do 74 mm Hg). Ponadto wyniki dotyczące objawów depresji były lepsze w grupie interwencyjnej, a zmniejszenie stresu związanego z cukrzycą zbliżyło się do istotności statystycznej³⁶.

Ishani i wsp. także pokazali, że pielęgniarki prowadzące określone przypadki pacjentów z cukrzycą stosując zalecany algorytm leczenia mogą skutecznie wpłynąć na kontrolę czynników ryzyka sercowo-naczyniowego w ciągu 1 roku. Badacze przeprowadzili randomizowane badanie kontrolne u pacjentów z cukrzycą, u których ciśnienie krwi (BP) wynosiło >140/90 mm Hg, hemoglobina A(1c) (HbA(1c)) >9,0% lub LDL >100 mg/dl. Pacjenci we współpracy z pielęgniarkami ustalili cele modyfikacji stylu życia i opracowali osobiste plany działania. Spotkania pielęgniarek z pacjentami początkowo odbywały się co 2 tygodnie. Częstotliwość tych kontaktów zmniejszała się w miarę osiągania przez pacjenta celów BP i glikemii w domu. Czas trwania badania wynosił 12 miesięcy i odbywało się ono w domu pacjenta. Grupa interwencyjna w porównaniu z grupą kontrolną osiągnęła indywidualne cele leczenia w zakresie HbA(1c) <8,0% (73,7 vs. 65,8%, $p = 0,04$) oraz BP <130/80 mmHg (45,0 vs. 25,4%)³⁷.

Z kolei Krein i wsp. poddali badaniu 246 weteranów z cukrzycą i wyjściowym stężeniem hemoglobiny A(1C) (HbA(1C)) >lub = 7,5%. W grupie interwencyjnej dwie pielęgniarki pracowały z pacjentami i ich świadczeniodawcami podstawowej opieki zdrowotnej, monitorując i koordynując opiekę nad grupą interwencyjną przez 18 miesięcy za pośrednictwem kontaktów telefonicznych. Zadaniem pielęgniarek było zachęcanie pacjentów do samozarządzania, w tym do utrzymania diety i ćwiczeń; dostarczanie przypomnień o zalecanych badaniach, udzielanie pomocy w umawianiu wizyt kontrolnych, a także w zakresie monitorowania poziomu glukozy i ciśnienia krwi w domu oraz identyfikowanie i inicjowanie zmiany leków i dawek w razie potrzeby (zarządzanie przypadkiem ambulatoryjnym). Grupa kontrolna otrzymywała materiały edukacyjne i zwykłą opiekę od swoich świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej. Badacze pokazali, że na zakończenie badania pacjenci z obu badanych grup pozostawali pod słabą kontrolą glikemii i nie było różnicy między grupami w średnim wyjściowym poziomie HbA 1C (9,3% vs. 9,2%; różnica = 0,1%). Nie było również dowodów na to, że interwencja spowodowała poprawę poziomu cholesterolu, kontrolę ciśnienia krwi lub większą intensyfikację

leczenia farmakologicznego. Jednak pacjenci interwencyjni byli znacznie bardziej zadowoleni ze swojej opieki diabetologicznej, przy czym 82% oceniało swoich świadczeniodawców jako lepszych niż przeciętnie w porównaniu z 64% pacjentów w grupie kontrolnej³⁸.

Podsumowanie

U wszystkich pacjentów z cukrzycą typu 2 wskazane jest ukierunkowanie działań na zachęcanie pacjentów do samodzielnego zarządzania chorobą, w tym do utrzymania diety i ćwiczeń, dostarczanie przypomnień o zalecanych badaniach, udzielanie pomocy w umawianiu wizyt kontrolnych, a także w zakresie monitorowania poziomu glukozy i ciśnienia krwi w domu oraz identyfikowanie i inicjowanie zmiany leków i dawek w razie potrzeby (zarządzanie przypadkiem ambulatoryjnym). Zapobieganie występowaniu powikłań sercowo-naczyniowych w przebiegu cukrzycy poprzez wczesne wykrycie czynników ryzyka i skuteczne ich eliminowanie staje się wyzwaniem współczesnej pielęgniarstwa POZ. W związku z tym, że duży odsetek chorych na cukrzycę nie przestrzega zaleceń terapeutycznych, co bezpośrednio przyczynia się do rozwoju późnych powikłań, leczenie zaplanowane we współpracy z pacjentem oznacza większą akceptację i realizację postępowania terapeutycznego. Interwencje z udziałem pielęgniarki POZ mające na celu redukcję czynników ryzyka sercowo-naczyniowego w odniesieniu do indywidualnego pacjenta z cukrzycą mogą przynosić wymierne korzyści pod warunkiem, że prowadzone działania odwołują się do jego sfery poznawczej, jak i behawioralnej.



Piśmiennictwo:

1. Jacek Sieradzki, Ewa Płaczekiewicz-Jankowska. Cukrzyca [w:]. Interna - mały podręcznik. Dostęp: 14.10.2021: <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.13.1>
 2. Huang, E.S., Laiteerapong, N., Liu, J.Y., John, P.M., Moffet, H.H., Karter, A.J. Rates of complications and mortality in older patients with diabetes mellitus: The diabetes and aging study. *JAMA Intern. Med.* 2014, 174, 251-258
 3. Corriere, M., Rooparinesingh, N., Kalyani, R.R. Epidemiology of diabetes and diabetes complications in the elderly: An emerging public health burden. *Curr. Diab. Rep.* 2013, 13, 805-813
 4. Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P.; Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N., Colagiuri, S., Guariguata, L., Motala, A.A., Ogurtsova, K., et al. IDF Diabetes Atlas Committee. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res. Clin. Pract.* 2019, 157, 107843
 5. Kolb, H., Martin, S. Environmental/lifestyle factors in the pathogenesis and prevention of type 2 diabetes. *BMC Med.* 2017, 15, 131
 6. Sinclair A., Saeedi, P., Kaundal, A., Karuranga, S.; Malanda, B.; Williams, R. Diabetes and global ageing among 65-99-year-old adults: Findings from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res. Clin. Pract.* 2020, 162, 108078
 7. National Health Fund. Department of Analysis and Strategy. NHF about Health. Diabetes. Warsaw 2019. Available online: <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=45/> (dostęp 19.01.2020)
 8. Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia Cukrzyca w liczbach. Dostęp: 14.12.2021. Dostępny na URL: <https://pacjent.gov.pl/arttykul/cukrzyca-w-liczbach>
 9. Britt H, Harrison C, Miller G, Knox S. Prevalence and patterns of multimorbidity in Australia *Med J Aust* 2008;189(2):72-77
 10. Pouplier S, Olsen M, Willadsen T, et al. The development of multimorbidity during 16 years after diagnosis of type 2 diabetes. *J Comorb* 2018;8(1):2235042X18801658
 11. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al.; for the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics – 2016 Update: A report from the American Heart Association. *Circulation* 2016;133:e38-e360
 12. Lin PJ, Kent DM, Winn A, et al. Multiple chronic conditions in type 2 diabetes mellitus: Prevalence and consequences. *Am J Manag Care* 2015;21:e23-34
 13. The Royal Australian College of General Practitioners. Management of type 2 diabetes: A handbook for general practice. East Melbourne, Vic: RACGP, 2020. Dostępny na: <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/diabetes/managing-multimorbidity-in-people-with-type-2-diab>; dostęp 14.12.2021
 14. American Diabetes Association. Diabetes Complications. Cardiovascular Disease. Dostępny na: <https://www.diabetes.org/diabetes/complications/cardiovascular-disease>; dostęp 14.12.2021
 15. Leon BM, Maddox TM. Diabetes and cardiovascular disease: Epidemiology, biological mechanisms, treatment recommendations and future research. *World J Diabetes.* 2015;6(13):1246-1258. doi:10.4239/wjd.v6.i13.1246
 16. Einarson, T.R., Acs, A., Ludwig, C. et al. Prevalence of cardiovascular disease in type 2 diabetes: a systematic literature review of scientific evidence from across the world in 2007–2017. *Cardiovasc Diabetol* 17, 83 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12933-018-0728-6>
 17. Rivellese AA, Riccardi G, Vaccaro O. Cardiovascular risk in women with diabetes. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2010;20:474-480
 18. American Diabetes Association. 4. Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. *Diabetes Care* 2018, 41, 38-50
 19. Iglay, K., Hannachi, H., Joseph Howie, P., Xu, J., Li, X., Engel, S. S., Moore, L. M., & Rajpathak, S. (2016). Prevalence and co-prevalence of comorbidities among patients with type 2 diabetes mellitus. *Current medical research and opinion*, 32(7), 1243-1252. <https://doi.org/10.1185/03007995.2016.1168291>
-

20. Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Program zwalczania chorób cywilizacyjnych. Moduł II – Program Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce na lata 2010-2011. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/program_10062010.pdf
 21. https://www.nfzzielonagora.pl/PL/491/91/Program_profilaktyki_chorob_ukladu_krazenia/dostep_12.2021
 22. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych. Dz. U. Min. Zdr. 2021.69
 23. Kurpas D. Zadania podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2014; 12 (4): 301-308
 24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2019 poz. 2335)
 25. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793, z późn. zm)
 26. Ng AC, Delgado V, Djaber R, Schuijf JD, Boogers MJ, Auger D, Bertini M, de Roos A, van der Meer RW, Lamb HJ, Bax JJ. Multimodality imaging in diabetic heart disease. *Curr Probl Cardiol.* 2011; 36: 9-47
 27. Kurpas D. Paradygmat opieki nad chorymi przewlekle w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich; 2013 (Rozprawy Habilitacyjne Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu; 6/2013)
 28. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/dostep_15.12.2021
 29. Zeszyty edukacyjne. *Kardiologia Polska* 3/2019. https://ptkardio.pl/wytyczne/34-wytyczne_esc_dotyczace_cukrzycy_i_stanu_przedcukrzycowego_wspolistniejacych_z_chorobami_sercowonaczyniowymi_opracowane_we_wspolpracy_z_easd; dostep_15.12.2021
 30. Cybulska B., Kłosiewicz-Latoszek L.: Komentarz. W: Leśniak W.: Postępowanie w dyslipidemiach. Podsumowanie wytycznych European Society of Cardiology i European Atherosclerosis Society 2019. *Med. Prakt.*, 2020; 2: 33-37
 31. Terry, K. EHR data extraction to improve quality. *Med ek.* 2015. <http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical-economics/news/mining-ehr-data-quality-improvement?page=full>. dostep 23.05.2017
 32. https://www.cdc.gov/dostep_15.12.2021
 33. Johnson H.M., Olson A.G., LaMantia J.N. et al. Documented Lifestyle Education Among Young Adults with Incident Hypertension. *Journal of General Internal Medicine* volume 30, pages556-564;2015
 34. Lin JS, O'Connor E, Evans CV, Senger CA, Rowland MG, Groom HC. Behavioral counseling to promote a healthy lifestyle in persons with cardiovascular risk factors: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2014 Oct 21;161(8):568-78. doi: 10.7326/M14-0130. PMID: 25155549
 35. McLendon, S. F., Wood, F. G., & Stanley, N. (2019). Enhancing diabetes care through care coordination, telemedicine, and education: Evaluation of a rural pilot program. *Public health nursing (Boston, Mass.)*, 36(3), 310–320. <https://doi.org/10.1111/phn.12601>
 36. Gabbay RA, Añel-Tiangco RM, Dellasega C, Mauger DT, Adelman A, Van Horn DHA. Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): results of a 2-year randomized controlled pragmatic trial. *J Diabetes.* 2013 Sep; 5(3):349±57. doi: 10.1111/1753-0407.12030 PMID: 23368423
 37. Ishani A, Greer N, Taylor BC, Kubes L, Cole P, Atwood M, et al. Effect of nurse case management compared with usual care on controlling cardiovascular risk factors in patients with diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes Care.* 2011 Aug; 34(8):1689±94
 38. Krein SL, Klamerus ML, Vijan S, Lee JL, Fitzgerald JT, Pawlow A, et al. Case management for patients with poorly controlled diabetes: a randomized trial. *Am J Med.* 2004 Jun 1; 116(11):732±9
-

Opieka nad uchodźcami to nie wszystko. Wyzwania na miarę XXI w.

Nowi, liczeni w milionach mieszkańcy naszego kraju, którzy mówią innym językiem i przybyli do nas w dobie zagrożenia epidemiologicznego, oznacza nie zadanie, ale całą listę zadań. Jeśli dołączymy do tego zmiany, które nieustannie dokonują się w medycynie – niezależnie od wydarzeń politycznych – zyskamy zarys wyzwań, przed którymi właśnie stanęliśmy.

dr n. o zdr. Mariola Śleżona
Instytut Nauk o Zdrowiu, Małopolska
Uczelnia Państwowa m. rtm. Witolda
Pileckiego w Oświęcimiu

Współczesność nie oszczędza nas medyków. Jeszcze nie uporaliśmy się ostatecznie z zagrożeniem epidemicznym, jakie przyniósł z sobą wirus SARS-CoV-2, a już pojawiły się nowe problemy – tym razem związane ze zmianami geopolitycznymi za naszą wschodnią granicą. Co prawda pandemia przygotowała nasz system ochrony zdrowia do działania w warunkach kryzysowych, jednak wojna w Ukrainie bardzo mocno przetestuje i naszą wydolność.

NOWI MIESZKAŃCY I NOWE POTRZEBY MEDYCZNE

Miliony Ukraińców szukają u nas bezpieczeństwa, pomocy, wsparcia i spokojnego nieba. Od początku konfliktu zbrojnego, tj. od 24.02.2022 roku, granice naszego Państwa przekroczyło blisko 3 mln uchodźców. Są to głównie kobiety, dzieci i osoby starsze, często z problemami wielochorobowości wynikającej z wieku. Odpowiedź społeczeństwa polskiego na wezwanie Ukraińców o pomoc jest naprawdę budująca. Gościnność, wsparcie, schronienie, zrozumienie i empatia, jakiej doświadczają w naszym kraju, określa nas jako naród, sąsiadów, ludzi. Bardzo dobrze sytuację tę oddaje maksyma nieznanego autora „Nie liczy się to, ile posiadasz, ale ile dajesz innym i jak się z nimi dzielisz”.

Nie ulega jednak wątpliwości, że za tymi pozytywnymi gestami powinny iść również działania mające na uwadze zapewnienie całej populacji naszego kraju, w tym również uchodźcom z Ukrainy, bezpieczeństwa zdrowotnego. Wymaga to od ochrony zdrowia w Polsce kolejnych, dynamicznych reorganizacji w zakresie działań lokalnych i systemowych, bo zwiększenie gęstości zaludnienia w niektórych obszarach naszego kraju podnosi m.in. ryzyko zagrożeń epidemicznych.

W szpitalach przeprowadzono rozeznanie możliwości wstawienia dodatkowych łóżek na poszczególnych oddziałach w przypadku potencjalnej, zwiększonej liczby hospitalizacji. Minister Zdrowia Adam Niedzielski wypowiedział się w jednym z wywiadów, że „Mamy gotowych 13 tys. miejsc dla uchodźców w 120 szpitalach w różnych regionach Polski” [1].

KWESTIE JĘZYKOWE I KULTUROWE

Personel placówek medycznych musi być przygotowany do pracy z pacjentem odmiennym kulturowo. Opieka nad takimi chorymi jest trudna, ponieważ napotyka szereg dodatkowych problemów – bariera językowa to jeden z nich. Niewielu uchodźców z Ukrainy posługuje się językiem polskim w stopniu komunikatywnym, a jeszcze mniej medyków posługuje się językiem ukraińskim. Pojawia się zatem znaczne utrudnienie w komunikacji między pacjentem a personelem medycznym. W praktyce oznacza to brak zrozumienia, zaufania i współpracy ze strony pacjenta, ale także problemy związane z rozpoznaniem zgłaszanych potrzeb, przekazywaniem informacji, czy trudność z uzyskaniem od pacjenta świadomej zgody na podjęcie działań diagnostycznych, pielęgnacyjnych lub leczniczych.

Dodatkowym problemem w opiece nad chorymi z Ukrainy jest brak informacji i dokumentów potwierdzających historię wcześniejszego leczenia danego schorzenia czy przebytych szczepień. Wielu uchodźców, pakując się w pośpiechu, nie zabrało dokumentacji, która w chwili obecnej okazałaby się bardzo przydatna.

W pracy z pacjentem odmiennym kulturowo istotny jest również szacunek dla jego obyczajów, światopoglądu i wyznania. Jeśli jest to możliwe, należy rozważyć ułatwienie choremu realizacji praktyk religijnych, które w obecnej sytuacji mogą mieć dla niego szczególne znaczenie.

Warto również mieć na uwadze to, że chory pochodzący z Ukrainy przeżyli ogromną

traumę. Zapewne znacząco odbije się to na psychice, generując takie zachowania, jak labilność emocjonalna, problemy ze snem, lęki, nieufność, płaczliwość, wycofanie i wiele innych. To zupełnie inny profil pacjenta, któremu w każdy możliwy sposób należy zapewnić leczenie, kompleksową opiekę pielęgnarską, psychologiczną i duchową.

PACJENCI WYMAGAJĄCY HOSPITALIZACJI

Obecnie przebywający w polskich szpitalach uchodźcy (ok. 2 tysięcy, w tym połowa to dzieci) są hospitalizowani najczęściej z powodu dolegliwości związanych z trudami podróży do naszego kraju. Najczęstszymi problemami zdrowotnymi są odwodnienie, wyczerpanie, infekcje związane z przebywaniem w licznych grupach, problemy z układem pokarmowym. Wśród pacjentów hospitalizowanych w Polsce jest spora grupa osób, którym wojna uniemożliwiła kontynuację leczenia chorób przewlekłych i onkologicznych. Szukając dla siebie ratunku, podjęli trudy podróży do naszego kraju. W grupie tej spory odsetek stanowią również dzieci dotknięte chorobą onkologiczną [1].

Jeszcze przed wybuchem konfliktu zbrojnego w Ukrainie w polskich szpitalach zatrudnieni byli Ukraińcy, przebywający i pracujący u nas z własnego wyboru życiowego. W obecnej sytuacji są nieocenieni jako łącznicy między ukraińskimi pacjentami a polskim personelem medycznym. Wiele placówek medycznych poszukuje teraz tłumaczy w celu zminimalizowania dodatkowej traumy swoich pacjentów wynikającej z niemożności porozumienia się.

RÓŻNICE W KALENDARZU SZCZEPIEŃ

Kolejnym istotnym problemem opieki zdrowotnej nad uchodźcami z Ukrainy jest zupełnie odmienny od naszego system szczepienia dzieci, młodzieży i osób dorosłych. Pewne szczepienia, które w naszym kraju mają status obowiązkowych i w ten sposób budują sukcesywnie odporność populacyjną, w Ukrainie traktowane są z dużą dowolnością. Aktualna



sytuacja epidemiczna, związana z transmisją wirusa SARS-CoV-2, również stanowi poważne wyzwanie dla ochrony zdrowia w kontekście szczepienia uchodźców z Ukrainy. I w tym zakresie podjęto działania umożliwiające uchodźcom zaszczepienie się.

Zwiększona liczba ludności na terenie Polski stanowi wyzwanie dla służb epidemicznych w zakresie kontroli zachorowań, monitorowania warunków sanitarno-epidemiologicznych miejsc udostępnionych uchodźcom jako ich czasowe lokum, zachęcanie do szczepień – nie tylko tych przeciw COVID-19. Sytuację tę reguluje jasno Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 25 marca 2022 r. w sprawie metody zapobiegania zakażeniu lub chorobie zakaźnej, stanowiącej szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego, w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium Ukrainy. Dokument ten jasno określa, że osoby, które nie dysponują dokumentacją potwierdzającą wykonanie szczepienia ochronnego, powinny być traktowane jako niezaszczepione i poddane wakcytacji. Jest również propozycja wprowadzenia powszechnego programu oznaczania przeciwciał przeciwdrozwowych i rozpoczęcie bezpłatnych szczepień w przypadku wskazań. Za równie konieczne uznano przebadanie i odizolowanie osób wysoce zakaźnych, które mogłyby sparaliżować system ochrony zdrowia w Polsce [1].

DOSTOSOWANIE SYSTEMU USŁUG ZDROWOTNYCH

Oprócz działań lokalnych, związanych z miejscem pobytu, jakością opieki nad chory-

mi z Ukrainy, szczepieniami i wszelkimi formami opieki zdrowotnej, konieczne są działania systemowe, które usprawnią i umożliwią obywatelom Ukrainy korzystanie z ochrony zdrowia w Polsce przy jednoczesnym utrzymaniu zakresu i poziomu świadczonych usług zdrowotnych dla obywateli naszego kraju.

Duży problem w dostępie do opieki zdrowotnej w Polsce dla Ukraińców stanowił brak numeru PESEL. Odpowiednie przepisy, mające za zadanie umożliwienie nadania go uchodźcom, weszły już w życie. W perspektywie długofalowej konieczne jest opracowanie strategii dotyczących zapewnienia informacji oraz edukacji uchodźców w kwestii włączenia się do systemu. Działania te są niezbędne ze względu na wprowadzone stosunkowo niedawno zmiany cyfrowe w systemie, takie jak: e-skierowania, e-recepty.

Jak wynika z symulacji przeprowadzonych przez zespół naukowy z Zakładu Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, „Zwiększenie liczby osób mieszkających w Polsce o 2 miliony prawdopodobnie spowoduje w skali roku wzrost zapotrzebowania o 14 milionów porad lekarskich, w tym 8,7 mln. w podstawowej opiece zdrowotnej; o 365 tys. hospitalizacji i blisko 160 tys. interwencji ratownictwa medycznego” [2].

Symulacja ta została przeprowadzona dla 2 milionów uchodźców. W chwili pisania tego artykułu liczba obywateli z Ukrainy przekraczających granice naszego państwa oscy-

lowała w granicach 3 milionów. Wiąże się to z koniecznością zabezpieczenia zasobów pracowników medycznych, lekarzy, pielęgniarek/pielęgniarzy, położnych, ratowników medycznych i wszystkich pozostałych specjalistów wchodzących w skład zespołów terapeutycznych, pracujących w szpitalach.

Następny problem, wymagający działań systemowych, to finansowanie usług medycznych oferowanych obywatelom Ukrainy. Obecnie szpitale radzą sobie we własnym zakresie z finansowaniem tych świadczeń, optacaniem tłumaczy itp., jednak jest to działanie doraźne, które w perspektywie długofalowego działania nie ma prawa bytu. Opracowywane są plany tworzenia oddziałów lub całych placówek dedykowanych obywatelom Ukrainy, lecz za tymi działaniami muszą iść też rozwiązania finansowania świadczeń udzielanych w tych placówkach.

ZASADY WŁĄCZANIA DO PRACY PERSONELU Z UKRAINY

Wciąż dyskutowana jest kwestia zatrudnienia osób z Ukrainy posiadających wykształcenie medyczne, szczególnie lekarzy i pielęgniarek. Brak znajomości języka pacjenta może być zagrożeniem dla niego ze strony personelu medycznego. Dlatego Rada Pielęgniarek i Położnych bardzo mocno zaangażowała się w działania dotyczące ustalenia warunków włączenia pielęgniarek i położnych z Ukrainy w nasz system ochrony zdrowia i umożliwienia podjęcia przez nie pracy w polskich placówkach leczniczych. Warto tu wskazać podstawę

do wykonywania zawodu pielęgniarki oraz położnej, która uzyskała kwalifikacje poza terytorium państw członkowskich UE. Na mocy ustawy z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz.U. 2020 poz. 2401) wprowadzona została bardzo istotna zmiana do ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 562, 567, 945 i 1493). Mianowicie dodany został art. 35a. Ustęp pierwszy tego przepisu wskazuje, że:

„Osobie, która uzyskała kwalifikacje poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej można udzielić zgody na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej oraz przyznać prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, na określony zakres czynności zawodowych, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, jeżeli spełnia określone warunki wymienione w powołanym przepisie”.

Warunków tych jest siedem – od złożenia oświadczenia o znajomości języka polskiego, po doświadczenie zawodowe minimum 3-letnie, uzyskane w okresie ostatnich 5 lat, po posiadaniu odpowiedniego dyplomu.

Zgody udziela minister właściwy do spraw zdrowia w drodze decyzji administracyjnej, której nadaje się rygor natychmiastowej wy-

konalności. W decyzji określa się zakres czynności zawodowych oraz okres i miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych. Na podstawie takiej decyzji Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych przyznaje prawo wykonywania zawodu dla pielęgniarki lub prawo wykonywania zawodu położnej na określony zakres czynności zawodowych, okres i miejsce jego wykonywania wskazane w decyzji.

Podmiot leczniczy zatrudnia pielęgniarkę lub położną na podstawie umowy o pracę na czas określony nie dłuższy niż okres do dnia upływu ważności prawa wykonywania zawodu. Pielęgniarka lub położna wykonuje zawód przez okres roku pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej wyznaczonej przez kierownika podmiotu.

KIERUNEK ZMIAN

Działalność zawodowa personelu pielęgniarskiego wobec wyzwań współczesnego świata zdeterminowana jest przez wiele czynników, między innymi takich jak: rozwój technologii i postęp medycyny, rozwój badań naukowych, autonomia i zwiększenie uprawnień zawodowych, sytuacja epidemiologiczna na świecie i przemiany geopolityczne. Szczególnie dwa ostatnie czynniki bardzo mocno wpływają na kierunek działań pielęgniarskich, obligując je do dynamicznej reorganizacji, zmiany priorytetów działania, dostosowania aktywno-

ści do potrzeb zdrowotnych populacji i wymogów aktualnych przemian epidemicznych czy geopolitycznych. Aktywność zawodowa pielęgniarek na przestrzeni wieków bardzo mocno uzależniona była od czynników zewnętrznych, środowiskowych, epidemicznych oraz geopolitycznych, które kreowały, niezależnie od przyjętych modeli pielęgniarstwa, bieżące kierunki działań tego środowiska. Cechy charakterologiczne osób tworzących środowisko pielęgniarstwa, doświadczenie, elastyczność działania, kreatywność, a przede wszystkim potrzeba niesienia pomocy drugiemu człowiekowi, sprawiają, że niezależnie od wyzwań, jakie współczesność stawia przed nimi, zawsze są gotowi podjąć działania, które tym wyzwaniom pozwolą sprostać.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Czy polska ochrona zdrowia wytrzyma trudy pomocy Ukraincom? <https://www.termedia.pl/mz/Czy-polska-ochrona-zdrowia-wytrzyma-trudy-pomocy-Ukraincom,46132.html>
- [2] Zdrowie – Opieka medyczna nad uchodźcami to wyzwanie dla zdrowia publicznego. <https://naukawpolsce.pl/aktualnosci/news%2C92158%2COpieka-medyczna-nad-uchodzcami-wyzwanie-dla-zdrowia-publicznego.html>

Źródło: MPIP nr 6.2022

PYTAMY EKSPERTA

ZOFIA MAŁAS, PREZES NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Przed wybuchem wojny, czyli przed 24 lutego 2022 r. w polskim systemie ochrony zdrowia zatrudnionych było 489 pielęgniarek i 35 położnych z Ukrainy. Około 200 z nich ukończyły studia w swojej ojczyźnie, w Polsce osoby te przystąpiły zaś do procedury nostryfikacji dyplomu. Zdecydowana większość ukraińskich pielęgniarek i położnych znała już język polski w stopniu umożliwiającym swobodne komunikowanie się. Pozostała część (ok. 300) z obywatelstwem ukraińskim, które znalazły zatrudnienie w polskich podmiotach leczniczych ukończyła studia w naszym kraju.

Część pielęgniarek z Ukrainy zdecydowała się podjąć pracę w Polsce na stanowiskach pomocniczych, rezygnując z nostryfikacji dyplomu. Nierzadkie były też przypadki, że – mimo posiadania dyplomu zdobytego na Ukrainie, podejmowały studia pielęgniarstwa na naszych uczelniach.

Warto pamiętać, że już przed przyjęciem specustawy ws. pomocy obywatelom Ukrainy istniała już przyspieszona ścieżka dostępu do zawodów medycznych. Umożliwiły to regulacje wprowadzone w czasie pandemii COVID-19 (jest to rozwiązanie, z którego korzystały nie tylko Ukrainki, ale także osoby spoza Unii Europejskiej). Szczegółowe wymagania określiło Ministerstwo Zdrowia. Na ich podstawie resort dokonuje indywidualnej oceny złożonych przez pielęgniarkę lub położną dokumentów. Następnie, jeśli decyzja jest pozytywna, musi się ona udać do stosownej okręgowej izby pielęgniarek i położnych (w zależności od tego, gdzie chce podjąć pracę) celem uzyskania warunkowego lub na określone czynności prawa wykonywania zawodu.

Być może dobrym rozwiązaniem byłoby zatrudnianie pielęgniarek i położnych z Ukrainy, które jeszcze nie opanowały wystarczająco polskiego, na stanowiskach pomocniczych. Dałoby im to czas na naukę języka, a jego znajomość mógłby potwierdzać egzamin. Podobną ścieżkę przechodzili przecież polskie pielęgniarki zatrudniając się w krajach Europy Zachodniej.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych poparła inicjatywę Ministra Zdrowia oraz Ministra Edukacji i Nauki, skierowanej do Rektorów polskich uczelni medycznych, umożliwiającej kontynuację studiów medycznych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej studentom kształcącym się w zawodach medycznych z terenu objętego konfliktem. W obliczu dramatycznej sytuacji panującej na Ukrainie szczególnego wsparcia wymagają studenci uczelni medycznych na kierunkach: lekarskim, pielęgniarstwie, położniczym, farmaceutycznym i innych związanych z opieką medyczną, i od której zależy i zależeć będzie zdrowie i życie człowieka.

**Szanowni Państwo,
uprzejmie informujemy, że w ramach projektu
nr POWR.07.01.00-00-0004/22 pn. Wsparcie kształcenia
podyplomowego pielęgniarek i położnych w ramach
Działania 7.1 Oś priorytetowa VII Wsparcie REACT-EU
dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego
Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego
ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego**

na terenie Jeleniej Góry w roku 2022 organizowane będą bezpłatne kursy specjalistyczne z zakresu:

- Resuscytacji krążeniowo-oddechowej
- Wykonania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych
- Pielęgowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie
- Wywiad i badanie fizykalne

W roku 2023 zaplanowane są kolejne kursy:

- Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego dla pielęgniarek – moduł Opieka nad pacjentem z chorobą COVID-19
- Kurs specjalistyczny Opieka nad pacjentem a chorobami zakaźnymi szczególnie niebezpiecznymi i wysoce zakaźnymi dla pielęgniarek
- Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego dla pielęgniarek – moduł Opieka nad pacjentem z chorobą COVID-19
- Kurs specjalistyczny Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu (z poszerzonym modułem wykonanie i interpretacja USG)
- Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego dla pielęgniarek – moduł Opieka nad pacjentem z chorobą COVID-19
- Kurs specjalistyczny Opieka nad pacjentem z chorobami układu oddechowego w zakresie pielęgniarstwa pulmonologicznego dla pielęgniarek
- Kurs specjalistyczny Edukator w chorobach układu krążenia dla pielęgniarek

Kursy są realizowane ze środków unijnych, czyli w pełni darmowe dla kursantów. Zajęcia odbywać się będą w systemie zaocznym na terenie WCSKJ w Jeleniej Górze. Do udziału w kursach wymagane jest posiadanie konta na SMK (System Monitorowania Kształcenia – <https://smk2.ezdrowie.gov.pl/login>) oraz dokonanie zapisu.

Wszelkie pytania oraz zgłoszenia na kursy proszę kierować na adres mailowy: kursy.unijne@oipip.jgora.pl

Uwaga!

Jedna osoba może wziąć udział wyłącznie w jednym kursie. Zgłoszenie powinno zawierać imię, nazwisko, numer PWZ, numer telefonu oraz adres mailowy.

Serdecznie zapraszamy!!!

Sfinansowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

realizuje projekt dofinansowany
z Funduszy Europejskich

**„Wsparcie kształcenia podyplomowego
pielęgniarek i położnych”**

Celem projektu jest podniesienie kwalifikacji zawodowych 31 500 pielęgniarek i położnych z całego kraju w okresie do 31 grudnia 2023 r.

Dofinansowanie projektu z UE: 112 000 000,00 zł

Sfinansowane w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

