

4/2023

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W JELENIEJ GÓRZE

BIULETYN





BIULETYN

OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

w Jeleniej Górze
ul. 1. Maja 27 (III piętro)
58-500 Jelenia Góra
e-mail: biuro@oipip.jgora.pl
tel./fax (75) 753 56 68
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 GAJOWNICZEK
przyjmuje w poniedziałki
od godziny 14.00–18.00

Sekretarz ORPiP

GRAŻYNA BOMBA

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

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

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

LARYSA PERSJANOW

Obsługa prawna

Adwokat ILONA GRABAS
Kontakt w sprawach wykonywania zawodu
pielęgniarki i zawodu położnej
poprzez biuro OIPIP w Jeleniej Górze

Artykuły, listy, uwagi i inna korespondencję
prosimy nadsyłać na adres redakcji:
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
e-mail: biuro@oipip.jgora.pl
Redakcja nie ponosi odpowiedzialności
za treść ogłoszeń i reklam.
Redakcja zastrzega sobie prawo
do skracania nadesłanych materiałów.
Nie przyjmujemy do publikacji tekstów
przekazywanych telefonicznie!

Projekt i skład

Tereny Weny Agencja Reklamowa

SPIS TREŚCI

INFORMACJE OIPIP

- 1 Życzenia
- 2 Procedowane zmiany
w wynagrodzeniach
dla pielęgniarek i położnych

INFORMACJE NIPIP

- 3 Komunikat do fachowych
pracowników ochrony zdrowia
- 11 Pismo do Ministra Zdrowia
w sprawie uznawania recept
- 12 Odpowiedź Ministra Zdrowia

- 14 Pismo do Ministra Zdrowia
w sprawie projektów w zakresie
cyfryzacji dokumentacji medycznej
- 16 Odpowiedź Ministra Zdrowia

OPINIE

- 17 Kiedy stres prowadzi do wypalenia
- 21 Nawyki żywieniowe w czasie ciąży
- 24 Masz obowiązek udzielenia pomocy
- 26 Autonomia i prawa pacjenta

ULOTKA

Poroniłam/PL

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

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: epielichowska@wp.pl

PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr BEATA ŁABOWICZ, Wo-
jewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica,
T: 602 795 368, E: beata.labowicz@szpital.legnica.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: dorota.kaczor.ds@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO – dr n. med. MONIKA PRZESTRZEL-
SKA, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Zakład Położnictwa i Pielęgniarstwa Ginekologicz-
no-Położniczego T: 71 784 18 24, 608 509 727, E: mprzestrzelska.konsultantd@gmail.com

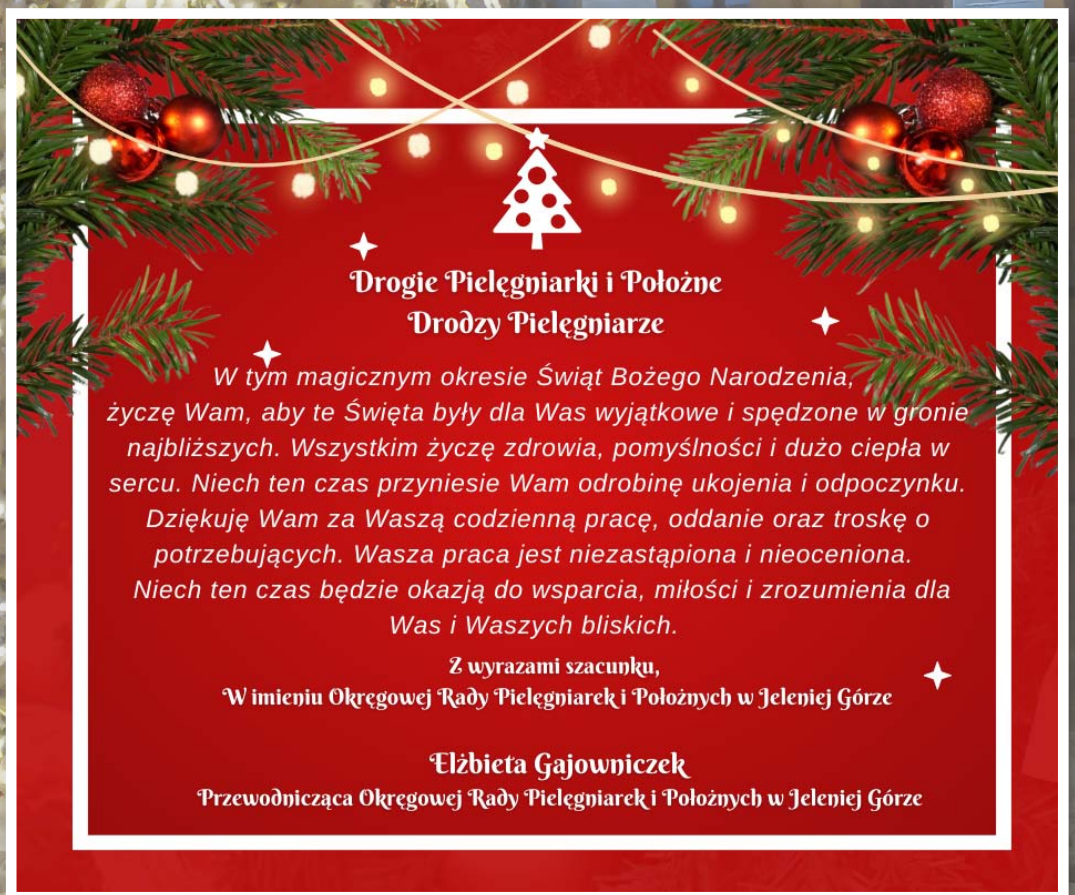
PIELĘGNIARSTWA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ – mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Me-
dycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Będkowo Sp. z o.o. Sp. k., Będkowo 1, 55-100 Trzebnica,
T: 71 312 02 20, E: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO – dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, Dol-
nośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu, pl. Hirszfelda 12,
53-413 Wrocław, T: 71 368 92 01 E: garwacka.e@dco.com.pl

PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO – mgr JERZY TWARDAK, Zakład Chorób Układu Ner-
wowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, ul. Bartla 5, 56-618
Wrocław, T: 668 193 147, E: 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-
legnica.pl)

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



✦
Drogie Pielęgniarki i Położne
Drodzy Pielęgniarze ✦

✦
*W tym magicznym okresie Świąt Bożego Narodzenia,
życzę Wam, aby te Święta były dla Was wyjątkowe i spędzone w gronie
najbliższych. Wszystkim życzę zdrowia, pomyślności i dużo ciepła w
sercu. Niech ten czas przyniesie Wam odrobinę ukojenia i odpoczynku.
Dziękuję Wam za Waszą codzienną pracę, oddanie oraz troskę o
potrzebujących. Wasza praca jest niezastąpiona i nieoceniona.
Niech ten czas będzie okazją do wsparcia, miłości i zrozumienia dla
Was i Waszych bliskich.*

Z wyrazami szacunku,
✦
W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze

Elżbieta Gajowniczek
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze

Procedowane zmiany w wynagrodzeniach dla pielęgniarek i położnych

Aktualnie w Sejmie procedowany jest obywatelski projekt ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Jak wskazano w uzasadnieniu do projektu ustawy celem zmian jest przede wszystkim powiązanie wynagrodzenia pracowników objętych ustawą z **faktycznie posiadanymi kwalifikacjami**.

W ocenie projektodawców obecne brzmienie załącznika do ustawy przyjmuje, że podstawą ustalenia współczynnika pracy na danym stanowisku jest wymagane wykształcenie lub specjalizacja, co skutkuje tym, że część pracowników otrzymuje wynagrodzenie niższe niż wynika to z ich faktycznych kwalifikacji. Ponadto, taki stan jest niespójny z celami ustawy, która co do zasady miała aktywnie wpływać na rozwój kwalifikacji zawodowych w ochronie zdrowia.

Zgodnie z proponowanym, nowym brzmieniem załącznika do ustawy w zakresie dotyczącym pielęgniarek i położnych, wysokość współczynników pracy ma wynieść:

- ◆ 1,29 – dla pielęgniarki z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położnej z tytułem magister położnictwa z posiadaną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia (grupa 2);
- ◆ 1,19 – dla pielęgniarki, położnej posiadającej wyższe wykształcenie (studia I stopnia) i specjalizację, albo pielęgniarki, położnej ze średnim wykształceniem i specjalizacją (grupa 5);
- ◆ 1,09 – dla pielęgniarki albo położnej posiadającej średnie wykształcenie, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia (grupa 6).

Jak wynika z uzasadnienia projektu ustawy zaproponowane podwyższenie współczynnika pracy w dotychczasowej grupie 5 i 6 ma na celu częściowe zniwelowanie nieuzasadnionych różnic w ramach stanowisk o podobnym zakresie obowiązków i odpowiedzialności.

Poza zmianą treści załącznika do ustawy, projekt przewiduje także stworzenie w ustawie mechanizmu podnoszenia wynagrodzeń zasadniczych pracowników w sposób ciągły,



przez cały rok kalendarzowy w przeciwieństwie do aktualnego ustalania poziomu najniższego wynagrodzenia tylko raz do roku (1 lipca).

Zgodnie z dodawanym w art. 3a ustępem 4 (art. 1 pkt 1 projektu) podmiot leczniczy będzie zobowiązany ustalić na nowo wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, każdorazowo w przypadku uzyskania przez pracownika wyższych kwalifikacji zawodowych powodujących zaliczenie pracownika do wyższej grupy zawodowej wynikającej z załącznika do ustawy. W takim przypadku ustalenie na nowo wynagrodzenia zasadniczego następować będzie od następnego miesiąca kalendarzowego po udokumentowaniu przez uprawnionego pracownika faktu uzyskania wyższych kwalifikacji zawodowych.

Projektowana ustawa przewiduje także dodanie art. 3b (art. 1 pkt 2 projektu), w którym m.in. zastrzeżono, że przekazywane podmiotom leczniczym dodatkowo środki będą środkami przeznaczonymi na pokrycie kosztów podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego uprawnionych pracowników z uwzględnieniem warunków określonych w ustawie.

Co istotne, w art. 2 projektowanej ustawy określono, iż strony umowy o pracę dostosują te umowy do wymogów określonych w nowym brzmieniu załącznika do ustawy w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie ustawy zmieniającej (art. 2 projektu).

Źródło:

<https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=3421>

Komunikat do fachowych pracowników ochrony zdrowia

Topiramát oraz topiramát w połączeniu z fenterminą: Nowe ograniczenia w celu zapobiegania narażeniu w okresie ciąży

Szanowni Państwo,

Podmioty odpowiedzialne posiadające pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktów leczniczych zawierających topiramát lub topiramát w połączeniu z fenterminą, w porozumieniu z Europejską Agencją Leków (EMA) oraz Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, pragną przekazać informacje o wdrożeniu programu zapobiegania ciąży dla produktów leczniczych zawierających topiramát.

Podsumowanie

- Topiramát może powodować poważne wady wrodzone i zahamowanie rozwoju płodu, jeśli jest stosowany w okresie ciąży. Najnowsze dane sugerują również potencjalnie zwiększone ryzyko zaburzeń neurorozwojowych (z ang. neurodevelopmental disorders, NDD), w tym zaburzenia ze spektrum autyzmu, niepełnosprawność intelektualną i zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (z ang. ADHD) po zastosowaniu topiramátu w okresie ciąży.
- Nowe przeciwwskazania obowiązujące w leczeniu padaczki, dotyczące produktów jednoskładnikowych zawierających topiramát:
 - u kobiet w ciąży, chyba że nie ma odpowiedniego leczenia alternatywnego;
 - u kobiet w wieku rozrodczym niestosujących wysoce skutecznej metody antykoncepcji. Jedyny wyjątek dotyczy kobiet planujących ciążę, dla których nie ma odpowiedniej alternatywy terapeutycznej i które są w pełni poinformowane o ryzyku związanym z przyjmowaniem topiramátu w okresie ciąży.
- Topiramát stosowany w profilaktyce migreny i produkty złożone zawierające topiramát z fenterminą w leczeniu nadwagi są już przeciwwskazane u kobiet w okresie ciąży oraz u kobiet w wieku rozrodczym niestosujących wysoce skutecznej metody antykoncepcji.

- Leczenie dzieci płci żeńskiej i kobiet w wieku rozrodczym powinno być rozpoczęte i nadzorowane przez lekarza doświadczonego w leczeniu padaczki lub migreny lub kontroli masy ciała w przypadku produktów złożonych. Konieczność stosowania leczenia należy oceniać co najmniej raz w roku.
- Ze względu na możliwe interakcje, kobietom stosującym ogólnie działające hormonalne środki antykoncepcyjne należy zalecić stosowanie również metody mechanicznej/barierowej.
- W przypadku kobiet w wieku rozrodczym stosujących obecnie topiramát lub topiramát w połączeniu z fenterminą, leczenie należy poddać ponownej ocenie w celu potwierdzenia, że program zapobiegania ciąży jest przestrzegany.

Dodatkowe informacje dotyczące bezpieczeństwa

Topiramát (produkty jednoskładnikowe) jest wskazany jako:

- Monoterapia częściowych napadów padaczkowych, z wtórnym uogólnieniem lub bez oraz pierwotnie uogólnionych napadów kloniczno-tonicznych u osób dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 6 lat.
- Terapia uzupełniająca u dzieci (w wieku 2 lat i powyżej), młodzieży i osób dorosłych z częściowymi napadami padaczkowymi z wtórnym uogólnieniem lub bez albo z pierwotnie uogólnionymi napadami padaczkowymi toniczno-klonicznymi oraz leczenie napadów padaczkowych związanych z zespołem Lennox-Gastauta.
- Zapobieganie migreny u osób dorosłych po dokładnym rozważeniu innych alternatywnych metod leczenia. Topiramát nie jest zalecany w leczeniu ostrego bólu głowy.

Produkty złożone zawierające topiramát w połączeniu z fenterminą są wskazane jako leki:

- wspomagające dietę o obniżonej kaloryczności i aktywność fizyczną u pacjentów z otyłością (BMI ≥ 30 kg/m²) lub nadwagą (BMI ≥ 27 kg/m²) z chorobami współistniejącymi związanymi z masą ciała, takimi jak: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2 lub dyslipidemia.

Dane z dwóch obserwacyjnych populacyjnych badań rejestrowych^{1, 2} przeprowadzonych w większości na tym samym zbiorze danych z krajów skandynawskich, sugerują, że może występować 2- do 3-krotnie większa częstość występowania zaburzeń ze spektrum autyzmu, niepełnosprawności intelektualnej lub zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (z ang. ADHD) u prawie 300 dzieci matek z padaczką narażonych na

topiramatu w okresie płodowym, w porównaniu z dziećmi matek z padaczką, które nie były narażone na działanie leku przeciwpadaczkowego (z ang. anti-epileptic drug, AED).

Trzecie obserwacyjne badanie kohortowe³ z USA nie wykazało zwiększonej skumulowanej częstości występowania tych skutków do 8 roku życia u około 1000 dzieci matek z padaczką, narażonych na topiramatu w okresie płodowym, w porównaniu z dziećmi matek z padaczką nienarażonych na działanie leku przeciwpadaczkowego.

Wiadomo już, że topiramatu może powodować poważne wady wrodzone i ograniczenie rozwoju płodu, gdy jest stosowany w okresie ciąży:

- Niemowlęta narażone w okresie płodowym na topiramatu stosowany w monoterapii mają około 3-krotnie zwiększone ryzyko dużych wrodzonych wad rozwojowych, w tym: rozszczepu wargi lub podniebienia, spodziectwa i anomalii obejmujących różne układy narządowe w porównaniu z grupą referencyjną nienarażoną na leki przeciwpadaczkowe. Bezwzględne ryzyko wystąpienia poważnych wrodzonych wad rozwojowych po ekspozycji na topiramatu wynosiło od 4,3% (1,4% w grupie referencyjnej) do 9,5% (3% w grupie referencyjnej)⁴.
- Dane z rejestrów ciążowych wskazują na większą częstość występowania małej masy urodzeniowej (<2500 gramów) i małej masy płodu w stosunku do wieku ciążowego (SGA; zdefiniowana jako masa urodzeniowa poniżej 10. percentyla skorygowanego dla ich wieku ciążowego, stratyfikowana według płci) w przypadku monoterapii topiramatem. Na podstawie danych z rejestru North American Antiepileptic Drug Pregnancy Registry ryzyko SGA u dzieci kobiet przyjmujących topiramatu wynosiło 18%, w porównaniu z 5% u dzieci kobiet bez padaczki nieotrzymujących leku przeciwpadaczkowego⁵.

W przypadku kobiet w wieku rozrodczym stosujących aktualnie topiramatu lub topiramatu z fenterminą, leczenie powinno zostać ponownie ocenione w celu potwierdzenia, że program zapobiegania ciąży jest przestrzegany (opisany poniżej).

Kluczowe elementy programu zapobiegania ciąży

U dzieci płci żeńskiej i kobiet w wieku rozrodczym

- Leczenie topiramatem lub topiramatem w połączeniu z fenterminą powinno być rozpoczęte i nadzorowane przez lekarza doświadczonego w leczeniu padaczki lub migreny lub kontroli masy ciała, odpowiednio.
- Należy rozważyć alternatywne opcje terapeutyczne.

- Potrzeba leczenia topiramatem w tych populacjach powinna być ponownie oceniana co najmniej raz w roku.

U kobiet w wieku rozrodczym

- Topiramát w profilaktyce migreny i topiramát w połączeniu z fenterminą w kontroli masy ciała jest przeciwwskazany:
 - w okresie ciąży
 - u kobiet w wieku rozrodczym niestosujących wysoce skutecznej metody antykoncepcji.
- Topiramát w leczeniu padaczki jest przeciwwskazany:
 - w okresie ciąży, chyba że nie ma odpowiedniej alternatywy leczenia
 - u kobiet w wieku rozrodczym niestosujących wysoce skutecznej antykoncepcji. Jedyny wyjątek dotyczy kobiet planujących ciążę, dla których nie ma odpowiedniej alternatywy terapeutycznej i które są w pełni poinformowane o ryzyku związanym z przyjmowaniem topiramatu w okresie ciąży.
- Przed rozpoczęciem leczenia należy wykonać test ciążowy.
- Pacjentka musi być w pełni poinformowana i musi rozumieć potencjalne ryzyko związane ze stosowaniem topiramatu w okresie ciąży. Obejmuje to konieczność konsultacji specjalistycznej, jeśli kobieta planuje ciążę, oraz konieczność niezwłocznej konsultacji z lekarzem specjalistą, jeśli zajdzie w ciążę lub podejrzewa, że może być w ciąży.
- Podczas leczenia i przez co najmniej 4 tygodnie po jego zakończeniu należy stosować co najmniej jedną wysoce skuteczną metodę antykoncepcji (taką jak wkładka wewnątrzmaciczna) lub dwie uzupełniające się metody antykoncepcji, w tym metodę mechaniczną/barierową. Kobietom stosującym ogólnie działające hormonalne środki antykoncepcyjne należy również zalecić stosowanie metody mechanicznej/barierowej.
- Jeśli kobieta planuje zająć w ciążę, przed zaprzestaniem stosowania antykoncepcji należy zmienić leczenia padaczki lub migreny na odpowiednią alternatywną terapię, a leczenie topiramatem w połączeniu z fenterminą należy przerwać. Jeśli kobieta jest leczona z powodu padaczki, należy ją również poinformować o ryzyku dla ciąży związanym z niekontrolowaną padaczką.
- Jeśli kobieta leczona topiramatem z powodu padaczki zajdzie w ciążę, powinna niezwłocznie zostać skierowana do specjalistów w celu ponownej oceny leczenia

topiramatem i rozważenia alternatywnych opcji leczenia, a także w celu dokładnej kontroli prenatalnej i poradnictwa.

- Jeśli kobieta leczona topiramatem w celu zapobiegania migrenie oraz topiramatem w połączeniu z fenterminą w celu kontroli masy ciała i zajdzie w ciążę, leczenie należy natychmiast przerwać. Kobieta powinna zostać skierowana do specjalisty w celu dokładnej kontroli prenatalnej i poradnictwa.

U dzieci płci żeńskiej (tylko w leczeniu padaczki i migreny)

- Lekarze przepisujący lek muszą upewnić się, że rodzice lub opiekunowie dziewcząt stosujących topiramat rozumieją konieczność skontaktowania się ze specjalistą, gdy u dziecka wystąpi pierwsza miesiączka.
- W tym czasie pacjentka i rodzice lub opiekunowie pacjentki powinni otrzymać wyczerpujące informacje na temat ryzyka związanego z ekspozycją na topiramat w okresie płodowym oraz konieczności stosowania skutecznej metody antykoncepcji.

Materiały edukacyjne

Aby pomóc pracownikom ochrony zdrowia i pacjentkom uniknąć narażenia na topiramat w okresie ciąży oraz w celu dostarczenia informacji na temat ryzyka związanego z przyjmowaniem topiramatu w okresie ciąży, zostaną przygotowane materiały edukacyjne, w skład których wejdą:

- przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia zaangażowanych w opiekę nad dziećmi płci żeńskiej i kobietami w wieku rozrodczym stosującymi topiramat lub topiramat w połączeniu z fenterminą, w tym coroczny formularz świadomości ryzyka, który musi być stosowany przez lekarza prowadzącego w momencie rozpoczęcia leczenia i podczas każdego corocznego przeglądu leczenia topiramatem,
- przewodnik dla pacjenta, który powinien być dostarczony wszystkim dzieciom płci żeńskiej lub ich rodzicom/opiekunom oraz kobietom w wieku rozrodczym stosującym topiramat lub topiramat w połączeniu z fenterminą,
- karta pacjenta (umieszczona wewnątrz lub dołączona do opakowania zewnętrznego), która powinna być przekazywana pacjentce za każdym razem, gdy lek jest wydawany.

Do opakowania zewnętrznego wszystkich produktów leczniczych zawierających topiramát oraz topiramát w połączeniu z fenterminą zostanie dodane ostrzeżenie pisemne dotyczące ryzyka teratogennego.

Zgłaszanie działań niepożądanych

Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane związane ze stosowaniem topiramatu lub topiramatu w połączeniu z fenterminą zgodnie z zasadami zgłaszania działań niepożądanych za pośrednictwem: Departamentu Monitorowania Działań Niepożądanych Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych:

Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa

Tel.: +48 22 49 21 301

Faks: +48 22 49 21 309

Strona internetowa: <https://smz.ezdrowie.gov.pl/>

Formularz zgłoszenia działania niepożądanego produktu leczniczego dostępny jest na stronie internetowej: <http://www.urpl.gov.pl>

Podejrzewane działanie niepożądane można także zgłaszać przedstawicielowi podmiotu odpowiedzialnego, korzystając z poniższych danych. W przypadku dalszych pytań lub potrzeby uzyskania dodatkowych informacji prosimy o kontakt.

Tabela 1 Dane kontaktowe podmiotów odpowiedzialnych i/lub przedstawicieli podmiotów odpowiedzialnych

Nazwa Produktu Leczniczego	Podmiot Odpowiedzialny	Dane kontaktowe
Epitoram, Topiramate Aurovitas	Aurovitas Pharma Polska Sp. z o.o	Aurovitas Pharma Polska Sp. z o.o. ul. Sokratesa 13D lokal 27, 01-909 Warszawa e-mail: pv@aurovitas.pl tel: +48 699 711 147

Etopro	Bausch Health Ireland Limited	Bausch Health Poland sp. z o.o. ul. Przemysłowa 2, 35-959 Rzeszów e-mail: dzialania.niepozadane@bauschhealth.com tel.: +48 17 86 55 100 lub + 48 22 62 72 888
Topamax	Janssen-Cilag International NV	Janssen-Cilag Polska Sp. z o.o. ul. Iłżecka 24, 02-135 Warszawa JanssenPVPoland@its.jnj.com tel.: +48 22 237 60 00
Toramet	Neuraxpharm Arzneimittel Gmbh	Neuraxpharm Polska Sp. z o.o. ul. Poleczki 35, 02-822 Warszawa PV-Poland@neuraxpharm.com tel: +48 800 005 215
Oritop	Orion Corporation	Orion Pharma Poland Sp. z o.o. ul. Fabryczna 5a, 00-446 Warszawa Zgłaszanie działań niepożądanych: MBR Consulting s.c. strona internetowa: https://orionpharma.info.pl e-mail: gdpr@orionpharma.info.pl tel.: +48 22 833 31 77
Qsiva*	Vivus BV	VIVUS BV ul. Strawinskylaan 4117 1077 ZX Amsterdam, Holandia e-mail: bvmedaffairs@vivus.com tel.: +48 800 005 290

*Produkt leczniczy nie znajduje się w obrocie na terenie Polski na dzień dystrybucji komunikatu

Komunikat został opracowany we współpracy URPLW MiPB z przedstawicielami ww. podmiotów odpowiedzialnych.

Referencje

¹ **Bjørk** M, Zoega H, Leinonen MK, et al. Association of Prenatal Exposure to Antiseizure Medication With Risk of Autism and Intellectual Disability. *JAMA Neurol*. Published online May 31, 2022. doi:10.1001/jamaneurol.2022.1269.

² **Dreier** JW, Bjørk M, Alvestad S, et al. Prenatal Exposure to Antiseizure Medication and Incidence of Childhood- and Adolescence-Onset Psychiatric Disorders. *JAMA Neurol*. Published online April 17, 2023. doi: 10.1001/jamaneurol.2023.0674. Online ahead of print. PMID: 37067807.

³ **Hernandez-Diaz** S, Straub L, Bateman B, et al. Topiramate During Pregnancy and the Risk of Neurodevelopmental Disorders in Children. (2022), In: ABSTRACTS of ICPE 2022, the 38th International Conference on Pharmacoepidemiology and Therapeutic Risk Management (ICPE), Copenhagen, Denmark, 26–28 August, 2022. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2022; 31 Suppl 2:3-678, abstract 47.

⁴ **Cohen** JM, Alvestad S, Cesta CE, et al. Comparative Safety of Antiseizure Medication Monotherapy for Major Malformations. *Ann Neurol*. 2023; 93(3):551-562.

⁵ **Hernandez-Diaz** S, McElrath TF, Pennell PB et al. Fetal Growth and Premature Delivery in Pregnant Women on Anti-epileptic Drugs. North American Antiepileptic Drug Pregnancy Registry. *Ann Neurol*. 2017 Sept; 82 (3):457-465. doi:10.1002/ana.25031. PMI:28856694.

z upoważnienia Prezesa

Andrzej Czesławski

Dyrektor

/dokument podpisany elektronicznie/

Pismo do Ministra Zdrowia w sprawie uznawania recept



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.153.2023.MK

Warszawa, dnia 20 października 2023 r.

Pani
Katarzyna Sójka
Minister Zdrowia

Szanowne Pani Minister

W związku wątpliwościami, zgłaszanymi przez członków samorządu pielęgniarek i położnych, uprzejmie proszę o komentarz i interpretację dotyczącą:

- uznawania recept wystawionych przez uprawnione pielęgniarki i położne z Polski, które będą realizowane w pozostałych krajach członkowskich objętych Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r., (tj. w krajach objętych opieką transgraniczną) niezależnie od tego czy w krajach tych pielęgniarki i położne mogą wystawiać recepty na leki i wyroby określone na przedmiotowych receptach.

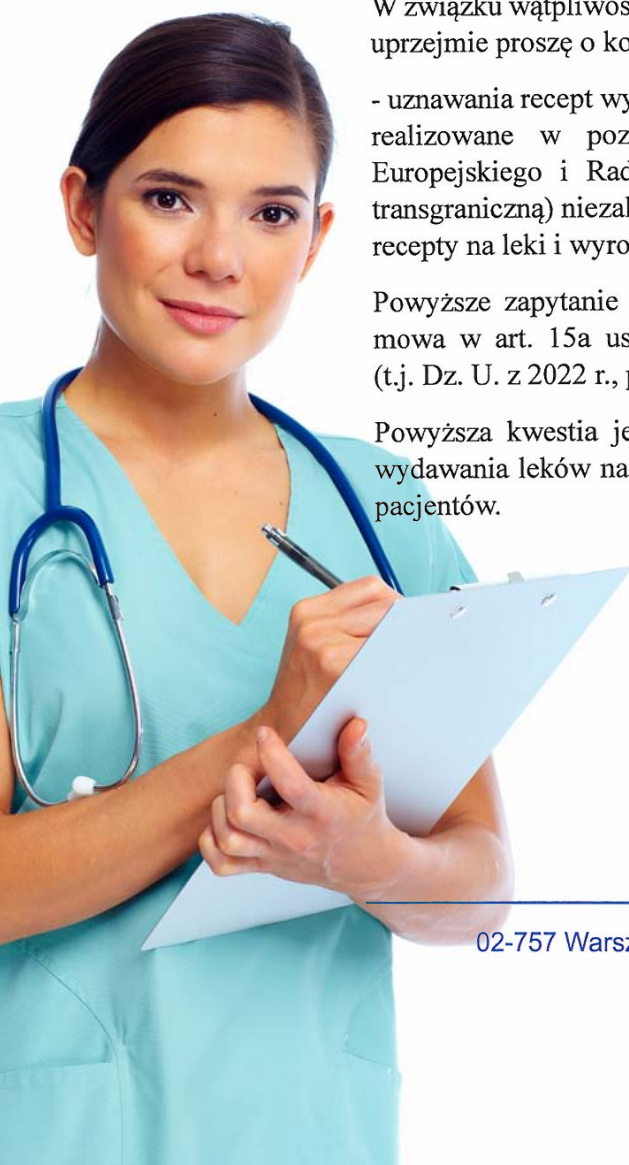
Powyższe zapytanie dotyczy recept wystawianych przez pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 2702 z późn. zm.).

Powyższa kwestia jest istotna, zwłaszcza w obliczu zmian przepisów dotyczących zasad wydawania leków na podstawie wystawionych recept, w celu zapewnienia ciągłości leczenia pacjentów.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

Mariola Łodzińska



PISMO DO MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE UZNAWANIA RECEPT. ODPOWIEDŹ MINISTRA ZDROWIA



Ministerstwo Zdrowia

Departament
Polityki Lekowej i Farmacji

PLPR.454.243.2023.MI
Warszawa, 14 listopada 2023

Pani
Mariola Łodzińska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

nawiązując do pisma z dnia 20 października 2023 r. z prośbą o komentarz i interpretację dotyczącą uznawania recept wystawionych przez uprawnione pielęgniarki i położne z Polski, które będą realizowane w pozostałych krajach członkowskich objętych dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r., Departament Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia przekazuje poniższe informacje.

Zasady uznawania recept wystawionych w innym państwie członkowskim na poziomie unijnym reguluje art. 11 wyżej wspomnianej dyrektywy, zgodnie z którym co do zasady w przypadku, gdy produkt leczniczy jest dopuszczony do obrotu na ich terytorium, zgodnie z dyrektywą 2001/83/WE lub rozporządzeniem (WE) nr 726/2004, państwa członkowskie zapewniają, aby recepty wystawione na taki produkt w innym państwie członkowskim na nazwisko określonego pacjenta mogły być zrealizowane na terytorium państw zgodnie z aktualnie obowiązującym prawodawstwem krajowym oraz by zakazane były jakiegokolwiek ograniczenia w zakresie uznawania konkretnych recept, chyba że takie wymogi:

- a) są ograniczone do tego, co jest konieczne i proporcjonalne do zagwarantowania ochrony zdrowia ludzkiego, oraz nie mają charakteru dyskryminującego; lub
- b) opierają się na uzasadnionych i usprawiedliwionych wątpliwościach co do autentyczności, treści lub zrozumiałości konkretnej recepty.

Uznawanie takich recept nie może naruszać krajowych przepisów dotyczących przepisywania i wydawania, jeżeli te przepisy są zgodne z prawem unijnym, w tym przepisów dotyczących leków generycznych lub innych zamienników.

Na potrzeby przytoczonej normy istotne jest zdefiniowanie samej recepty, która zgodnie z art. 3 lit. k omawianej dyrektywy oznacza receptę na produkt leczniczy lub na wyrób medyczny wydaną przez osobę wykonującą zawód regulowany w zakresie opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 3 ust. 1 lit. a) dyrektywy 2005/36/WE, uprawnioną zgodnie

z prawem do wykonywania tego zawodu w państwie członkowskim, w którym recepta została wydana.

Przepis odsyła zatem do dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz.Urz.U.E.L Nr 255, str. 22), która w swoim zakresie regulacji obejmuje także pielęgniarstwo (Sekcja 3) czy położnictwo (Sekcja 6).

Konkludując zatem, określone normy kształtują co do zasady możliwość realizowania recept wystawionych przez pielęgniarstwo i położnictwo w Polsce w oparciu o uprawnienia wskazane w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U. z 2022 r. poz. 2702, ze zm.) na terytorium innych państw członkowskich, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z art. 11 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE.

Należy mieć oczywiście na względzie, że dyrektywa – jako źródło prawa – nie jest stosowana bezpośrednio i wymaga implementacji na grunt prawa krajowego. Sam sposób i prawidłowość implementacji tych przepisów do prawodawstwa poszczególnych krajów i w rezultacie faktyczne realizowanie takich recept w innych państwach członkowskich, pozostaje poza zakresem Ministra Zdrowia.

Zaznaczenia wymaga, że powyższe nie stanowi powszechnie obowiązującej interpretacji przepisów. Minister Zdrowia może dokonywać interpretacji indywidualnych wyłącznie w granicach i na podstawie prawa, co w tym przypadku przewiduje jedynie art. 34 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2023 r. poz. 221, ze zm.) – dalej: „upp”. Zgodnie z przywołanym przepisem ustawy, przedsiębiorca może złożyć do właściwego organu lub właściwej państwowej jednostki organizacyjnej wnioski o wydanie wyjaśnienia co do zakresu i sposobu stosowania przepisów, z których wynika obowiązek świadczenia przez przedsiębiorcę daniny publicznej lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, w jego indywidualnej sprawie (interpretacja indywidualna). Przedmiotem żądania przedsiębiorcy może więc być wyłącznie interpretacja zakresu i sposobu stosowania tych przepisów prawa powszechnie obowiązującego, których zastosowanie powodować będzie powstanie po stronie przedsiębiorcy obowiązku poniesienia obciążeń (pieniężnych i niepieniężnych), które mogą zostać zaklasyfikowane jako danina publiczna lub składka na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne. Ustawodawca wskazał konkretne instytucje prawne oraz okoliczności, w których organy władzy publicznej są zobowiązane do wydawania interpretacji przepisów prawa, natomiast przedstawione zagadnienie nie podlega interpretacji w trybie art. 34 ust. 1 upp.

Z wyrazami szacunku

Łukasz Szmulski
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/

Do wiadomości:

1. Departament Rozwoju Kadr Medycznych.

Pismo do Ministra Zdrowia w sprawie projektów w zakresie cyfryzacji dokumentacji medycznej



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM-0023.148.2023.JP

Warszawa, dnia 12 października 2023 r.

Pan
Waldemar Kraska
Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia


Szanowny Panie Ministrze

W związku z realizacją w roku szkolnym 2022/2023 pilotażu w zakresie cyfryzacji dokumentacji medycznej prowadzonej przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania lub higienistki szkolne, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się do Pana Ministra z prośbą, a zarazem propozycją, aby kolejny projekt w tym zakresie, został skierowany również do pielęgniarek, które mają zarejestrowaną działalność leczniczą i zawarły kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania.

Pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania podpisując umowę z NFZ realizują świadczenia gwarantowane, zgodnie z załącznikiem Nr 4 do rozporządzenia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 1427). Dlatego, również pielęgniarki - świadczeniodawcy prowadzący działalność leczniczą w ramach praktyk zawodowych, udzielający świadczeń w przedmiotowym zakresie powinny mieć możliwość dostępności do nowoczesnych technologii informatycznych. Zwracamy uwagę, że w zakresie składania wniosków o przystąpienie do programów i pilotaży w zakresie rozwoju infrastruktury informatycznej pomijane są pielęgniarki prowadzący działalność leczniczą w ramach praktyk zawodowych realizujący świadczenia pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w ramach zawieranych umów z NFZ.

W związku z powyższym Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oczekuje, iż zostaną podjęte działania, które umożliwiają również świadczeniodawcom - pielęgniarkom prowadzącym działalność leczniczą w ramach praktyk zawodowych i realizującym świadczenia gwarantowane w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczenia pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, wzięcie udziału w planowanych na kolejne lata szkoleniach, programach i pilotażach dotyczących rozwoju cyfryzacji w Medycynie Szkolnej.

Z tymczasami sroczulu
Prezes NRPIP


Mariola Łodzińska

Do wiadomości:
Pani Katarzyna Sójka - Minister Zdrowia

PISMO DO MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE PROJEKTÓW W ZAKRESIE CYFRYZACJI DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ. ODPOWIEDŹ MINISTRA ZDROWIA



Minister
Zdrowia

ZPR.664.53.2023.AW
Warszawa, 06 listopada 2023

Pani Mariola Łodzińska
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,
odpowiadając na pismo znak NIPiP-NRPiP-DM.0023.148.2023.JP, dotyczące uwzględniania pielęgniarek szkolnych wykonujących zawód w formie praktyki zawodowej w programach i projektach dotyczących cyfryzacji w medycynie szkolnej, uprzejmie informuję, że ewentualne działania Ministerstwa Zdrowia w tym obszarze będą kierowane do wszystkich pielęgniarek i higienistek szkolnych, zarówno zatrudnionych w podmiotach leczniczych, jak i prowadzących praktyki zawodowe.

Wstępnie planowane wsparcie dotyczy zarówno doskonalenia umiejętności cyfrowych, jak i wyposażenia w sprzęt informatyczny, natomiast szczegółowe informacje będą przekazywane po podjęciu decyzji o rozpoczęciu konkretnych projektów.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Waldemar Kraska
Sekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

Kiedy stres prowadzi do wypalenia

Z jednej strony zgodnie przyznajemy, że stres w naszych zawodach jest czymś nieodłącznym i niszczącym, z drugiej – nie robimy z tym nic... Przeczytaj. Zanim zostaną z Ciebie zgliszczą.

**mgr pielęgniarstwa Anna Gąsior,
specjalista pielęgniarstwa
anestezjologicznego i intensywnej opieki,
Szpital Czerniakowski, @nursegram.pl**

Wyobraźmy sobie, że jesteśmy w najlepszym salonie z samochodami w Warszawie. Teraz daję każdemu z Was po nowym mercedesie klasy A. Wsiadacie do niego i wyjeżdżacie na autostradę. Jesteście zachwyceni tym, ile możecie wycisnąć z tej maszyny, aż nagle na drodze pojawia się kotek. Nie wiecie, co zrobić, próbujecie go ominąć, gwałtownie skręcając w prawo, lewo, wciskacie hamulec do podłogi. Ufff... udało się, jedziecie dalej. Kotek cały, wy cali. Doznaliście przed chwilą reakcji „walcz albo uciekaj”, krótkotrwałego bodźca stresowego. Co się stanie, jeśli musicie tym mercedesem pojechać na wielomiesięczną podróż, a na drodze co rusz pojawia się przeszkoda do ominięcia? Stres staje się chroniczny. W pracy pielęgniarek mamy do czynienia z sytuacjami stresującymi każdego dnia.

Rozpoczynając pracę w zawodzie pielęgniarki, może nie wsiadłam do mercedesa, ale solidnego passata. Pierwsza praca na neurochirurgii dostarczała mi sporo emocji, ale marzyłam o prawdziwej prędkości. Tak „prześiadłam się” na oddział intensywnej terapii. Prędkość osiągnięta niebezpieczne wartości, gdy rozpoczęła się pandemia. Jechałam bardzo szybko, bez przerwy, a na mojej trasie pojawiały się wydarzenia stresujące, wręcz traumatyczne. Pedał gazu się zaciął, a ja nie wiedziałam, kiedy zacząć hamować, nawet kiedy czułam, że już powinnam dla własnego bezpieczeństwa.

DO CZEGO DOPROWADZIŁO TO, ŻE LEKCEWAŻYŁAM NADMIERNE OBCIĄŻENIE STRESEM?

Z perspektywy czasu widzę, jak bardzo stres, którego doświadczyłam w pracy, wpłynął na moje życie, odbijając się na zdrowiu psychicznym i fizycznym. Może gdybym wtedy wiedziała o jego destrukcyjnym działaniu, mogłabym podjąć kroki, dzięki którym nie potrzebowałabym tak wielu miesięcy, żeby stanąć na nogi. Zaczęłam rozmawiać z moimi znajomymi, którzy tak jak ja byli narażeni

na przewlekły stres związany z pracą. Okazało się, że wielu z nich skorzystało i wciąż korzysta ze wsparcia specjalistów związanych ze zdrowiem psychicznym, psychoterapii, farmakoterapii.

Część z Was może pomyśleć, że to kwestia indywidualna i jednostkowa. Może to ja byłam słaba, zbyt wrażliwa i przez to brałam zbyt dużo na siebie i do siebie? Sama tak myślałam, dopóki nie zaczęłam zgłębiać artykułów i badań naukowych.

Według doniesień naukowych zaburzenia lękowe wśród personelu pielęgniarstwa przekraczają ponad 4-krotnie średnie wartości w stosunku do ogółu społeczeństwa. Poziom lęku wśród pielęgniarek jest wyższy niż u innych przedstawicieli zawodów medycznych. Wśród polskich pielęgniarek o 30-letnim stażu pracy aż 50% doświadczyło epizodu depresyjnego. Badania pokazują, że młodsze wiekiem pielęgniarki aż w 68% doświadczały symptomów wypalenia, a pokolenia X czy Y manifestują wyższy poziom wypalenia niż boomersi.

Warto podkreślić, jak ogromne znaczenie dla zdrowia psychicznego pielęgniarek/rzy miała pandemia COVID-19. Nawet 19% pielęgniarek/rzy, którzy nie deklarowali wcześniej wypalenia zawodowego, po pandemii zaczęło go doświadczać. Powinniśmy wyciągnąć wnioski na przyszłość, dlatego że mieliśmy już kilka pandemii i epidemii w XXI wieku – SARS (2003), Ah1N1 (2009) – i możemy się spodziewać, że będą następne, więc tak ważne jest już w tym momencie budowanie odporności psychicznej i zrozumienie, jak radzić sobie z nadmiernym obciążeniem emocjonalnym.

Rozumiem, że może to nie być łatwe ze względu na naszą zawodową mentalność. Według organizacji Healthy Nurse, Healthy Nation aż 70% pielęgniarek wyżej ceni bezpieczeństwo, zdrowie i dobre samopoczucie pacjentów niż własne.

„PERSONEL PIELĘGNIARSKI JEST NIEUSTANNIE NARAŻONY NA PRZEŻYWANIE STRESU ZAWODOWEGO”

Już studia uczą nas wskakiwać do kołowrotka i pędzić w nim jak chomik. Jesteś chomikiem? Ktoś umarł w rodzinie? Nieważne. Musisz

być na zajęciach, bo naprawdę ciężko odrobić nieobecność. Zawsza spada na nas presja produktywności. Obserwujemy znajomych łączących studia dzienne z dwoma etatami, influencerzy wrzucają piękne notatki na idealnie uporządkowanych biurkach, pisane gdzieś pomiędzy kołami naukowymi a wolontariatem na SOR. Żeby mieć paliwo do pracy, niezbędny jest odpoczynek. Dopiero gdy nasze podstawowe potrzeby są zaspokojone, możemy dobrze zająć się potrzebami innych ludzi. Bez tego biegniemy prosto ścieżką do wypalenia zawodowego.

Czy wiecie, że rany studentów przygotowujących się do sesji goją się dłużej? Stres wpływa nie tylko na nasz stan psychiczny, ale również na odporność i ogólnie na zdrowie fizyczne. Stres prowadzi do silnych reakcji fizjologicznych, które mogą przerodzić się w chorobę czy pogorszyć istniejące problemy zdrowotne.

W zależności od naszych cech indywidualnych będziemy inaczej reagowali na stres. Lepiej poradzą sobie z nim optymiści niż pesymiści, osoby z wysoką samooceną i motywacją. Dlatego tak ważne jest, żeby znaleźć sposób na radzenie sobie z tym zjawiskiem.

WYPALENIE CZY ZMĘCZENIE?

Czy czujesz, że wstajesz rano i zmuszasz się do tego, żeby iść do pracy? W pracy robisz minimum i brakuje Ci motywacji? Po powrocie do domu jesteś wyczerpana na tyle, że brakuje Ci energii na robienie rzeczy, które przynoszą radość? Nie czujesz się obecny w towarzystwie przyjaciół czy rodziny, tak jakbyś chciał być? Jeśli to brzmi znajomo, to istnieje duża szansa, że w pracy doświadczasz zbyt wysokiego poziomu stresu przez zbyt długi okres czasu.

Wypalenie to stan odrębny od depresji czy nerwicy. Występuje silny związek manifestacji objawów z pracą zawodową. Pojawia się na skutek niepowodzeń w zmaganiu się ze stresem w pracy.

W pracy pielęgniarki występuje asymetria relacji. Jako pielęgniarki dajemy pacjentom opiekę, wsparcie, bezpieczeństwo. Jak mówi jedna z teorii wypalenia, poświęcamy się sprawie i nie przynosi to oczekiwanej na-

grody. Często nie mamy realnych możliwości, żeby osiągnąć założone cele. Jesteśmy długotrwale zaangażowane w sytuacje obciążające emocjonalnie. Co ciekawe, osoby, które spodziewają się znaleźć sens swojej egzystencji w pracy zawodowej, częściej doświadczają poczucia porażki.

Alarmujące sygnały, na które warto zwrócić uwagę:

- ◆ pogorszenie zdrowia psychicznego – lęk, depresja
- ◆ chroniczne zmęczenie (niespowodowane nocnymi zmianami)
- ◆ uporczywe bóle głowy i migreny
- ◆ mgła mózgową – problemy z koncentracją
- ◆ bezsenność, problemy ze snem

Możesz również zaobserwować, że:

- ◆ boisz się rano iść do pracy
- ◆ jesteś w pracy na autopilocie
- ◆ jesteś zbyt zmęczony na hobby
- ◆ myślisz o pracy, kiedy w niej nie jesteś
- ◆ ciężko Ci odpoczywać

Wszystkie powyższe symptomy mogą być skutkiem chronicznego stresu, który wymknął się spod kontroli. Jeśli negatywnie wpływają na Twoje życie, należy się zastanowić nad znalezieniem sposobów na radzenie sobie ze stresem.

WYPALENIE

Nie pojawia się nagle, ale postępuje etapami:

Pierwszy stopień jest swego rodzaju stadiem ostrzegawczym, w którym mogą pojawić się objawy takie jak nie ustępujące objawy przeziębienia, chęć „ucieczki” w chorobę, ból głowy, problemy ze snem, uczucie irytacji, zaburzenia apetytu. Powrót do właściwego funkcjonowania z tego stadium nie jest bardzo trudny, często wystarczy krótki wypoczynek, hobby, okresowe zmniejszenie obciążenia pracą.

Drugi stopień pojawia się wtedy, gdy syndrom jest bardziej stały i trwa dłużej, a charakterystyczne objawy to wybuchy irytacji, cynizm, pogardliwe odnoszenie się do innych, unikanie kontaktów, gorsze wykonywanie zadań, narastają trudności w komunikowaniu się. Interwencja wymaga teraz dłuższego wypoczynku niż tylko weekend (konieczne może być wzięcie urlopu) oraz wyraźnego zainteresowania się czymś innym niż pracą. Warto też zwrócić się o pomoc do innych osób, ale raczej przyjaciół niż profesjonalistów.

Trzeci stopień występuje wtedy, gdy syndrom staje się przewlekły, rozwijają się objawy fizyczne, psychiczne i psychosomatyczne. Osoby w tej fazie stają się konfliktowe, agresywne bądź wycofane. Typowe objawy tego stadium to wrzody żołądka, nadciśnienie, napady depresji, uczucie osamotnienia i alienacji oraz pojawianie się kryzysów również niezwiązanych z pracą (np. rodzinne, małżeńskie, przyjacielskie), co powoduje, że oprócz

osoby dotkniętej wypaleniem cierpią również członkowie rodziny, przyjaciele, współpracownicy. Na tym etapie najczęściej wymagany jest kontakt z profesjonalistą – lekarzem, psychologiem, terapeutą. Krańcowe wypalenie się, prowadzące w niektórych przypadkach do poważnej depresji, może pociągać za sobą konieczność zmiany pracy.

Jeśli mówimy o wypaleniu, warto się pochylić nad jego składowymi. Na wypalenie składa się kilka elementów – fizyczne i emocjonalne zmęczenie, depersonalizacja i obniżone poczucie dokonań osobistych. Zmęczenie pracą nie jest wystarczające do stwierdzenia wypalenia zawodowego.

• FIZYCZNE I EMOCJONALNE ZMĘCZENIE

Charakteryzuje się utratą naturalnej energii, siły, brakiem zapału do działania oraz niedostrzeganiem możliwości regeneracji. Urlop nie jest wystarczający do regeneracji, objawy nie ustępują. Pojawia się potrzeba wkładania w pracę większego wysiłku, a realizowane zadania nie przynoszą satysfakcji. Dominują takie emocje jak: pesymizm, zniechęcenie, niezadowolenie, napięcie wewnętrzne, wahania pomiędzy niepokojem a rozdrażnieniem. Często współwystępują liczne objawy psychosomatyczne, jak: przewlekłe zmęczenie, bóle głowy, bezsenność, zaburzenia ze strony układu krążenia i pokarmowego. Zakłada się, że wyczerpanie emocjonalne poprzedza stan wysokiego pobudzenia, tym samym jest to czynnik mocno związany ze stresem.

• DEPERSONALIZACJA

Możliwe, że już na praktykach studenckich mogliście obserwować proces dehumanizacji. Występuje naturalnie w zawodach mających charakter opiekuńczy, jak np. nauczyciele, pracownicy socjalni. Pacjent staje się „tą wątrobą spod piątki”, a nie podmiotem, żywym człowiekiem, który wymaga indywidualnego podejścia.

Depersonalizacja przejawia się reagowaniem na innych w sposób negatywny, bezduszny, zbyt obojętny. Wyraża się: brakiem współczucia, unikaniem kontaktu psychicznego czy odpowiedzialności. Początkowo tworzenie dystansu wobec problemów pacjentów, klientów stanowi formę ochrony siebie przed silnym odczuwaniem emocji i pozwala dobrze, efektywnie pracować.

• OBNIŻONE POCZUCIE DOKONAŃ OSOBISTYCH

Odnosi się do poczucia niekompetencji oraz braku osiągnięć w pracy. Jest to doświadczenie niskiej skuteczności i efektywności działania, które sprzyja depresyjności oraz trudnościom w radzeniu sobie. Ostatecznie doprowadza do rozwoju nieadekwatności w niesieniu pomocy i porażki – rezygnacji, wycofania.

W polskich warunkach wyróżniono następujące uciążliwe czynniki dla pracowników Ochrony Zdrowia:

- ◆ SPECYFIKA ZAWODU – zmienność, nocki, kontakt z patogenami, brudem,
- ◆ OBCIĄŻENIA PSYCHICZNE:
 - odpowiedzialność – przygotowywanie, podawanie leków, stała czujność i napięcie, konieczność szybkiego reagowania, kontakt z chorymi cierpiącymi, pokonywanie bariery intymności,
 - złe warunki pracy: lokalowe, architektoniczne, za mało personelu, zła organizacja, braki sprzętu,
 - niewspółmierne zarobki w porównaniu do wymagań,
 - niski status zawodowy (niższa satysfakcja z pracy tam, gdzie lekarze są bardziej samodzielni i autorytarni, a pielęgniarki mają mniej do powiedzenia),
 - zła współpraca zespołu leczącego, sprzeczne polecenia, brak uznania innych członków zespołu, przerzucanie odpowiedzialności,
 - zła współpraca z pacjentem – przez najczęstszy kontakt z pacjentem, to zwykle na nas spada jego niezadowolenie i frustracja oraz żądania i oczekiwania.

DLACZEGO JEDNI WYPALAJĄ SIĘ SZYBKO, A INNI W OGÓLE?

Jeśli myślisz „wszyscy muszą być zawsze zadowoleni z mojej pracy”, „to, co robię, jest niewystarczająco dobre”, masz większe szanse się wypalić. Jeśli Twoim głównym celem życiowym staje się osiągnięcie sukcesów zawodowych, to w takich okolicznościach mimo motywacji może spotkać Cię frustrujące doświadczenie niepowodzenia.

Ryzyko rozwoju wypalenia zawodowego jest wyższe u osób z niską samooceną, słabo wykształconym poczuciem własnej tożsamości oraz tych, które mają zewnętrznie ułożone poczucie kontroli. Częściej występuje wśród osób samotnych, pracujących w wielu placówkach, w ponadpodstawowym wymiarze godzin pracy, przeciążonych pracą oraz tych, które mają stosunkowo małe doświadczenie.

JAK UNIKNĄĆ WYPALENIA?

Jeśli zauważymy u siebie cechy wypalenia, musimy na chwilę się zatrzymać i przyjrzeć dotykającemu nas zjawisku. Możliwe, że w związku z tym będziemy musieli popracować nad granicami pomiędzy pracą a życiem osobistym, rozważyć ograniczenie godzin pracy, rezygnację z nocnych zmian.

Często nie pochylamy się nad tym, co przynosi nam radość. Czujemy, że nie mamy czasu, że nie jesteśmy wystarczająco kreatywni, czasem wydaje się, że brakuje nam energii na robienie rzeczy, które uszczęśliwiają. Cokolwiek to jest, jeśli zauważyłeś, że nie pochylasz się już nad rzeczami, które normalnie przynosiły Ci radość, to może być jeden z ukrytych



winowajców tego, dlaczego doświadczasz wypalenia.

KIEDY WARTO ROZWAŻYĆ POMOC SPECJALISTY?

Zwracaj uwagę na symptomy takie jak: zaburzenia snu, poczucie bezwartościowości, poczucie beznadziei, gniew, smutek. Pielęgniarki powinny systematycznie i długofalowo uczestniczyć w szkoleniach oraz kursach prowadzonych przez psychologów oraz terapeutów, by doskonalić swoje umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i stresowych.

Myślę, że jednym z powodów, dlaczego boimy się udać po pomoc do profesjonalistów jest obawa stygmatyzacją. Wielokrotnie spotykałam się z sytuacją przekazywania raportu o pacjencie, który w wywiadzie podawał depresję czy zaburzenia lękowe z lekką ironią, zakładaniem, że ten pacjent będzie przez to zachowywał się w sposób nieprzewidywalny. Skłania to do refleksji nad tym, czy poziom wiedzy medyków na temat zdrowia psychicznego jest wystarczający.

ZWOLNIENIE OD PSYCHIATRY?

Gdy jakiś czas temu poruszyłam temat zdrowia psychicznego w moich social mediach, dostałam wiadomość na Instagramie, która mnie zmroziła: „U nas straszą, że po takim zwolnieniu nikt nas później nie przyjmie do pracy”.

Jeśli Wasz psychiatra zaproponuje Wam zwolnienie ze względu na stan psychiczny, to absolutnie nie należy traktować tego zwolnienia inaczej niż zwolnienia od ortopedy na złamaną nogę. Zdrowie psychiczne jest tak samo ważne jak fizyczne. Nie masz obowiązku mówić pracodawcy, jaki jest powód zwolnienia chorobowego, a on nie ma prawa tego od Ciebie wymagać. Nawet jeśli boicie się wizyty u lekarza medycyny pracy po zwolnieniu lekarskim, to pamiętajcie, że jego też obowiązują tajemnica zawodowa.

SKUTKI WYPALENIA

Pielęgniarki wypalone zawodowo gorzej radzą sobie ze stresem, mają problemy z pamięcią, co może prowadzić do błędów w pracy np. podczas przygotowywania i podawania leków. Tam, gdzie pielęgniarki były wypalone, częściej roznosiły się zakażenia szpitalne, występowała też większa śmiertelność wśród pacjentów. Im bardziej wypalone pielęgniarki, tym gorsza opinia o szpitalach, w których przebywali pacjenci. Skutki wypalenia zawodowego są znaczące. Stajemy się obojętni na pacjentów, nieempatyczni, wpływa to nawet na podstawowe zadania pielęgniarstwa, które wykonujemy. Pojawiają się konflikty i pretensje w zespole, cierpi też rodzina, bo stale jesteśmy rozdrażnieni i sfrustrowani. Każda kolejna aktywność jest traktowana jako wysiłek i dodatkowe obciążenie.

Jeśli czujesz się wypalony, rozpoznajesz u siebie objawy depresyjne, zaburzenia lękowe, nie jesteś staby ani szalony, nie jesteś maszyną z zepsutym podzespołem. Jesteś człowiekiem z niezaspokojonymi potrzebami. Nie jesteś gorszy. Biologia może sprawiać, że jesteśmy bardziej podatni na zaburzenia w strefie psychicznej, ale większość czynników przyczyniających się do powstawania depresji i lęków nie ma podłoża w naszej biologii, tylko w sposobie, w jaki żyjemy. Na studiach tłucze nam się do głowy, że żywy ratownik to najlepszy ratownik. Myślimy wtedy o sytuacji niebezpiecznej jak o np. możliwości bycia potrąconym na jezdni, uszkodzonym w fizyczny sposób. Zdrowie to dobrostan biopsychospołeczny. Zdrowa pielęgniarka to najlepsza pielęgniarka. Zdrowie psychiczne wpływa na nasze zdrowie fizyczne.

Mam przed oczami dwie liczby 62 i 20. Żyjemy 20 lat krócej niż statystyczne Polki. Życzę Wam i sobie, żeby ta statystyka zmieniała się na naszą korzyść dzięki temu, że będziemy potrafili zadbać przede wszystkim o siebie, zanim zaczniemy sobą dzielić się z innymi.

CO MOŻESZ ZROBIĆ DLA SIEBIE NAWET OD JUTRA?

Kojarzycie te diagnozy rozpoczynające się od „pacjent z deficytem samoopieki? Pielęgniarki przewlekłe doświadczają deficytu samoopieki. Dlatego pierwszym etapem jest zadbanie o siebie. Wystarczy kilka małych kroków:

- ◆ Kontroluj swoje zdrowie poprzez badania profilaktyczne
- ◆ Odżywiaj się zdrowo i regularnie – idź na przerwę! Moim ogromnym błędem było to, że tego nie robiłam. Nawet jeśli ilość pracy jest przytłaczająca, to te 10 minut na posiłek nikogo nie zbawi oprócz Ciebie
- ◆ Wysypiaj się – słuchaj swojego organizmu, nie wyśpisz się, jeśli weźmiesz 3 odwrotne doby w miesiącu
- ◆ Staraj się wdrożyć aktywność fizyczną do swojego życia – nie liczą się kroki wydeptane na dyżurze, nie musisz od razu chodzić na siłownię i wyciskać na klatkę, ale regularne spacery czy jazda na rowerze to już dobry początek
- ◆ Znajdź czas na hobby, aktywności pozawodowe, które lubisz robić – nie liczy się przeglądanie mediów społecznościowych. To również może negatywnie wpływać na Wasze zdrowie psychiczne. Poza ogromnymi plusami takimi jak poczucie jedności, dowiadywanie się ciekawostek i nowości niestety media społecznościowe mogą napędzać negatywne myśli na temat nas samych. „Bo w tej Warszawie to mogą mieć USG i są tacy mądrzy i zgrani, a u nas dalej kroplówki na igłę i deseczkę, a w socialnym walka o przetrwanie. Przeglądanie SM może prowadzić do porównywania i **ścigania**, zaburzając nam możliwość znalezienia własnej **ścieżki** i podążania nią.

Źródło: Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 7-8.2023

OTO KILKA SPOSOBÓW NA PRZECIWDZIAŁANIE WYPALENIU ZAWODOWEMU:

- ✓ Realistyczne cele – nie zmienisz ochrony zdrowia w rok, nie zmienisz nawet funkcjonowania swojego szpitala, ale być może jest jedna rzecz, którą możesz zmienić w swoim środowisku pracy?
- ✓ Autoanaliza jako nawyk
 - poznawanie własnych zasobów i ograniczeń
 - poczucie własnej skuteczności
 - rozpoznanie stresorów i określenie sposobów na radzenie sobie ze stresem
 - lepsze zrozumienie zachowań innych
- ✓ Podnoszenie kwalifikacji zawodowych
- ✓ Rozwijanie asertywności, empatii, umiejętności rozwiązywania konfliktów
- ✓ „Dobry zespół”
 - odpowiednia obsada
 - wspierające środowisko pracy
 - relacje międzyludzkie
- ✓ Harmonia w stylu życia (czas na odpoczynek, przyjemności, więzi, kontakty)
 - zarządzanie czasem
 - znajdź czas na rozrywkę
 - znajdź czas dla przyjaciół/ rodziny
- ✓ Korzystaj ze wsparcia społecznego
 - rozmawiaj z rodziną/przyjaciółmi/ współpracownikami
 - znajdź osobę, która pomoże Ci poradzić sobie z frustracjami z pracy – może to być przyjaciel, ale też np. terapeuta

Nawyki żywieniowe w czasie ciąży

Choć w naszych genach ilość informacji dotyczących rozwoju i zdrowia jest przeogromna, to właśnie czynniki środowiskowe uderzają w klawisze kodu genetycznego. Nie ma wątpliwości, że wiele chorób to choroby raczej z wyboru niż z przypadku. Styl życia, także to, co jemy, bezpośrednio wpływają na stan zdrowia. Warto uświadomić pacjentkom, że to, co i ile kładą na talerz „programuje” zdrowie ich dziecka.

dr hab. Beata Pięta, prof. UM
Kierownik Zakładu Praktycznej Nauki Położnictwa UM w Poznaniu, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Położnych, Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarstwa Położniczego i Ginekologicznego.



poprzedzającego ciążę wpływają na zdrowie noworodków. Utrzymanie odpowiedniej masy ciała, aktywność fizyczna oraz wykluczenie nałogów mają wpływ na płodność kobiet i mężczyzn. Prawidłowe żywienie kobiet w okresie koncepcyjnym odgrywa ważną rolę w zapewnieniu optymalnych warunków rozwoju płodu oraz zmniejsza ryzyko powikłań wynikających z niedoborów poszczególnych składników pokarmowych. Jest to szczególnie istotne w przypadku nieplanowanego poczęcia dziecka lub zbyt częstych ciąż. Dzięki edukacji zdrowotnej w zakresie tych czynników, wdrożonej od wczesnego dzieciństwa, można osiągnąć optymalny stan odżywienia osób w wieku rodzimym oraz zwiększyć szanse na posiadanie zdrowego potomstwa (Szajewska, 2014).

Częstotliwość występowania niektórych wad wrodzonych jest dwa razy wyższa wśród dzieci, których matki były otyłe (Kim Waller, 2007), dodatkowo u kobiet otyłych o 15% wzrasta ryzyko urodzenia noworodka z wadami serca (Gilboa, 2010). W badaniach zespołu z Harvard Medical School wykazano wpływ nadmiernego przyrostu masy ciała w ciąży na zwiększoną masę ciała dziecka w wieku 3 lat, a także w okresie dojrzewania (Oken 2007, 2008).

JAKIE MENU DLA KOBIETY W CIĄŻY

Koncepcja programowania żywieniowego zakłada, że w tzw. krytycznych okresach rozwoju organizmu ludzkiego (m.in. w życiu płodowym) wpływ niekorzystnych czynników środowiskowych, w tym niedobór lub nadmiar składników pokarmowych, prowadzi do trwałych modyfikacji procesów metabolicznych i hormonalnych. Dlatego podczas edukacji przedporodowej należy motywować do zmiany nawyków żywieniowych na prozdrowotne oraz uczulić przyszłych rodziców, że dbając o prawidłowe żywienie od pierwszych dni życia, decydują o stanie zdrowia dziecka oraz wpływają na odległe (tzw. długofalowe) efekty zdrowotne. Odpowiednie żywienie programuje stan zdrowia, warunkując harmonijny rozwój oraz funkcjonowanie mózgu i zmy-

śłów dziecka, zapewniając prawidłowy rozwój kości i stawów oraz ochronę przed otyłością (ze wszystkimi jej następstwami) i rzadsze występowanie lub łagodniejszy przebieg tzw. chorób cywilizacyjnych.

Istotnym czynnikiem warunkującym prawidłowy przebieg ciąży jest pełne pokrycie zapotrzebowania na energię oraz składniki odżywcze. Utrzymanie zalecanej masy ciała przed ciążą i odpowiedni jej przyrost w czasie ciąży są najlepszymi miernikami prawidłowego spożycia energii.

Niedożywienie wewnątrzmaciczne

może stwarzać sprzyjające warunki do nieprawidłowości metabolicznych w życiu pozamacicznym. Może przyczynić się do zaburzeń rozwoju naczyń krwionośnych, komórek beta trzustki, do rozwinięcia oporności na insulinę, jak również upośledzać rozwoju mięśni, zaburzać czynność wątroby, nerek i innych narządów. Zaburzenia rozwoju w życiu płodowym, manifestujące się małą masą urodzeniową mogą być przyczyną zwiększonego ryzyka zgonu w okresie okołoporodowym oraz we wczesnym dzieciństwie, większej podatności na choroby infekcyjne, a także zwiększonej predyspozycji do zachorowania w wieku dorosłym na cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemię oraz choroby sercowo-naczyniowe (Szostak-Węgierek, 2007).

Z kolei makrosomia u dziecka, powikłania ciąży i porodu, a także zwiększone ryzyko sercowo-naczyniowe u samej matki mogą wynikać z nadmiernego odżywienia ciężarnej. Zbyt duża urodzeniowa masa ciała wiąże się często z nadwagą oraz zwiększonym ryzykiem zespołu metabolicznego w życiu dorosłym. Warto podkreślić, że kobiety, które nadmiernie przytyły w czasie ciąży częściej chorują na cukrzycę ciążową, a w późniejszym okresie swojego życia częściej cierpią z powodu otyłości i jej powikłań (Szostak-Węgierek, 2007). Normy zapotrzebowania energetycznego dla kobiet w ciąży i w okresie laktacji, które uwzględniają zwiększone zapotrzebowanie na energię są zgodne z zaleceniami ekspertów FAO/WHO/UNU. Zwiększony wydatek ener-

Stwierdzenie, że ciąża i narodziny to fundament przyszłości dziecka nie jest sloganem. Dowody naukowe wskazują, że w tym okresie kształtują się podstawy zdrowia zarówno fizycznego, psychicznego, jak i społecznego. Istotne staje się nie tylko dbanie przez ciężarną o własne zdrowie, aktywność fizyczną czy racjonalne odżywianie, ale również stwarzanie optymalnych warunków dla rozwoju dziecka. Inwestowanie w odpowiedni rozwój to właściwa opieka medyczna sprawowana nad ciężarną i rodzącą, zawierająca elementy edukacji oraz wsparcia, które wpływają na prawidłowy przebieg ciąży, porodu i stan zdrowia noworodka. Kwestie te reguluje w Polsce Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia

16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 1324).

CO I ILE WIEDZĄ PRZYSZLI RODZICE

Jak pokazują badania, wiedza na temat prawidłowego odżywiania kobiet w wieku prokreacyjnym i wśród ciężarnych jest niewystarczająca (Kozłowska-Wojciechowska, 2002). Nieprawidłowe nawyki żywieniowe, deficyty witamin, mikro- i makroelementów mogą wikać przebieg ciąży, porodu, potogu oraz wpływać na stan zdrowia dziecka. (Leszczyńska, 2022, Udipi, 2000). Warto uświadamiać przyszłych rodziców, że zaniedbania okresu



getyczny w ciąży wynika przede wszystkim ze zwiększonego zapotrzebowania na energię rosnących tkanek, związany jest ze wzrostem płodu i łożyska oraz zwiększonej pracy serca i płuc ciężarnej. W 2020 roku zostały opracowane dla polskiej populacji kobiet nowe normy zapotrzebowania kalorycznego w ciąży. W przeciwieństwie do poprzednich, aktualne normy określają dodatkowe zapotrzebowanie na energię w I, II i III trymestrze, które wynoszą odpowiednio +85, +285 oraz +475 kcal/dobę. Wcześniejsze normy uwzględniały dodatkowe zapotrzebowanie na energię tylko w II i III trymestrze. Wyznaczone normy dotyczą kobiet, które przed zajściem w ciążę miały prawidłową masę ciała. U kobiet z nadwagą dodatkowe zapotrzebowanie na energię w czasie ciąży jest mniejsze. Wartość energetyczna ich diety nie powinna sprzyjać nadmiernym przyrostom masy ciała. Również w przypadku kobiet z niedoborem masy ciała dodatkowe zapotrzebowanie na energię może się różnić od zapotrzebowania kobiet z prawidłową masą ciała. W takich przypadkach zaleca się indywidualne konsultacje z lekarzem i dietetykiem.

Racjonalna dieta podczas ciąży, oprócz dostarczenia odpowiedniej ilości energii, powinna także zawierać niezbędne składniki odżywcze (czyli białka, tłuszcze, węglowodany, składniki mineralne i witaminy) w prawidłowych ilościach i proporcjach. Podstawą zasad zdrowego żywienia podczas ciąży powinna być dbałość o różnorodność produktów, ich urozmaicenie. Należy uświadamiać ciężarne, że nie istnieje produkt pokrywający w 100% zapotrzebowanie na wszystkie składniki w odpowiednich ilościach i proporcjach. Im bardziej urozmaicona dieta, tym mniejsze ryzyko wystąpienia niedoborów. Zaleca się, aby w codziennej diecie uwzględnić produkty zbożowe, warzywa, owoce, mleko i jego przetwory oraz mięso i jego zamienniki będące źródłem pełnowartościowego białka. Posiłki powinny być komponowane ze wszystkich grup produktów, w odpowiednich proporcjach oraz uzupełniane płynami.

W codziennej diecie ciężarnej nie powinno zabraknąć warzyw (min 300g/dobę w I trymestrze ciąży i 400g/dobę w II i III). Dania powinny być oparte o różnorodne

i sezonowe warzywa, o różnej konsystencji oraz przygotowywane różnorodnymi technikami kulinarnymi. Są one głównym źródłem cennych witamin i składników mineralnych, błonnika pokarmowego, a przy tym większość z nich charakteryzuje się niską wartością kaloryczną i znikomą zawartością tłuszczu (z wyjątkiem awokado). Głównym źródłem energii w diecie są węglowodany. Ciężarnej powinny dostarczać 55–60% dziennego zapotrzebowania energetycznego. Najlepszym źródłem węglowodanów złożonych są produkty zbożowe. Dostarczają one nie tylko energii, ale również witamin z grupy B, magnezu, żelaza, cynku i błonnika. Zaleca się, aby ciężarne spożywały około 8 porcji produktów zbożowych dziennie w I trymestrze ciąży i 9 porcji w II i III trymestrze.

Podstawowym źródłem białka, które jest budulcem tkanek i narządów rozwijającego się dziecka, są: mięso, ryby, jaja, produkty mleczne, nasiona roślin strączkowych. Zapotrzebowanie na białko w czasie ciąży wzrasta o około 0,3g/kg m.c./d. Ważna jest nie tylko ilość, ale także rodzaj dostarczanego białka.

60% białka ogółem należy dostarczać z produktów zwierzęcych, 40% z roślinnych. Warto pamiętać o zasadzie spożywania mięsa łącznie z warzywami bogatymi w witaminę C, co poprawi przyswajalność żelaza. W ciąży zaleca się ograniczenie spożycia ryb morskich do dwóch razy w tygodniu (po około 100 g) ze względu na zawartość metali ciężkich (rtęć, kadm, ołów) i dioksyn.

Dużych ilości wapnia, na które zwiększa się zapotrzebowanie w ciąży, oraz witamin z grupy B dostarczają produkty mleczne. Aby pokryć zapotrzebowanie na wapń wystarczy spożywać 3–4 porcje produktów mlecznych dziennie. Porcja to około 200ml napoju mlecznego (mleko o zawartości 2% tłuszczu, maślanka, kefir, jogurt naturalny), 100g sera białego półtłustego albo 2 plastry sera żółtego. O 50% wzrasta zapotrzebowanie organizmu w czasie ciąży na nienasycone kwasy tłuszczowe. Ponieważ nasz organizm ich nie wytwarza, powinny być dostarczane z pożywienia. Źródłem nienasyconych kwasów tłuszczowych są: oleje roślinne (olej rzepakowy, sojowy, kukurydziany, słonecznikowy, krokoszowy, z pestek winogron, oliwa z oliwek), tłuste ryby morskie, orzechy, nasiona (np. dyni, słonecznika). W ciąży szczególnie znaczenie mają kwasy omega-3, których źródłem są głównie tłuste ryby morskie, a także olej lniany tłoczony na zimno, rzepakowy i sojowy oraz orzechy włoskie i siemię lniane. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego kobiety zagrożone niskim ryzykiem przedwczesnego porodu powinny przyjmować min. 600 mg DHA/dobę przez całą ciążę, natomiast kobiety z grupy wysokiego ryzyka przedwczesnego porodu – min. 1000 mg DHA/dobę przez całą ciążę. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Położnych, ciężarne u których przebieg ciąży jest niepowikłany powinny spożywać, aby pokryć zapotrzebowanie na DHA, 1–2 porcje tłustych ryb morskich/tydzień oraz dodatkowo suplementować min. 200 mg DHA/dobę. W przypadku niskiego spożycia ryb należy uwzględnić suplementację wyższą, np. 400–600 mg DHA/dobę.

Kolejnym ważnym elementem zdrowego stylu żywienia ciężarnych jest regularność spożycia posiłków. Wykorzystanie składników pożywienia jest optymalne, gdy w ciągu dnia spożywane jest 5–6 posiłków z regularnymi odstępami 3–4 godzinnymi. Aby zachować prawidłowe przyrosty masy ciała w czasie ciąży bezwzględnie z diety należy wykluczyć produkty będące źródłem „pustych kalorii”. Nie zaleca się również stosować dużych ilości soli, pomimo iż sól spożywcza jest źródłem jodu. Kobiety ciężarne nie powinny spożywać surowego mięsa i surowych ryb.

Mimo, że prawidłowo zbilansowana dieta powinna dostarczać wszystkich niezbędnych składników odżywczych, witamin i minera-

łów, w czasie ciąży ze względu na wzrost zapotrzebowania, realizacja zapotrzebowania na niezbędne składniki może być trudna. Powodem może być niska zawartość białka w diecie, indywidualna, zmniejszona zdolność do wchłaniania i metabolizowania określonych substancji odżywczych oraz znaczna strata niestabilnych składników odżywczych podczas obróbki cieplnej i przechowywania. W związku z tym, w celu zapobiegania niedoborom i ich negatywnym skutkom zdrowotnym, ciężarnym **rekomenduje się dodatkowo suplementację poszczególnych składników diety preparatami farmaceutycznymi w ściśle określonych dawkach.** Na podstawie badań żywieniowych przeprowadzonych w Polsce wykazano powszechne stosowanie preparatów wieloskładnikowych przez kobiety ciężarne, wśród których aż 22% przyznało się do stosowania kilku preparatów równocześnie, mimo braku zaleceń lekarskich dla takiego postępowania. Suplementy diety są łatwo dostępne. Można je kupić bez recepty (apteka, stacja benzynowa, sklepy internetowe), dlatego istnieje powszechne przekonanie o ich nieszkodliwości. Niekontrolowane spożycie preparatów wieloskładnikowych wiąże się z wysokim ryzykiem przedawkowania oraz interakcji z lekami przewlekle stosowanymi (np. antybiotyki, leki kardiologiczne). Z tego powodu zalecana jest konsultacja lekarska lub dietetyczna przed rozpoczęciem suplementacji, która uwzględni aktualną dietę, zwyczajnie żywieniowe oraz indywidualne zapotrzebowanie organizmu na składniki odżywcze. Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, największe ryzyko jest związane z nadmiernym spożyciem witaminy A, beta-karotenu, wapnia, miedzi, fluoru, żelaza i cynku.

Stosowane dość często, również wśród ciężarnych, diety wegańskie czy wegetariańskie mogą stanowić pewien dylemat. Według stanowiska Amerykańskiej Akademii Żywności i Dietetyki „dobrze zaplanowana dieta wegańska oraz inne rodzaje diet wegeta-

riańskich są odpowiednie dla osób na wszystkich etapach **życia**, włącznie z okresem ciąży i laktacji, niemowlęctwa, dzieciństwa oraz dorastania, jak również dla sportowców”.

Podsumowanie systematycznego przeglądu 22 badań (13 nad efektami zdrowotnymi u płodów i matek, 9 w kierunku niedoborów składników odżywczych) brzmiało podobnie: „wegańskie i wegetariańskie diety mogą być uznane za bezpieczne do stosowania w trakcie ciąży, pod warunkiem zwracania uwagi na zaspokojenie zapotrzebowania na witaminy i składniki mineralne”.

W tym celu wysoce wskazana jest opieka dietetyka specjalizującego się w dietach wegetariańskich. Podstawową kwestią, na którą należy zwrócić uwagę, jest ocena stanu odżywienia witaminą B₁₂ i adekwatności spożycia tej witaminy.

W związku ze wzrostem objętości krążącej krwi, rozwojem tkanek płodowych i zwiększaniem się masy narządów kobiety – wzrasta również zapotrzebowanie na płyny. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, kobiety ciężarne i karmiące powinny wypijać ok 2-3 litrów wody dziennie. Tylko tak wyeliminują nieprzyjemne dolegliwości związane z ciążą, takie jak poranne nudności i wymioty, zaparcia, suchość skóry czy infekcje dróg moczowych. Podczas karmienia piersią dobowe zapotrzebowanie na wodę wzrasta o 700 ml i wynosi 2,7 litra/dobę. Szczególnie rekomendowana jest naturalna woda mineralna niskozmierzalowana. Zgodnie ze stanowiskiem ekspertów woda dla kobiet ciężarnych i karmiących powinna być niskozmierzalowana (suma składników mineralnych nie przekracza 500 mg/litr), bogata w jony magnezu (działanie kardioprotekcyjne) i wapnia (profilaktyka osteopenii/osteoporozy) oraz charakteryzować się niską zawartością jonów sodu (profilaktyka nadciśnienia).

Źródło: *Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 6.2023*

I NADMIAR I NIEDOORY MAJĄ KONSEKWENCJE

Wpływ niekorzystnych czynników środowiskowych w życiu płodowym prowadzi do trwałych modyfikacji procesów metabolicznych i hormonalnych, które wpływają na zdrowie dziecka. Nadmiary czy niedobory składników odżywczych w życiu płodowym w sposób trwały przeprogramują metabolizm i przebieg procesów fizjologicznych, skutkując rozwojem szeregu powikłań metabolicznych i sercowo-naczyniowych w okresie dorosłości. Dlatego już w czasie ciąży zaczyna się wyjątkowy okres – 1000 pierwszych dni życia dziecka. Należy jednak wspierać młode matki, młodych rodziców aby zdrowe nawyki żywieniowe utrzymywać również po zakończeniu ciąży. Niewątpliwie przyczyni się to do poprawy zdrowia całej rodziny.



Masz obowiązek udzielenia pomocy

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej nakłada na nas obowiązek udzielenia pomocy w każdym nagłym wypadku. Co oznacza on w praktyce i jak powinien on być realizowany?

**Katarzyna Gajewska,
radca prawny**

Ustawodawca, mocą art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, nałożył na osoby wykonujące te zawody prawny obowiązek udzielenia pomocy (w uproszczeniu przyjmując) w każdym nagłym przypadku. Wyrażona w przywołanym przepisie norma brzmi następująco: pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadаныmi kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwtoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Co jednak w praktyce oznacza taka regulacja?

KOGO DOTYCZY

Przepisy dotyczą wszystkich pielęgniarek i położnych, a nie np. tylko tych, które akurat wykonują czynności zawodowe, czy pełnią dyżur w placówce medycznej.

Taka redakcja omawianego przepisu jednoznacznie wskazuje, że znajduje on również zastosowanie w wypadku pielęgniarki lub położnej po godzinach pracy, w sytuacji prywatnej. Obowiązek udzielenia pomocy będzie zatem ciążył na pielęgniarence lub położnej, która przypadkowo stała się świadkiem jakiegoś zdarzenia, w trakcie którego zaistniała sytuacja wymagająca niezwłocznego udzielenia pomocy osobom poszkodowanym.

Można powołać się na analogiczny zapis w ustawie o zawodach lekarza i lekarza den-

tysty, w myśl którego lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwtoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W doktrynie panuje przekonanie, iż „komentowany przepis wprowadza normę o charakterze ogólnym i kreuje obowiązek określonego zachowania po stronie każdego lekarza, w sytuacji gdy zetknie się z okolicznością (choćby w sposób przypadkowy) przy wykonywaniu czynności prywatnych) zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta. Z obowiązkiem lekarza niesienia pomocy w stanach pilnych korespondują uprawnienia pacjenta zawarte w art. 7 ust. 1 art. u.p.p., zgodnie z którym pacjent ma prawo do natychmiastowego

udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia” (tak: Kopec Marcin (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty. Komentarz, Opublikowano: WK 2016). Porównując brzmienie przepisów ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z ustawą zawodową lekarzy, od razu widać, że ustawodawca inaczej opisał sytuację, w których konieczne staje się udzielenie pomocy (w przypadku pielęgniarek lub położnych) albo pomocy lekarskiej (w przypadku lekarzy i lekarzy dentyistów). W ustawie o zawodach pielęgniarek i położnych mowa jest bowiem o „stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego” zaś w odniesieniu do lekarzy o „niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia”. Czy oznacza to, że pielęgniarka lub położna ma obowiązek udzielenia pomocy w innych sytuacjach niż lekarz lub lekarz dentyista? Takie rozróżnienie byłoby nadmierną komplikacją i ustawodawcy – mimo różnego określenia tych przypadków, jednak chodziło o tożsame sytuacje.

Nagłe zagrożenie zdrowotne będzie bowiem obejmowało zarówno sytuację ciężkiego uszkodzenia ciała, jak również ciężkiego rozstroju zdrowia, a w konsekwencji także niebezpieczeństwo utraty życia.

DO CZEGO ZOBOWIĄDUJE

Pielęgniarka i położna ma obowiązek udzielenia pomocy zgodnie art. 12 ust. 1 wskazanej ustawy. Prawodawca nie określa jednak, na czym ta pomoc miałaby polegać. Z pewnością jednak będzie to pojęcie szersze aniżeli skoncentrowanie się wyłącznie na udzieleniu świadczeń zdrowotnych w ramach wykonywanego zawodu, które wymienione zostały w art. 5 ust. 1 cytowanego aktu prawnego. Z uwagi jednak na profesjonalne umiejętności, wypada przyjąć, że ustawodawca „oczekuje” od osób wykonujących zawód pielęgniarki i położnej – z racji posiadanych umiejętności, aby udzielona przez nie pomoc miała bardziej fachowy charakter i mieściła się w zakresie posiadanych przez nie kompetencji. Realizacja tego obowiązku nie stanowi podstawy dla osoby wykonującej zawód pielęgniarki albo położnej do przekroczenia swych kwalifikacji zawodowych. Jest to swego rodzaju ograniczenie bezwzględne nakazu sformułowanego w cytowanej regule.

Działanie, do jakiego zobowiązuje przywołany przepis musi mieścić się w zakresie kompetencji zawodowych pielęgniarki bądź położnej.

NIE MOŻNA ODMÓWIĆ

Wartym wspomnienia zagadnieniem jest także kwestia odmowy udzielenia pomocy (świadczenia zdrowotnego) osobom nieubezpieczonym i pytanie, czy udzielona w takiej

sytuacji pomoc również byłaby refinansowana ze środków publicznych. Orzecznictwo w tej materii wskazuje, że odpowiednikiem cytowanych reguł, nakładających na osoby wykonujące zawody medyczne oraz podmioty lecznicze obowiązek udzielenia pomocy w stanach nagłych są normy przyznające pacjentom prawo do otrzymania takiej pomocy. Przywołania wymaga art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie z którym podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. „Obowiązek ten ciąży przy tym nie tylko na samych zakładach opieki zdrowotnej, ale także bezpośrednio na ich personelu medycznym, to jest – lekarzach, pielęgniarkach i położnych, co wynika z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 z późn. zm.), art. 12 ust. 1 ustawy dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039). Z tego też względu osoby, które udzieliły pomocy medycznej w wypadkach nagłych mogą domagać się od Państwa zwrotu kosztów udzielenia tej pomocy. (...) Dlatego zakres obowiązku NFZ świadczenia za wykonane przez zakłady opieki zdrowotnej usługi medyczne obejmuje także te usługi, które świadczeniodawca zobowiązany był wykonać z mocy szczególnych przepisów ustawy, nawet jeżeli nie zostały one określone w umowie i objęte uzgodnionym wynagrodzeniem” (tak: wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 16 września 2014 r., I ACa 335/14).

Podkreślić trzeba, że obowiązek nałożony w art. 12 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej ma szersze zastosowanie niż reguła wynikająca z art. 160 kodeksu karnego, zgodnie z którą ten, kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, jeśli jednak na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Mowa tu o przypadku, w którym np. osoba wykonująca zawód medyczny pełni funkcję tzw. gwaranta, którego rolą jest zapobieżenie skutkowi polegającemu na narażeniu innej osoby na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. „Uregulowany w art. 160 § 2 KK szczególny, prawny obowiązek opieki, opierający się na określonej relacji interpersonalnej, może wynikać z ustawy (np. lekarz – pacjent lub rodzic – dziecko), z orzeczenia sądu (np. opiekun – podopieczny), zajmowanego stanowiska (np. kapitan statku – pasażerowie), z umowy cywilnoprawnej lub umowy o pracę (np. instruktor sportowy – kursant, pielęgniarka – pacjent, nauczyciel – uczeń) (...)” (tak:

Kodeks karny. Komentarz, red. prof. dr hab. Ryszard Stefański, 2016 r.). Co więc istotne – nie każda pielęgniarka lub położna, której dotyczy sytuacja opisana w art. 12 ust. 1 ustawy zawodowej będzie jednocześnie gwarantem, którego dotyczy przywołana norma z kodeksu karnego. Tak jak to zostało już wskazane na wstępie, przywoływany art. 12 ust. 1 nakłada obowiązek udzielenia pomocy w sytuacji nagłej na każdą pielęgniarkę lub położną, która jest obecna podczas takiego zdarzenia, czyli także w sytuacjach mających miejsce w czasie prywatnym. Na poparcie tej tezy można wskazać stanowisko doktryny, odnoszące się do obowiązku gwaranta – lekarza, wynikającego z przepisów karnych „Oznacza to, że lekarz, który przypadkowo stał się świadkiem zdarzenia, w którym dana osoba potrzebuje niezwłocznej pomocy lekarskiej, nie może być uznany za lekarza gwaranta, inaczej zaś lekarz, do którego zgłasza się pacjent potrzebujący pomocy lekarskiej” (tak: Kopec Marcin (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty. Komentarz, Opublikowano: WK 2016).

Obowiązek udzielenia pomocy przez pielęgniarkę i położną aktualizuje się tylko wtedy, gdy pielęgniarka lub położna znajdują się w tym samym czasie i miejscu, co osoba potrzebująca pomocy lub w bezpośredniej bliskości takiego miejsca.

CO OZNACZA „MOŻLIWOŚĆ BEZWZŁOCZNEGO UDZIELENIA POMOCY”

Warto przytoczyć jeszcze jeden fragment z literatury przedmiotu, który odnosi się do podstawy przypisania pielęgniarskiej lub położnej odpowiedzialności w ramach komentowanego przepisu: „Warunkiem odpowiedzialności pielęgniarki i położnej z art. 12 ust. 1 u.z.p.p. jest możliwość bezwzględnego udzielenia pomocy. Oznacza to, że pielęgniarka lub położna muszą się znajdować w zasięgu osoby potrzebującej pomocy niezależnie od tego, czy ich obecność była tam przypadkowa, czy wskutek przybycia na wezwanie, czy też pełnienia dyżuru w szpitalu, do którego przywieziono pacjenta. Zatem obowiązek udzielenia pomocy przez pielęgniarkę i położną przewidziany w komentowanym przepisie aktualizuje się tylko wtedy, gdy pielęgniarka lub położna znajdują się w tym samym czasie i miejscu, co osoba potrzebująca pomocy, lub w bezpośredniej bliskości przestrzennej takiego miejsca. Pielęgniarka lub położna znajdująca się w bezpośredniej bliskości osoby potrzebującej pomocy nie może zastąpić się brakiem czasu, własnymi zajęciami, chęcią odpoczynku, późną porą (...)” (tak: Lis Wojciech, Sadowska Monika, Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. Komentarz, Opublikowano: WKP 2019).

Źródło: Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 5. 2021



Autonomia i prawa pacjenta

Aby przestrzegać praw pacjenta, należy je poznać i zrozumieć. Realizacja świadczeń zdrowotnych z ich poszanowaniem jest wykładnią naszego profesjonalizmu, pozwala na wykonywanie zawodu w sposób bezpieczny i dla pacjenta i dla pielęgniarki, położnej. Doświadczenie pokazuje, że wiedza na ten temat wymaga usystematyzowania. Rozpoczynamy zatem cykl artykułów, w których znajdziecie Państwo aktualne spojrzenie na tę problematykę.

**dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk,
NRZOZ, Uczelnia Państwowa
im. Jana Grodka w Sanoku;
mgr piel. Ewelina Dmochowska,
Uczelnia Państwowa im. Jana Grodka
w Sanoku**

Postęp wiedzy medycznej przyczynił się do powstania wielu zagrożeń odnoszących się do praw człowieka, a szczególnie do samostanowienia i poszanowania godności. Potwierdza to prawo medyczne. Według M. Saffina jedną z konsekwencji rozwoju biotechnologii i medycyny jest konieczność zadawania pytań o zasadność i jednoznaczność podstawowych prawnie aksjomatów, które do niedawna tworzyły niepodważalne podstawy struktur prawnych [1]. Z. Duniewska w swoich pracach zwraca uwagę, że w dzisiejszych realiach ist-

nieje groźba uprzedmiotowienia człowieka m.in. w związku rozwojem inżynierii genetycznej [2].

Samo pojęcie autonomii nie jest jednoznaczne.

Słowo to pochodzi od języka greckiego *autos* – sam, własny i *nomos* – prawo, norma. Oznacza samostanowienie, normę, niezależność. Według I. Berlina autonomia polega na wolności od ingerencji ze strony innych, jak i wolność w decydowaniu o samym sobie. Ludzie są twórcami wartości i celów samych w sobie, a ich autorytet pochodzi od dobrowolnego wyboru [3].

Według J.F. Childressa wszystkie teorie autonomii muszą spełniać dwa warunki: wolność i spontaniczne działanie. Działanie autonomiczne jest działaniem spontanicznym, intencjonalnym, rozumiałym i przebiegają-

cym bez wpływu czynników z zewnątrz. Autor podkreśla znaczenie szacunku dla autonomii, która uznaje prawo jednostki do posiadania własnych poglądów, dokonywania wyborów i podejmowania działań. Szacunek ten wpływa z uznania, że osoby są wartościowe same w sobie, ponieważ mogą kierować własnym losem. Należy zaznaczyć, że zasada szacunku dla autonomii nie ma charakteru absolutnego. W niektórych sytuacjach autonomia osoby podejmującej decyzje może być ograniczona poprzez wzgląd na prawa innych osób.

W medycynie istnieje pokusa, by władzy, jaką posiada np. lekarz, używać do stanu uzależnienia pacjentów, a nie do wzmacniania ich autonomii. Zjawisko to wskazuje na występowanie paternalizmu, czyli celowej ingerencji jednej osoby w preferencje innej

ze względu na dobro tej ostatniej. Koncepcja paternalizmu odwołuje się do uzasadnionego przez Arystotelesa patriarchalnego modelu rodziny w ustroju niewolniczym oraz feudalnych zasad podległości, lojalności i zwierzchnictwa. Istotnymi cechami paternalizmu jest wyróżnienie szczególnego podmiotu jako kierownika, przejmującego pełną i niepodzielną odpowiedzialność za funkcjonowanie i losy danej społeczności. Podopieczni są zatem traktowani jako przedmiot zarządzania. Patron opiera swą władzę na bezwarunkowym i całkowitym autorytecie.

Paternalizm można podzielić na wersję słabą i wersję mocną.

Według J. Feinberga słaba wersja paternalizmu to ingerencja służąca do zapobiegania działaniom niedobrowolnym. Zakłada, że można ingerować w działania innych, jeżeli są szkodliwe. Wersja mocna polega natomiast na ingerencji mającej na celu dobro jednostki bez względu na to, czy jej działania są autonomiczne. W pojęciu tym ignorowane są życzenia, wybory, działania jednostki w imię ochrony przed samym sobą [4].

Według zasad etyki medycznej może istnieć pięć przesłanek do wykorzystania podejścia mocnego paternalizmu. Pierwszym z nich jest sytuacja, gdy pacjentowi grozi poważne niebezpieczeństwo. Po drugie, działanie paternalistyczne prawdopodobnie zapobiegnie krzywdzie. Po trzecie spodziewane dobro przewyższy zło. Po czwarte, z wszelkich możliwych działań zostaje wybrane to, które w najmniejszym stopniu narusza autonomię pacjenta. Po piąte, działanie paternalistyczne nie powinno naruszać autonomii w sposób wyraźny [5].

Prawa pacjenta obowiązują nie tylko pracowników medycznych.

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta organy władzy publicznej właściwe w zakresie ochrony zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawody medyczne oraz inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych **mają obowiązek przestrzegania praw pacjenta** – art. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

◆ Prawo do świadczeń zdrowotnych.

Pacjent posiada prawa do uzyskania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obecnie obowiązującymi zasadami leczenia, a także z zastosowaniem innowacji medycznych, najnowszych leków i metod. Pacjent posiada również prawo do konsultacji przypadku z innym lekarzem, pielęgniarką i położną. W prawie tym opisano możliwość natychmiastowej pomocy, jeżeli wystąpiło zagrożenie utraty zdrowia lub życia, a także jeżeli pacjentką jest kobieta w czasie porodu.

◆ Prawo do informacji.

Pacjent ma prawo do uzyskania wyników badań diagnostycznych, a także kart pacjenta, które zostały wykonane lub założone podczas leczenia w placówkach udzielających świadczenia zdrowotne. Prawo to wynika z konieczności posiadania informacji o stanie swojego zdrowia, a także dokumentów to potwierdzających na wypadek zmiany lekarza prowadzącego lub konsultacji medycznych.

◆ Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych.

Pacjent, który przyjmuje leki lub jego opiekun prawny może zgłosić działanie niepożądane, które pojawiło się, jeżeli medykament został wzięty zgodnie z zasadami przedstawionymi w ulotce lub przez lekarza. Informacja taka jest zgłaszana do odpowiednich instytucji, a lek lub jego partia po wykonaniu badań może być wycofany z obiegu.

◆ Prawo do tajemnicy informacji.

Pacjent pełnoletni, a także małoletni (ale powyżej 16. roku życia) lub prawny opiekun osoby małoletniej (poniżej 16. roku życia) posiada prawo do informacji na temat swojego zdrowia. Posiada on również prawo do odmowy udzielania informacji o swoim stanie zdrowia członkom rodziny, a także jemu samemu. Pacjent może wyznaczyć osoby, które w razie potrzeby są informowane o przebiegu leczenia. Personel medyczny ma obowiązek udzielić informacji na temat leczenia osobom wskazanym i pacjentowi w sposób zrozumiały.

◆ Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Określa zasady postępowania w przypadku podpisywania zgody na badania, zabiegi operacyjne, a także inne procedury medyczne. Pacjent ma prawo przeczytać zgodę przed podpisaniem jej, a także dopytać personelu medycznego, jeśli coś nie jest zrozumiałe. Jeżeli pacjent nie wyraża zgody na świadczenie zdrowotne musi to również udokumentować w formie pisemnej.

◆ Prawo do poszanowania intymności i godności.

Pacjent ma prawo do uzyskania informacji na temat stanu swojego zdrowia, a także do badań w odosobnieniu, gdzie inni pacjenci nie usłyszą danych ani relacji z przebiegu leczenia. W przypadku, gdy na sali szpitalnej podczas wizyty lub w gabinecie zabiegowym POZ są obecni studenci medycyny lub pielęgniarstwa – personel pracujący w podmiocie ma obowiązek poproszenia o wyrażenie zgody na obecność studentów.

◆ Prawo do dokumentacji medycznej.

Tu podobnie jak w Prawie do informacji opisano zasady postępowania z informa-

cjami dotyczącymi pacjenta i jego stanu zdrowia. Opisano możliwości i ceny udostępniania dokumentacji pacjentom, a także placówkom tego wymagającym, takich jak zakłady ubezpieczeń, Narodowy Fundusz Zdrowia, komisje lekarskie. Pacjent na udostępnianie takich informacji musi również wyrazić zgodę.

◆ Prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza.

Opisano możliwość zasięgnięcia porady u innego lekarza niż lekarz prowadzący w związku z wątpliwościami co do trafnej diagnozy. To normalna sytuacja, a pacjent nie powinien mieć wyrzutów sumienia ani też stresować się z powodu takiego rozwoju sytuacji.

◆ Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.

W różnych sytuacjach niezależnych od pacjenta, np. takich jak zachorowanie na chorobę zakaźną i umieszczenie go w izolacie, gdzie ze względów epidemiologicznych pacjent nie może widywać się z rodziną i bliskimi. Posiada jednak prawo do możliwości kontaktu w inny sposób na przykład telefoniczny, a personel medyczny powinien to udostępnić.

◆ Prawo do opieki duszpasterskiej.

W prawie tym opisano możliwość skorzystania z opieki duszpasterskiej pacjentów przebywających w podmiotach leczniczych. Chorzy, niezależnie od wyznania, powinni mieć dostęp do duchownego w stanie pogorszenia zdrowia lub zagrożenia Życia. Koszt wizyty duszpasterskiej leży po stronie podmiotu leczniczego.

◆ Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

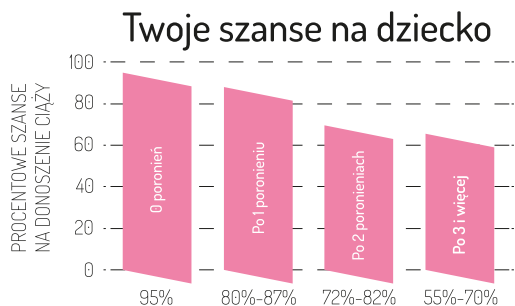
Pacjent, który trafia do podmiotu leczniczego ma prawo skorzystać z depozytu miejscowego nieodpłatnie. Minister Zdrowia w rozporządzeniu dokładnie określił, na jakiej zasadzie ma odbywać się oddanie rzeczy do depozytu, brania odpowiedzialności za pozostawione rzeczy, a także wpisu do ksiąg.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Saffian M. Rozwój nauk biomedycznych a granice ochrony prawnej, Warszawa 2001, s. 135–141.
- [2] Duniewska Z. Tożsamość człowieka w dobie globalizacji, Kolonia 2005, s. 278–282
- [3] Berlin I., Cztery eseje o wolności, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 1994, s.178–233.
- [4] Bujny J. Prawa pacjenta: między autonomią a paternalizmem, Warszawa Wydawnictwo C. H. Beck, 2007, s. 22–24.
- [5] J. Feinberg, Harm to Self The Moral Limits of the Criminal Law, t. III, Oxford University Press 2019, s.12–19.

Źródło: *Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 6.2023*

Po poronieniu masz szansę na urodzenie dziecka



Źródło: M. Lewicka, M. Sulima, M. Pyć, B. Stawarz, Charakterystyka poronień i prawa przysługujące kobiecie po stracie ciąży, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2013, 59, 1, 123-129.

Ważne jest poznanie przyczyn poronienia. Umożliwią Ci to odpowiednie badania.

”

Zdaniem lekarza:

„Badanie na materiale poronnym pozwala określić przyczynę, która stała się powodem poronienia. W 60% przypadków są to aberracje chromosomowe (wady genetyczne najczęściej związane z nieprawidłową liczbą chromosomów). W efekcie skróceniu ulega czas diagnostyki i w związku z tym możemy zaplanować optymalne postępowanie w następnej ciąży.”

lek. Beata Kozak-Klonowska, specjalista genetyki klinicznej

Jakie badania warto wykonać?

- Genetyczne
- Immunologiczne
- Hormonalne
- Anatomiczne
- Infekcyjne
- Badanie nasienia

Po poronieniu skorzystaj z pomocy psychologa

- Dzięki niemu będziesz mogła obniżyć poziom lęku przed kolejną stratą, odzyskać poczucie własnej wartości, poprawić nastrój i wrócić do normalnego funkcjonowania.
- Psycholog pomoże Ci poradzić sobie z trudnymi emocjami takimi jak żal, poczucie winy, bezradność i pustka.
- Rozmowa z psychologiem ułatwi Ci właściwe przeżycie żałoby i pożegnanie się z dzieckiem.
- Wsparcie psychologa może mieć duże znaczenie przy staraniu się o kolejną ciążę, jeśli poronienie nie nastąpiło z przyczyn medycznych.

Dowiedz się więcej na Poronilam.pl

- Prawa po poronieniu i przydatne dokumenty
- Badania i ciąża po poronieniu
- Wsparcie dla rodziców
- Porady ekspertów

Poronilam.pl



Poronienie Co dalej?

PRAWA

Skorzystaj z prawa do rejestracji i pogrzebu dziecka, zasiłku pogrzebowego (4000 zł) i urlopu macierzyńskiego (56 dni)



BADANIA I CIĄŻA

Poznaj przyczynę poronienia, przygotuj się do kolejnej ciąży i zwiększ szansę na urodzenie dziecka



WSPARCIE

Skorzystaj z pomocy specjalistów, grup wsparcia



Zadzwoń i dowiedz się więcej o badaniach
537 883 952

tel.: + 48 537 883 952
e-mail: info@poronilam.pl
www.poronilam.pl
facebook.pl/poronilam

Zaufany telefon - Nie jesteś sama!
537 883 952

Po poronieniu przysługują Ci prawa:

- 🚫 Prawo do rejestracji dziecka w USC
- 🚫 Prawo do **pochówku dziecka**
- 🚫 Prawo do zasiłku pogrzebowego **(4000 zł)**
- 🚫 Prawo do urlopu macierzyńskiego **(56 dni)**

Aby skorzystać ze wszystkich praw, które Ci przysługują, **konieczne jest określenie płci dziecka.**

Poroniłaś przed 16 tygodniem ciąży?

Płeć dziecka określą badania genetyczne

Dzięki nim będziesz mogła skorzystać ze swoich praw. Na tak wczesnym etapie ciąży lekarz może nie mieć możliwości określenia płci dziecka. Możesz ubiegać się o udostępnienie ze szpitala próbek po poronieniu w celu wykonania badania DNA.

Sprawdź, gdzie w Twojej okolicy możesz wykonać badanie płci po poronieniu www.poronilam.pl/laboratoria

Jeśli jesteś dodatkowo ubezpieczona, możesz liczyć na odszkodowanie z tytułu utraty ciąży.



Jak skorzystać z praw?

Jeśli poroniłaś w domu, zabezpiecz próbki i udaj się do szpitala



1

Poinformuj personel szpitala, że chcesz zrobić badania i pochować dziecko

Jeśli chcesz zrobić badania DNA, poproś o udostępnienie próbek.

Zleć badanie płci w laboratorium genetycznym.

Możesz także zlecić badanie w kierunku wad genetycznych, które pomoże określić przyczynę poronienia.



2

Odbierz kartę martwego urodzenia dziecka

Do jej wydania potrzebne jest określenie płci dziecka.



Szpital ma obowiązek przekazać kartę do Urzędu Stanu Cywilnego (USC) w ciągu 1 dnia. Czasami karta zostaje przekazana rodzicom, wtedy powinni oni dostarczyć ją do USC w ciągu 3 dni.

Jeśli chcesz zorganizować pogrzeb bez skorzystania ze wszystkich praw, odbierz kartę zgonu. Uzyskanie jej nie wymaga określenia płci dziecka.



3

Zarejestruj dziecko w USC

Odbierz akt urodzenia z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe.

Urlop macierzyński (56 dni)
Przedstaw pracodawcy skrócony odpis aktu urodzenia.

Pogrzeb i zasiłek (4000 zł)

Zorganizuj pogrzeb i odbierz zasiłek pogrzebowy z ZUS (przedstaw akt urodzenia dziecka wraz z dokumentami potwierdzającymi prawo do świadczeń).

