

4/2022

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](mailto:biuro@oipip.jgora.pl)  
tel./fax (75) 753 56 68, 753 56 69  
[www.oipip.jgora.pl](http://www.oipip.jgora.pl)

### KONTO

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

### BIURO

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

### Przewodnicząca ORPiP

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

### Sekretarz ORPiP

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](mailto:biuro@oipip.jgora.pl)

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności  
za treść ogłoszeń i reklam.

Redakcja zastrzega sobie prawo  
do skracania nadesłanych materiałów.

Nie przyjmujemy do publikacji tekstów  
przekazywanych telefonicznie!

### Projekt, skład i druk

Tereny Weny Agencja Reklamowa

# SPIS TREŚCI

## INFORMACJE OIPIP

- 1 Życzenia świąteczne
- 1 Informacja o opłatach
- 2 Stanowisko Dolnośląskiego Forum  
Samorządów Zawodów Zaufania  
Publicznego
- 4 Regulamin przyznawania pomocy  
finansowej

## INFORMACJE NIPIP

- 6 Pismo do wojewody dolnośląskiego  
w sprawie zaszerogowania  
pielęgniarek systemu

## INFORMACJE NRPIP

- 8 Kurs: Resuscytacja krążeniowo-  
oddechowa. Projekt „Wsparcie  
kształcenia podyplomowego  
pielęgniarek i położnych”

- 10 Kurs: Komunikacja interpersonalna  
jako kluczowy element w pracy  
pielęgniarek. Projekt „Wsparcie  
kształcenia...”

## OPINIE

- 12 Stanowisko konsultanta krajowego
- 14 Atopowe zapalenie skóry –  
przewlekła dermataza zapalna
- 16 Błonica – zagrożenie  
epidemiologiczne nadal aktualne
- 18 Warunki komercyjnego wykonywania  
świadczeń zdrowotnych  
w warunkach domowych
- 20 Pielęgniarki potrzebują  
systemowego wsparcia psychologa
- 23 Pismo w sprawie badań  
statystycznych dotyczących praktyk  
zawodowych

## KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

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

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

**PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO** – mgr BEATA ŁABOWICZ, Wo-  
jewódzki 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](mailto:beata.labowicz@szpital.legnica.pl)

**PIELĘGNIARSTWA DIABETOLOGICZNEGO** – mgr IWONA PILARCZYK-WRÓBLEWSKA, Uni-  
wersytet Medyczny, Katedra Pediatrii, Zakład Neonatologii, ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław,  
T: 500 141 941, E: [iwona.pilarczykwroblewska@umed.wroc.pl](mailto: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](mailto:kador68@wp.pl)

**PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO** – dr n. med. MONIKA PRZESTRZEL-  
SKA, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Zakład Położnictwa i Pielęgniarstwa Ginekologicz-  
no-Położniczego T: 717841824 E: [mprzestrzelska.konsultant@gmail.com](mailto:mprzestrzelska.konsultant@gmail.com)

**PIELĘGNIARSTWA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ** – mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Me-  
dycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Będkowo Sp. z o.o. Sp. k., Będkowo 1, 55-100 Trzebnica,  
T: 71 722 29 48, 603 852 669, E: [drudnicka@hospicjumbedkowo.pl](mailto:drudnicka@hospicjumbedkowo.pl)

**PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO** – dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, Dol-  
nośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu, pl. Hirsfelda 12,  
53-413 Wrocław, T: 71 36 89 260, 603 38 58 98, E: [e.garwacka@gmail.com](mailto:e.garwacka@gmail.com)

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

**PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO** – dr n. o zdr. WIESŁAW ZIELONKA, Pogotowie Ratun-  
kowe w Legnicy, ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica, T: 502 676 039, E: [w.zielonka@pogotowie-  
legnica.pl](mailto:w.zielonka@pogotowie-<br/>legnica.pl)

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



## Z okazji Nowego Roku 2023

*życzę, aby obfitował w sukcesy zawodowe,  
przyniósł zadowolenie i satysfakcję z podjętych działań i wyzwań,  
a także wszelkiej pomysłowości w życiu osobistym  
oraz wielu okazji do uśmiechu i radości.*

*W imieniu  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Jeleniej Górze  
i Pracowników Biura  
Przewodnicząca  
Elżbieta Słojewska - Poznańska*

## INFORMACJA O OPŁATACH

W dniu 20 stycznia 2023 roku ukazało się Obwieszczenie w Prezesa GUS w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w IV kwartale 2022 roku, które wyniosło **6 965,84 zł**.

Zgodnie z powyższym, w **2023 r.** obowiązują nowe wysokości opłat:

1. **Wysokość składki członkowskiej dla pielęgniarek, położnych:** zgodnie z uchwałą 18 i 22 tekst jednolity VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – **indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek**, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych – wynosi **52,24 zł**.
2. **Wysokość opłaty za wpis do rejestru pielęgniarki/położnej zamierzającej wykonywać zawód w ra-**

**mach działalności leczniczej** (art. 105 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku, tj. Dz. U. 2022 r., poz. 633 ze zm.) wynosi – **134,00 zł**.

3. **Wysokość opłaty za wniosek o zmianę wpisu w rejestrze** stanowi 50 % opłaty, o której mowa powyżej i wynosi **67,00 zł**.
4. Opłata za **wpis/wpis zmiany danych do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych** (art. 76 ust.5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r. tj. Dz.U. 2022 r., poz. 2702) – wynosi **400,00 zł**.
5. **Wysokość opłaty za wydanie zaświadczenia o posiadaniu kwalifikacji** zgodnych z minimalnymi wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa UE oraz, że dyplom potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji odpowiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarki lub położnej – wynosi **104,70 zł**.

Elżbieta Gajowniczek  
Skarbnik ORPiP  
w Jeleniej Górze

**DOLNOŚLĄSKIE  
FORUM  
SAMORZĄDÓW**



Dolnośląskie  
Forum  
Samorządów  
Zawodów  
Zaufania  
Publicznego

**ZAWODÓW  
ZAUFANIA  
PUBLICZNEGO**

### **Stanowisko**

#### **Dolnośląskiego Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego z dnia 6 grudnia 2022 roku**

Przedstawiciele Dolnośląskiego Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego wyrażają głębokie zaniepokojenie ostatnimi wypowiedziami Prezesa PiS oraz innych polityków Zjednoczonej Prawicy, bezpodstawnie atakujących środowisko lekarskie. Prezes PiS Jarosław Kaczyński w ostatnim czasie stwierdził, że „pogoń za pieniędzem” w środowisku lekarskim „jest przesadna” i podkreślił, że „trzeba coś z tym zrobić”. W naszej ocenie takie stwierdzenia, zawierające niedookreślone groźby, mają odwrócić uwagę społeczną od rzeczywistych problemów w funkcjonowaniu służby zdrowia w Polsce oraz są dewastujące dla życia i debaty publicznej. To nie poziomy zarobków lekarzy, pielęgniarek czy przedstawicieli innych zawodów zaufania publicznego (w niektórych przypadkach rażąco przecież niskie) są czynnikami degradującymi poszczególne obszary funkcjonowania państwa i społeczeństwa, lecz brak racjonalnego i adekwatnego działania elit rządzących. Chaotyczne zarządzanie systemem leczenia zamkniętego, obsadzanie stanowisk dyrektorów szpitali osobami z nominacji partyjnych, system prawny nastawiony na karanie za błąd medyczny, zamiast na rekompensatę szkody i eliminację jej przyczyny powoduje, że coraz więcej lekarzy i pielęgniarek ucieka ze stwarzających zagrożenie dla pacjentów i personelu szpitali publicznych do sektora prywatnego. Powoduje to też, że młodzi lekarze unikają podejmowania trudnych specjalizacji zabiegowych, które ze względu na skomplikowaną naturę tworzą warunki do pojawiania się bezpodstawnych roszczeń ze strony pacjentów.

DFZZP apeluje do wszystkich stron życia publicznego w Polsce o zaprzestanie uprawiania polityki kosztem dewastacji poczucia bezpieczeństwa Polaków oraz o powrót do racjonalnej i merytorycznej dyskusji na tematy nie tylko służby zdrowia, ale również innych sfer funkcjonowania państwa.

---

**DOLNOŚLĄSKIE FORUM SAMORZĄDÓW ZAWODÓW ZAUFANIA PUBLICZNEGO**

**www.dfszpz.pl**  
e-mail: poczta@dfszpz.pl



- Dariusz Jackowski – Prezes Rady Dolnośląskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej,  
 Monika Janus – Przewodnicząca Rady Izby Komorniczej we Wrocławiu,  
 Sławomir Krześ – Dziekan Okręgowej Rady Adwokackiej we Wrocławiu,  
 Maria Pałeczka – Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek  
 i Położnych w Wałbrzychu,  
 Marcin Repelewicz – Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej Dolnośląskiej Izby  
 Aptekarskiej we Wrocławiu,  
 Tomasz Scheffler – Dziekan Rady Okręgowej Izby Radców Prawnych  
 we Wrocławiu,  
 Elżbieta Słojewska-Poznańska – Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek  
 i Położnych w Jeleniej Górze,  
 Anna Szafran – Przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek  
 i Położnych we Wrocławiu,  
 Paweł Wróblewski – Prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej.

W imieniu DFSZZP

Tomasz Scheffler

## WAŻNA INFORMACJA!

Działając na podstawie  
 Uchwały Nr 34/VII/2022  
 Okręgowej Rady Pielęgniarek  
 i Położnych w Jeleniej Górze  
 z dnia 19.12.2022 r. informujemy,  
 że od kolejnego numeru  
 nasz kwartalnik będzie wydawany  
 tylko i wyłącznie  
 w wersji elektronicznej, dostępnej  
 pod adresem <http://oipip.jgora.pl>  
 w zakładce *Wydarzenia*,  
 pozycja *Biuletyn*.

Zapraszamy do odwiedzania  
 naszej strony i korzystania  
 z materiałów tam zamieszczanych.



*Załącznik  
do Uchwały Nr 31/VII/2019 ORP i P w Jeleniej Górze  
z dnia 29 marca 2019 roku*

**REGULAMIN**  
**przyznawania pomocy finansowej -zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w  
Jeleniej Górze oraz członkom innych Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych**

**§ 1**

1. Fundusz pomocy finansowej (zapomogowy) dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych stanowią środki finansowe pochodzące ze składek członkowskich.
2. Wysokość funduszu określana jest corocznie w Planie Finansowym ( Budżetowym) Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze, przyjętym Uchwałą Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo-Budżetowego Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze.
3. Środki finansowe niewykorzystane w danym roku, nie zwiększają Funduszu pomocy finansowej w roku następnym.

**§ 2**

O przyznanie pomocy finansowej, zwanej bezzwrotną zapomogą pieniężną, może ubiegać się członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze regularnie opłacający składkę członkowską.

**§ 3**

1. Pomoc finansowa -zapomoga przyznawana jest tylko w wyjątkowych przypadkach, sytuacjach losowych zaistniałych np. wskutek klęski żywiołowej ( powódź, pożar, wichura) i katastrof a także z powodu ciężkiej i długotrwałej choroby członka samorządu, jego współmałżonka lub dzieci pozostających na ich utrzymaniu do czasu zakończenia edukacji ( nauki), jednak nie dłużej niż do 25 roku życia.
2. Zapomoga może być przyznana wnioskodawcy na podstawie złożonego wniosku, jednak nie częściej niż 1 raz w roku kalendarzowym.

**§ 4**

Górną granicę wysokości zapomogi stanowi kwota **1000,00 zł.** (słownie: jeden tysiąc złotych).

**§ 5**

1. Do pisemnego wniosku o przyznanie pomocy finansowej ( zapomogi) należy dołączyć:
  - a) Zaświadczenie potwierdzające opłacanie składek członkowskich na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze przez okres co najmniej 1 roku,
  - b) Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia lub karta informacyjna z leczenia szpitalnego osoby, której dotyczy wniosek o przyznanie zapomogi,
  - c) Imienne Rachunki, Faktury kosztów poniesionych przez wnioskodawcę w związku z leczeniem (rehabilitacja, niezbędne badania diagnostyczne, zakup protezowania itp.)
  - d) Zaświadczenie od uprawnionego organu administracji państwowej lub samorządowej o wystąpieniu zdarzenia losowego ( klęski żywiołowe, katastrofy budowlane),
  - e) Opinia pełnomocnika, delegata na Okręgowy Zjazd lub bezpośredniego przełożonego,
  - f) Numer konta bankowego, na które ma być przekazana zapomoga.
  - g) Oświadczenie wnioskodawcy zawierające klauzulę o wyrażeniu zgody na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia w celu rozpoznania wniosku o zapomogę. Oświadczenie wymagane jest również od członków rodziny wnioskodawcy ( męży; pełnoletniego dziecka), w przypadku gdy wniosek o zapomogę składany jest z powodu ciężkiej choroby, któregoś z jej członków - **Wzór oświadczenia** stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu.

2. Pomoc finansowa udzielona na podstawie nieprawdziwych zaświadczeń lub fałszywych dowodów - podlega zwrotowi wraz z odsetkami.

### § 6

1. Wniosek wraz z kompletem dokumentów należy składać w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze.
2. Wnioski niekompletne nie podlegają rozpatrzeniu.

### § 7

1. Wnioski o przyznanie pomocy finansowej rozpatruje i zatwierdza Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze lub jej Prezydium.
2. Okręgowa Rada lub jej Prezydium zatwierdzenia dokonują Uchwałą, podjętą zwykłą większością głosów.

### § 8

Pomoc finansowa (zapomoga) w wyjątkowych sytuacjach losowych może być udzielona członkom innych Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w maksymalnej kwocie **100,00 złotych** (słownie: sto złotych), na wniosek ( pismo) macierzystej Izby członka, innej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Zapomoga w ustalonej kwocie, decyzją Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze bez konieczności podejmowania Uchwały przez Okręgową Radę lub jej Prezydium, może być przekazana na konto wskazane we wniosku ( piśmie) pod warunkiem, że jest kontem Izby proszącej o pomoc.



*Załącznik nr 1 – Wzór oświadczenia  
do Regulaminu przyznawania pomocy finansowej- zapomóg członkom OIPiP w Jeleniej Górze  
przyjętego Uchwałą Nr 31/VII/2019 ORPiP z dnia 29 marca 2019 roku*

.....  
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie )

.....  
(adres zamieszkania)

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze moich danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu rozpoznania przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze lub jej Prezydium wniosku o zapomogę.

.....  
(Miejscowość , data )

.....  
( podpis)



## NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

### Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.4.1.2023.MK

Warszawa, dnia 4 stycznia 2023 r.

Pan  
**Jarosław Wojciech Obremski**  
 Wojewoda dolnośląski

*Szanowny Panie Wojewodo*

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z uprzejmą prośbą o podjęcie określonych działań celem zaszeregowania pielęgniarek systemu posiadających specjalizację zgodnie z kwalifikacjami wymaganymi w art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1720 ze zm.), do właściwej grupy zawodowej wskazanej w załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. *o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych* (Dz. U. z 2021 r., poz. 1801 ze zm.).

W związku z wpływającymi sygnalizowanymi problemami do biura Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych zgłaszają się członkowie samorządu, wg których kierownicy podmiotów leczniczych realizujących świadczenia zdrowotne w zespołach ratownictwa medycznego niekorzystnie interpretują przepisy ww. ustawy kwalifikując pielęgniarki systemu do grupy 6 określonej w załączniku do ww. ustawy, niezależnie od posiadanych kwalifikacji, czyli jako pielęgniarkę ze średnim wykształceniem, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Powyższe działania argumentują przepisami, w których ratownik medyczny, który nie posiada tytułu specjalisty lub tytułu magistra może być zakwalifikowany wyłącznie do grupy 6 z współczynnikiem pracy – 0,94.

Ponadto, kierownicy podmiotów leczniczych zmieniają tytuły stanowisk pracy: starsza pielęgniarka – specjalista na tytuły: starsza pielęgniarka systemu, co jest niezgodne z przepisami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. *w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami* (Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896 ze zm.).



Zgodnie z art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1720 ze zm.) pielęgniarka systemu to pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadająca co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym.

**Pielęgniarka ze specjalizacją w wymaganych ustawowo dziedzinach pielęgniarstwa, o których mowa powyżej, a która została zatrudniona w jednostkach PRM zostaje pielęgniarką systemu i zgodnie z przepisami ustawy przy określaniu współczynnika wynagrodzenia powinna zostać zakwalifikowana do grupy 5, czyli zgodnie z kwalifikacjami na wymaganym zajmowanym stanowisku – ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub do grupy 2, jeżeli posiada tytuł magistra pielęgniarstwa i tytuł specjalisty.**

W opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych niedopuszczalne i niezasadne jest interpretowanie przez kierowników podmiotów leczniczych przepisów przedmiotowych ustaw i stosowanie praktyk uznających najniższe kwalifikacje jako wymagane na danym stanowisku, czyli określonych w grupie lp. 6 z współczynnikiem pracy 0,94 - w grupie osób, które nie posiadają ustawowego tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, pomimo iż przed dniem wejścia w życie aktualnej ustawy uznawali posiadane kwalifikacje jako wymagane.

W związku z powyższym, zwracam się z uprzejmą prośbą o interwencję w przedmiotowej sprawie i wskazanie podległym jednostkom właściwej interpretacji przepisów ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, tj. objęcia pielęgniarek systemu, które posiadają tytuł specjalisty w określonej ustawowo dziedzinie pielęgniarstwa, współczynnikiem pracy 1,02 lub 1,29 zgodnie z nowelizacją ww. ustawy.

*Z wyrazami szacunku*  
Wiceprezes NRPIP



Mariola Łodzińska

Do wiadomości:

- Pan Adam Niedzielski – Minister Zdrowia.

## PROJEKT „WSPARCIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH”

# Kurs: Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

W trakcie kształcenia dyplomowego pielęgniarki i położne zdobywają wiedzę oraz umiejętności dotyczące samodzielnego rozpoznania stanu nagłego zagrożenia życia i podjęcia działań resuscytacyjnych. O tym, dlaczego tak ważne jest pogłębianie wiedzy z tego zakresu rozmawiamy z dr n. o zdr. Dorotą Kosiorek, pielęgniarką pracującą w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie, kierownikiem kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa” oraz „Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka”.

**Pielęgniarki składają przyrzeczenie, że będą „Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim”. W tym kontekście umiejętność przeprowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej staje się niezwykle ważna...**

Z pewnością pracownicy systemu ochrony zdrowia i studenci kierunków medycznych powinni posiadać i wykazać się umiejętnościami z zakresu udzielania pierwszej pomocy w nagłych sytuacjach. Znajomość tych zasad zwiększa szanse na właściwe reagowanie w sytuacjach zagrożenia zdrowia oraz życia i zapewnia poszkodowanemu specjalistyczną pomoc. Statystyki pokazują, że gdyby przynajmniej 10% populacji potrafiło przeprowadzić RKO, uratowanoby aż milion osób rocznie. Mało kto zdaje sobie sprawę, że samo uciśnięcie klatki piersiowej w przypadku nagłego zatrzymania krążenia powoduje, że szansa na przeżycie wzrasta aż trzykrotnie, natomiast zaniechanie tych czynności zwiększa ryzyko zgonu aż o 10% w każdej minucie. Mózg człowieka jest w stanie wytrzymać bez tlenu zaledwie 5 minut, po tym czasie następuje śmierć komórek nerwowych, a zmiany te są nieodwracalne. Ta świadomość powinna motywować nas do niezwłocznego działania.

**Czy uważa Pani, że nasza wiedza i umiejętności w tym zakresie zdobyte w trakcie studiów pielęgniarskich i położniczych są na właściwym poziomie?**

Uważam, że wiedza zdobyta w trakcie studiów jest niezadawalająca. Studenci pozytywnie oceniają zajęcia z pierwszej pomocy, jednak uważam, że niewystarczająca jest liczba godzin dydaktycznych z tego zakresu. Pomimo zaawansowanych metod nauczania na studiach, absolwenci pielęgniarstwa

i położnictwa bardzo chętnie uczestniczą w kursach specjalistycznych z resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Świadczy to o dużej potrzebie zdobywania wiedzy, jak i utrwalania już posiadanej (kursy powinny kłaść nacisk przede wszystkim na praktykę). Rzetelne nauczanie pierwszej pomocy pozwala uniknąć nieuzasadnionych obaw przed podjęciem czynności ratowniczych, a także podnosi prestiż pielęgniarstwa i położnictwa jako zawodu.

**Czy nasze środowisko potrzebuje kursów RKO?**

Tak, potwierdzają to moje obserwacje. Każdego roku tysiące kobiet i mężczyzn traci przytomność i umiera z powodu nagłego zatrzymania krążenia (NZK). Wielu tragediom można zapobiec poprzez natychmiastowe rozpoczęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Pielęgniarki i położne wiedzą, jak ważne jest udzielenie pomocy poszkodowanemu przez świadków zdarzenia, którzy pod wpływem emocji mogą zachowywać się w takich sytuacjach nieprzewidywalnie. Część z nich działa z odwagą i poświęceniem, innych silne emocje paraliżują, niektórzy nawet uciekają z miejsca wypadku, nie udzielając poszkodowanemu pomocy. Odpowiednia reakcja na nagłe zdarzenie stanowi element umiejętności prawidłowego udzielenia pierwszej pomocy i tego też uczymy się w trakcie kursów, czyli nie tylko udzielać pierwszej pomocy, ale także jak zorganizować sobie pomoc wśród świadków zdarzenia.

**Dużym powodzeniem cieszą się kursy RKO? Jak dużo czasu poświęca się na praktykę? Jak już Pani wspomniała ta część jest najważniejsza.**

Kursy specjalistyczne z resuscytacji krążeniowo-oddechowej cieszą się dużym zainteresowaniem. W trakcie zajęć uczestnicy mają możliwość korzystania z nowoczesnych metod nauczania pierwszej pomocy, między innymi są to symulacje medyczne. Symulacja to metoda aktywnego uczenia się, która polega na naśladowaniu rzeczywistości, niezwykle ważne jest uczenie się na błędach w bezpiecznych warunkach. Rolę poszkodowanego pacjenta przejmują tutaj fantomy, na którym można przeprowadzać wszystkie zabiegi, jakie prowadzi się na żywym człowieku i to właśnie te zajęcia praktyczne są najistotniejsze. Program kursu przewiduje ćwiczenia w małych grupach, co jest bardzo korzystne dla uczestników.

**Komu poleciłaby Pani ten kurs?**

Uczestnictwo w kursie polecam każdej osobie, ale w szczególności osobom wykonującym zawód pielęgniarki i położnej, które ze względu na wykonywany zawód, mają kontakt z pacjentem w stanie zagrożenia życia. Warto przypomnieć że, każdy człowiek jest zobowiązany przepisami prawa do udzielania pierwszej pomocy osobom, które tego potrzebują. Nigdy przecież nie wiadomo, kiedy i komu będziemy musieli ratować życie, a nabycie wiedzy teoretycznej oraz praktycznych umiejętności z zakresu resuscytacji, w znaczący sposób zwiększa szanse na uratowanie innych osób. Po zakończonym kursie uczestnicy potrafią zadbać o bezpieczeństwo własne, ocenić stan poszkodowanego, prawidłowo wezwać pomoc, wykonać prawidłowo pozycję boczną, ocenić podstawowe parametry życiowe, wykonać resuscytację krążeniowo-oddechową, użyć defibrylatora AED oraz postępować w wybranych stanach nagłych. Dzięki wiedzy





i umiejętnościom zdobytym podczas szkoleń każdy uczestnik będzie mógł powiedzieć o sobie z dumą – wiem jak ratować ludzkie życie i zdrowie!

Naszą rozmówczynią jest również Olga Popkowska, pielęgniarka pracująca w Oddziale Klinicznym Patologii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie, która była uczestniczką kursu „Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka”.

**Dlaczego zdecydowała się Pani na odbycie kursu? Jak się Pani o nim dowiedziała?**

Odbyciem kursu byłam zainteresowana już od dawna. Rok temu taki kurs miał się odbyć w Warszawie, jednak został odwołany z powodu niedostatecznej liczby chętnych. O kursie organizowanym przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie dowiedziałam się od mojej pielęgniarki oddziałowej.

**Jak opisałaby Pani jego znaczenie dla Pani stanu wiedzy – poszerzył ją? Uporządkował?**

W swojej pracy chcę jak najlepiej, jak najszybciej i zgodnie z najnowszymi wytycznymi pomagać w kryzysowych momentach naszym pacjentom. Większość ludzi teoretycznie wie jak udzielić pierwszej pomocy. W stresującej sytuacji często zamiast działać, zastanawiamy się co właściwie mamy robić, błądzimy. Kurs pozwala utrwalić schemat postępowania, systematyzuje naszą wiedzę.

**Może Pani opowiedzieć o swojej pracy codziennej?**

Od początku studiów licencjackich czułam, że praca z noworodkami to moje powołanie. Po obronie i pierwszej rozmowie z oddziałową zostałam zatrudniona na Klinicznym Oddziale Patologii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt w Olsztynie. Leczymy i opiekujemy się dziećmi z przeróżnymi problemami zdrowotnymi. Są to problemy związa-

ne z wcześniactwem, wadami wrodzonymi, rozwojowymi, infekcjami, diagnostyką. Otarczamy opieką noworodka, a także jego mamę i tatę.

**Czy jakieś trudne przypadki, z którymi Pani miała styczność w pracy, zainspirowały Panią do wzięcia udziału w kursie? Z jakim najtrudniejszym przypadkiem związanym z resuscytacją noworodka się Pani spotkała?**

Nasi pacjenci intensywnego nadzoru są podłączani do monitorów sygnalizujących odchylenia parametrów od normy. Dzięki temu możemy szybko reagować. Najczęściej dzieci nie wymagają resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Oczywiście zdarzają się takie sytuacje gdzie nasze podstawowe działania nie przynoszą spodziewanego rezultatu i musimy podążać przez kolejne etapy RKO. Zawsze jest to stresujące zarówno dla nas, jak i dla rodziców dziecka. Doszkalając się i uczęszczając na kurs myślę szczególnie o małych pacjentach i ich rodzicach. Jestem mamą dwójki dzieci i chciałabym, żeby każdy potrzebujący pomocy pacjent otrzymał ją w najlepszy, profesjonalny i zgodnie z aktualnymi procedurami sposób.

**Co nowego, znaczącego się Pani dowiedziała na kursie? Co Panią zaskoczyło?**

Dowiedziałam się, że w sytuacji zagrożenia życia świeżorodka z trudnościami w uzyskaniu dojścia dożylnego mamy do dyspozycji alternatywę w postaci założenia cewnika do żyły pępowinowej. Wcześniej o tym nie słyszałam. Procedurę mogliśmy obejrzeć na filmie, a także ćwiczyć zakładanie na fantomie, był ciekawy punkt programu.

**Czy zdecydowała się Pani wprowadzić do swojej codziennej pracy jakiś nowy element, o którym się Pani dowiedziała na kursie?**

Jeszcze nie miałam okazji i mam nadzieję, myśląc o zdrowiu małych chorych, że długo nie będę musiała. Jednak w trakcie ćwiczeń zdałam sobie sprawę, jak ważne jest głośne odliczanie schematu „jeden i dwa i trzy i oddech”. Każda z osób podejmujących RKO wie, kiedy wykonać swoje poszczególne zadanie. Uciśkanie, oddech, pomiar parametrów, odliczanie czasu. Pozwala to w tym chaosie „wejść” w rytm i optymalnie pomóc dziecku.

**W takim razie życzę żeby sytuacji, w których niezbędnym staje się wykorzystanie wiedzy zdobytej na kursie, było w Pani pracy jak najmniej. Dziękuję za rozmowę i życzę dużo motywacji do ciągłego aktualizowania swojej wiedzy.**

Rozmawiała: Patrycja Wyczołkowska  
Źródło: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych



## PROJEKT „WSPARCIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH”

# Komunikacja interpersonalna jako kluczowy element w pracy pielęgniarek

Komunikacja interpersonalna jest niezwykle ważna w procesie pielęgnowania i opieki nad pacjentami, relacji z ich rodzinami, a także z współpracownikami. Dlatego w ramach realizowanego projektu „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych” znalazł się wśród wielu innych kurs „Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie”. Oto co o problemach z komunikacją oraz ich rozwiązywaniu opowiedziały dwie uczestniczki kursu.

**Alina Juraszek-Basa,**  
33 lata pracy w zawodzie pielęgniarki,  
od 18 lat pełni funkcję pielęgniarki  
oddziałowej, od ponad 2 lat Przetóżonej  
Pielęgniarek, Szpital Wojewódzki  
w Bielsku-Białej

**Traktuję swój zawód jako powołanie,** od ponad 30 lat pracuję jako pielęgniarka i nie planuję tego zmieniać. Jednym z najtrudniejszych zadań w mojej pracy jest rozmowa z chorymi. Do realizowania tego zadania nie byliśmy odpowiednio przygotowywani, ponieważ komunikacja interpersonalna nie była uwzględniona w programach kształcenia. Nie miałam więc wątpliwości, czy zapisać się na bezpłatny kurs poruszający zagadnienia komunikacji interpersonalnej. Mam poczucie, że jest ona w pielęgniarstwie kluczowym elementem – w procesie diagnozowania, leczenia, pielęgnowania, zdrowienia, ale też umierania. Z doświadczenia zawodowego wiem, jak ważna dla pacjenta jest każda chwila, którą mu poświęcamy. Każdy uśmiech, nawet krótka rozmowa, odpowiedni ton głosu są bezcenne. Pamiętam pacjenta, który w dniu wypisu z oddziału bardzo dziękował mi za to, że w pierwszym dniu pobytu w oddziale przywitałam go podając mu rękę i przedstawiłam się. Nie zdawałam sobie sprawy, że może być to dla niego, aż tak ważne. Warto podkreślić również znaczenie komunikacji niewerbalnej, to co mówimy to jedno, a drugie – to, co przekazujemy mową ciała. Spójność tych komunikatów jest bardzo istotna.

**Pacjent, który z powodu choroby jest w ogromnym stresie,** czuje się zagubiony i cały jego pobyt w szpitalu łączy się z negatywnymi emocjami, ze strachem, lękiem, nie-



kiedy gniewem i agresją. Kiedy nie odczuwa wsparcia, czuje się nierozumiany, nie zna i nie rozumie planu leczenia, automatycznie nie mobilizuje sił do walki z chorobą. Przeciwnie – poddaje się, rezygnuje, zmniejsza się jego chęć do życia i powrotu do zdrowia. Jestem pewna, że każdy z nas spotkał na swojej drodze zawodowej pacjenta, który nic nie mówi, nic nie chce, nie patrzy w naszą stronę, a z jego oczu bije smutek albo złość. Jednak kiedy okazujemy zainteresowanie, chęć rozmowy, troskę, empatię – pojawia się zaufanie i wola współpracy w procesie leczenia. Właśnie na tym kursie miałam szansę nauczyć się trafnie

nazywać własne emocje, ale i odczytywać emocje pacjenta.

**Komunikacja interpersonalna w pielęgniarstwie to nie tylko komunikacja na poziomie pielęgniarka-pacjent,** ale komunikacja pomiędzy wszystkimi członkami zespołu interdyscyplinarnego. Żebyśmy mogli odnosić sukcesy w opiece nad pacjentami, cały zespół musi działać sprawnie, a podstawą takiego działania jest komunikacja oparta na wzajemnym szacunku, zaufaniu, życzliwości, tolerancji. Kiedy nie działa jeden element, ma to wpływ na resztę i może spowodować efekt domina, niezadowolony pacjent i frustrację

kadry, która straci poczucie sensu swojej pracy i sprawczości. Warto inwestować w zespół, wówczas częściej odczuwamy satysfakcję z tego, co razem robimy.

**Kurs „Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie”** w którym uczestniczyłam to 100 godzin zajęć, w tym 15 godzin wykładów, a 85 to warsztaty i treningi. Uważam, że to świetne proporcje, które wymuszają na nas ciągłą aktywność i mobilizują do działania w czasie zajęć. Teoria jest ważnym elementem, ale najlepiej, kiedy dopełniają ją ćwiczenia, tak więc sposoby dotyczące komunikacji ćwiczymy pod okiem profesjonalisty, czyli wykładowczyni, którą jest psycholog.

**Informacja, która mnie zaskoczyła to znaczenie komunikacji niewerbalnej.** Wiedziałam, że stanowi dużą część w całym procesie komunikacji, ale zapomniałam, że to aż ponad 90 procent! I rzeczywiście tak jest, podczas ćwiczeń i warsztatów było to widoczne. Na co dzień często nie zwracamy na to uwagi, ale warto się nad tym pochylić. Miłym zaskoczeniem dla mnie jest duże zainteresowanie pielęgniarek właśnie tą tematyką.

Chciałabym podkreślić jeszcze jedną ważną rzecz – odpowiedzialność za słowo. Pamiętajmy, że słowa mają moc, można nimi ranić, można sprawić, że ktoś poczuje się wykluczony, niezaopiekowany, nieważny. W dobrej komunikacji ważne jest przede wszystkim słuchanie, i taka rozmowa, w której nasz rozmówca czuje, że rozumiemy jego potrzeby i że chcemy mu pomóc.

**W mojej codziennej pracy staram się dbać o dobrą atmosferę,** o dobre relacje międzyludzkie. Jedną z technik dobrej komunikacji jest docenianie. Jedno zdanie potrafi tak wiele zmienić – „Bardzo doceniam to, co dzisiaj zrobiłaś dla koleżanki, dziękuję, że jej pomogłaś”. To są cudownie wspierające słowa, których każdy z nas pragnie. Jesteśmy połączeni, działamy razem i takie gesty mają ogromną moc. Wszyscy potrzebujemy być zauważeni, docenieni, to nas mobilizuje do kolejnych działań, motywuje, aby całym sobą angażować się w pracę i pokonywać przeszkody. Warto pamiętać, że dobra komunikacja interpersonalna jest oparta na prawdzie i autentyczności. Dla mnie to wartości, dzięki którym można przenosić góry.

**Barbara Wykręt,**  
34 lata pracy w zawodzie pielęgniarki,  
w tym 10 lat jako pielęgniarka  
oddziałowa, od 6 lat dyr. ds.  
pielęgniarstwa, Szpital Wojewódzki  
w Bielsku-Białej

**Komunikacja interpersonalna jest jedną z podstawowych potrzeb egzystencjalnych.** Każde zachowanie człowieka, w tym również milczenie, jest komunikatem. W pracy z ludźmi, do jakiej należy zaliczyć pracę pielęgniarki/położnej, umiejętność komunikowania



powinna być wciąż doskonała. Jednym z podstawowych elementów sformułowania diagnozy pielęgniarskiej, położniczej jest przeprowadzenie wywiadu. Dobrze przeprowadzony wywiad to w 80% dobre poznanie pacjenta, pozostałe 20% informacji o stanie zdrowia dostarcza badanie fizykalne. W naszych zawodach, które zaliczane są do zawodów zaufania publicznego, poprawna komunikacja stanowi podstawę rzetelnie wykonywanych obowiązków. Dotyczy to przede wszystkim pacjentów, ale i przełożonych, współpracowników i podwładnych. Z tego właśnie powodu zdecydowałam się na udział w kursie.

**Od pielęgniarek wymagana jest także umiejętności postrzegania pacjenta nie tylko przez pryzmat jego problemów zdrowotnych, lecz także potrzeb duchowych** związanych z wyznawaną religią i pochodzeniem etniczno-kulturowym. Z tego powodu w kształceniu pielęgniarek pojawiło się „Pielęgniarstwo transkulturowe”, które przybliżyła tę tematykę. Jest to ważny element, który powinien być uwzględniany w komunikacji interpersonalnej z pacjentem, ale również ze współpracownikami. W trakcie spotkania pielęgniarki/położnej z pacjentem każdy z nich wnosi własne wartości, uprzedzenia. Powinniśmy starać się zrozumieć, jak nasze oczekiwania i reakcje wpłyną na to czy i w jaki sposób pacjent będzie współpracował w czasie badania. Autorefleksja jest ważnym narzędziem samodoskonalenia. Ocena siebie i własnych czynów pozwala spojrzeć z dystansem na nasze zachowania oraz poszukiwać odpowiedzi na pytania: „Co mogę w sobie zmienić?”, „Jakie są moje mocne, a jakie słabe strony?”. W relacji pielęgniarka/położna-pacjent komunikacja terapeutyczna (psychoterapia

elementarna) stanowi wspomagającą formę pielęgnacji, powinna zmierzać do łagodzenia emocjonalnych skutków choroby, wspierania psychicznych sił pacjenta w walce z chorobą, nawiązania dobrej współpracy. Kluczowym jej elementem jest aktywne słuchanie, etyka i profesjonalizm. Opiera się na akceptacji rozmówcy, pełnej tolerancji dla jego emocji, szanowaniu drugiej osoby.

**Istnieje wiele czynników, które zakłócają poprawną komunikację interpersonalną.** Są to: różnice językowe, odmienne postrzeganie rzeczywistości, niespójność komunikatów werbalnych i niewerbalnych, nadmiar emocji, nadmiar informacji, krytyka, moralizowanie, brak zaufania. Problematyczne może być również to, że komunikujemy się z osobami w różnych stanach chorobowych oraz z różnymi dysfunkcjami. Ważne, aby pielęgniarka/położna w relacjach interpersonalnych stosowała znane techniki poprawnej komunikacji oraz skutecznie wykorzystywała zdobytą wiedzę w pokonywaniu barier zakłócających porozumiewanie się. Również w sprawowaniu funkcji kierowniczej, jaką mam zaszczyt pełnić od 6 lat, poprawna komunikacja stanowi kluczowy element zarządzania zasobami ludzkimi, które stanowią najważniejsze ogniwo każdej organizacji. Techniki wskazane powyżej powinny być również wykorzystywane w relacjach służbowych. Osobiście dla mnie najważniejsza jest autorefleksja oraz aktywne słuchanie. W relacjach z ludźmi powinniśmy kierować się zasadą traktowania innych w taki sposób jak chcielibyśmy aby inni traktowali nas. To stanowi podstawę sukcesu w relacjach interpersonalnych.

Źródło: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

# Stanowisko konsultanta krajowego

## Stanowisko

**Konsultanta krajowego ds. pielęgniarstwa onkologicznego  
Konsultanta krajowego ds. pielęgniarstwa epidemiologicznego**

**w sprawie bezpieczeństwa przygotowywania i podawania produktów leczniczych zawierających BCG przez pielęgniarki pracujące w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej**

Dopęcherzowe podawanie BCG ma zastosowanie w leczeniu pacjentów, u których rozpoznano nieinwazyjnego raka nabłonkowego pęcherza moczowego.

Preparat BCG zawiera żywe, atenuowane (odzjadliwione) prątki gruźlicy i ma postać proszku, do którego dołączony jest rozpuszczalnik, celem przygotowania zawiesiny.

Bezpieczeństwo przygotowania i podawania leku zależne jest od przestrzegania wytycznych zapisanych w Karcie Charakterystyki Produktu Leczniczego (KCHPL), ale zawsze należy uwzględnić aktualne zasady dobrej praktyki pielęgniarskiej (w tym zasady aseptyki i antyseptyki).

W związku z powyższym przedstawiamy zalecenia, które pozwolą na osiągnięcie bezpieczeństwa w procesie przygotowywania i podawania preparatów BCG:

1. Produkt nie powinien być przygotowywany do podania przez te same osoby i w tym samym pomieszczeniu, w którym przygotowywane są inne dożylnie produkty lecznicze o działaniu cytotoksycznym.
2. Osoby o obniżonej odporności, kobiety w ciąży i karmiące piersią nie powinny przygotowywać leku.
3. Konfekcjonowanie leku we fiolce znacząco zwiększa bezpieczeństwo dla przygotowującego niż w ampułce.
4. Do przygotowania leku niezbędna jest odzież ochronna jednorazowego użytku, tj. czepki, maska z filtrem Hepa FFP3, fartuch ochronny nieprzepuszczalny dla cieczy, rękawice jednorazowe diagnostyczne.
5. Należy unikać kontaktu produktu BCG ze skórą lub błonami śluzowymi, ponieważ może prowadzić do reakcji nadwrażliwości lub zakażenia zanieczyszczonego miejsca.
6. System zamknięty, dołączony do wyposażenia leku, daje gwarancję bezkontaktowego, bezpiecznego przygotowania zawiesiny do użycia, pod warunkiem przestrzegania zaleceń opisanych w KChPL.



7. W przypadku systemu otwartego, należy zapewnić warunki jałowe, zgodnie z KChPL, rozważając zastosowanie pomieszczeń z klasą czystości A lub B.
8. Szczególnie rozważyć zalecenia przygotowania leku przez kilkukrotne aspirowanie zawartości i ponownie wypuszczanie jej do ampułki lub fiolki po wcześniejszym wpuszczeniu 0,9% NaCl, gdyż zwiększa ryzyko (szczególnie z zastosowaniem ampułki) uzyskania niejałowego roztworu (obecnie nie stosuje się takiego sposobu przygotowywania leku bez zapewnienia warunków czystości mikrobiologicznej pomieszczenia).
9. W każdym przypadku należy zapewnić warunki bezpieczeństwa pacjentowi, u którego jest prowadzone leczenie preparatem BCG drogą dopęcherzową, przy przygotowaniu do zabiegu, zakładaniu cewnika do pęcherza moczowego, podawaniu leku, pozostawienia zawiesiny w pęcherzu moczowym, przekazaniu zaleceń do domu.
10. Właściwe, zgodnie z wytycznymi KChPL, postępowanie po kontakcie preparatu BCG z nieuszkodzoną/uszkodzoną skórą, błonami śluzowymi, jamą ustną. Zaleca się opracowanie procedury postępowania w przypadku skażenia środowiska żywnego i nieżywnego.
11. Po użyciu sprzęt i materiały należy unieszkodliwiać jako odpad medyczny zakaźny (kod odpadów 180103\*) zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. 2017 poz. 1975).

Kraków, 7.11.2022

dr n. med. Anna Szczypta  
Konsultant Krajowy  
w Dziedzinie Pielęgniarstwa  
Epidemiologicznego

dr n. med. Małgorzata Pasek  
Konsultant Krajowy  
w Dziedzinie Pielęgniarstwa  
Onkologicznego



PODPIS ZAUFANY

MAŁGORZATA MARIA  
**PASEK**  
07.11.2022 10:10:37 [GMT+1]  
Dokument podpisany elektronicznie  
podpisem zaufanym

# Atopowe zapalenie skóry

## – przewlekła dermataza zapalna

Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest przewlekłą chorobą zapalną o nawrotowym charakterze. Do rozwoju AZS dochodzi na skutek współdziałania czynników genetycznych, środowiskowych, uszkodzenia bariery skórnej i zaburzeń układu immunologicznego. Jak się objawia i czym się charakteryzuje?

**mgr pielęgniarstwa Wojciech Kapata,  
Wielkopolskie Samorządowe Centrum  
Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego  
nr 1, Poznań**

Choroba charakteryzuje się występowaniem suchości skóry i świądu skóry zwykle o dużym lub bardzo dużym nasileniu oraz charakterystycznymi zmianami skórnymi. Wspólną cechą występującą u chorych na AZS jest uszkodzenie bariery naskórkowej, której funkcją jest m.in. ochrona organizmu przed działaniem niekorzystnych czynników środowiskowych, infekcyjnych, a także przed wnikaniem zewnątrzpochodnych alergenów do skóry. Przebieg choroby jest przewlekły z okresami remisji i zaostrzeń. Najczęściej pierwsze zmiany skórne powstają pomiędzy 3. a 6. m.ż. dziecka, zaś prawie u wszystkich pozostałych chorych (ponad 90%) do 5. r.ż. Ryzyko zachorowania w późniejszym okresie znacznie spada, tj. w wieku 6-20 lat odnotowuje się kilka-, kilkanaście procent wszystkich nowych zachorowań, a początek choroby po okresie dojrzewania zdarza się rzadko. Zauważa się jednak, że niestety coraz częściej dochodzi do występowania AZS „de novo” także w populacji osób dorosłych, które wcześniej nie sygnalizowały żadnych problemów alergicznych lub jeśli nawet one były (np. katar sienny, alergiczne zapalenie spojówek), to o niewielkim natężeniu i szybko ustępowały – ma to miejsce w szczególności w krajach o wysokim uprzemysłowieniu, ale także coraz częściej w Polsce. Częstość występowania AZS wśród dzieci sięga 15–20%. U około 10% chorych AZS utrzymuje się w wieku dorosłym.

### OBJAWY

Rozpoznanie AZS ustala się na podstawie obrazu klinicznego oraz kryteriów rozpoznawczych.

Do dużych kryteriów, z których przynajmniej 3 z 4 muszą być spełnione zalicza się:

- ◆ nasilony, uporczywy świąd skóry (najczęściej zgłaszany objaw),
- ◆ typowe umiejscowienie zmian skórnych (m.in. zgięcia łokciowe, kolanowe),
- ◆ przewlekły i nawrotowy przebieg choroby,



- ◆ dodatni osobniczy lub rodzinny wywiad atopowy.

Poza tym ustalono szereg dodatkowych kryteriów mniejszych, spośród których najczęściej stwierdza się m.in.: suchość skóry, rogowacenie przymieszkowe, podwyższone stężenie IgE, nawrotowe infekcje skóry, dermatografizm, nietolerancję wełny i pokarmów (zwłaszcza u dzieci) oraz zaostrzenie po stresie.

### PROBLEMY W POSTĘPOWANIU PIELĘGNACYJNYM

Problemy w postępowaniu pielęgnacyjnym w AZS wynikają po części z objawów choroby:

- ◆ suchość skóry,
- ◆ stan zapalny w obrębie skóry (różne mediatory),
- ◆ świąd skóry,

- ◆ wtórna do suchości skóry podatność na zakażenia (bakteryjne, grzybicze, wirusowe, pasożytnicze),
- ◆ współistniejącej alergii wziewnej, pokarmowej, kontaktowej,
- ◆ inne problemy.

## EMOLIENTY

Podstawą leczenia i pielęgnacji AZS jest przewlekłe stosowanie emolientów na obszary suchej skóry. Emolienty to różnego rodzaju preparaty (maści, kremy, balsamy, inne) do stosowania zewnętrznego, o właściwościach nawilżających, natłuszczających i uelastyczniających skórę. Głównym zadaniem emolientów jest odbudowa uszkodzonej bariery naskórkowej i przywrócenie jej funkcji. Rezultat ten jest osiągnięty przy udziale różnych mechanizmów, tj. efektu okluzji, wiązania i utrzymania wody w obrębie warstwy rogowej oraz przez dostarczanie składników lipidowych czy białkowych, których z reguły brakuje w zmienionej chorobowo warstwie rogowej. Końcowym efektem działania emolientów jest redukcja stanu zapalnego i świądu skóry oraz poprawa wyglądu skóry. Maksymalny efekt działania emolientów występuje w ciągu 0,5-1 godz. po posmarowaniu i utrzymuje się do około 4 godz.. Zabiegi pielęgnacyjne należy wykonywać tak często, jak wymaga tego stan skóry. Zwykle większość chorych na AZS wymaga systematycznego stosowania emolientów na suche obszary skóry minimum 2 razy dziennie, zaś w okresach zaostrzeń choroby częściej.

**Działanie emolientów to m.in.:** powodują wzrost elastyczności skóry, zapobieganie utracie wody poprzez działanie okluzyjne, odtwarzają płaszcz lipidowy skóry, suplementacja składników substancji międzykomórkowej naskórka (ceramidy, kwas pyrolidonowy, kwasy tłuszczowe), zatrzymanie wody w naskórku (mocznik, kwas hialuronowy, kolagen), działanie przeciwświądowe i przeciwzapalne (hamowanie aktywności cyklooksigenazy), usuwanie z powierzchni skóry łuski i strupy oraz substancje drażniące i alergeny, dodatkowe działanie przeciwświądowe emolientów wynika z efektu chłodzącego (np. mentolu) oraz działania składników znieczulających miejscowo (np. polidokanolu).

## SKÓRA Z WYSIĘKIEM W AZS

Jeśli w obrębie skóry występuje wysięk (a później strupy) należy skonsultować to z lekarzem, wysięk zwykle świadczy o zakażeniu skóry. W większości przypadków u pacjentów z AZS występują zakażenia bakteryjne skóry i mają one bardzo charakterystyczny obraz kliniczny: najczęściej rozwijają się wtórnie, tj. w fazie zaostrzenia choroby, ogniska wyprysku atopowego mają cechy tzw. zliszajcowacenia, sączy się z nich płyn (wysięk), są pokryte drobnymi nadżerkami i żółtawą wy-

dzieliną lub drobnymi żółtomiodowymi strupami. W postępowaniu leczniczym stosuje się wtedy miejscowo (lub niekiedy także ogólnie) antybiotyk (niekiedy preparat łączony z miejscowym glikokortykosteroidem). W uzasadnionych przypadkach niekiedy konieczna jest hospitalizacja (stan erythrodermii, czyli uogólnionego zapalenia skóry, zwłaszcza u dzieci).

W przypadkach zakażenia skóry można stosować kąpiele lecznicze, tj.: kąpiele odkażające z nadmanganianu potasu, kąpiele odkażające w podchlorynie sodu, kąpiele z krochmalu (mąka ziemniaczana), zastosowanie okładów z kory dębowej, rumianku czy 2-3% roztworu kwasu bornego.

## PROFILAKTYKA W AZS

W profilaktyce AZS duże znaczenie ma nauka pacjenta i/lub jego rodziny odpowiedniego zachowania względem swojego otoczenia, tj.:

- ◆ stosowanie odpowiedniej odzieży w stosunku do pory roku – unikanie przegrzewania i pocenia ciała,
- ◆ noszenie odzieży z tkanin niedrażniących, delikatnych, unikanie wełny,
- ◆ pranie odzieży w proszkach hipoalergicznym, dokładne płukanie wypranej odzieży,
- ◆ unikanie palenia tytoniu przez chorego oraz unikanie przebywania w otoczeniu osób palących,
- ◆ w przypadku uczulenia na alergeny zewnętrzne ograniczenie ekspozycji na nie – pyłki traw, drzew, chwastów, roztozca kurzu domowego, sierść zwierząt, inne,

Do innych, pomocniczych, ale w rezultacie bardzo ważnych w profilaktyce AZS należy wymienić właściwe ukierunkowanie zainteresowań, w tym w przyszłości zawodowych dziecka. Można to osiągnąć poprzez:

- ◆ kształtowanie odpowiednich zainteresowań, tj. odpowiednie zabawy – w przypadku dzieci,
- ◆ przeprowadzanie rozmów i poradnictwo zawodowe – w przypadku młodzieży,
- ◆ w pracy unikanie czynników uczulających.

U chorych na AZS niewskazana jest praca, która wymaga częstego kontaktu z wodą lub czynnikami drażniącymi, gdyż może to powodować zaostrzenie zmian skórnych lub ich nawrót po nawet bardzo długim wcześniejszym okresie remisji.

Chorzy na AZS powinni unikać wyboru zawodów wymagających stałego kontaktu z substancjami uczulającymi i/lub drażniącymi:

- ◆ alergeny powietrzne (pyłki traw, drzew, chwastów) – przeciwwskazana praca w zawodach: ogrodnik, leśnik, rolnik, inne,
- ◆ alergeny pokarmowe – przeciwwskazana praca w zawodach: kucharz, kelner, pracownik pomocniczy w kuchni, inne,

- ◆ chemikalia – przeciwwskazana praca w zawodach: fryzjer, kosmetyczka, pracownik hurtowni chemicznej, inne,
- ◆ pyły, kurz – przeciwwskazana praca w zawodach: sprzątacza, magazynier, praca w tartaku, zawody budowlane, praca w olejach i smarach, inne.

## AZS A SŁOŃCE

U większości pacjentów z AZS zauważa się wyraźne złagodzenie zmian skórnych w miesiącach letnich, co może się wiązać z przeciwzapalnym działaniem promieniowania słonecznego. W terapii AZS można też stosować serie naświetlań chorej skóry za pomocą sztucznego źródła promieniowania ultrafioletowego. Nie jest jednak wskazane długotrwałe ekspozowanie skóry na promieniowanie słoneczne, czyli np. opalanie, zwłaszcza bez zastosowania kremów ochronnych, bowiem może to doprowadzić do oparzeń i podrażnienia skóry. Trzeba też pamiętać, że przegrzanie skóry czy nadmierne pocenie sprzyja nasileniu zmian skórnych w AZS. Dodatkowo, zaleca się okrywanie ciała i stosowanie filtrów przeciwsłonecznych nawet o wysokim współczynniku ochrony (SPF 50+). Zaleca się stosowanie preparatów fotoprotekcyjnych przede wszystkim z filtrami mineralnymi (filtry mineralne w ogóle nie przenikają przez barierę naskórkową); przenikanie substancji organicznych zawartych w filtrach chemicznych wynosi około 0,1-5%. Pacjenci z AZS muszą koniecznie unikać nasłonecznienia w trakcie stosowania niektórych leków, m.in. inhibitorów kalcyneuryny (takrolimus, pimekrolimus) – prewencja zmian nowotworowych skóry.

Należy pamiętać, że nie ma dwóch jednakowych przypadków AZS, ani uniwersalnego środka skutecznego u wszystkich pacjentów chorujących na AZS. To co pomaga jednemu pacjentowi, niekoniecznie może pomóc innemu. Z tego powodu duży nacisk powinno się kłaść na edukację pacjentów i ich rodzin, gdyż poznanie własnej choroby pozwala unikać zaostrzeń, zapobiegać rozwojowi powikłań oraz podnieść komfort życia pacjentów i ich rodzin. Właściwe postępowanie lecznicze i pielęgnacyjne ma także na celu uniknięcie lub spowolnienie „marszu alergicznego”, czyli zatrzymanie lub ograniczenie rozwoju kolejnych schorzeń atopowych, takich jak alergiczny nieżyt nosa lub astma oskrzelowa.

Coraz częściej dochodzi do występowania AZS *de novo* także w populacji osób dorosłych, które wcześniej nie sygnalizowały żadnych problemów alergicznych lub jeśli nawet one były, to o niewielkim natężeniu i szybko ustępowały.

*Piśmiennictwo w redakcji mpip@nipip.pl  
Źródło: Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 11.2022*



# Błonica – zagrożenie epidemiologiczne nadal aktualne



Tym razem o jednej z najgroźniejszych chorób zakaźnych. Błonica uchodzi za chorobę zapomnianą, chorobę ubiegłego stulecia, jednak migracje poszukujących azylu lub uchodźców przyczyniły się do rozprzestrzenienia tej choroby w kilku krajach europejskich. Oto najaktualniejsze informacje o sytuacji epidemiologicznej w Polsce i Europie, jak również stanowisko ECDC dotyczące oceny ryzyka zakażeń błonicą dla szerszej populacji

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

Migracje ludności stawiają przed każdym krajem wiele wyzwań. Poza problemami politycznymi, społecznymi i ekonomicznymi ważną kwestią jest kwestia bezpieczeństwa zdrowotnego w kontekście zagrożeń jakim są choroby zakaźne. Według oceny ryzyka opublikowanej przez Europejskie Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorób (ECDC) w ostatnich miesiącach odnotowano znaczący wzrost przypadków błonicy w Europie. Do dnia 22.09.2022 r. liczba przypadków błonicy wśród migrantów wzrosła

do 92. Czy to oznacza, że jedna z groźniejszych chorób zakaźnych wróciła do Europy?

Do tej pory błonica uchodziła za chorobę zapomnianą, a sytuacja na terenie Unii Europejskiej określana była jako stabilna. Każdego roku w Europie odnotowywanych było 20-30 przypadków błonicy i kilka zgonów z powodu tej choroby. Zakażeniu ulegały najczęściej dzieci, którym nie podano szczepionki lub u których cykl szczepienia był niekompletny, a także nieszczepione nastolatki i osoby dorosłe, u których wygasła odporność poszczepienna. Taka sytuacja związana była z wysokim poziomem uodpornienia w drodze szczepień ochronnych przeciwko tej chorobie w populacji krajów UE. W 2016 r. na terenie UE

zarejestrowano łącznie 65 zachorowań na błonicę. W 2017 r. przypadki błonicy odnotowano na Litwie, Irlandii oraz Wielkiej Brytanii. W Polsce błonica jest chorobą, która nie występuje od wielu lat. Ostatni przypadek zachorowania zarejestrowano w roku 2001. Niestety w bieżącym roku zaobserwowano bardzo niepokojące zjawisko. Wraz ze wzrostem liczby migrantów poszukujących azylu lub uchodźców z Afganistanu, z Algierii, Kamerunu, Pakistanu i Syrii liczba zachorowań na błonicę w Europie gwałtownie wzrosła. W okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2022 r. w Europejskim Regionie WHO wykryto 57 przypadków błonicy. Większość przypadków wystąpiła latem – od czerwca do sierpnia. Zachorowania zgłosiły

Austria, Francja, Niemcy, Włochy, Szwajcaria i Wielka Brytania. 45 z 57 zgłoszonych przypadków dotyczyło błonicy skórnej. Klasyczny obraz błonicy atakujący układ oddechowy zgłoszono w 4 przypadkach w tym jeden przypadek śmiertelny. Kolejnych 8 przypadków sklasyfikowano jako łagodną błonicę oddechową lub bezobjawową. Jak podaje ECDC do 22.09.2022 r. liczba przypadków błonicy na terenie Europy wzrosła do 92. Czy to oznacza, że zapomniana choroba czasu wojny, biedy i społecznej nierówności, powraca?

### CO O BŁONICY POWINIŃMY WIEDZIEĆ?

Błonica, określana też jako dyfteryt, krup lub dławiec, jest ostrą i ciężką chorobą zakaźną, wywołowaną przez bakterie zwane maczugowcami błonicy (*Corynebacterium diphtheriae*). Choroba znana była już w starożytnej Grecji. Jej opis pojawia się w pismach Hipokratesa, gdzie kryje się prawdopodobnie pod nazwą askara i określona jest jako najgorszy z 903 rodzajów śmierci. Zaobserwowano, że dopada głównie dzieci. Zaczyna się od niewinnej chrypki i bólu gardła, a kończy powolną śmiercią w męczarniach przez uduszenie. Od objawów pochodzą jej liczne nazwy. W Hiszpanii, nazywano ją duszycielem – (garrotillo), w Niemczech aniołem śmierci a XVIII-wiecznej Anglii dławicą, a dosłownie: duszącą chorobą.

Dzisiaj dzięki poprawie warunków życia, a przede wszystkim dzięki obowiązkowym szczepieniom ochronnym błonica jest chorobą bardzo rzadką. Panuje nawet powszechne przekonanie, że tej choroby już nie ma. Mało kto pamięta czasy, kiedy w Polsce rejestrowano ok. 40 000 zachorowań i 3 000 zgonów z powodu błonicy rocznie. Choroba zbierała śmiertelne żniwo jeszcze latach 50. XX wieku, aż do roku 1954, kiedy to wprowadzono powszechne szczepienia ochronne. Wówczas sytuacja zmieniła się radykalnie i liczba zachorowań zaczęła stopniowo spadać. Jednak błonica nadal pozostaje chorobą bardzo niebezpieczną. Cechuje się bowiem wysoką śmiertelnością i dużym ryzykiem poważnych powikłań.

### „DUSZĄCA CHOROBA” I JEJ CHARAKTERYSTYCZNE OBJAWY

Do zakażenia maczugowcem błonicy dochodzi drogą kropelkową lub przez bezpośredni kontakt z osobą chorą lub nosicielem, rzadziej przez kontakt z zakażonymi zwierzętami, takimi jak koty, psy i konie. Okres wylegania błonicy to 2-5 dni. Objawy pojawiają się początkowo w miejscu kolonizacji bakterii, czyli w gardle, na migdałkach podniebiennych, w krtani, rzadziej w nosie, na spojówkach i błonach śluzowych narządów płciowych. W miejscach wnikięcia do organizmu bakterie wywołują martwicę tkanek, tzw. pseudobłony rzekome mające postać szarych, półprzezroczystych lub czarnych nalotów,

krwawiących przy próbie oderwania. Jednym z charakterystycznych objawów błonicy jest **powiększenie węzłów chłonnych** na szyi. Opuchlizna tego miejsca, którą określa się jako szyja Nerona. Obrzęk szyi może prowadzić do zwężenia światła gardła i krtani, oraz zgonu w wyniku niewydolności oddechowej lub zatrzymania krążenia. Maczugowce błonicy wydzielają silną toksynę błoniczą, która rozprzestrzeniając się w organizmie, może prowadzić do zaburzeń w funkcjonowaniu wielu narządów np. zapalenia mięśnia sercowego oraz powikłań neurologicznych, takie jak porażenie podniebienia i tylnej ściany gardła, porażenie mięśni odpowiedzialnych za ruchy gałek ocznych, porażenia kończyn i mięśni twarzy. Śmiertelność w przypadku błonicy wynosi 5-10%, przy czym w przypadku dzieci w wieku poniżej 5 lat i osób po 40 roku życia sięga 20%. Bez leczenia śmiertelność dochodzi do 50%.

### BŁONICA ZAWSZE WYMAGA LECZENIA SZPITALNEGO.

Jak rozpoznać błonicę? Ważną informacją w wywiadzie z pacjentem jest informacja o szczepieniach. Zakażenie błonicą może być związane jest z brakiem szczepień przeciwko tej chorobie, pobytem w strefie endemicznego jej występowania lub kontaktem z chorym przy braku odporności poszczepiennej. Objawami klinicznymi, które mogą naprowadzić lekarza na właściwe rozpoznanie są objawy toksemii – ciężki stan chorego przy stosunkowo niskiej gorączce. Jednak podstawą pewnego rozpoznania błonicy jest wyizolowanie *Corynebacterium diphtheriae* z wymazu pobranego od chorego. Leczenie błonicy odbywa się zawsze w warunkach szpitalnych. Polega ono na podawaniu antytoksyny, surowicy zawierającej przeciwciała przeciwko toksynie błoniczej, oraz stosowaniu antybiotyków. Ponadto w przypadku błonicy krtani konieczna jest intubacja lub tracheotomia, które często są zabiegami ratującymi życie choremu.

Błonica może występować pod różnymi postaciami: błonica gardła, nosa, krtani, ucha lub skóry.

◆ **Błonica gardła – dyfteryt.** Jest najczęściej występującym rodzajem błonicy. Objawia się ona pojawieniem na migdałkach nalotów ogniskowych z tendencją do zlewania się lub do przechodzenia na łuki podniebienne, języczek i tylną ścianę gardła, znacznym **wzrostem temperatury ciała**, powiększeniem węzłów chłonnych i słodkawym fetorem z ust. Zwraca uwagę **bladłość** skóry, podkrążone oczy i cierpiący wyraz twarzy chorego dziecka. W przebiegu choroby narasta **brak tętnienia**, apatia, mogą wystąpić wymioty i **bóle brzucha**.

◆ **Błonica krtani, inaczej dławiec lub krup,** rozwija się bardzo szybko (1-2 dni). Zigno-

rowana może doprowadzić do uduszenia w konsekwencji zwężenia głośni przez powstające błony. **Objawy** charakterystyczne to chrypka, aż do zupełnej afonii, szczekająca **kaszel**, **duszność**, świst wdechowy, **sinica**. Dziecko sprawia wrażenie niespokojnego i wystraszonego, co spowodowane jest ciężkim i zagrażającym życiu niedotlenieniem. Rokowanie w tej postaci choroby jest bardzo poważne, jeśli natychmiast nie zostanie podjęte leczenie szpitalne.

◆ **Błonica nosa** – jest najłżejszą postacią choroby, która przebiega bez objawów zatrucia. Charakteryzuje się niewielkimi, często jednostronnymi zmianami na powierzchni błony śluzowej nosa, którym towarzyszy wyciek śluzowo-krwistego lub ropno-krwistego wysięku oraz nadżerki w nozdrzach i na powierzchni wargi górnej. Błonica nosa przebiega przewlekłe, co może doprowadzić do rozprzestrzeniania się choroby. Zdrowienie jest długotrwałe.

◆ **Błonica skóry** – Jest to schorzenie rzadkie, występujące głównie u ludzi zamieszkujących regiony tropikalne. W tej postaci wrotami zakażenia jest skóra – uszkodzona lub nie. Bakterie maczugowca przedostają się na nią z naturalnego siedliska, jakim jest błona śluzowa gardła. W błonicy pierwotnej (bakterie zostają wszczepione do skóry zdrowej) rozwija się ostro odgraniczone owrzodzenie o twardym, żółto zabarwionym dnie. W błonicy wtórnej trudno gojące się owrzodzenie tworzy się w miejscu wcześniej istniejącej zainfekowanej rany. Wśród metod leczenia błonicy skóry wyróżnia się antytoksynę błoniczą (po stwierdzeniu ujemnego wyniku testu skórniego) oraz antybiotyki ogólnie (penicylina, erytromycyna) przez dwa tygodnie, miejscowe odkażenie ogniska chorobowego.

### CZY POWSZECHNE, OBOWIĄZKOWE SZCZEPIENIA PRZECIWKO BŁONICY POWINNY BYĆ KONTYNUOWANE?

Szczepienia przeciw błonicy są jedynym skutecznym sposobem zapobiegania tej chorobie. W Polsce szczepienia przeciwko błonicy są obowiązkowe. Są one realizowane z wykorzystaniem szczepionki skojarzonej przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (DTP/DTPaP), a w przypadku przeciwwskazań do szczepień przeciw krztuścowi szczepionką DT (przeciw błonicy i tężcowi) lub szczepionką monowalentną D (przeciw błonicy). Schemat szczepień obejmuje 4 dawki szczepienia podstawowego (w 7.-8. tygodniu życia, w 3.-4., 5.-6. i 16.-18. miesiącu życia) oraz szczepienia przypominającego w 6., 14. i 19. roku życia. Szczepienia przeciw błonicy zaleca się także osobom dorosłym, a w szczególności podróżującym oraz tym, które mają kontakt z osobami przybywającymi z krajów endemicznego występowania

blonicy, osobom w podeszłym wieku, które ze względu na wykonywane zajęcia są narażone na zakażenie oraz osobom zatrudnionym na oddziałach neonatologicznych i pediatrycznych. Z uwagi na fakt, że z upływem czasu odporność przeciw błonicy maleje, osobom dorosłym zalecane są dawki przypominające co 10 lat.

#### **CZY ISTNIEJE ZAGROŻENIE, ŻE CHOROBA BĘDZIE SIĘ NADAL ROZPRZESTRZANIAĆ?**

Rosnąca liczba przypadków błonicy w Europie rodzi pytanie jaki wpływ dla szerszej populacji mogą mieć ogniska zakażeń? Czy istnieje zagrożenie, że choroba będzie się nadal rozprzestrzeniać? Wg danych ESCDC w krajach Unii Europejskiej/Europejskiego Obszaru Gospodarczego stan zaszczepienia pierwszą dawką szczepionki przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (DTP) wynosi 91–99%, natomiast 3 dawkami DTP mieści się w zakresie 85–99%. Według ECDC wysoki stan zaszczepienia przeciw błonicy w społeczności i niskie prawdopodobieństwo narażenia pozwolił ocenić wpływ ognisk zachorowań dla szerszej populacji krajów UE jako bardzo niski. Niemniej jednak nie można wykluczyć możliwości wystąpienia wtórnych zakażeń w społeczności oraz powiązanych z tym ciężkich objawów klinicznych. Ryzyko narażenia na zakażenie błonicą określonych grup populacji (osób mieszkających, pracujących lub odbywających wolontariat w ośrodkach recepcyjnych) jest uważane za umiarkowane dla osób niezaszczepionych lub z obniżoną odpornością. Natomiast ryzyko narażenia dla osób w pełni zaszczepionych ocenia się jak niskie. Aby zapobiec dalszemu rozprzestrzenianiu się choroby w ośrodkach recepcyjnych dla migrantów i populacji ogólnej ECDC zaleca podjęcie działań skierowanych na wczesne wykrywanie, zapobieganie i leczenie błonicy, m.in. sprawdzanie statusu szczepienia każdej osoby zgłaszającej się do ośrodków recepcyjnych i w razie wskazań wykonanie szczepienia, izolowanie osób z potwierdzoną lub prawdopodobną błonicą dróg oddechowych, stosowania środków ochrony w przy kontakcie z osobami z potwierdzoną lub prawdopodobną błonicą skóry, upewnienie się, że wszystkie osoby pracujące ośrodkach recepcyjnych są w pełni zaszczepione przeciwko błonicy, identyfikowanie i monitorowanie osób z kontaktu, realizacja profilaktyki poekspozycyjnej błonicy u osób z kontaktu (antybiotyk + szczepienie).

ECDC zwróciło również uwagę na problem dostępności do antytoksyny błonicy, dlatego jeszcze większego znaczenia nabierają szczepienia ochronne, które stanowią podstawową metodę zapobiegania tej groźnej chorobie.

*Źródło: Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 11.2022*

# Warunki komercyjnego wykonywania świadczeń zdrowotnych w warunkach domowych

**Jakie warunki powinna spełnić pielęgniarka, aby mogła komercyjnie wykonać świadczenie zdrowotne u pacjenta w warunkach domowych, w tym wykonać iniekcję w celu podania produktu leczniczego?**

**mgr pielęgniarstwa Janina Przystek, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, asystent Działu Merytorycznego NIPiP**

Wykonywanie zawodu pielęgniarki, jak wskazuje art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 551, z późn. zm.), dalej „ustawa o zawodach”, polega na udzielaniu pacjentom świadczeń zdrowotnych, w szczególności: rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta, rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta, planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem, samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych, realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Jak wynika z tego, pielęgniarki mogą udzielać świadczeń zdrowotnych nie tylko w ramach zleceń lekarskich, ale również samodzielnie, w zakresie zależnym od posiadanej wiedzy, umiejętności, uprawnień i kwalifikacji, nabytych po ukończeniu kształcenia zawodowego i podyplomowego, określonych m.in. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycz-

nych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z 2017 r. poz. 497) z uwzględnieniem ograniczeń przedstawionych w § 3 i § 7 ww. rozporządzenia.

**Pielęgniarki mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.** Działalność taka może być wykonywana w formie działalności gospodarczej jako:

- indywidualna praktyka pielęgniarki,
- indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania,
- indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki,
- indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania,
- indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub
- indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, oraz
- w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek (art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.).

W przypadku, jeśli pielęgniarka zdecydowała się wykonywać zawód pielęgniarki





w ramach działalności leczniczej, np. jako indywidualna praktyka lub jako indywidualna specjalistyczna praktyka, wówczas powinna m.in. spełnić warunki, jakie zostały określone dla poszczególnych form wykonywanej działalności w art. 19 ustawy o zawodach.

Jeśli do pielęgniarki, która nie jest pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej, nie ma również zarejestrowanej działalności w ramach indywidualnej lub grupowej praktyki pielęgniarskiej, zwróciła się osoba z prośbą o wykonanie iniekcji i podanie produktu leczniczego w warunkach domowych (niezależnie, czy posiada zlecenie lekarskie), pielęgniarka nie powinna udzielać w warunkach domowych jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych.

Powyższa zasada nie dotyczy sytuacji, gdy pielęgniarka jest obowiązana, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 12 ustawy o zawodach).

**Niezależnie od miejsca i formy wykonywania zawodu, obowiązkiem pielęgniarki udzielającej świadczeń zdrowotnych jest przede wszystkim zadbanie o bezpieczeństwo pacjenta.** Z myślą o jego zapewnieniu oraz kierując się potrzebą dostarczenia przez pielęgniarkę odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą

być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1772, z późn. zm.). Produkty lecznicze wchodzące w skład zestawu przeciwwstrząsowego mogą być podawane przez pielęgniarkę w przypadku wystąpienia np. alergii polekowej, wstrząsu anafilaktycznego lub innej reakcji organizmu związanej z podaniem leku podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

**Należy również zauważyć, iż nie wszystkie leki mogą być podawane pacjentowi w warunkach domowych, czy nawet w gabinecie pielęgniarki POZ.** Są bowiem leki, które można podać tylko w miejscu, w pobliżu którego dostępna jest prawidłowo działająca medyczna aparatura ratownicza w razie wystąpienia stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego u pacjenta. Informacje dotyczące podejmowania środków ostrożności w celu zapewnienia i zwiększenia bezpieczeństwa pacjenta podczas stosowania produktu leczniczego powinny być zamieszczone w karcie Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL) lub też w ulotce, którą producent obowiązkowo dołącza do każdego leku. Przed rozpoczęciem leczenia z zastosowaniem jakiegokolwiek leku, generalną zasadą jest zapoznanie się z treścią ww. dokumentacji produktu leczniczego oraz bezwzględne stosowanie się do wytycznych podanych przez tego producenta.

Ponadto, realizacja przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych wymaga zachowania szczególnych środków ostrożności podczas ich wykonywania. Jednym z tych środków jest posiadanie dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta w celu pozyskania pełnej informacji o stanie jego zdrowia, koniecznej do przewidzenia możliwych następstw w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych (np. przebyte i aktualnie występujące choroby, wyniki badań diagnostycznych, dotychczas przyjmowane leki).

Podejmowanie przez pielęgniarkę czynności zawodowych i udzielanie świadczeń zdrowotnych wiąże się z odpowiedzialnością za zdrowie i życie pacjenta. Dlatego koniecznym jest również znajomość i przestrzeganie przez pielęgniarkę przepisów prawa, standardów i procedur medycznych, jak również znajomość aktualnych wytycznych, oficjalnych opinii i stanowisk konsultantów krajowych, konsultantów wojewódzkich oraz ekspertów z danej dziedziny uprawnionych do wydawania opinii w sprawach związanych z realizacją świadczeń zdrowotnych, w przeciwnym razie pielęgniarka naraża się na niebezpieczeństwo odpowiedzialności cywilnej, karnej, zawodowej.

**Opinię sporządzono na podstawie stanu prawnego obowiązującego na dzień 12 października 2022 r.**

*Źródło: Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 10.2022*

# PIEŁĘGNIARKI POTRZEBUJĄ SYSTEMOWEGO WSPARCIA PSYCHOLOGA



**Rozmowa z Dorotą Uliasz, psychologiem, coachem w zakresie skutecznej komunikacji z pacjentem, zarządzania emocjami i stresem.**



**EWA SZARKOWSKA**

Dziennikarka od wielu lat zajmująca się tematyką ochrony zdrowia

**Ewa Szarkowska:** Jak doszło do uruchomienia wsparcia psychologicznego w Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych?

**Dorota Uliasz:** Pomysł uruchomienia infolinii pojawił się wiosną 2020 roku, kiedy zaczęła się epidemia, wprowadzono lockdown i związane z tym ograniczenia. To był taki moment, kiedy pojawiło się więcej znaków zapytania niż wiadomych, kiedy było dużo lęku i dużej niepewności, jak to się dalej potoczy. W Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych rozdzwoniły się telefony i było wyraźnie widać, że jest bardzo duże zapotrzebowanie na wsparcie psychologiczne dla pielęgniarek i położnych. Stąd pojawił się pomysł uruchomienia infolinii, dzięki której mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy doświadczonego psychologa. Nagraliśmy również cztery krótkie filmy edukacyjne na temat tego, jak sobie radzić z lękiem, o pacjentach, którzy zatajają informacje, o stresie i o relacjach w zespole w sytuacji kryzysowej. Kiedy latem ubiegłego roku wydawało się, że mamy pandemię opanowaną, akcja porad została wstrzymana, ale potem znowu ruszyła, bo okazało się, że pandemia ma inne plany niż my.

**E.S.:** Kto i w jaki sposób może skorzystać z infolinii?

**D.U.:** Pomoc psychologiczna jest bezpłatna i może z niej skorzystać każda pielęgniarka i położna. Początkowo to były dyżury telefoniczne przez 5 dni w tygodniu. Jednak z uwagi na bardzo różny rytm pracy pielęgniarek i położnych, często na 12-godzinnych dyżurach, albo na przemian w dwóch placówkach, uznaliśmy, że dogodniejszą dla nich formą będzie kontakt mailowy. Wystarczy więc

napisać e-mail na adres – psycholog@nipip.pl podając imię i numer telefonu, na który oddzwaniam i umawiamy się na dłuższą rozmowę telefoniczną w czasie dogodnym dla obu stron. Bardzo ważne dla dzwoniących jest to, że zapewniamy duży poziom anonimowości. Ja wiem o rozmówcach tylko tyle, ile sami powiedzą.

**E.S.:** Jakie sygnały wyraźnie wskazują, że należy szukać wsparcia psychologicznego?

**D.U.:** Zawsze, kiedy mamy kłopoty ze snem, brakuje nam energii, lęk i stres towarzyszy nam zarówno w domu, jak i w pracy, nie radzimy sobie z własnymi emocjami i mamy poczucie, że codzienność nas przytłacza. Zdarza się jednak i tak, że za objawami somatycznymi depresji czy stanów lękowych kryją się inne choroby. Kiedyś zgłosiła się pani, która miała objawy wypiszu wymaluj obniżenia nastroju, wręcz depresji i okazało się, że to była szalejąca tarczycza, którą, jak jej się wydawało, miała pod kontrolą. Dlatego ważne jest, aby uznać, że zawsze warto prosić o pomoc.

**E.S.:** Na jakie formy wsparcia mogą liczyć Pani rozmówcy?

**D.U.:** Jak już wspomniałam, panie czy panowie piszą maila i ja się z nimi kontaktuję. Potem to już zależy od sytuacji. Czasami wystarcza jedna lub dwie rozmowy i na tym moja pomoc się kończy, ale są też osoby, z którymi jestem w stałym kontakcie telefonicznym. Moich rozmówców zachęcam do działania, pracy ze sobą na co dzień, żeby zbudował się im nawyk zadbania o siebie w trudnej sytuacji, podpowiadam różne techniki oddechowe, relaksacyjne, które mogą pomóc. Czasami to jest taki telefon, gdzie druga strona chce się tylko upewnić, czy warto zawracać głowę psychiatrze, a czasami to ja podpowiadam pójście do lekarza, bo stan kryzysowy jest głębszy i są potrzebne leki.

**E.S.:** Z jakimi problemami najczęściej zgłaszają się pielęgniarki i położne?

**D.U.:** Zgłaszane kłopoty zależały od fali epidemii. Na początku to był taki obezwładniający lęk o siebie, ale przede wszystkim o najbliższych, to były telefony osób, mających pod opieką starszą osobę w rodzinie, schorowane dziecko itd., obawiających się, że z pracy przyniosą do domu chorobę, nad którą nie panujemy. To były sytuacje, że gdzieś pojawił się koronawirus i oczekiwanie w izolacji na wynik testu. To był początek. Potem była seria telefonów, jak pielęgniarki otrzymywały nakazy pracy i z różnych miejsc trafiały na oddziały covidowe. Dominował lęk przed nową specyfiką pracy, pielęgniarki pracujące na przykład w przychodniach czy dziennych

ośrodkach nie były pewne, jak to będzie, czy sobie poradzą. Wiele telefonów dotyczyło trudności w relacjach z rodziną, z pogodzeniem bycia żoną, matką w sytuacji pandemii COVID-19, bo na przykład po jakimś długim czasie pracy na oddziale covidowym okazało się, że syn ma kłopoty w szkole. Trudno przesądzać, czy rzeczywiście zawiniło tutaj niedopilnowanie, ale dominowało poczucie winy, że gdybym była w domu więcej, to być może do tego by nie doszło, taka bezradność i myśli, że wróciłam do normalności, a tutaj problemy zamiast się skończyć piętrzą się, bo przez ileś miesięcy moje funkcjonowanie w rodzinie było ułomne i skutki tego funkcjonowania widać jak na tacy.

**E.S.:** Czy pielęgniarki i położne skarżą się też na problemy wynikające z trudnych relacji ze współpracownikami i przełożonymi?

**D.U.:** COVID-19 najbardziej pokazał to, że to jest taka praca, gdzie bardzo wiele zależy od zespołu, w jakim się pracuje. Faktycznie było wiele telefonów związanych z tym, że jak jest przemęczenie, dodatkowe dyżury, to mała sytuacja, która kiedyś może nie urosła do rangi problemu, nagle staje się problematyczna. Zaczynają się konflikty w zespole, konflikty z szefostwem, pojawia się poczucie braku zrozumienia i to jest czynnik, który bardzo wpływa na wypalenie zawodowe. Czasami są to konflikty pokoleniowe, trudność dogadania się młodych, dobrze wykształconych pielęgniarek z tymi, które może, jeśli o formalnych dokumentach mowa, mają mniejsze wykształcenie, ale mają za to bardzo duże doświadczenie praktyczne. Z moich rozmów wynika, że są takie zespoły, gdzie pielęgniarka w ogóle sobie nie wyobraża, aby mogła powiedzieć, że bierze leki antydepresyjne lub korzysta z pomocy psychologa, bo została „zjedzona” przez koleżanki i mogłoby być to wykorzystane przeciwko niej. Na szczęście są też osoby, które mówią, że dla nich wsparciem jest zespół, w którym pracują, że koleżanki wiedzą, co się dzieje i pomagają.

**E.S.:** Czy była sytuacja kryzysowa, która szczególnie utkwiła Pani w pamięci, która Panią poruszyła?

**D.U.:** Najbardziej tkwią mi w pamięci sytuacje, gdzie jestem zła na postawę osób zarządzających, która rodzi wiele niepotrzebnych sytuacji kryzysowych. Bardzo dobrze pamiętam telefon pielęgniarki, która złożyła wypowiedzenie, bo nie wytrzymała atmosfery w swoim miejscu pracy. Ponieważ pracowała krótko, do przepracowania został jej tydzień czy dwa, poprosiła o zwolnienie z obowiązku świadczenia pracy, ale pracodawca nie wyraził na to zgody. Wtedy zadzwoniła do mnie i z naszej rozmowy ewidentnie wynikało, że nie jest w stanie pójść





do tej pracy. Pielęgniarki udało się pomóc, ale pojawiła się we mnie złość na zero zrozumienia ze strony jej szefostwa, takie poczucie, że ta sytuacja nie musiała być aż tak stresująca dla tej osoby, gdyby tylko ktoś popatrzył, jak niewiele zyskamy, jeśli zmusimy ją do chodzenia jeszcze przez tydzień do pracy, a widać, że są duże problemy.

**E.S.:** Czy zdarzyła się sytuacja, że szukająca wsparcia pielęgniarka lub położna była w stanie bezpośredniego zagrożenia życia?

**D.U.:** Na szczęście nie, ale nie raz, nie dwa faktycznie miałam poczucie, że umówienie rozmów cyklicznych to nie jest to i wtedy przesyłam rozmówcy pakiet informacji, gdzie można dzwonić jak kryzys dopadnie na przykład w nocy.

**E.S.:** Na ile pielęgniarkom i położnym łatwo przychodzi podjęcie decyzji o szukaniu wsparcia?

**D.U.:** Niestety, pielęgniarki i położne czasem stopuje to, że one mają wdrukowane w głowie, że misją ich zawodów jest pomaganie, więc prośba o pomoc nie mieści się w ich sposobie myślenia. Uważają, że smutek, płaczliwość, ciągłe zmęczenie, bóle głowy czy zaburzenia apetytu to chwilowy przejaw słabości i ze swoją wiedzą medyczną oraz doświadczeniem powinny sobie same w tej trudnej sytuacji poradzić. Ukrywają więc lub bagatelizują niepokojące objawy. Miałam taką sytuację, że pielęgniarka potrzebująca pomocy sama nie zadzwoniła, zadzwoniły jej koleżanki, by się poradzić, co mają zrobić, żeby ją do tego zachęcić. Z uwagi na duży poziom anonimowości trudno mi powiedzieć, czy to im się udało. Na szczęście czasami w tym działaniu wspierają bliscy pielęgniarki lub położnej, na przykład córka czy współmałżonek. To środowisko jest też bardzo aktywne w mediach społecznościowych, ma swoje zamknięte grupy dyskusyjne, gdzie jest większy poziom szczerości, więc łatwiej kogoś przekonać czy zachęcić do skorzystania z takiej możliwości.

**E.S.:** Jak opisałaby Pani profil pielęgniarki, która zgłasza się do Pani po pomoc?

**D.U.:** Są osoby, które negatywne komunikaty czy niemiłe opinie wpuszczają jednym uchem, a drugim wypuszczają i takie osoby w sytuacjach kryzysu mają czasami lepiej. Zgłaszające się do mnie o pomoc pielęgniarki bardzo dużo biorą do siebie i chciałyby też dużo od siebie dać. Bardzo przejmują się swoją pracą, chcą ją dobrze wykonywać, mają takie poczucie, że to jest ważna praca

i pacjenci jej potrzebują, a z drugiej strony przez to, że bardzo się przejmują, bardzo wiele biorą do siebie i bardzo długo przeżywają daną sytuację

**E.S.:** Infolinia jest ważna, ale nie ma Pani takiego poczucia, że inicjatywa NIPiP to kropla w morzu potrzeb, że wsparcie psychologiczne dla pielęgniarek i położnych powinno być rozwiązaniem systemowym?

**D.U.:** W zupełności się z tym zgadzam. Praca pielęgniarki i położnej to jest praca bardzo obciążająca emocjonalnie, w której bardzo łatwo wypalić się zawodowo, dlatego powinna istnieć dla nich możliwość odreagowania różnych sytuacji w pracy, by nie przenosiły negatywnych emocji do domu. W tym zawodzie jest bardzo ważna możliwość wygadania się co jakiś czas, zrobienia porządku ze swoimi emocjami. Można to robić w różny sposób. Są na przykład grupy Balinta, to jest taki pomysł, jak można się spotykać i obgadywać problemy. Niestety, w Polsce jest tylko jeden zawód psychoterapeuty, gdzie formalnie istnieje takie wsparcie, to są superwizje i możliwość przegadywania trudnych sytuacji. Moim zdaniem zawody pielęgniarek i położnych też potrzebują czegoś takiego. Potrzebna jest profilaktyka, czyli nie dopuszczam do takiej sytuacji, bo praca na moim oddziale, w mojej przychodni jest tak skonstruowana, że mamy regularne spotkania, gdzie omawiamy trudne sytuacje i ja dzięki temu lepiej funkcjonuję. I to powinien być tak naprawdę początek ścieżki, ale... no właśnie, nie mam tutaj dobrych doświadczeń, że tak to gdzieś w Polsce funkcjonuje. Kiedyś rozmawiałam z polską pielęgniarką, która pracowała w szpitalu w Wielkiej Brytanii i wskazywała inne podejście do tego zawodu, że ma dużo samodzielności i zaufania, że kładzie się mocny nacisk na to, aby cały zespół dobrze funkcjonował. Bardzo dba się o to, żeby ludzie nie tylko byli dobrze zgrani, ale żeby nie było między nimi jakiś fochów, niesnasków, niewyjaśnionych spraw itd. I tego u nas nie ma, i tego najbardziej brakuje, kiedy porównuje się pracę w polskim i brytyjskim szpitalu. ■

Warszawa, 2023-01-12

WS.612.2.2023

50424

**Pan/Pani**  
**Właściciel/Właścicielka**  
**Praktyki zawodowej**

**Szanowni Państwo,**

jak co roku, Centrum e-Zdrowia uprzejmie informuje, że z dniem 1 stycznia b.r. rozpoczął się okres sprawozdawczy, na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 19 listopada 2021r. w sprawie Programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2022 (Dz. U. poz. 2303 z późn. zm.).

Badania statystyczne, których gestorem jest Minister właściwy do spraw Zdrowia są obowiązkowe<sup>1)</sup> i dotyczą **wszystkich praktyk zawodowych, bez względu na kod praktyki** wpisany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Celem prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia badań statystycznych jest zebranie niezbędnych informacji, które pozwolą na rzetelną ocenę rzeczywistości i podejmowanie kluczowych decyzji.

Realizacja badań i opracowanie ich wyników jest możliwe tylko dzięki zaangażowaniu z Państwa strony. Dlatego zwracamy się z gorącą prośbą o udzielenie wyczerpujących odpowiedzi oraz o przekazanie danych w terminie.

Pragnę podkreślić, że zbierane i gromadzone w badaniach statystycznych dane jednostkowe są poufne i podlegają szczególnej ochronie, co oznacza, że będą wykorzystane wyłącznie do zbiorczych zestawień, opracowań i analiz statystycznych.

**Badania realizowane są na terenie całego kraju przez Wydziały Zdrowia właściwego Urzędu Wojewódzkiego oraz Urząd Statystyczny w Krakowie.**

W przypadku wywiązania się z obowiązku sprawozdawczego proszę niniejszą wiadomość potraktować jako przypomnienie.

Informacje szczegółowe znajdują się poniżej.

*Z poważaniem,*

Bartosz Jaroszewski

Dyrektor Pionu Architektury i Usług e-  
Zdrowia

/dokument podpisany elektronicznie/

Załącznik:

Klauzula informacyjna, dotycząca przetwarzania danych Osobowych przez Centrum e-Zdrowia w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych.docx

<sup>1)</sup> art. 6 p.4, art. 7, art. 30 ust. 1 pkt 3 Ustawy o statystyce publicznej (Dz.U. 2022 poz. 459 z późn. zm.)

### Podstawa prawna:

- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 listopada 2021r. w sprawie Programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2022 (Dz. U. poz. 2303 z późn. zm.).
- Ustawa o statystyce publicznej z dnia 29 czerwca 1995 r. (Dz. U. z 2022 r. poz. 459 z późn.zm.)
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

### Forma przekazywania danych:

- obowiązującą formą przekazywania danych jest forma elektroniczna realizowana przez System Statystyki w Ochronie Zdrowia (SSOZ) <https://ssoz.ezdrowie.gov.pl/info.html>
- wypełnienie sprawozdań wymaga zalogowania się w Systemie
- konta użytkowników, którzy wypełniali sprawozdania w latach ubiegłych nie uległy zmianie i pozostają aktywne.
- osoby, korzystające **po raz pierwszy** z systemu muszą się zarejestrować zgodnie z wytycznymi, znajdującymi się pod adresem:  
<https://ssoz.ezdrowie.gov.pl/auth/default/register.html>

### Jakie dane należy przekazać:

Nazwa sprawozdania	Wytyczne	Termin składania do dnia:
<b>MZ-88</b> - sprawozdanie o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą	<b>Obligatoryjne dla każdej praktyki. Sprawozdanie składają podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych, w tym indywidualne i grupowe praktyki zawodowe lekarzy, pielęgniarek i położnych, praktyki zawodowe fizjoterapeutów oraz regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa</b>	<b>10 kwietnia 2023r.</b>
<b>MZ-89</b> - sprawozdanie o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą		<b>10 kwietnia 2023r.</b>
<i>W zależności od udzielanych świadczeń w indywidualnej lub grupowej praktyce/praktyce specjalistycznej, należy wypełnić, po uprzednim zaznaczeniu w ankiecie w SSOZ odpowiednio:</i>		
<b>M-11</b> - sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej	Dotyczy praktyk zawodowych posiadających kontrakt z NFZ w 2022r.	<b>31 marca 2023r.</b>
<b>MZ-13</b> - sprawozdanie o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc	Gabinet pulmonologiczny	<b>22 lutego 2023r.</b>
<b>MZ-14</b> - sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej	Gabinet wenerologiczny	<b>1 marca 2023r.</b>
<b>MZ-15</b> - sprawozdanie z działalności jednostki lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych	Gabinet psychiatryczny	<b>28 lutego 2023r.</b>
<b>MZ-24</b> - sprawozdanie o przerwaniach ciąży wykonanych w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	Gabinet ginekologiczny	<b>14 lutego 2023r.</b>



MZ-35A – sprawozdanie lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących	Gabinet medycyny pracy	2 marca 2023 r.
---	------------------------	-----------------

### Gdzie uzyskać pomoc:

- w sprawach metodologicznych prosimy o kontakt z właściwym dla Państwa Urzędem Wojewódzkim lub Urzędem Statystycznym:  
<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/systemy-it/system-statystyki-w-ochronie-zdrowia?modSingleId=88631>
- z zakresu medycyny pracy (MZ-35A, MZ-35B) – pytania prosimy kierować do właściwego dla Państwa Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy lub Instytutu Medycyny Pracy (nr telefonu: 42 631 46 71);
- z zakresu sprawozdań MZ-15, MZ-19, MZ-30 – informacji udziela Instytut Psychiatrii i Neurologii (nr telefonu: 22 458 26 15);
- pomoc techniczną w sprawach Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia  
<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/systemy-it/system-statystyki-w-ochronie-zdrowia?modSingleId=88626>

### Wyniki badań statystycznych będących we właściwości Ministra właściwego ds. Zdrowia:

- elektroniczna wersja publikacji „Biuletyn statystyczny” za dany rok są dostępne na stronie internetowej CeZ  
<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/biuletyn-statystyczny>
- informacje z badań znajdziecie Państwo również w Banku Danych Lokalnych GUS  
<https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start> oraz w innych publikacjach GUS, Eurostatu i w innych międzynarodowych publikacjach, na mocy obowiązujących przepisów.

Jednocześnie informuję, że w załączeniu znajduje się „Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych przez Centrum e-Zdrowia w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych” z prośbą o zapoznanie się.

Sporządził: Roicki Rafał

# TO NIE MOŻE BYĆ TEMAT TABU

## PROSTATA – MAŁY GRUCZOŁ, DUŻY PROBLEM

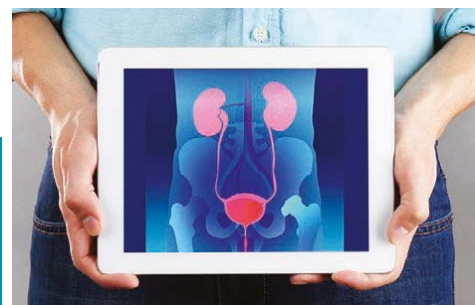
Prostata, inaczej gruczoł krokowy, należy do układu męskich narządów płciowych. Szacuje się, że ponad połowa mężczyzn po 50. roku życia cierpi na dolegliwości wynikające z łagodnego rozrostu prostaty

Gruczoł prostaty ma za zadanie produkować płyn, który wchodzi w skład nasienia i zapewnia plemnikom wartości odżywcze. Warto jednak podkreślić, że prostata nie jest gruczołem niezbędnym do życia, co oznacza, że można ją częściowo lub całkowicie usunąć bez szkody dla organi-

zmu. Około 50. roku życia w męskich organizmach następuje cykl zmian hormonalnych, pod wpływem których gruczoł prostaty zaczyna się powiększać. Dochodzi wtedy do rozwoju choroby zwanej łagodnym rozrostem gruczołu krokowego.

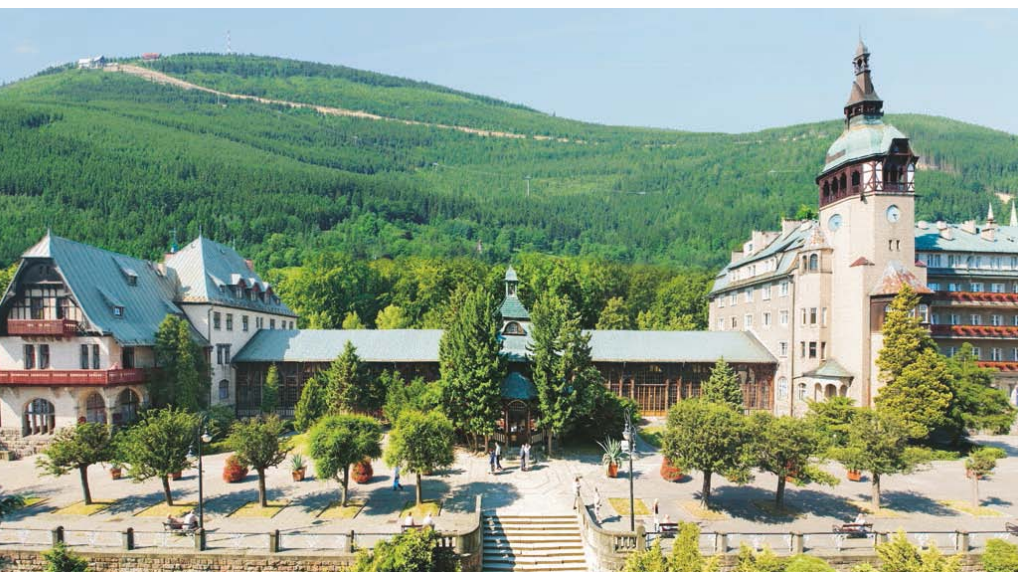
**NIETRZYMANIE MOCZU jest kolejnym problemem społecznym, który dotyka głównie kobiety, a ryzyko jego występowania wzrasta z wiekiem. Istotą problemu jest niezależny od woli pacjenta wyciek moczu, który w efekcie powoduje problemy higieniczne i utrudnia kontakty międzyludzkie.**

Z tymi schorzeniami potrafimy sobie poradzić w **Uzdrowisku Świeradów-Czer-**



niawa. Przygotowaliśmy specjalny pakiet urologiczny dedykowany osobom z problemami przerostu prostaty i nietrzymania moczu.

Terapia schorzeń urologicznych i uroginekologicznych z wykorzystaniem aparatu SALUS-TALENT PRO URO generuje stymulujące pole elektromagnetyczne. Specjalnie opracowane parametry pozwalają wywołać optymalny skurcz potrzebny do regeneracji mięśni. Terapia jest komfortowa dla pacjenta, ponieważ odbywa się przez cienką warstwę ubrania.



### WSKAZANIA:

- Nietrzymanie moczu
- Przerost prostaty
- Przewlekłe zapalenia gruczołu krokowego
- Ostre/przewlekłe bóle uroginekologiczne
- Stany pooperacyjne prostaty
- Zaburzenia układu moczowo-płciowego
- Regeneracja poporodowa
- Wzmocnienie mięśni dna miednicy
- Dysfunkcje seksualne

**Nie zwlekaj, zarezerwuj swój pobyt już dziś!**

**Tel: +48 75 78 20 600, 730; +48 75 78 20 727, 569**