

2/2024

BIULETYN

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W JELENIEJ GÓRZE



zdjęcie Igor Dyjach



SPIS TREŚCI

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
po wcześniejszym telefonicznym
umówieniu się przez Sekretariat

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

INFORMACJE OIPIP

Życzenia z okazji Międzynarodowego
Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej 3
Święto pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych 4
Informacja o konieczności aktualizacji danych 12

INFORMACJE NIPIP

Stanowisko nr 5 NRPiP z 14.04.2014 r. w sprawie podjęcia
pilnych prac legislacyjnych nad utrzymaniem samodzielności podmiotów
sprawujących opiekę nad pacjentami w POZ 13
Odpowiedź Ministra Zdrowia na Stanowisko nr 5 NRPiP z 14.04.2024 r. 16
Odpowiedź NRPIP na Pismo OIPIP/183/2024 z 19.03.2024 r. 18

OPINIE

Stowarzyszenia medyczne i ich rola w rozwoju zawodowym pielęgniarek. 20
Rozmowa z prezes OSI Joanną Borzęcką
Urodzone za wcześnie (przedruk) 22
Rak wybiera osoby z nadwagą (przedruk) 26

Reklama – oferta specjalna dla pielęgniarek i położnych

30

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI

– mgr Ewa Pielichowska, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, SP ZOZ, ul. Rudolfa Weigla 5,
50-981 Wrocław, T: 261 660 207, 608 309 310, E: epielichowska@wp.pl

PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr Beata Łabowicz,

Wojewódzki 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 Przestrzelska, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
Zakład Położnictwa i Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego
T: 71 784 18 24, 608 509 727, E: mprzestrzelska.konsultantd@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ – mgr Dorota Rudnicka,

Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Będkowo Sp. z o.o. Sp. k., Będkowo 1,
55-100 Trzebnica, T: 71 312 02 20, E: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO – dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor,

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu, pl. Hirszfelda 12,
53-413 Wrocław, T: 71 368 92 01 E: garwacka.e@dco.com.pl

PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO – mgr Jerzy Twardak, Zakład Chorób

Układu Nerwowego, 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 Ratunkowe w Legnicy, ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica, T: 502 676 039,
E: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl

Pielegniarkom, Pielegniarzom i Położnym

Z OKAZJI MIĘDZYNARODOWEGO
DNIA PIELEŃNIARKI I DNIA POŁOŻNEJ,
W IMIENIU OKRĘGOWEJ RADY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
W JELENIEJ GÓRZE
SKŁADAM NAJSERDECZNIEJSZE ŻYCZENIA.
JESTEŚCIE NIEZASTĄPIONE, NIEZASTĄPIENI W SWOJEJ PRACY,
KTÓRA JEST NIE TYLKO TRUDNA,
ALE TAKŻE NIEZMIERNIE WAŻNA.
DZIĘKUJĘ WAM ZA WASZĄ CODZIENNĄ OPIEKĘ NAD CHORYMI,
POŚWIĘCENIE I ZAANGAŻOWANIE W ZAPEWNIANIU ZDROWIA
I BEZPIECZEŃSTWA PACJENTOM.

ŻYCZĘ WAM OBFITOŚCI ZDROWIA, SIŁY I WYTRWAŁOŚCI
W WYKONYWANIU WASZYCH OBOWIĄZKÓW.
DZIĘKUJĘ ZA WASZĄ NIEOCENIONĄ PRACĘ,
ZA WASZE SERCE I ODDANIE.
NIECH KAŻDY DZIEŃ PRZYNOSI WAM RADOŚĆ
I SPEŁNIENIE ZAWODOWE.

Z NAJWIĘKSZYM SZACUNKIEM I UZNANIEM,

PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEJ RADY
PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
W JELENIEJ GÓRZE

ELŻBIETA GAJOWNICZEK

ŚWIĘTO PIEŁĘGNIAREK, PIEŁĘGNIARZY I POŁOŻNYCH

Dnia 10 maja 2024 r. w Zamku w Kliczkowie odbyły się organizowane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze uroczyste obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej.

W uroczystości liczny udział wzięły pielęgniarki i położne, członkowie naszej Izby oraz zaproszeni goście. Obchody rozpoczęto mszą świętą w sąsiadującym z Zamkiem Kościele p.w. Pokłonu Trzech Króli. Następnie uczestnicy i goście udali się do Sali Dworskiej w Zamku, gdzie odbyła się główna uroczystość. Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Pani Elżbieta Gajowniczek powitała przybyłych gości i uczestników, wygłosiła krótkie przemówienie, w którym nawiązała do trudnej i wymagającej pracy zarówno pielęgniarek, pielęgniarzy jak i położnych oraz złożyła obu grupom zawodowym życzenia z okazji ich święta.

Całość uroczystości dopełnił wspaniały i pozostający na długo w pamięci występ Marcina Wyrostka wraz z Zespołem Coloriage. Mamy nadzieję, że ten piękny dzień minął przybyłym uczestnikom w bardzo radosnej i miłej atmosferze, pozostawiając niezapomniane wrażenia, wszystkim Pielęgniarkom, Pielęgniarzom i Położnym życzymy dużo zdrowia, siły i wytrwałości w wykonywaniu tych pięknych, a zarazem trudnych profesji, a odznaczonym gratulujemy serdecznie i życzymy dalszych sukcesów zawodowych.

W tym roku po raz pierwszy Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze na podstawie uchwały Nr 20/VIII/24 z dnia 1 marca 2024 ustanowiła Odznaczenie Zawodowe-Samorządowe o wzorze „Czepka” dla członków OIPIP w Jeleniej Górze. Odznaczenie jest uhonorowaniem i wyróżnieniem za wzorową i nienaganną postawę zawodową, empatię oraz upowszechnianie i przestrzeganie zasad etyki zawodowej.

Wniosek o nadanie Odznaczenia może składać Dyrektor ds. pielęgniarstwa, Naczelna Pielęgniarka/ Położna, Przełożona Pielęgniarka/Położna, Koordynująca Pielęgniarka/ Położna, Członek Samorządu Pielęgniarek i Położnych.

Jest ono nadawane członkom samorządu, którzy przepracowali minimum 6 lat w zawodzie.

W związku z tym podczas uroczystości Odznaczeniami Zawodowymi-Samorządowymi zostały uhonorowane następujące osoby:

WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL-SP ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZGORZELCU:

- Danuta Bogdanowicz,
- Maria Burek,
- Krystyna Halczuk,
- Wiesława Jakiel,
- Anna Kleszczyńska
- Bożena Mróz,
- Aurelia Rogowska,
- Alina Steleżuk.

WOJEWÓDZKIE CENTRUM SZPITALNE KOTLINY JELENIOGÓRSKIEJ W JELENIEJ GÓRZE:

- Ewelina Atlas,
- Anna Danilenko,
- Beata Jędrzejek,
- Danuta Kwiatkowska,
- Barbara Osiwała,
- Dorota Patyńska,
- Larysa Persjanow,
- Anna Sinica,
- Bronisława Szumigowska,
- Elżbieta Słowicka-Poznańska.

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOGATYNI:

- Anetta Niedźwiedz,
- Grażyna Rogowska.

POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O. W KAMIENNEJ GÓRZE:

- Marzanna Gawlik,
- Krystyna Mastej.

EMC SZPITAL SZPITAL BUKOWIEC W KOWARACH:

- Barbara Filipek.

POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O. W LWÓWKU ŚLĄSKIM:

- Olga Sasin.

CENTRUM MEDYCZNE KARPACZ S.A.:

- Małgorzata Motylska.

WOJEWÓDZKI SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH W BOLESŁAWCU:

- Jolanta Owczarz,
- Grażyna Pikulska.

NZO ŁUŻYCKIE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O. W LUBANIU:

- Grażyna Pawluczyk- Ziółkowska,
- Anna Szatkowska,
- Lila Trzpit.

ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOLESŁAWCU SZPITAL ŚW. ŁUKASZA:

- Mirosława Biały,
- Urszula Dżygóra,
- Małgorzata Karasiewicz,
- Antoni Kosowski,
- Iwona Rejman,
- Sylwia Rosa,
- Magdalena Tomaszewska.

DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM REHABILITACJI I ORTOPEDII SP. Z O.O. W KAMIENNEJ GÓRZE:

- Lucyna Mitek,
- Janina Zbyszowska.

IZERSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I CHEMIOTERAPII „IZER-MED” SP. Z O.O. W SZKLARSKIEJ PORĘBIE:

- Agata Kapusta,
- Małgorzata Wróbel.

UZDROWISKO ŚWIERADÓW-CZERNIAWA SP. Z O.O. W ŚWIERADOWIE-ZDROJU:

- Teresa Chrzan,
- Renata Wojciechów.



INFORMACJE OIPIP



zdjęcia Igor Dyjach

INFORMACJE OIPIP



zdjęcia Igor Dyjach

INFORMACJE OIPIP



INFORMACJE OIPIP







zdjęcia Igor Dyjach

INFORMACJA O KONIECZNOŚCI AKTUALIZACJI DANYCH

Przypominamy wszystkim członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze o konieczności aktualizacji danych, dotyczących rozpoczęcia lub zakończenia zatrudnienia, dotyczy to również osób przechodzących na emeryturę. Dane powinny być aktualizowane także w przypadku zmiany adresu zamieszkania, zmiany nazwiska, ukończenia studiów i specjalizacji.

W związku z tym, że na podstawie Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej art. 43-51 (Dz. U. z 2022 poz. 2702) Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych prowadzi rejestr pielęgniarek i rejestr położnych i gromadzi w nim dane, pielęgniarka i położna wpisane do rejestru, o którym mowa w art. 43 ust. 1, są obowiązane do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, o których mowa w art. 44 ust. 1, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania

Informacja powinna być przekazana do Izby w następujący sposób:

- w przypadku zmiany adresu lub zatrudnienia powinna być dostarczona do Izby poprzez e-mail z podaniem pełnego adresu, który uległ zmianie, pełnej daty rozpoczęcia lub zakończenia pracy,

- osobiście lub poprzez inną osobę w przypadku zmiany nazwiska, wraz z dokumentem potwierdzającym zmianę i oryginałem PWZ celem dokonania adnotacji w dokumencie prawa wykonywania zawodu,
- osobiście lub poprzez inną osobę w przypadku ukończenia specjalizacji wraz z oryginałem dyplomu potwierdzającego i oryginałem PWZ celem dokonania adnotacji w dokumencie prawa wykonywania zawodu,
- osobiście lub poprzez inną osobę w przypadku ukończenia studiów wraz z oryginałem dyplomu.

Dane powinny być również aktualizowane w przypadku osób prowadzących indywidualną praktykę pielęgniarki lub położnej tzw. kontrakty. Należy pamiętać o przysłaniu wniosku poprzez Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL), gdzie należy wypełnić wniosek

o zmianę wpisu i uaktualnić dane, które uległy zmianie.

Zgodnie z art. 107 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991) - dalej u.dz.l. - podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania. W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie, o którym mowa w art. 107 ust. 1 u.dz.l., organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.





Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko nr 5
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 14 marca 2024 r.

w sprawie podjęcia pilnych prac legislacyjnych nad utrzymaniem samodzielności podmiotów sprawujących opiekę nad pacjentami w podstawowej opiece zdrowotnej w zakresie: pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, położna podstawowej opieki zdrowotnej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych po raz kolejny wnosi o podjęcie pilnych prac legislacyjnych dotyczących utrzymania samodzielności podmiotów sprawujących opiekę nad pacjentami w podstawowej opiece zdrowotnej w zakresie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, położną podstawowej opieki zdrowotnej, realizowanej w ramach opieki koordynowanej.

Z dniem 31 grudnia 2024 r. tracą ważność oświadczenia woli świadczeniobiorców złożone do świadczeniodawców, lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ - nietworzących zespołu POZ, na podstawie przepisów przejściowych w art. 33 i 34 ustawy z dnia 27 października 2017 r. *o podstawowej opiece zdrowotnej* (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 2527).

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż bezwzględnie konieczne jest podjęcie prac legislacyjnych w zakresie wprowadzenia zmian w ustawie *o podstawowej opiece zdrowotnej*, dotyczącej utrzymania prawa świadczeniobiorcy do wyboru lekarza POZ lub pielęgniarki POZ lub położnej POZ, nietworzących zespołu POZ, którzy zawarli umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń w zakresie swoich kompetencji. To pacjent tworzy zespół terapeutyczny składając deklarację wyboru do lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych brak możliwości prawa wyrobu świadczeniodawcy w podstawowej opiece zdrowotnej skutecznie ograniczy prawa pacjenta do indywidualnego wyboru danego lekarza POZ lub pielęgniarki POZ lub położnej POZ. Daleko idącą konsekwencją utraty ważności deklaracji wyboru z dniem 31 grudnia 2024 r. będzie faktyczne pozbawienie pacjentów prawa do świadczeń zdrowotnych w ramach systemu podstawowej opieki zdrowotnej.

Należy wyraźnie podkreślić, że zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowi konstytucyjny obowiązek władz publicznych. Zgodnie z ugruntowanym orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego art. 68 Konstytucji nadaje każdemu obywatelowi prawo do ochrony zdrowia. Temu uprawnieniu obywatela odpowiada obowiązek władzy publicznej do zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Wszelkie zatem zmiany legislacyjne w zakresie systemu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych winny przede wszystkim uwzględniać potrzebę zapewnienia powszechnego i równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, a bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta winno być dla władz publicznych najwyższym priorytetem. Kierunek zmian w podstawowej opiece zdrowotnej powinien przede wszystkim uwzględniać interes pacjenta jako świadczeniobiorcy.

Reforma ustrojowa w ochronie zdrowia wprowadziła prawo pacjenta do wyboru świadczeniodawcy w podstawowej opiece zdrowotnej, kierując się zagwarantowaniem pacjentowi dostępności do wybranego przez siebie lekarza POZ lub pielęgniarki POZ lub położnej POZ. Pozbawienie pacjenta tego prawa narusza konstytucyjne chronione prawa nabyte poprzez ograniczenie dostępności do wybranego przez siebie świadczeniodawcy.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podkreśla, iż wg danych Narodowego Funduszu Zdrowia 7.704.963 pacjentów (co stanowi 20,3% społeczeństwa) złożyło deklaracje wyboru do pielęgniarek POZ i położnych POZ, które kontraktują z Narodowym Funduszem Zdrowia wyłącznie świadczenia pielęgniarские i położnicze, w formie praktyk zawodowych lub podmiotów leczniczych. Wskazanych pacjentów obejmuje opieką łącznie 1587 podmiotów pielęgniarских i położnych.

Przypomnienia wymaga fakt, iż od ponad 20 lat funkcjonują indywidualne i grupowe praktyki zawodowe pielęgniarek i położnych oraz podmioty lecznicze założone i prowadzone przez pielęgniarki i położne, które zawierają umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej. Wejście w życie przepisów przejściowych ustawy *o podstawowej opiece zdrowotnej* doprowadzi do faktycznej likwidacji samodzielnie funkcjonujące podmioty pielęgniarские i położnicze, a w konsekwencji, nie tylko pozbawią pacjentów możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie kompetencji pielęgniarki POZ, położnej POZ, ale także do zaprzestania wykonywania działalności leczniczej.

Wolność działalności gospodarczej, w tym również działalności leczniczej, jest jedną z fundamentalnych zasad ustrojowych Rzeczypospolitej Polskiej wyartykułowaną w art. 20 Konstytucji RP. Jej ograniczenia mogą być dokonywane wyłącznie ze względu na ważny interes publiczny. Wejście w życie art. 33 i art. 34 ustawy o POZ nie tylko nie służy interesowi publicznemu, ale wręcz jest z nim rażąco sprzeczne. Faktycznym skutkiem powyższych regulacji może być bowiem pozbawienie nawet kilku milionów pacjentów już od 1 stycznia 2025 roku prawa do świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Spoleczne i gospodarcze skutki powyższych zmian są o wiele dalej idące biorąc pod uwagę przewidywaną konieczność likwidacji licznych podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach systemu podstawowej opieki zdrowotnej. Pielęgniarki i położne, które poniosły znaczące koszty finansowe i organizacyjne w związku z tworzeniem ww. podmiotów, staną w obliczu konieczności ich likwidacji bez jakiegokolwiek realnej szansy na kompensatę poniesionych strat. System prawa powszechnie obowiązującego nie zapewnia bowiem wystarczającej i adekwatnej ochrony prawno-finansowej dla osób poszkodowanych działaniami legislacyjnymi władzy publicznej. Instrumentu takiego z całą pewnością nie stanowi art. 417¹ Kodeksu cywilnego. Powyższe jest nie do pogodzenia z zasadą demokratycznego państwa prawnego oraz zasadą wolności gospodarczej wskazanymi odpowiednio w art. 2 oraz art. 20 Konstytucji RP.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi stanowczo na stanowisku, iż należy zachować swobodę działalności gospodarczej i umożliwić świadczeniodawcom udzielanie świadczeń zdrowotnych w formach przewidzianych przez obowiązującą ustawę o działalności leczniczej, poprzez wprowadzenie przepisu gwarantującego możliwość oddzielnego i samodzielnego kontraktowania świadczeń zdrowotnych w ramach poszczególnych zakresów: pielęgniarki POZ, położnej POZ, lekarza POZ.

Sekretarz NRPiP

Kamilla Gólc

Prezes NRPiP

Mariola Łodzińska



Minister
Zdrowia

DLU.054.49.2024.ŁR
Warszawa, 02 kwietnia 2024

Pan
Andrzej Tytuła
Wiceprezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowny Panie,

w odpowiedzi na pismo z dnia 18 marca 2024 r. (nadesłane elektronicznie w dniu 19 marca br.) nr NIPiP-NRPiP-DS.015.56.2024.MT przy którym przekazano Stanowisko Nr 5 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 14 marca 2024 r. w sprawie podjęcia pilnych prac legislacyjnych nad utrzymaniem samodzielności podmiotów sprawujących opiekę nad pacjentami w podstawowej opiece zdrowotnej, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Uprzejmie informuję, iż w Ministerstwie Zdrowia planuje się podjęcie prac legislacyjnych mających na celu zmianę przepisów w kierunku zagwarantowania ważności deklaracji, niezależnie od przystąpienia do zespołu POZ. Podjęte działania zmierzać będą do usunięcia zapisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527), które zakładają utratę ważności wraz z dniem 31 grudnia 2024 r. tych oświadczenia woli pacjentów złożonych do świadczeniodawców, którzy do tej daty nie przystąpią do zespołu POZ. Przyjęcie powyższego stanowi rezultat konsultacji prowadzonych w tym zakresie, przede wszystkim z przedstawicielami środowisk medycznych.

Jednocześnie należy zauważyć, iż odpowiedzią na aktualne potrzeby publicznej służby zdrowia w zakresie POZ jest wspieranie personelu medycznego, połączone z zapewnieniem właściwej opieki nad pacjentem. Realizacja powyższych elementów możliwa jest w ramach opieki koordynowanej (OK). Stąd też prace Ministerstwa Zdrowia w najbliższym czasie koncentrować się będą m.in. na zwiększeniu zakresu dostępnych świadczeń i dalszym rozwoju OK. W ramach powyższego, planuje się wzmocnienie płaszczyzny współpracy pomiędzy poszczególnymi reprezentantami zawodów medycznych uczestniczących w realizacji świadczeń na różnych etapach ich udzielania. Podjęte rozwiązania organizacyjne pozwolą na zwiększenie współpracy między lekarzem udzielającym świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), a lekarzem, pielęgniarką i położną POZ.

Opieka koordynowana to nie tylko korzyści dla pacjentów, ale także element poprawy koordynacji w ramach danej placówki medycznej oraz między poszczególnymi świadczeniodawcami z różnych etapów udzielania świadczeń. Ważną rolę w systemie wsparcia zarówno pacjentów, jaki i personelu placówek medycznych pełni koordynator,

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

który staje się przewodnikiem pacjenta. Dba on m.in. o lepszą komunikację, szczegółowo informuje pacjenta o kolejnych etapach postępowania leczniczego, wspomagając tym samym pozostały personel. Koordynator jest swoistym spoiwem, organizującym obszar współpracy między wszystkimi członkami zespołu POZ, tym samym odciąża w pewnym stopniu personel medyczny, który większą uwagę może skupić na czynnościach leczniczych. Funkcjonowanie koordynatora oraz poszerzenie jego funkcji zapewnia wsparcie dla personelu medycznego w organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w tym już na poziomie POZ.

Ponadto, w odniesieniu do formułowanych w treści pisma zagadnień odnoszących się do kwestii nawiązania współpracy między lekarzem POZ, pielęgniarką POZ i położną POZ, uprzejmie wyjaśniam, iż zgodnie z przepisem art. 16 ust. 1 ww. ustawy, współpraca w ramach POZ polega na stałej wymianie informacji o świadczeniobiorcy oraz podejmowaniu wspólnych działań przez personel medyczny udzielający świadczeń, w zakresie niezbędnym do zachowania zdrowia, profilaktyki, rozpoznawania i leczenia chorób, pielęgnowania oraz rehabilitacji świadczeniobiorcy. Współpraca oznacza całokształt aktywnych i bezpośrednich czynności obejmujących dzielenie się informacjami o pacjencie oraz współdziałanie nakierowane na osiągnięcie celów podstawowej opieki zdrowotnej wobec pacjenta i jego rodziny. Ustawodawca wskazuje w dalszej części regulacji (ust. 2 przywołanego wyżej przepisu) szczegółowy zakres przekazywanych informacji, które to dotyczą m.in. rozpoznania, sposobu leczenia, rokowań, ordynowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, w tym okresu ich stosowania i sposobu dawkowania, oraz wyznaczonych wizyt, udzielonych i zaplanowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie należy zauważyć, iż obecnie brak jest bezpośredniej regulacji wskazującej na formalno-prawny model, jaki powinna przyjąć zawierana współpraca między członkami zespołu POZ. Ustawodawca, nakreślając jedynie definicję legalną tego pojęcia, zdecydował o pozostawieniu swobody określenia narzędzia prawnego czy umownego co do formy i ram współpracy bezpośrednio członkom zespołu POZ, umożliwiając im autonomiczne oznaczenie sposobu zawarcia porozumienia oraz ustalenie zasad komunikacji między poszczególnymi członkami zespołu.

Jednocześnie podkreślić należy, iż wykonywanie zawodu przez pielęgniarki POZ i położne POZ, niezależnie od wybranej formy organizacyjno-prawnej, odbywa się w oparciu o zasadę niezależności zawodowej. Podejmowane rozwiązania na płaszczyźnie centralnej w żadnym wypadku nie prowadzą do wyłączenia z realizowania świadczeń przez pielęgniarki POZ i położne POZ, prowadzące samodzielne działalności lecznicze. Uprzejmie informuję, iż w ramach podejmowanych działań, intencją Ministra Zdrowia nie było i nie jest spowodowanie ograniczenia możliwości prowadzenia działalności w ramach POZ różnych podmiotów leczniczych oraz praktyk zawodowych, w tym indywidualnych i grupowych.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Michał Dzięgielewski
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.58.2024.AA

Warszawa, dnia 3 kwietnia 2024 r.

Pani
Elżbieta Gajowniczek
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze

Szanowno Pani Przewodnicząco

W odpowiedzi na pismo znak OIPiP/183/2024 z dnia 19 marca 2024 r. w sprawie wykładni przepisu § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U.2021.430 t.j.) – dalej: „rozporządzenie”, wyjaśniam jak poniżej.

Zgodnie z ww. przepisem § 12:

1. Kandydaci zgłaszający się do konkursu składają:
 - 1) podanie o przyjęcie na stanowisko objęte konkursem;
 - 2) dokumenty stwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania danego stanowiska, a kandydaci na stanowiska, z którymi wiąże się posiadanie prawa wykonywania zawodu, dokument potwierdzający to prawo;
 - 3) opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej;
 - 4) inne dokumenty, w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata;
 - 5) kopie dokumentów, o których mowa w pkt 4, powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem, przy czym poświadczenie może być dokonane przez kandydata; na prośbę właściwego podmiotu lub komisji konkursowej kandydat jest obowiązany przedstawić oryginały dokumentów;
 - 6) w przypadku postępowania konkursowego na stanowisko kierownika - informację o kandydacie z Krajowego Rejestru Karnego opatrzoną datą nie wcześniejszą niż miesiąc przed dniem zgłoszenia do konkursu;

- 7) oświadczenie kandydata o braku prawomocnie orzeczonego wobec niego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania określonego stanowiska.

W świetle § 8 ust. 1 pkt. 4 postępowanie konkursowe jest nieważne m.in. w przypadku rozpatrzenia kandydatury osoby, która nie złożyła jednego lub więcej dokumentów, o których mowa w § 12 rozporządzenia.

W związku z zadaniem pytaniem: czy ww. przepis rozporządzenia wymaga złożenia prawa wykonywania zawodu jedynie w oryginale czy wystarczy złożenie kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem, w załączeniu przesyłam odpowiedź Ministra Zdrowia z 28.08.2017 r. oraz wskazuję wyrok NSA zawierający rozstrzygnięcie dotyczące wskazanego ww. przepisu rozporządzenia.

Z uzasadnienia wyroku NSA z dnia 22 czerwca 2023 r. II OSK 2298/20 wynika, że: „niezłożenie przez kandydata w oryginale dokumentów, o których mowa w § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia, należało potraktować tak, jakby kandydat nie złożył wymaganego dokumentu. (...) Zaznaczyć należy, że Sąd Wojewódzki nie zakwestionował wynikającego z § 12 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia - wymogu złożenia dokumentów w oryginale, w odróżnieniu od "innych dokumentów", które w myśl § 12 ust. 1 pkt 4 i 5 mogą być złożone w kopiach. (...) Odnosząc się do zarzutu kasacyjnego, dotyczącego § 12 ust. 1 w zw. z § 8 ust. 1 pkt 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia, zaakcentować należy, że Sąd Wojewódzki nie interpretował przepisu § 12 ust. 1 w ten sposób, iż w pkt 2 dopuszczono możliwość złożenia kopii dokumentów, a jedynie uznał za nieuprawnione stwierdzenie nieważności postępowania konkursowego bez uprzedniego wezwania skarżącej do przedłożenia oryginałów przedmiotowych dokumentów.”

Z wyprzedami Sroczulku
Prezes NRPiP

Mariola Łodzińska
Mariola Łodzińska

Załącznik:
- odpowiedź Ministra Zdrowia z 28.08.2017 r.

STOWARZYSZENIA MEDYCZNE I ICH ROLA W ROZWOJU ZAWODOWYM PIELEŃNIAREK

Z prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek, Joanną Borzęcką, rozmawia Martyna Brol.

Martyna Brol: Jak doszło do powołania do życia Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek?

Joanna Borzęcka: Ogólnopolskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek powstało w 1999 r. Z inicjatywy pielęgniarek operacyjnych z bloku operacyjnego chirurgii dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku. Początkowo skupiało pielęgniarki operacyjne z województwa podlaskiego, obecnie należą do niego koleżanki i koledzy z innych województw.

Jakie zadania stawiacie przed sobą? Na ile udaje się wam zrealizować cele zapisane w Statucie Stowarzyszenia? Czy Ogólnopolskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek angażuje się w rozwój międzynarodowej współpracy pielęgniarek? Czy macie organizacje partnerskie za granicą?

- Nasze zadania i cele są zapisane w Statucie. Jest to między innymi: organizacja zjazdów, sympozjów, konferencji, odczytów, wystaw, pokazów oraz innych form szerzenia wiedzy fachowej; współdziałanie w kształtowaniu oraz opiniowanie programów doskonalenia poddyplomowego - Stowarzyszenie ma swojego przedstawiciela w kraszpip (Krajowa Rada Akredytacyjna Szkół Pielęgniarek i Położnych); uczestnictwo przedstawicieli Stowarzyszenia w komisjach kwalifikacyjnych i specjalizacjach; opracowanie i wydawanie prac naukowych, standardów, dokumentacji pracy, zakresu kompetencji i czynności zawodowych. Ogólnopolski standard praktyki pielęgniarstwa w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego jest efektem uchwały nrpip (Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) i został opracowany przez lubelską Komisję ds. Pielęgniarstwa Operacyjnego, której członkowie w większości są również członkami OSI. Naszym zadaniem jest popularyzacja informacji wśród społeczeństwa o pracy instrumentariuszek. Współpracujemy z innymi stowarzyszeniami, instytucjami opieki zdrowotnej oraz Samorządem Pielęgniarek i Położ-



nych - wyrażone w walce o utrzymanie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego oraz opracowanie i wydanie przez nipip (Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych) „Bezpiecznej praktyki pielęgniarstwa operacyjnej”. Współpracujemy ze związkami zawodowymi w sprawie warunków pracy i płacy instrumentariuszek. Utrzymujemy kontakty z zagranicznymi towarzystwami i organizacjami mającymi podobne i pokrewne cele. Współpracujemy z fundacjami i organizacjami, które wspomagają działalność Stowarzyszenia. OSI jest członkiem EORNA. Podczas jednego z kongresów (w Rzymie w 2015 roku) zostały zaprezentowane nasze standardy

Jak pani ocenia zaangażowanie członków Stowarzyszenia w realizację zadań? Czy planuje pani powołanie oddziałów regionalnych?

- Z uwagi na stan mojego zdrowia powoli wycofuję się z pracy w Stowarzyszeniu. Ewentualne zmiany organizacyjne będzie wprowadzał nowy zarząd. Członkowie Stowarzyszenia są zaangażowani, wyodrębniła się wśród nich grupa liderów pielęgniarstwa operacyjnego i to oni organizują konferencje lokalne, przekształcające się w ogólnopolskie. Od wielu lat odbywają się coroczne konferencje w Katowicach, organizowane przez Zespół ds. Pielęgniarstwa operacyjnego pod przewodnictwem mgr Danuty Siemiątkowskiej. Cykliczne spotkania, adresowane do pielęgniarek operacyjnych, odbywają się również w Łodzi i Wrocławiu. W Łodzi odbywają się Łódzkie Spotkania Pielęgni-

rek Operacyjnych, organizowane przez mgr Iwonę Sobczak-Żurecką i mgr Katarzynę Bojanowską-Pętlak. We Wrocławiu - Wrocławskie Sympozja Pielęgniarek Operacyjnych, w których organizację najbardziej zaangażowana jest mgr Izabela Szwed. Konferencje poświęcone w całości problematyce pielęgniarstwa operacyjnego odbywały się również m.in. W Gdańsku, Lublinie czy Warszawie.

Jakie są największe wyzwania stojące przed waszą organizacją w kontekście aktualnej sytuacji systemu ochrony zdrowia w Polsce?

- Głównym celem jest przywrócenie nauczania pielęgniarstwa operacyjnego w kształceniu przeddyplomowym. Pielęgniarstwo operacyjne było nauczane od czasów powstania pierwszych szkół pielęgniarstwa. W Polsce zniknęło z chwilą likwidacji średnich szkół kształcących pielęgniarki. W programie dwuletniego studium pielęgniarstwa była możliwość organizowania praktyk w bloku operacyjnym, a w toku 5-letniego szkolenia są zaledwie 3 dni praktyk. Trzeba jednak przyznać, że istnieją uczelnie, w których jest wprowadzany ten przedmiot, zarówno w formie wykładów, jak i ćwiczeń. Przykładem jest lubelska uczelnia - Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji.

Jakie działania podejmujecie na rzecz rozwoju zawodowego i poprawy sytuacji zawodowej instrumentariuszek? Jak promujecie edukację i szkolenia dla pielęgniarek?

– Zawsze przed każdym ważnym wydarzeniem nasi członkowie otrzymują e-maile z linkami do konferencji. Na stronach Stowarzyszenia są dostępne prezentacje, standardy. Odbieram również wiele telefonów. Podczas tych rozmów poruszane są problemy związane z organizacją pracy, na przykład ile wynosić ma przerwa między zabiegami. Ponieważ coraz częściej pracą pielęgniarek operacyjnych kierują osoby niezwiązane z pielęgniarstwem operacyjnym – nie wiedzą, że przerwa ma się równać czasowi określonymu przez producenta środka używanego do dezynfekcji powierzchni i że czas ten ma być liczony od momentu zakończenia sprzątnięcia.

Jakie korzyści przynosi członkostwo w Stowarzyszeniu dla samych instrumentariuszek? Myślę tu o szkoleniach, materiałach edukacyjnych i innych formach wsparcia dostępnych wyłącznie dla członkiń i członków.

– Nasi członkowie płacą mniej za konferencje organizowane przez OSI. Organizowane są różne warsztaty, spotkania. Jak wspomniałam wcześniej – na stronach Stowarzyszenia są informacje, prezentacje, standardy. Do naszej strony internetowej ma dostęp każdy – nie tylko członkowie OSI.

W jaki sposób Stowarzyszenie angażuje się w działania na rzecz poprawy systemu ochrony zdrowia pacjentów?

– Stowarzyszenie jest organizacją, która może informować, i informuje, stronę rządową o sytuacji pacjentów przebywających w blokach operacyjnych. To nasze działania doprowadziły do, niedoskonałego wprawdzie, ale istniejącego od 2018 roku rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia w sprawie minimalnych norm w blokach operacyjnych. Przez kilka miesięcy członkowie Stowarzyszenia zbierali podpisy wśród pielęgniarek operacyjnych (i nie tylko), żeby utrzymać specjalizację z pielęgniarstwa operacyjnego, a wiadomo, że właściwie wykształcony personel świadczy usługi na wyższym poziomie.

Czy Stowarzyszenie współpracuje z innymi organizacjami branżowymi lub medycznymi i jakie są efekty takiej współpracy?

– Nasze konferencje organizujemy przy wydatnej pomocy sponsorów, którymi są różne firmy medyczne. Stowarzyszenie brało udział w projekcie Golden Hands organizowanym przez jedną z firm. Projekt miał na celu między innymi uwrażliwić wszystkich pracujących z pacjentami operowanymi jak ważna jest profilaktyka

W jaki sposób Stowarzyszenie wspiera współpracę między pielęgniarkami pracującymi w różnych zakładach leczniczych i w różnych zakątkach kraju?

– Prawdę mówiąc mam duży kłopot ze zrozumieniem intencji tego pytania. Myślę, że chodziło pani o to, czy Stowarzyszenie współdziała z pielęgniarkami operacyjnymi? Zatem Stowarzyszenie promuje jednako zasady pracy we wszystkich blokach operacyjnych w naszym kraju, niezależnie od warunków architektonicznych, czy ekonomicznych w nich panujących. Wyrazem tego jest na przykład instrukcja liczenia materiału opatrunkowego czy wspomniane wcześniej ogólne standardy pielęgniarstwa praktyki klinicznej, na podstawie których opracowuje się standardy lokalne. Innym zagadnieniem jest propozycja standardu adaptacji nowego pracownika w bloku operacyjny, arkusza oceny pielęgniarki operacyjnej, czy przykładów tematów szkoleń. Zagadnienia te są ujęte w „Bezpiecznej praktyce pielęgniarki operacyjnej”, dostępnej również na tronach nipip.

Czy wasza organizacja angażuje się w działania na rzecz poprawy sytuacji szpitali i systemu opieki zdrowotnej w Polsce?

– Działania te zaowocowały powstaniem niedoskonałego, ale jednak systemu organizacji pracy w blokach operacyjnych. Nie ma już pań salowych, sanitariuszy czy innych osób pracujących w charakterze pielęgniarek operacyjnych pomagających. Teraz są to pielęgniarki. Oczywiście strona rządowa ciągle wprowadza nowe pomysły – ostatnim jest powstanie nowego zawodu: chirurgicznego asystenta. Program tej specjalizacji jest mało czytelny, powinien być poprawiony i adresowany do pielęgniarek operacyjnych, a nie tak jak jest w chwili obecnej – na przykład do absolwentów kierunku „zdrowie publiczne”, czy innych, w których wiedza odnosząca się do technik operacji czy anatomii jest bardzo ograniczona.

Co udało się wam osiągnąć w ciągu ostatniego roku i jakie cele stawiacie przed sobą w najbliższą przyszłość?

– W ciągu ostatniego roku nasi członkowie aktywnie uczestniczyli w dużym projekcie, jakim jest wydanie podręcznika, który będzie podstawą w kształceniu przyszłych specjalistek. Pozostałe cele są niezmiennie od kilku lat: przywrócenie nauczania pielęgniarstwa operacyjnego do podstawy programowej, poprawienie zapisu w rozporządzeniu dotyczącym norm na „dwie pielęgniarki operacyjne na jeden czynny stół na jedną zmianę roboczą”. Jest to zapis czytelny, precyzyjny i niepozwa-

lający na żadne manipulacje, jakie w tej chwili mają miejsce.

Jakie są perspektywy rozwoju zawodowego instrumentariuszek w Polsce w nadchodzących latach? Jaka rolę może tu odegrać kierowane przez panią Stowarzyszenie?

– Rozwój zawodowy to trudne zagadnienie w całym pielęgniarstwie. Myślę, że powinna powstać wreszcie jasna ścieżka awansu poziomego pielęgniarek, w tym oczywiście pielęgniarek operacyjnych. Wzorem może być Karta Nauczyciela. Rolą stowarzyszeń zawodowych będzie wtedy opracowanie jasnych kryteriów, które będą obowiązywały wszystkich pracodawców, a nie tak jak jest w tej chwili – czyli dyrektorzy/prezesi decydują, czy na danym stanowisku ma pracować specjalistka, czy nie.

Jakie przesłanie chciałaby pani skierować do osób zainteresowanych dołączeniem do waszego Stowarzyszenia lub poparciem dla waszych działań?

– Możemy zmienić przyszłość pielęgniarstwa operacyjnego. Nawet najdłuższa podróż zaczyna się od pierwszego kroku.

Dziękuję za rozmowę i za pani znaczący wkład w rozwój zawodowy instrumentariuszek oraz pielęgniarstwa operacyjnego.



Joanna Borzęcka, magister socjologii, pielęgniarka dyplomowana związana z Blokiem Operacyjnym Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Bożego w Lublinie. Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek. Fot. Z archiwum Joanny Borzęckiej

Martyna Broł, magister pielęgniarstwa, absolwentka Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku. Czynna zawodowo instrumentariuszka, obecnie studentka Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Źródło: Gazeta „Medium” Dolnośląskiej Izby Lekarskiej 5/2024 (404)

URODZONE ZA WCZEŚNIE



A EWA
BIERNACKA

Redaktor naukowych
i popularnonaukowych
książek i czasopism
humanistycznych oraz
dziennikarz. Obecnie
pisze o zagadnieniach
z zakresu medycyny



O wspomaganiu okresu adaptacji po porodzie i resuscytacji wcześniaków wg aktualnych zaleceń tworzonych na podstawie najnowszych badań naukowych mówi dr hab. n. med. Tomasz Szczapa, prof. UMP, kierownik II Kliniki Neonatologii i Pracowni Diagnostyki Biofizycznej i Terapii Krążeniowo-Oddechowych Noworodka UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego (PTN), kierownik II Kliniki Neonatologii UM w Poznaniu i Oddziału Neonatologicznego II im. WOŚP szpitala GPSK, krajowy dyrektor kursów resuscytacji noworodka Europejskiej Rady Resuscytacji (ERC NLS), członek komitetu NLS Science and Education Committee Europejskiej Rady Resuscytacji, przez 2 kadencje główny koordynator ds. szkoleń i edukacji w ESPR, którą kontynuuje w ramach nowej europejskiej inicjatywy edukacyjnej ESPR dla neonatologów (European School of Neonatology), współtwórca aktualnego programu specjalizacji w neonatologii, akredytowanego przez Union of European Medical Specialists.

Według szacunków WHO każdego roku w wyniku porodu przedwczesnego, wewnątrzmacicznego ograniczenia wzrostu lub obu tych czynników, kilkanaście milionów dzieci rodzi się przedwcześnie (przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży), a ponad 20 mln z małą masą urodzeniową (*low birth weight*, LBW), poniżej 2,5 kg. W 2020 r. urodziło się ich 13,4 mln (w Polsce wg Głównego Urzędu Statystycznego w 2022 r. – 22 510), a ok. 1 mln zmarło z powodu powikłań. Wskaźniki urodzeń przedwczesnych na świecie nie zmieniły się w ciągu ostatniej dekady. Konflikty zbrojne, zmiany klimatu i COVID-19 zwiększają ryzyko wcześniactwa. Jak wynika z raportu *Born Too Soon* (publ. czerwiec 2023), liczba dzieci urodzonych za wcześnie w l. 2010–2020, wg szacunków WHO i UNICEF-u, we współpracy z London School of Hygiene and Tropical Medicine – to 152 mln. Skrajnie niedojrzałe wcześniaki do przeżycia wymagają kompleksowej opieki, w tym nowoczesnych technologii. Najczęściej – dłu-

gotrwałej specjalistycznej opieki i rehabilitacji, by wyrównać różnice rozwojowe, m.in.: opóźnienie rozwoju mowy, zaburzenia funkcji poznawczych. U wcześniaka niedojrzałość narządów i układów może wiązać się z występowaniem powikłań: dysplazji oskrzelowo-płucnej, retinopatii wcześniaczej, niedosłuchu, problemów kardiologicznych czy neurologicznych. Naukowcy z brytyjskich uniwersytetów w Yorku, Leeds i Leicester w metaanalizie danych ok. 8 mln dzieci z ponad 75 badań z całego świata stwierdzili, że każde skrócenie ciąży o tydzień zwiększa ryzyko zaburzeń rozwojowych, najczęściej z: opóźnieniem rozwoju mowy i trudnościami w nauce. U niemowląt urodzonych między 32. a 33. tyg. ryzyko mózgowego porażenia dziecięcego jest 14 razy wyższe niż u urodzonych o czasie. Badacze przypuszczają, że do tego typu zaburzeń prowadzi zakłócenie rozwoju ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Trudności w rozwoju u dzieci urodzonych między 32. a 38. tyg. ciąży mogą utrzymywać się przez całe dzieciństwo.



Standardy

By zmniejszyć umieralność noworodków związaną z przedwczesnym porodem i/lub małą masą urodzeniową, stosuje się różne interwencje. Wytyczne nt. opieki nad tymi dziećmi wydają m.in. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization), Unia Europejskich Towarzystw Noworodkowych i Perinatologicznych (Union of European Neonatal & Perinatal Societies – UENPS), jeden z partnerów Europejskich Standardów Opieki nad Noworodkiem. Europejska Fundacja Opieki nad Noworodkami (The European Foundation for the Care of Newborn Infants – EFCNI), pierwsza ogólnoeuropejska organizacja reprezentująca interesy wcześniaków i noworodków oraz ich rodzin, łącząca rodziców, ekspertów z różnych dziedzin opieki zdrowotnej oraz naukowców w celu poprawy zdrowia wcześniaków i noworodków, zmniejszenia liczby urodzeń przedwczesnych. Także projekt Europejskie Standardy Opieki nad Zdrowiem Noworodka (The European Standards of Care for Newborn Health – ESCNH) – inicjatywa EFCNI – dostarcza standardów referencyjnych w opiece nad wcześniakami i noworodkami. W 2021 r. EFCNI zrewidowała 20 standardów ESCNH, zgodnie z najnowszymi dowodami nauki, a kilka zaktualizowała wg nowych wytycznych. Standardy opieki nad wcześniakami tworzą też towarzystwa pediatryczne i neonatologiczne, np. European Society for Pediatric Research (ESPR), najstarsze pediatryczne europejskie towarzystwo naukowe, Union of Neonatal and Perinatal Societies i Polskie

Towarzystwo Neonatologiczne. Ich wdrażanie wspierają organizacje pozarządowe, np. European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI – towarzystwo reprezentujące szeroko pojęte interesy wcześniaków i ich rodzin) czy Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy. Co dwa lata Congress of Joint European Neonatal Societies skupia klinicystów i badaczy z dziedziny neonatologii i pediatrii z całego świata. Współorganizują go m.in.: ESPR, Union of European Neonatal & Perinatal Societies (UENPS), unia europejskich towarzystw neonatologicznych i perinatologicznych, zrzeszająca m.in. PTN, oraz EFCNI. Standaryzacja postępowania dotyczy m.in. postępowania w stabilizacji pourodzeniowej noworodka. Członkiem komitetu naukowego 5. Kongresu JENS w 2023 r. w Rzymie był prof. Tomasz Szczapa, który klinicznie zajmuje się zagadnieniami dotyczącymi m.in. optymalizacji wsparcia oddechowego, monitorowania oraz resuscytacji noworodka. Jako członek „Newborn Life Support Science & Education Committee” Europejskiej Rady Resuscytacji współtworzył ostatnią edycję wytycznych resuscytacji noworodka. Jako krajowy dyrektor kursów NLS (Newborn Life Support) oraz Kierownik Grupy Roboczej NLS Polskiej Rady Resuscytacji od ponad 10 lat organizuje i nadzoruje realizację szkoleń w tym zakresie. W opiece nad wcześniakami dzięki dowodom naukowym udoskonalono technikę resuscytacji, leczenie zespołu zaburzeń oddychania, w wielu szpitalach wprowadzono elementy tzw. opieki skoncentrowanej na rodzinie (FCC Family Centered Care).

Kanon resuscytacji: udrożnienie dróg oddechowych, zapewnienie wentylacji/oddychania, stabilizacja układu krążenia, leki

Na potrzeby wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji zalecenia ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation, Międzynarodowy Komitet Łącznikowy ds. Resuscytacji) uzupełniono o zagadnienia nieuwzględnione w konsensusie z 2020 r. danymi z przeglądów literatury przeprowadzonych przez grupę Europejskiej Rady Resuscytacji ds. wytycznych nt. zabiegów resuscytacyjnych u noworodków. Wytyczne 2021 – aktualne zalecenia nt. resuscytacji w Europie – wcześniaki urodzone ≤ 32 . tyg. ciąży: dziecko należy bez osuszania całkowicie (z wyjątkiem twarzy) okryć folią polietylenową i położyć pod promiennikiem ciepła (utrzymanie optymalnej temperatury ciała zmniejsza śmiertelność); przy opóźnionym zaciśnięciu pępowiny, jeżeli nie jest możliwe zastosowanie promiennika, konieczne jest wdrożenie innych metod w celu utrzymania prawidłowej temperatury noworodka pozostającego w łączności z łożyskiem; dzieci urodzone ≤ 32 . tyg. ciąży mogą wymagać np. podwyższenia temperatury pomieszczenia, okrycia ciepłymi koczkami, założenia czapki i użycia podgrzewanego materaca; te o mniejszej dojrzałości czy masie urodzeniowej ułożenia w bezpośrednim kontakcie przy matce, pod nadzorem w celu uniknięcia hipotermii; przy wspomaganiu oddechu trzeba rozważyć użycie nawilżonych i ogrzewanych gazów oddechowych. U wcześniaków urodzonych < 32 . tyg. ciąży sugeruje się stosowanie początkowego ciśnienia 25 cm H₂O. Zaleca się, aby początkowe stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej wynosiło 21% u noworodków urodzonych w 32. tyg. ciąży i powyżej, 21–30% u tych urodzonych pomiędzy 28. a 31. tyg. oraz 30% u urodzonych < 28 . tyg. ciąży. Stężenie to należy tak miareczkować, aby saturacja w 5. minucie życia wynosiła $\geq 80\%$. Nieuzyskanie tej wartości stanowi niekorzystny czynnik rokowniczy.

Europejska Rada Resuscytacji opracowała też wytyczne nt. resuscytacji noworodków w kontekście COVID-19 (SARS-CoV-2)¹, oparte na przeglądzie IILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation CoSTR (Consensus on Science and Treatment Recommendations, Międzynarodowy Komitet Łącznikowy ds. Resuscytacji).

Leczenie zespołu zaburzeń oddychania

Aktualizacja „Europejskich wytycznych postępowania w ZZO”², zawiera protokoły ochrony płuc: rozpoczęcie wsparcia oddechu własnego chorego za pomocą techniki CPAP (ang. *continuous positive airway pressure*) i odpowiedniej suplementacji tlenu po urodzeniu. Kluczowym elementem leczenia ZZO jest wczesne leczenie oraz unikanie wentylacji mechanicznej. Prowadzenie nieinwazyjnego wspomagania oddychania zmniejsza ryzyko m.in. dysplazji oskrzelowo-płucnej, a lepsza technologia wentylacji mechanicznej i minimalizowanie czasu jej trwania ryzyko uszkodzenia płuc i powikłań dotyczących OUN. Protokoły optymalizacji opieki nad niemowlętami z ZZO obejmują również kontrolę temperatury, żywienia, optymalizacji perfuzji i rozważne stosowanie antybiotyków.

Opieka skoncentrowana na rodzinie – family centered care (FCC)

Powikłania wcześniactwa są główną przyczyną zgonów w okresie noworodkowym. Wcześniaki mają zwiększone prawdopodobieństwo niepełnosprawności i opóźnień w rozwoju. By przetrwać, rosnąć i rozwijać się, wymagają szczególnej opieki. Aktywność społeczna wokół kwestii zapobiegania porodom przedwczesnym rodzin, pracowników służby zdrowia, środowisk akademickich i społeczeństwa obywatelskiego – CLP/WR (CLP Network for Surveillance and Research in Women's, Maternal and Neonatal Health) – tworzy sieć ds. nadzoru i badań nad zdrowiem kobiet, matek i noworodków. FCC promuje nieograniczone przyjmowanie rodzin na oddziały intensywnej terapii noworodków. „Karmienie piersią i wczesne przywiązanie mają pozytywny wpływ na dzieci, szczególnie wcześniaki, i przynoszą korzyści na całe życie” – twierdzi regionalny doradca ds. zdrowia okołoporodowego Panamerykańskiej Organizacji Zdrowia (PAHO/WHO) Pablo Durán. „Zaangażowanie rodzin ma fundamentalne znaczenie i stanowi perspektywę, którą powinny przyjąć wszystkie ośrodki zdrowia opiekujące się noworodkami” – sędzi. ■

¹ J.P. Nolan, K.G. Monsieurs, L. Bossaert et al, *European Resuscitation Council COVID-19 guidelines executive summary*, „Resuscitation” 2020;153, s. 45–55, doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.06.001>.

² D.G. Sweet, V.P. Carnielli, G. Greisen et al, *European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome: 2022 Update*, „Neonatology” 2023;120(1), s. 3–23. doi: 10.1159/000528914. Epub 2023 Feb 15. PMID: 36863329; PMCID: PMC10064400.

RAK WYBIERA OSOBY Z NADWAGĄ

Otyłość jest powiązana z kilkoma powszechnymi nowotworami, w tym rakiem piersi, jelita grubego, przełyku, nerki, pęcherzyka żółciowego, macicy, trzustki i wątroby. Otyłość zwiększa również ryzyko śmierci z powodu raka i może wpływać na wybór leczenia. Około 4–8% wszystkich nowotworów przypisuje się otyłości.



A mgr farm. JUSTYNA GRZECHOCIŃSKA

popularyzatorka wiedzy medycznej i promocji zdrowia

Otyłość jest powszechną chorobą i wiąże się z kilkoma poważnymi chorobami przewlekłymi, w tym między innymi z chorobą wieńcową, cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, chorobą zwyrodnieniową stawów, zaburzeniami snu i chorobami psychicznymi. Grupa robocza Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC) stwierdziła, że istnieją spójne dowody na to, że większa ilość tkanki tłuszczowej wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na szereg nowotworów. Otyłość powiązano między innymi z rakiem piersi, okrężnicy i odbytnicy, przełyku, żołądka, pęcherzyka żółciowego, macicy, trzustki i jajnika.

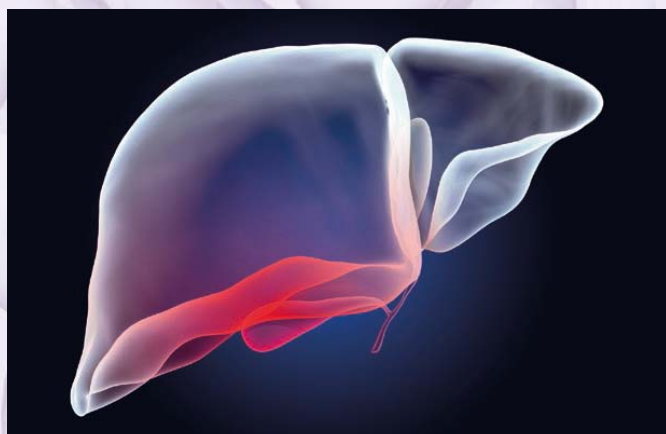
W jaki sposób otyłość może zwiększać ryzyko zachorowania na raka?

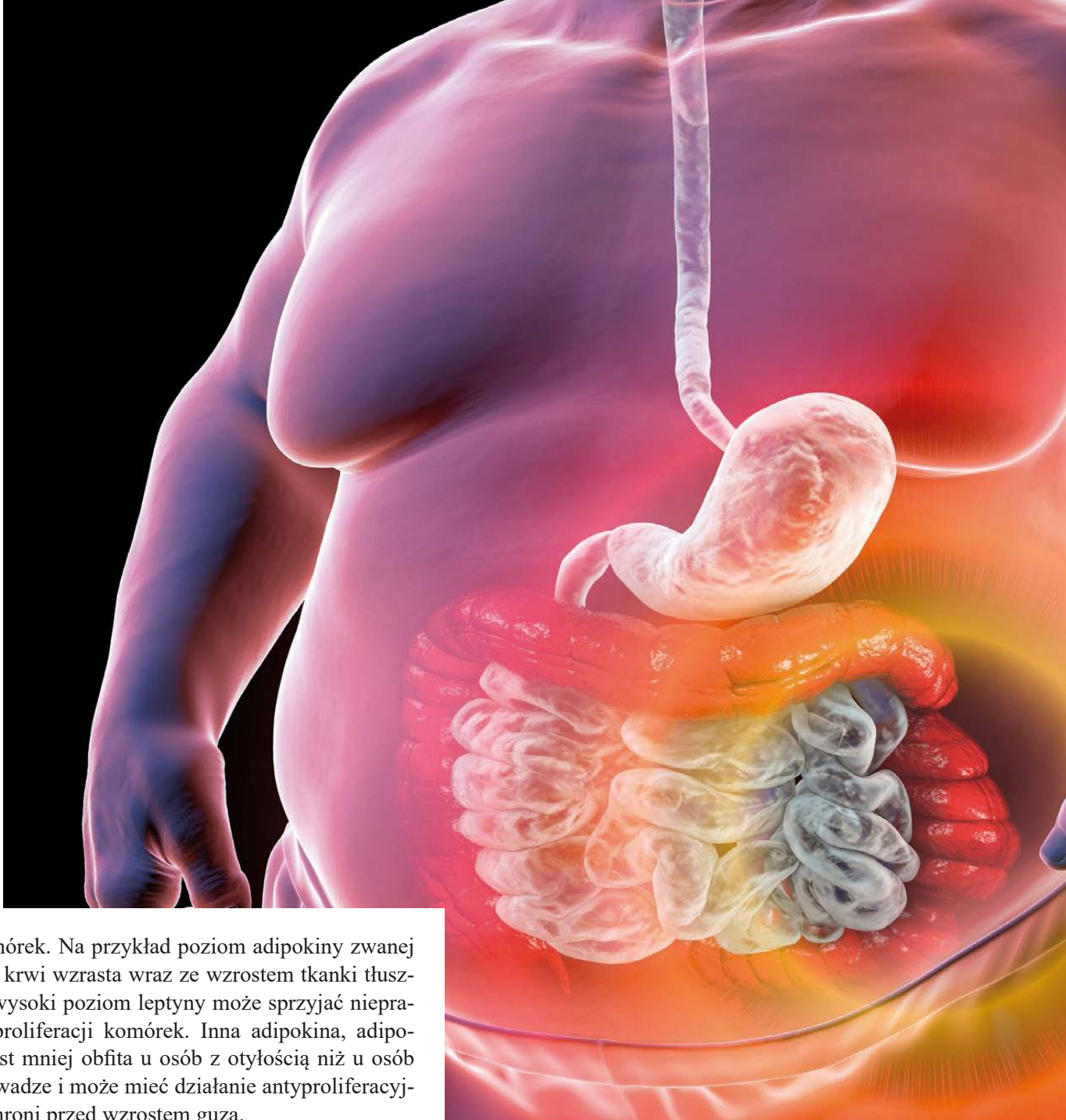
Prawie wszystkie dowody łączące otyłość z ryzykiem zachorowania na raka pochodzą z dużych badań kohortowych. Jednak dane z badań obserwacyjnych nie mogą ostatecznie ustalić, że otyłość powoduje raka. Wynika to z faktu, że osoby z otyłością lub nadwagą mogą różnić się od osób bez tych schorzeń w sposób inny niż tylko tkanka tłuszczowa i możliwe jest, że właśnie te inne różnice – a nie ich tkanka tłuszczowa – wyjaśniają zwiększone ryzyko zachorowania na raka.

Po pierwsze jedna z hipotez zakłada, że tkanka tłuszczowa wytwarza nadmierne ilości estrogenu, którego wysoki poziom wiąże się ze zwiększonym ryzykiem raka piersi, endometrium, jajnika i niektórych innych nowotworów. Osoby z otyłością często mają podwyższony poziom insuliny i insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 (IGF-1) we krwi. Wysoki poziom insuliny, stan znany jako hiperinsulinemia, wynika z insulinooporności i poprzedza rozwój cukrzycy typu 2, innego znanego czynnika ryzyka raka. Wysoki poziom insuliny i IGF-1 może sprzyjać rozwojowi raka jelita grubego, nerek, prostaty i endometrium.

Po drugie kolejna z hipotez mówi, że osoby z otyłością często cierpią na przewlekłe stany zapalne, takie jak kamica żółciowa lub niealkoholowe stłuszczenie wątroby. Stany te mogą powodować stres oksydacyjny, który prowadzi do uszkodzenia DNA i zwiększa ryzyko raka dróg żółciowych i innych nowotworów.

Po trzecie komórki tłuszczowe produkują hormony zwane adipokinami, które mogą stymulować lub hamować





wzrost komórek. Na przykład poziom adipokiny zwanej leptyną we krwi wzrasta wraz ze wzrostem tkanki tłuszczowej, a wysoki poziom leptyny może sprzyjać nieprawidłowej proliferacji komórek. Inna adipokina, adiponektyna, jest mniej obfita u osób z otyłością niż u osób o zdrowej wadze i może mieć działanie antyproliferacyjne, które chroni przed wzrostem guza.

Na koniec komórki tłuszczowe mogą mieć również bezpośredni i pośredni wpływ na inne regulatory wzrostu komórek i metabolizmu, w tym szlak mTOR i kinazę białkową aktywowaną AMP.

Inne możliwe mechanizmy, za pomocą których otyłość może wpływać na ryzyko raka, obejmują upośledzoną odporność guza i zmiany właściwości mechanicznych tkanki, która otacza rozwijające się guzy.

Ile przypadków raka może być spowodowanych otyłością?

Globalne badanie z 2019 roku wykazało, że w 2012 roku nadmierna masa ciała odpowiadała za około 3,9% wszystkich nowotworów (544 300 przypadków), przy czym obciążenie było wyższe u kobiet (368 500 przypadków) niż u mężczyzn (175 800 przypadków). Odsetek nowotworów spowodowanych nadmierną masą ciała wahał się od mniej niż 1% w krajach o niskich dochodach do

7% lub 8% w niektórych krajach zachodnich o wysokich dochodach oraz w krajach Bliskiego Wschodu i Afryki Północnej.

W ogólnokrajowym (amerykańskim) badaniu przekrojowym wykorzystującym dane dotyczące BMI i zachowalności na raka z bazy danych US Cancer Statistics oszacowano, że każdego roku w latach 2011–2015 wśród osób w wieku 30 lat i starszych około 37 670 nowych przypadków raka u mężczyzn (4,7%) i 74 690 nowych przypadków raka u kobiet (9,6%) było spowodowanych nadmierną masą ciała (nadwagą lub otyłością). Odsetek przypadków przypisywanych nadmiernej masie ciała różnił się znacznie w zależności od rodzaju nowotworu i wynosił aż 51% w przypadku raka wątroby lub pęcherzyka żółciowego, 49,2% w przypadku raka endometrium u kobiet, 48,8% w przypadku raka wątroby lub pęcherzyka żółciowego i 30,6% w przypadku gruczolakoraka przełyku u mężczyzn.

Czy utrata masy ciała zmniejsza ryzyko zachorowania na raka?

Większość danych na temat tego, czy utrata masy ciała zmniejsza ryzyko zachorowania na raka, pochodzi z badań kohortowych i kliniczno-kontrolnych. Badania obserwacyjne dotyczące otyłości i ryzyka zachorowania na raka należy interpretować z ostrożnością, ponieważ nie mogą one ostatecznie ustalić, czy otyłość powoduje raka, a osoby, które schudły, mogą różnić się pod innymi względami od osób, które tego nie zrobiły.

Niektóre z tych badań wykazały wśród osób z otyłością, które straciły na wadze zmniejszone ryzyko raka piersi, endometrium, okrężnicy i prostaty. Na przykład, w jednym dużym prospektywnym badaniu kobiet po menopauzie, celowa utrata ponad 5% masy ciała wiązała się z niższym ryzykiem nowotworów związanych z otyłością, zwłaszcza raka endometrium. Jednak niezamierzona utrata masy ciała nie była związana z ryzykiem raka w tym badaniu.



Badanie uzupełniające dotyczące masy ciała i raka piersi w Women's Health Initiative wykazało, że w przypadku kobiet, które miały już nadwagę lub były otyłe na początku badania, zmiana masy ciała (przyrost lub utrata) nie była związana z ryzykiem raka piersi podczas obserwacji. Jednak w badaniu, w którym zebrano dane z 10 kohort, trwała utrata masy ciała wiązała się z niższym ryzykiem raka piersi u kobiet w wieku 50 lat i starszych.

Aby lepiej zrozumieć związek między utratą masy ciała u osób z otyłością a ryzykiem zachorowania na raka, niektórzy badacze analizują ryzyko zachorowania na raka u osób z otyłością, które przeszły operację bariatryczną. Badania wykazały, że chirurgia bariatryczna u osób z otyłością, zwłaszcza kobiet, wiąże się ze zmniejszonym ryzykiem zachorowania na raka ogółem; nowotworów



hormonozależnych, takich jak rak piersi i endometrium; oraz nowotworów związanych z otyłością, takich jak rak piersi po menopauzie i rak jelita grubego.

Lecząc chorobę nowotworową należy leczyć też otyłość

Związek między otyłością a rakiem jest dość złożony. Oprócz skutków biologicznych, otyłość może prowadzić do trudności w badaniach przesiewowych i leczeniu. Na przykład kobiety z nadwagą lub otyłością mają zwiększone ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy w porównaniu z kobietami o zdrowej wadze, prawdopodobnie z powodu mniej skutecznych badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy u tych osób.

Otyłość jest nie tylko związana ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na raka, ale może również zwiększać ryzyko nawrotu raka. Dlatego też leczenie otyłości jako wczesna interwencja u pacjentów z rakiem we wczesnym stadium jest ważne dla poprawy rokowania. Nowe leki stosowane w leczeniu otyłości są bardziej skuteczne i stosunkowo bezpieczniejsze niż starsze środki. Prowadzonych jest coraz więcej prospektywnych badań dotyczących różnych aspektów otyłości u pacjentów z chorobą nowotworową.

Większość dowodów dotyczących otyłości u osób, które przeżyły raka, pochodzi od osób, u których zdiagnozowano raka piersi, prostaty lub jelita grubego. Badania wskazują, że otyłość może pogarszać kilka aspektów, w tym jakość życia, nawrót i/lub progresja raka, rokowanie i ryzyko wystąpienia niektórych wtórnych nowotworów.

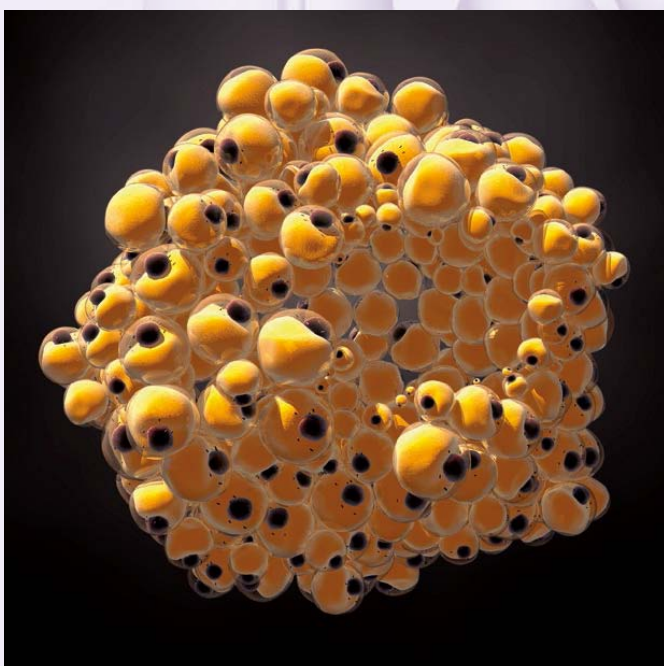
Otyłość wiąże się ze zwiększonym ryzykiem obrzęku limfatycznego związanego z leczeniem u osób, które przeżyły raka piersi i nietrzymania moczu u osób, które przeżyły raka prostaty leczonego radykalną prostatektomią. W dużym badaniu klinicznym pacjentów z rakiem odbytnicy w stadium II i III, osoby z wyższym wyjściowym BMI (szczególnie mężczyźni) miały zwiększone ryzyko nawrotu choroby. Śmierć z powodu szpiczaka mnogiego jest o 50% bardziej prawdopodobna u osób z najwyższym poziomem otyłości w porównaniu z osobami o prawidłowej masie.

Czy utrata masy ciała po zdiagnozowaniu raka jest korzystna dla osób z nadwagą lub otyłością?

Większość badań dotyczących tej kwestii koncentrowała się na raku piersi. W kilku randomizowanych badaniach klinicznych u osób, które przeżyły raka piersi odnotowano interwencje związane z utratą masy ciała, które spowodowały zarówno utratę masy ciała, jak i korzystne zmiany w biomarkerach. Istnieje jednak niewiele dowodów na to, że utrata masy ciała zmniejsza ryzyko nawrotu raka piersi lub śmierci.

Jakie badania są prowadzone nad otyłością i rakiem?

Wiele badań stara się ustalić mechanizmy łączące otyłość i raka. Jeden z obszarów badawczych obejmuje zrozumienie roli drobnoustrojów żyjących w ludzkim przewodzie pokarmowym (zwanych łącznie mikrobiotą jelitową lub mikrobiomem) zarówno w cukrzycy typu 2, jak i otyłości. Obie choroby są związane z dysbiozą, brakiem równowagi w społeczności tych drobnoustrojów. Na przykład mikrobiom jelitowy osób z otyłością różni się i jest mniej zróżnicowany niż mikrobiom osób o zdrowej wadze. Brak równowagi w mikrobiocie jelitowej wiąże się ze stanem zapalnym, zmienionym metabolizmem i genotoksycznością, co z kolei może być związane z rakiem.



Naukowcy badają również, w jaki sposób otyłość zmienia mikrośrodowisko guza, które może odgrywać rolę w progresji raka. Na przykład badania na modelach mysich pokazują, że otyłość (wywołana przez karmienie myszy dietą wysokotłuszczową) powoduje rywalizację o lipidy między komórkami nowotworowymi a limfocytami T, co sprawia, że limfocyty T są mniej skuteczne w walce z rakiem.

Innym obszarem badań jest rola sygnalizacji receptora insuliny w nowotworach. Wiele komórek nowotworowych wykazuje podwyższony poziom IR-A, formy receptora insuliny, która ma wysokie powinowactwo do insuliny i powiązanych czynników wzrostu. Naukowcy badają, w jaki sposób czynniki te przyczyniają się do chorób metabolicznych i nowotworów oraz czy mogą być użytecznymi celami interwencji terapeutycznych w celu zapobiegania nowotworom związanym z otyłością.

Naukowcy badają też związki otyłości z ryzykiem zachorowania na raka i czy wyniki leczenia różnią się w zależności od rasy lub pochodzenia etnicznego, tym samym dając odpowiedź na pytanie, czy różne wartości graniczne dla nadwagi i otyłości powinny być stosowane dla różnych grup rasowych/etnicznych. Na przykład Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zasugerowała alternatywne progi 23,0 i 27,5 kg/m² dla nadwagi i otyłości dla osób pochodzenia azjatyckiego.

Otyłość jest jednym z głównych, ale możliwych do uniknięcia globalnych kryzysów zdrowotnych, który został powiązany z poważnymi chorobami przewlekłymi i kilkoma nowotworami, ze zwiększoną zachorowalnością i śmiertelnością. Patogeneza rozwoju i nawrotów raka w otyłości jest wieloaspektowa i niejednorodna dla różnych nowotworów, a także nie jest w pełni poznana. Strategie redukcji masy ciała w nowotworach związanych z otyłością są ważnymi interwencjami jako element opieki nad chorymi na raka w celu zmniejszenia śmiertelności specyficznej dla raka i ogólnej śmiertelności u osób, które przeżyły raka z nadmierną masą ciała. Na całym świecie trwają badania mające na celu uzyskanie jasności co do związku między redukcją masy ciała, ćwiczeniami fizycznymi i zmniejszeniem ryzyka zachorowania na raka lub jego nawrotu. ■

Źródła:

Pati S., Irfan W., Jameel A., Ahmed S., Shahid R.K., *Obesity and Cancer: A Current Overview of Epidemiology, Pathogenesis, Outcomes, and Management*, „Cancers (Basel)”. 2023 Jan 12;15(2), s. 485. doi: 10.3390/cancers15020485. PMID: 36672434; PMCID: PMC9857053.



OFERTA SPECJALNA DLA IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Oferta obowiązuje od 01.01.2024 – 31.12.2024 r.

POBYT W HOTELE * GROMADA MEDICAL SPA
WYJDZIE CI NA ZDROWIE!**



Pobyt 7-dniowy (6 noclegów)

2 054 zł / osoba

Cena zawiera:

- ✓ nocleg w pokojach 2-osobowych standard z łazienkami z prysznicem
- ❖ dopłata do pokoju 1-osobowego 15 zł / doba
- ❖ dopłata do 2-osobowego pokoju de LUXE 15 zł / osoba / doba
- ❖ dopłata do Apartamentu 50 zł / osoba / doba
- ✓ 3 odżywcze posiłki w ciągu dnia (śniadanie, obiad, kolacja)
- ✓ konsultacja lekarska
- ✓ codziennie 4 zabiegi (przez 5 dni zabiegowych):
 - 2 zabiegi podstawowe indywidualnie dobrane przez lekarza*
 - 1 zabieg uzupełniający*
 - ćwiczenia na sali cardio pod okiem fizjoterapeuty
- ✓ bezpłatna wypożyczalnia rowerów, kijków do Nordic Walking, leżaków
- ✓ bezpłatny wstęp na wystawę obrazów, fotografii i grafik Galerii Sztuki Gromada
- ✓ bezpłatny wstęp na koncerty organizowane przez Tężnie
- ✓ Internet światłowodowy na terenie Hotelu

❖ *podane ceny mogą ulec zmianie na skutek zmiany cen surowców, wahań kursów walut, jak również wszelkich innych okoliczności niezależnych od Hotelu*

Cena nie zawiera:

opłaty uzdrowskiej – 5,00 zł za dzień/osoba (cena z 2023 r.)

* **zabiegi podstawowe:** (kąpiel siarczkowa, fasony siarczkowe, kąpiel borowinowa, kąpiel jodowo-bromowa, ćwiczenia z terapeutą, masaż klasyczny 15', hydrojet)

zabiegi uzupełniające: (kąpiel ozonowa sucha, kąpiel kwasowęglowa sucha, plastry borowinowe (wybrana okolica), masaż wirowy kończyn dolnych, masaż wirowy kończyn górnych, masaż wirowy kończyn dolnych z solanką, masaż wirowy kończyn górnych z solanką, gimnastyka na przyrządach, gimnastyka w UGUL, magnetronik, jonoforeza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, prądy Traberta, tens, galwanizacja, ultradźwięki, fonoforeza, krioterapia miejscowa, laseroterapia (laser wysokoenergetyczny), masaż limfatyczny uciskowy, aquavibron)

Zabiegi wykonywane są na miejscu w Zakładzie Leczniczym w Hotelu***Gromada Medical SPA w Busku-Zdroju



1 sierpnia 2021 r. na miejscu w Hotelu został uruchomiony Zakład Leczniczy z nowoczesnym, najwyższej generacji sprzętem medycznym. Wykwalifikowana kadra fizjoterapeutów zatrudniona w Zakładzie to wysokiej klasy specjaliści, którzy posiadają wiedzę i umiejętności w dziedzinie fizjoterapii i profesjonalnego treningu.

W zakładzie Leczniczym znajduje się 16 gabinetów zabiegowych oraz sala do wypoczynku. Bogata oferta zabiegów z zakresu balneoterapii, fizykoterapii, hydroterapii, masaży oraz kinezyterapii pomoże przy schorzeniach narządu ruchu, problemach ortopedycznych, kostnych, reumatycznych oraz skórnych.



Wody siarczkowe wykorzystywane w Busku-Zdroju to szczególny rodzaj wód podziemnych, które stosuje się do celów leczniczych.

Kąpiele siarkowe to jeden z najczęściej stosowanych zabiegów balneologicznych.

Wykorzystuje on dobroczynne dla zdrowia działanie siarczków z uwalniającym się siarkowodorem. Kąpiele siarczkowo-siarkowodorowe działają przeciwzapalnie i regenerująco, mają właściwości bakteriobójcze, keratolityczne, działają pozytywnie na układ immunologiczny.

Atrakcje dostępne za dodatkową opłatą:

- ✓ Przejazdka „Słonecznym Ekspressem” – ekologicznym pojazdem o napędzie elektrycznym po Busku-Zdroju i Ponidziu
- ✓ Wycieczka do Olejarni Zagłoby w Mikułowicach na tłoczenie olejów metodą naturalną
- ✓ Wycieczka do Winnicy Zbrodzice z degustacją wielu gatunków wina
- ✓ Wyjazdy organizowane po najbliższej okolicy, m.in.: Wiślica, Pińczów, Chęciny, Jaskinia Raj, Sandomierz, Kraków, Ogród na Rozstajach w Młodzawach, baseny mineralne w Solcu-Zdroju i wiele innych
- ✓ **Nowo otwarty Kompleks #Tęźnia Busko w nowym Parku Zdrojowym w odległości 80 m od Hotelu**

HOTEL* GROMADA MEDICAL SPA**
ul. Waryńskiego 10, 28-100 Busko-Zdrój
tel/fax: 41 378-30-01 (do 04)

e-mail: buskohotel@gromada.pl, <https://www.gromada.pl/hotel-busko-zdroj>