

BIULETYN

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W JELENIEJ GÓRZE



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

Grzyżna 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
przez 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

OD REDAKCJI

Życzenia świąteczne 3
Podziękowania dla odchodzących na emeryturę 4

INFORMACJE OIPIP

XXXVII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych 5
Komunikat dla członków samorządu pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych 8
Uchwała w sprawie składki członkowskiej oraz zasad jej podziału 10
Informacja w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej 12

INFORMACJE NIPiP

Apel o podjęcie działań na rzecz reformy systemu opieki długoterminowej 13
Zaproszenie do udziału w szkoleniach 16
Pismo w sprawie podjęcia prac legislacyjnych w zakresie 17
programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego i odpowiedź MZ
Stanowisko Prezydium NRPIP w sprawie degradowania pielęgniarek 21
i położnych poprzez wprowadzenie propozycji zmiany warunków pracy i płacy
Stanowisko Prezydium NRPIP w sprawie rozpoczęcia prac legislacyjnych 23
dotyczących zmian w Obwieszczeniu MZ z dnia 6 września 2024 r.

OPINIE

Dieta odkwaszająca. Fakty, mity i potencjalne zagrożenia 25
Co to za zapach, czyli wywłachaj chorobę 28
Bezpieczeństwo pacjenta onkologicznego i jego rodziny 31
Opinia prawna w sprawie prawnych skutków złożenia oświadczenia 34
o zaprzestaniu wykonywania zawodu

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

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

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@hospicjumbekowo.pl

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ – mgr Ewa Śniechowska-Krzyżanowska,

Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., T: 728 871 779, E: ewakrzyzanowska@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO – mgr Klaudia Michnik,

T: 787523032, E: klaudiamichnik5@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO – mgr Jerzy Twardak, Zakład Chorób

Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
ul. Bartła 5, 56-618 Wrocław, T: 668 193 147, E: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA 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

Pełnych spokoju i radości
Świąt Wielkanocnych
spędzonych w rodzinnym gronie.
Dużo optymizmu, energii i nadziei na lepszą przyszłość.

Najserdeczniejsze życzenia
zdrowia i pogody ducha
oraz
satysfakcji z życia osobistego i zawodowego.

Niech ten świąteczny czas
będzie okresem wzajemnej życzliwości,
pełnym wiary, nadziei i miłości.

Wesołych Świąt!

życzy
Elżbieta Gajowniczek

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Jeleniej Górze

Serdeczne gratulacje z okazji przejścia na emeryturę

dla

Pani BERNADETY LIPIŃSKIEJ

dla

Pani KAROLINY KASPRZYK

Szanowne Panie,
w związku z przejściem na emeryturę pragniemy podziękować za wieloletnią współpracę,
zaangażowanie oraz rzetelne i solidne wykonywanie powierzonych obowiązków.

Życzymy
dużo zdrowia, szczęścia, wszelkiej pomyślności oraz spełnienia marzeń,
a w Waszym życiu niech nastanie teraz czas spokoju, radości i bez troski.

Z wyrazami uznania
Przełożona Pielęgniarek oraz Koleżanki i Koledzy
z Izerskiego Centrum Pulmonologii i Chemioterapii w Szklarskiej Porębie



Fot.: Uljana Borodina

XXXVII OKRĘGOWY ZJAZD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Dnia 26 marca 2025 roku odbył się XXXVII Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze.

Zjazd otworzyła Przewodnicząca Elżbieta Gajowniczek, która przywitała uczestników oraz przedstawiła porządek obrad. Podczas zjazdu zaprezentowano sprawozdania z działalności Okręgowej Rady oraz pozostałych organów samorządu. Tematy poruszone w toku obrad dotyczyły kwestii budżetowych, punktów edukacyjnych pielęgniarek i położnych oraz kont indywidualnych i składek członkowskich.

Spotkanie było okazją do wymiany doświadczeń oraz podjęcia ważnych decyzji

dotyczących przyszłości samorządu zawodowego.

Przewodnicząca zapewniła, że samorząd nie może się poddać pomimo ciągle pojawiających się trudności. Dodała, że jesteśmy odpowiedzialni za przyszłość naszych zawodów i wspólnie musimy podejmować działania na rzecz poprawy warunków naszej pracy, bezpieczeństwa zawodowego oraz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce.

Należy także kontynuować dialog z decydentami, aby zapewnić realne zmiany

i zagwarantować, że głos pielęgniarek i położnych będzie słyszany i respektowany.

Profesjonalny rozwój pielęgniarstwa uwarunkowany jest ustawicznym kształceniem, do którego obliguje nas ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej.

Na zakończenie Przewodnicząca podziękowała wszystkim za zaangażowanie w pracę na rzecz samorządu, wsparcie i zaufanie oraz podkreśliła, że to dzięki tym osobom udało się osiągnąć wiele zamierzonych celów.







Komunikat dla członków samorządu pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych informuje, iż zmianie ulegają zasady odprowadzania i wysokość składek członkowskich pielęgniarek i położnych na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Zmiany zostają wprowadzone na mocy Uchwały nr 5 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji z dnia 23 września 2024 r. w sprawie *wysokości składki członkowskiej i zasad jej podziału* i **wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.**

Od dnia 01.04.2025 r.:

1. Składka członkowska na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych wynosi 1% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku kalendarzowym ogłoszonego przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym (zaokrąglona do pełnego złotego).
2. Wysokość składki będzie corocznie podawana na stronie internetowej NIPiP (www.nipip.pl/skladki) oraz właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych.
3. W przypadku złożenia przez pielęgniarkę/pielęgniara lub położną/położnego wniosku o wykreślenie z rejestru okręgowej izby, do dnia wpisu do rejestru nowej izby składka płatna jest na rachunek dotychczasowej izby.
4. Składkę należy opłacać indywidualnie, wpłacając ją bezpośrednio na indywidualne konto wskazane przez właściwą okręgową izbę pielęgniarek i położnych, lub za pośrednictwem pracodawcy.
5. W przypadku ustalenia z zakładem pracy, że będzie on pośrednikiem w odprowadzaniu składki członkowskiej należy złożyć u pracodawcy oświadczenie o potrącaniu z wynagrodzenia składki przez pracodawcę (wzór w załączeniu).
6. Składkę należy wpłacić do 15. dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. W tytule przelewu należy wskazać okres, za jaki wpłacana jest składka oraz numer prawa wykonywania zawodu.
7. Z opłacania składek członkowskich zwolnione są wyłącznie pielęgniarki, pielęgniarze, położne, położni, którzy zgłosili zaprzestanie wykonywania zawodu i złożyli we właściwej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych oryginał PWZ. **Zwolnienie z opłacania składek obowiązuje od dnia złożenia oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu.**

.....20.... r.
(miejscowość) (data)

.....
.....
(Pracownik)

.....
.....
(Pracodawca)

Oświadczenie

Proszę o potrącanie miesięcznej składki członkowskiej w wysokości 1% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku kalendarzowym ogłoszonego przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym, zgodnie z Uchwałą nr 5 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji z dnia 23 września 2024 r. *w sprawie wysokości składki członkowskiej i zasad jej podziału*, na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze

od dnia 1 kwietnia 2025r na indywidualne konto

.....

Do 30 marca 2025r. składki członkowskie na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych pozostają bez zmian.

.....
(czytelny podpis)



I Nadzwyczajny Krajowy Zjazd
Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji

**Uchwała nr 5
I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
VIII kadencji
z dnia 23 września 2024 r.**

w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

Na podstawie art. 20 pkt 11 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. 2021, poz. 628) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Składki członkowskie opłacają członkowie samorządu pielęgniarek i położnych, z zastrzeżeniem § 4.

2. Składka członkowska uiszczana jest na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna.

§ 2. 1. Składki członkowskie są płatne miesięcznie i przekazywane są na rachunek właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych do 15 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.
Składki członkowskie ewidencjonowane są na indywidualnym koncie pielęgniarki i położnej.

2. W przypadku złożenia przez pielęgniarkę lub położną wniosku o wykreślenie z rejestru okręgowej izby, do dnia wpisu do rejestru nowej izby składka płatna jest na rachunek izby dotychczasowej.

§ 3. Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości 1% przeciętnego wynagrodzenia *w gospodarce narodowej* w poprzednim roku kalendarzowym ogłoszonego przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym zaokrągloną do pełnego złotego.

§ 4. Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne, które zaprzestały wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej i złożyły we właściwej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych oryginał PWZ.

§ 5. Okręgowe izby pielęgniarek i położnych przekazują na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych 6% sumy uzyskanych w danym miesiącu składek członkowskich do 20 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni wraz z notą księgową potwierdzającą kwotę odpisu.

§ 6. Nieuregulowanie przez pielęgniarkę, położną składek za dwa pełne okresy płatności uprawnia właściwą okręgową izbę, której jest ona członkiem, do wszczęcia postępowania egzekucyjnego zgodnie z art. 92 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych. (Dz. U. 2021, poz. 628).

§ 7. Traci moc Uchwała Nr 18 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału oraz Uchwała Nr 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie zmiany uchwały VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych nr 18 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

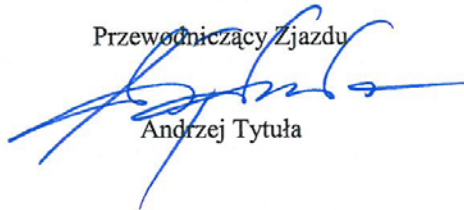
§ 8. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2025 r.

Sekretarz Zjazdu



Kamilla Gólcza

Przewodniczący Zjazdu



Andrzej Tytuła

Uwaga
zmiana wysokości składki członkowskiej
od 1 kwietnia 2025 roku
składka wynosi 82 zł miesięcznie

Na mocy Uchwały nr 5 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji z dnia 23 września 2024 r., od 1 kwietnia 2025 r. obowiązują nowe zasady dotyczące składki członkowskiej.

**Nowa wysokość składki obowiązująca
dla wszystkich członków
bez względu na formę zatrudnienia wynosi:**

1% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku
kalendarzowym, ogłoszonego przez Prezesa GUS
(ogłaszane w drugim miesiącu każdego roku)

Termin płatności: do 15. dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni
na indywidualne konto danego członka izby

Z obowiązku opłacania składek zwolnione są osoby, które:
złożyły oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu i zwróciły oryginał
Prawa Wykonywania Zawodu (PWZ) do okręgowej izby.



Warszawa, 24 lutego 2025 r.

Sz. P. Donald Tusk

Przewodniczący Platformy Obywatelskiej

Sz. P. Szymon Hołownia

Przewodniczący Polska 2050

Sz. P. Władysław Kosiniak-Kamysz

Przewodniczący Polskiego Stronnictwa Ludowego

Sz. P. Robert Biedroń

Współprzewodniczący Nowej Lewicy

Sz. P. Włodzimierz Czarzasty

Współprzewodniczący Nowej Lewicy

Szanowni Panowie Przewodniczący,

Po raz trzeci zwracamy się z pilnym apelem o podjęcie działań na rzecz reformy systemu opieki długoterminowej w Polsce. W dwóch poprzednich apelach (13 czerwca 2022 roku oraz 21 kwietnia 2023 roku) informowaliśmy o pogarszającej się sytuacji w tym obszarze oraz konieczności wdrożenia kompleksowych i skoordynowanych rozwiązań. Minął ponad rok od powołania nowej Rady Ministrów, jednak zamiast oczekiwanych zmian obserwujemy kontynuację polityki poprzedniego rządu i brak realnych działań na rzecz naprawy systemu opieki długoterminowej w Polsce.

Szczególnie niepokojącą decyzją było usunięcie opieki długoterminowej z listy priorytetów zdrowotnych polskiej prezydencji w Unii Europejskiej, która rozpoczęła się 1 stycznia 2025 roku. Jest to działanie sprzeczne z wcześniejszymi, publicznymi zapowiedziami przedstawicieli kierownictwa resortu zdrowia. Po uformowaniu nowego rządu oczekiwaliśmy rzeczywistej zmiany, tymczasem widzimy jedynie utrwalanie dotychczasowych, szkodliwych rozwiązań.

Obecny stan opieki długoterminowej jest alarmujący. Kolejki do zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz pielęgniarstwa opieki domowej przekroczyły już 20 tysięcy osób. Wkrótce podobny problem dotknie pacjentów wymagających respiratoterapii w ramach zespołów

KOALICJA NA POMOC NIESAMODZIELNYM

Związek Stowarzyszeń zarejestrowany pod numerem KRS: 0000659917
ul. Adama Mickiewicza 9 lok. 4U
01-517 Warszawa

tel.: +48 22 279 49 02
e-mail: biuro@niesamodzielnym.pl
www.niesamodzielnym.pl



długoterminowej opieki domowej. Tymczasem od ponad roku nie wprowadzono żadnych kluczowych zmian organizacyjnych, a decyzje personalne podejmowane przez Ministra Zdrowia budzą coraz większe kontrowersje. Do tego dochodzą rosnące opóźnienia w płatnościach za zrealizowane świadczenia, które destabilizują system opieki długoterminowej, grożąc poważnymi konsekwencjami już w tym roku.

W polityce społecznej sytuacja wygląda równie niepokojąco - nie przeprowadzono zapowiadanych audytów, a programy pomocowe są kontynuowane według zasad ustalonych przez poprzednie kierownictwo resortu rodziny i polityki społecznej, bez żadnej analizy efektywności ich finansowania. Tymczasem koszty rosną, pogłębiając deficyt budżetowy państwa.

Zamiast realnej współpracy Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, obserwujemy dalszą „silosową” politykę i powoływanie zespołów o dublujących się kompetencjach. Przykładem jest Zespół ds. organizacji profilaktyki i opieki zdrowotnej dla osób starszych (Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2024 r.) oraz Zespół ds. reformy systemu pomocy społecznej (Zarządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 czerwca 2024 r.).

Za jedyną, zauważalną pozytywną zmianą po 13 grudnia 2023 roku należy uznać powołanie Ministra ds. Polityki Senioralnej oraz Międzyresortowego Zespołu ds. systemowych rozwiązań w opiece nad osobami starszymi (Zarządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 lutego 2024 r.). Działania te są jednak niewystarczające, ponieważ ograniczają się właściwie do realizacji kamienia milowego Krajowego Planu Odbudowy nr A70G oraz uchwalenia ustawy o bonie senioralnym.

Szanowni Panowie Przewodniczący,

Jeżeli polityka zdrowotna i polityka społeczna nie zostaną skoordynowane oraz nie zostaną zmienione priorytety wydatków publicznych państwa, czeka nas poważny kryzys w opiece długoterminowej - finansowy, kadrowy i organizacyjny.

Dlatego apelujemy o podjęcie pilnych, systemowych i skoordynowanych działań na rzecz reformy opieki długoterminowej. Oczekujemy rzeczywistych zmian, a nie ich pozorowania. Ze swojej strony

KOALICJA NA POMOC NIESAMODZIELNYM

Związek Stowarzyszeń zarejestrowany pod numerem KRS: 0000659917
ul. Adama Mickiewicza 9 lok. 4U
01-517 Warszawa

tel.: +48 22 279 49 02
e-mail: biuro@niesamodzielnym.pl
www.niesamodzielnym.pl



KOALICJA
— NA POMOC —
NIESAMODZIELNYM

deklarujemy pełną gotowość do współpracy na rzecz naszych obywateli, którzy już dzisiaj są zależni od opieki długoterminowej i mają prawo obawiać się przyszłości (lista sygnatariuszy wg kolejności alfabetycznej).



PODPIS ZAUFANY
MAGDALENA
OSIŃSKA-KURZYWILK
26.02.2025 20:40:08 (GMT+1)
Dokument podpisany elektronicznie
podpisem zaufanym

Magdalena Osińska-Kurzywilk
Prezes Zarządu
Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” – Związek
Stowarzyszeń

Mariola Grażyna
Łódzińska

Elektronicznie podpisany
przez Mariola Grażyna
Łódzińska
Data: 2025.02.24 14:26:20
+01'00'

Mariola Łódzińska
Prezes NRPIP
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych



PODPIS ZAUFANY
SYLWIA
KAMIŃSKA-TERESZKIEWICZ
24.02.2025 11:31:58 (GMT+1)
Dokument podpisany elektronicznie
podpisem zaufanym

Sylwia Kamińska-Tereszkiewicz
Prezes Zarządu
Ogólnopolskie Stowarzyszenie Dyrektorów
Samorządowych Domów Pomocy Społecznej

Poprawność nieznana

Dokument podpisany przez Maciej
Sikora; DOM Medica Sp. z o.o.
Data: 2025.02.26 22:15:07 CET

Maciej Sikora
Prezes Zarządu
Organizacja Rozwoju Leczenia Żywieniowego



PODPIS ZAUFANY
AGNIESZKA
STĘPIEŃ
25.02.2025 21:03:00 (GMT+1)
Dokument podpisany elektronicznie
podpisem zaufanym

Agnieszka Stępień
Prezes SFP
Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska

ANDRZEJ
WŁADYSŁAW
WŁĘCZAK

Z poważaniem,
Elektronicznie
podpisany przez
ANDRZEJ
WŁADYSŁAW WŁĘCZAK
Data: 2025.02.24
10:37:40 +01'00'

Andrzej Włęczak
Prezes Zarządu
Krajowa Izba Domów Opieki



Signed by /
Podpisano przez:

Robert Suchanek

Date / Data:
2025-02-24 14:56

Robert Suchanek
Prezes Zarządu
Ogólnopolski Związek Świadczeniodawców
Wentylacji Mechanicznej
Poprawność nieznana

Dokument podpisany przez Rafał Marek
Data: 2025.02.24 22:21:43 CET

Rafał Marek
Prezes Zarządu
Ogólnopolskie Stowarzyszenie Organizatorów
i Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony
Zdrowia

Poprawność nieznana

Dokument podpisany przez Grażyna Śmiarowska
Data: 2025.02.26 09:21:59 CET

Grażyna Śmiarowska
Prezes Zarządu
Polskie Towarzystwo Opieki Długoterminowej

KOALICJA NA POMOC NIESAMODZIELNYM

Związek Stowarzyszeń zarejestrowany pod numerem KRS: 0000659917
ul. Adama Mickiewicza 9 lok. 4U
01-517 Warszawa

tel.: +48 22 279 49 02

e-mail: biuro@niesamodzielnym.pl
www.niesamodzielnym.pl



Zaproszenie
do udziału w szkoleniach w zakresie

CYFRYZACJI DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W PROFILAKTYCZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI

Jesteś pielęgniarką lub higienistką szkolną?
A może planujesz podjąć pracę w tym zawodzie?
Zapisz się już dziś na bezpłatne szkolenia online
z cyfryzacji dokumentacji medycznej
w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami!

Od września 2027 r. prowadzenie dokumentacji medycznej ucznia
w postaci elektronicznej będzie obowiązkowe.

Przygotuj się do tego już dziś!

Dołącz do projektu szkoleniowego i naucz się korzystania
z funkcjonalności Aplikacji Usługodawców i Aptek (gabinet.gov.pl)
i prowadzenia w niej dokumentacji medycznej ucznia
w postaci elektronicznej.

UCZ SIĘ:

- **Bezpłatnie:** szkolenia są współfinansowane z funduszy europejskich.
- **Wygodnie i elastycznie:** wybierz dogodny dla Ciebie termin i formę szkolenia: online od stycznia 2025 r. lub stacjonarną od połowy roku 2025; szkolenia będą realizowane we wszystkich województwach.
- **Praktycznie:** zdobyta wiedza będzie przydatna w codziennej pracy.

Zgłoś się już dziś i zwiększ swoje e-kompetencje.
Więcej informacji o projekcie:

<https://akademiacez.gov.pl/szkolenia-medycyna-szkolna>
oraz <https://www.gov.pl/web/zdrowie/szkolenia-w-zakresie-cyfryzacji-dokumentacji-medycznej>.

Zarejestruj się:

<https://akademiaedm.cez.gov.pl/signin>



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.35.2025.MK

Warszawa, dnia 19 lutego 2025 r.

Pani
Izabela Leszczyna
Minister Zdrowia

Szanowno Pani Minister

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z propozycją podjęcia prac legislacyjnych polegających na wprowadzeniu stosownych zapisów w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 875) oraz w Zarządzeniu nr 55/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego do katalogu świadczeń zdrowotnych produktu pn. „porada pielęgniarska” w Centrach Zdrowia Psychicznego.

Obecnie porady pielęgniarskie są osobno finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i udzielane w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) w następujących dziedzinach: chirurgia ogólna, kardiologia, diabetologia oraz przez położną w dziedzinie położnictwo i ginekologia.

W ramach porady pielęgniarskiej w Centrum Zdrowia Psychicznego zarówno dla dzieci, młodzieży jak i osób dorosłych, pielęgniarka z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego może samodzielnie wykonywać następujące czynności:

- ocena stanu psychicznego pacjenta,
- ocena stanu somatycznego, w szczególności przy objawach polekowych,
- ogólna ocena przebiegu leczenia (w tym dokonana wraz z przedstawicielem ustawowym świadczeniobiorcy),
- niezbędne kontrolne badania diagnostyczne i laboratoryjne,
- ocenę potrzeb w zakresie farmakoterapii,

- wypisywanie zaświadczeń do celów wynikających z odrębnych przepisów, a nie zastrzeżonych dla wizyt specjalistycznych u lekarza psychiatry,
- prowadzenie psychoedukacji chorych z zaburzeniami psychicznymi w różnych grupach wiekowych i ich rodzin,
- prowadzenie treningów w ramach rehabilitacji psychiatrycznej,
- udzielanie wsparcia psychicznego pacjentowi z zaburzeniami psychicznymi, szczególnie w sytuacji kryzysowej, udzielanie wsparcia rodzinie chorego.

Powyższe czynności aktualnie wykonują pielęgniarki zatrudnione w opiece psychiatrycznej, ale nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wprowadzenie powyższego świadczenia, wpłynie na pełniejsze wykorzystanie wiedzy, umiejętności i kompetencji pielęgniarek z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego.

Wprowadzenie porady pielęgniarstwa w Centrach Zdrowia Psychicznego oraz jej wycena stanowi odpowiedź na potrzeby zgłaszane przez pacjentów i pielęgniarki psychiatryczne, co przyczyni się do podniesienia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, zwiększenia dostępności wsparcia oraz ogólnej poprawy stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i systemu opieki psychiatrycznej w Polsce.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPIP



Mariola Łodzińska



Minister
Zdrowia

ZPP.6143.43.2025.AS
Warszawa, 07 marca 2025

Pani
Mariola Łodzińska
Prezes
Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na pismo znak NIPiP-NRPiP-DM.0025.35.2025.MK z dnia 19 lutego 2025 r. w sprawie prośby o podjęcie stosownych prac legislacyjnych w zakresie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie poniższego.

Na wstępie, uprzejmie informuje, iż w dalszym rozwoju systemu ochrony zdrowia psychicznego kluczowym jest przygotowanie „mapy drogowej” niezbędnej do podjęcia działań, które zwiększą dostęp do kompleksowej i dobrze skoordynowanej opieki. Planuje się odejść od modelu, gdzie podstawą opieki był szpital psychiatryczny.

W dniu 4 grudnia 2024 r. zarządzeniem Ministra Zdrowia został powołany Zespół do spraw zmiany systemowych w centrach zdrowia psychicznego (organ pomocniczy ministra właściwego do spraw zdrowia), którego celem jest przygotowywanie propozycji rozwiązań w zakresie systemu ochrony zdrowia psychicznego, przy udziale przedstawicieli środowiska psychiatrycznego, przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Ministerstwa Zdrowia. Prace Zespołu rozpoczęto w dniu 12 grudnia 2024 r. Do zadań Zespołu należą:

- 1) analiza potrzeb w zakresie systemu ochrony zdrowia psychicznego;
- 2) przygotowywanie propozycji rozwiązań w zakresie systemu ochrony zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem sposobu organizacji i finansowania centrów zdrowia psychicznego po zakończeniu programu pilotażowego prowadzonego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego;
- 3) opracowanie strategii wdrożenia zaproponowanych przez Zespół rozwiązań;
- 4) sporządzenie raportu końcowego zawierającego wyniki prac Zespołu oraz przedłożenie go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia pragnie wyraźnie zaznaczyć, iż jego celem jest przygotowanie odpowiednich projektów legislacyjnych, które umożliwią odpowiednie zaimplementowanie testowanych w pilotażu rozwiązań do całości systemu ochrony zdrowia psychicznego, aby rozszerzyć dostęp do opieki udzielanej w centrach zdrowia psychicznego.

Podkreślenia również wymaga, iż dla Ministerstwa Zdrowia kluczowym jest utrzymanie idei psychiatrii środowiskowej i kompleksowej opieki udzielanej w centrach zdrowia psychicznego.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia
Wojciech Konieczny
Sekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

NACZELNA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
z siedzibą w Warszawie
02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10
tel. (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60

Stanowisko 6
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 11 lutego 2025 r.

**w sprawie degradowania pielęgniarek i położnych poprzez wprowadzenie propozycji
zmiany warunków pracy i płacy w SP ZOZ Miejskim Szpitalu Zespolonym przy
ul. Mirowskiej 15 w Częstochowie**

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec podjęcia w SP ZOZ Miejskim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie praktyk, polegających na degradowaniu kwalifikacji i kompetencji pielęgniarek i położnych poprzez zmianę warunków pracy i płacy. Degradacja kompetencyjna i płacowa to dyskryminowanie i atak na grupę zawodową pielęgniarek i położnych.

Zaistniała sytuacja jest kierunkiem do obniżenia jakości świadczonej opieki zdrowotnej, co stanowi realne zagrożenie dla pacjentów. Proponowanie pielęgniarkom i położnym wypowiedzeń zmieniających warunki pracy i płacy, poprzez zakwalifikowanie ich do grupy o niższym współczynniku pracy, w sytuacji gdy pracodawca wcześniej korzystał z wyższych kwalifikacji zawodowych tych pracowników, stanowi naruszenie ich praw. Takie działanie jest niedopuszczalne i powinno być piętnowane oraz potraktowane jako złośliwe naruszenie praw pielęgniarek i położnych i podlegać sankcjom przewidzianym w przepisach prawa.

Pielęgniarki i położne, które zgodnie z zapisami ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej podnosiły swoje kwalifikacje, obecnie doświadczają poniżenia oraz niesprawiedliwości i stają się ofiarami restrukturyzacji, gdyż na mocy nowych decyzji Dyrekcji ich kompetencje uznaje się za zbędne. Takie postępowanie jest sprzeczne z przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. *o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych*, która nie daje podstaw do wypowiedzania warunków pracy i płacy pracownikom, których kwalifikacje były wcześniej uznawane i wykorzystywane przez pracodawcę. Jeśli pracodawca zatrudniał dotychczas pielęgniarkę lub położną ze specjalizacją na stanowisku, które wymagały tych kwalifikacji, oznacza to, że jego kwalifikacje były wykorzystywane w pracy z pacjentami. Degradacja pielęgniarek i położnych do innej grupy zawodowej z niższym współczynnikiem pracy bez wykorzystywania ich zdobytych kompetencji nie tylko godzi w prawa członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, ale również ogranicza pacjentom dostęp do opieki o najwyższej jakości.

Należy wskazać, że obowiązkiem pielęgniarki i położnej jest stałe aktualizowanie wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego. Przyjęte rozwiązania wynikają nie tylko z polskiego prawa, ale również z zapisów prawa międzynarodowego, m.in. Konwencji Międzynarodowej Organizacji Pracy, Dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i Europejskiej Karty Społecznej. Biorąc pod uwagę powyższy obowiązek oraz fakt, że pracodawca korzystał z wyższych kwalifikacji zawodowych pielęgniarek nie może skutecznie twierdzić, że nie będą one już potrzebne. Jest to czynność jedynie dla pozorów w celu wywołania określonych skutków prawnych, tj. przyznania niższego wynagrodzenia.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwia się działaniom stosowanym przez SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie i wzywa Dyрекcję Szpitala do zaprzestania praktyk prowadzenia działań mających na celu omijanie zapisów ustawowych i poszukiwania rozwiązań oszczędnościowych tylko w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych. W interesie pacjentów, pielęgniarek i położnych oraz przestrzegania prawa, apelujemy o natychmiastowe przywrócenie warunków pracy i płacy dla pielęgniarek i położnych, a także o respektowanie ich kwalifikacji zawodowych, które finansowane były ze środków publicznych Ministra Zdrowia.

Sekretarz NRPIP



Kamilla Gólcz

Prezes NRPIP



Mariola Łodzińska

NACZELNA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
z siedzibą w Warszawie
Główna 57 Warszawa, ul. Róża 74, piętro 10
tel. (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 50

Stanowisko Nr 4

**Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 14 stycznia 2025 r.**

w sprawie rozpoczęcia prac legislacyjnych dotyczących zmian w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie *standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne*.

Prezydium NRPIP stoi na stanowisku, iż zasadne jest wprowadzenie poniżej wskazanych zmian legislacyjnych w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. dotyczących standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne

Proponowane zmiany obejmują:

1. OS1.10 - umożliwienie odstąpienia od codziennej oceny lekarskiej u kobiet po porodzie fizjologicznym oraz dopuszczenie zastąpienia tej czynności oceną medyczną dokonaną wyłącznie przez położną.
2. OS1.16 - umożliwienie, by kartę informacyjną pacjentce po porodzie fizjologicznym, wraz z zaleceniami sporządziła i przekazała położna.
3. Wskazanie, że badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjentki do porodu fizjologicznego mogą przeprowadzać również położne.

Uzasadnienie:

W opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych proponowane zmiany są zgodne z obowiązującymi przepisami prawnymi oraz standardem opieki okołoporodowej, który określa rolę położnych w procesie opieki nad kobietami w ciąży fizjologicznej i po porodzie fizjologicznym. W świetle aktualnych regulacji prawnych, położna, jest uprawniona do przeprowadzania oceny stanu zdrowia pacjentki oraz podejmowania decyzji dotyczących jej opieki.

Umożliwienie położnym przeprowadzania codziennych ocen stanu zdrowia kobiet po porodzie fizjologicznym przyczyni się do zwiększenia efektywności systemu opieki okołoporodowej. Położne są odpowiednio przygotowane w kształceniu przeddyplomowym

oraz poddyplomowym, aby monitorować stan zdrowia pacjentek i identyfikować ewentualne komplikacje. Ich zaangażowanie w proces oceny stanu zdrowia pozwoli lekarzom skoncentrować się na przypadkach wymagających bardziej zaawansowanej interwencji.

Włączenie położnych w proces przeprowadzania badań podmiotowych i przedmiotowych pacjentek przed porodem fizjologicznym jest zgodne z ich kompetencjami oraz standardami kształcenia. Takie podejście nie tylko zwiększa dostępność świadczeń zdrowotnych, ale także przyczynia się do podniesienia jakości opieki nad pacjentkami.

Umożliwienie położnym sporządzania i przekazywania karty informacyjnej pacjentkom po porodzie fizjologicznym jest kolejnym krokiem zmierzającym do wprowadzenia wysokich standardów jakości w opiece okołoporodowej. Położne posiadają wiedzę i umiejętności, które pozwalają na skuteczne przekazywanie istotnych informacji dotyczących zdrowia pacjentek oraz zaleceń po porodzie fizjologicznym.

W świetle powyższych argumentów Prezydium NRPIP wyraża przekonanie, że wprowadzenie proponowanych zmian przyczyni się do poprawy jakości opieki nad kobietami w ciąży oraz po porodzie fizjologicznym. Zmiany te są nie tylko zasadne, ale także konieczne dla zapewnienia optymalnej i kompleksowej opieki okołoporodowej określonych w standardach akredytacyjnych.

Sekretarz NRPIP

Kamilla Gólc

Prezes NRPIP

Mariola Łodzińska

DIETA ODKWASZAJĄCA. FAKTY, MITY I POTENCJALNE ZAGROŻENIA

Założeniem tak popularnej w ostatnich latach diety odkwaszającej, zwanej również zasadową, jest wprowadzenie do jadłospisu produktów alkalizujących, których rzekomym zadaniem jest przywrócenie równowagi kwasowo-zasadowej w organizmie. Co na to jednak mówią badania?

Martyna Rychter
mgr pożywności

Zakwaszenie organizmu jest potocznym określeniem dla stanu wywołanego przez nadmierne spożycie produktów kwasotwórczych. Określenie to nie występuje w medycynie. Nie istnieje również jako jednostka chorobowa. Nie da się zakwasić ani odkwasić organizmu za pomocą diet lub preparatów.

Producenci suplementów diet, a nawet specjalnych wód (wody alkaliczne), rekomendują swoje produkty jako odkwaszające, jednak nie ma to żadnego uzasadnienia naukowego.

Odkwaszanie organizmu może prowadzić do licznych i poważnych konsekwencji zdrowotnych. Kluczowym elementem zrozumienia potencjalnego zagrożenia jest zagłębienie wiedzy z zakresu biochemii ludzkiego organizmu oraz funkcjonowania układów buforowych krwi.

CZYM JEST „DIETA ODKWASZAJĄCA”?

Dieta odkwaszająca opiera się na przekonaniu, że współczesne jedzenie, często bogate w przetworzone produkty, prowadzi do zakwaszenia organizmu, a tym samym do zaburzenia homeostazy.

Zasady takiego odżywiania opierają się na wprowadzeniu do jadłospisu większej ilości produktów alkalizujących, które mają za zadanie znormalizować pH krwi, co miałyby przyczynić się do poprawy zdrowia i ogólnego samopoczucia pacjenta.

Do produktów o potencjale kwasotwórczym należą głównie zboża, tłuste sery, jajka, mięso, ryby. Z kolei do produktów zasadowotwórczych należą wszystkie owoce i warzywa.

Dieta odkwaszająca opiera się więc głównie na spożyciu owoców i warzyw.

Zgodnie natomiast z aktualną wiedzą w zakresie fizjologii i biochemii, organizm



posiada odpowiednie mechanizmy i narządy, które pomagają w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej i tym samym odpowiedniego pH krwi.

KWASICA, A NIE ZAKWASZENIE ORGANIZMU

Zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej dotyczą głównie krwi. Zalicza się do nich kwasicę (acydozę) i zasadowicę (alkalozę). Za-

równo jeden, jak i drugi stan wynika z ciężkich zaburzeń występujących w pracy poszczególnych narządów i stanowią one stan bezpośredniego zagrożenia życia.

W zależności od występowania, kwasicę dzielimy na kwasicę oddechową, która jest związana z niedostatecznym usuwaniem dwutlenku węgla przez płuca w przebiegu chorób płuc, zaburzeń pracy mięśni lub narcozy, oraz kwasicę metaboliczną, która wynika ze źle kontrolowanej cukrzycy typu I, chorób nerek, niedotlenienia organizmu, itp.

Kwasica metaboliczna objawia się nudnościami, suchością w ustach, charakterystycznym oddechem Kussmaula, wymiotami, zaburzeniami świadomości, a nawet śpiączką. W celu stwierdzenia kwasicy wykonuje się badanie gazometryczne krwi.

RÓWNOWAGA KWASOWO-ZASADOWA

Równowaga kwasowo-zasadowa jest jednym z najważniejszych warunków utrzymania homeostazy organizmu.

Tak jak większość płynów ustrojowych organizmu, krew ma pH lekko zasadowe (7,35–7,45). Wartości pH krwi poniżej 7,35 świadczą o kwasicy, a wzrost pH powyżej 7,45 o zasadowicy.

Najniższym pH charakteryzuje się sok żółtkowy (1,35), a najwyższym płyn trzustkowy (8,8). Największe wahania wartości pH obserwuje się w moczu. Niemożliwe zatem jest ustalenie jednego poziomu pH dla całego organizmu człowieka.

Wystąpienie w organizmie zarówno zasadowicy, jak i kwasicy prowadzi do natychmiastowego uruchomienia mechanizmów kompensacyjnych, które w efekcie mają doprowadzić do równowagi kwasowo-zasadowej.

Do mechanizmów obronnych zaliczają się układy buforowe krwi, które wiążą nadmiar jonów, a następnie są transportowane do miejsc wydalania, czyli np. do nerek.

Kolejnym mechanizmem kompensacyjnym jest usuwanie CO_2 przez płuca, do którego dochodzi w wyniku pobudzenia ośrodka oddechowego pod wpływem obniżenia pH krwi.

Kluczowym mechanizmem jest także wydalanie kwasów i zasad przez nerki, które stanowią jedno z ważniejszych miejsc utrzymania równowagi kwasowo-zasadowej.

Sprawnie działające mechanizmy regulacyjne zapewniają utrzymanie pH krwi w normie. Problemy pojawiają się dopiero wtedy, gdy któryś z opisanych systemów nie działa odpowiednio.

DIETA A PH KRWI

Zgodnie z biochemią i fizjologią ludzkiego organizmu, co potwierdzają badania naukowe, żadna dieta, nawet taka, która obfituje w produkty kwasotwórcze, nie jest w stanie doprowadzić do kwasicy, ponieważ sprawnie działające narządy (nerki, płuca) i układy buforowe temu zapobiegają.



Zgodnie z aktualnymi badaniami naukowymi dieta wpływa w nieznacznym stopniu na pH krwi i może je zmienić o około 0,01–0,02 jednostki. Z kolei sposób żywienia ma nieco większy wpływ na pH moczu, gdyż może je zmienić o około 1,2 jednostki.

SPOŻYCIE BIAŁKA A PH KRWI

To, jak organizm radzi sobie z regulacją pH krwi, pokazuje badanie, w którym uczestnicy otrzymywali tabletki w formie doustnej zawierające NH_4Cl .

Celem badania było wytworzenie kwasicy metabolicznej i obserwacja, jak organizm radzi sobie z pozbywaniem nadmiernej ilości NH_4^+ , pod postacią którego w sporej części są usuwane kwasy pochodzące z metabolizmu białka.

Badane osoby dostawały codziennie wyższe dawki NH_4Cl aż do osiągnięcia 160–280 mEq dziennie oraz stosowały przeciętną dietę bez eliminacji konkretnych składników.

Efektom badania był spadek pH krwi do 7,22. Po osiągnięciu takiego wyniku zaprzestano zwiększania dawki i utrzymywano ją na niezmiennym poziomie przez kolejne siedem dni. Pacjenci nie przestrzegali żadnej restrykcyjnej diety w tym czasie.

W przeciągu tych dni pH krwi wzrastało. W ósmym dniu osiągnięto ok. 7,32. Oznacza to, że organizm sam wychodził z tego stanu pomimo obciążenia. Wydalanie kwasu przez nerki w przeciągu dnia rośnie aż do ponad 300 mEq/d.

Świadczy to o tym, że nerki mogą wydalić ponad 300 mEq kwasów na dzień. Wytworzenie takiej ilości kwasów wiąże się ze spożyciem około 30 litrów mleka bądź 12,5 kg czekolady.

Przykładowo dieta składająca się z 200 g chleba pszennego, 350 g sera wiejskiego, 200 g indyka, 200 g ogórka, 120 g spaghetti, 102 g margaryny dostarcza około 64 mEq kwasu w ciągu dnia i około 2200 kalorii oraz 120 g białka.

Według postulowanych trendów dietetycznych taki jadłospis „zakwasza” organizm, co jest jednak nieprawdą.

W świetle powyższych wyników badania można jasno stwierdzić, że dieta bogata w białko jest pod tym względem dietą bezpieczną.

Zwiększone spożycie białka powoduje uruchomienie mechanizmów adaptacyjnych w nerkach, nerki zwiększają filtrację i produkują w efekcie więcej moczu. Dochodzi do zwiększonego usuwania kwasów z organizmu. W takiej sytuacji moczu się zakwasza. Jest to jednak prawidłowy objaw, gdyż

świadczy o sprawności nerek i ich prawidłowym działaniu. pH ustroju za sprawą pracy nerek pozostaje bez zmian.

Nie istnieją doniesienia naukowe świadczące o złym wpływie diety bogatej w białko na funkcję nerek u zdrowych osób. Przeprowadzone zostały również badania, gdzie grupę badaną stanowili kulturyści spożywający zwiększoną ilość białka, m.in. w formie odżywek białkowych. W badaniu nie wykazano żadnych dysfunkcji nerek spowodowanych taką dietą.

KONSEKWENCJE ZDROWOTNE

Ograniczenie znacznej części produktów, w tym zawierających kluczowe składniki odżywcze, takie jak białka, tłuszcze, węglowodany, może prowadzić do poważnych niedoborów.

Restrykcyjna dieta może w konsekwencji powodować osłabienie układu odpornościowego, a to z kolei zwiększoną podatność organizmu na infekcje.

Często związane z dietą odkwaszającą niskie spożycie kalorii oraz niedostarczanie odpowiednich witamin i minerałów prowadzi do senności, rozdrażnienia, a w następstwie do kolejnych problemów zdrowotnych wynikających z niedoboru witamin czy mikro- i makroskładników.

Dieta odkwaszająca jest przykładem nieodpowiedniego i nieracjonalnego modelu żywienia.

Według badań naukowych ma powiązanie z większym ryzykiem wystąpienia chorób przewlekłych.

- Zaburzeniem równowagi kwasowo-zasadowej jest kwasica, a nie zakwaszenie. Organizm sam reguluje równowagę kwasowo-zasadową za pomocą odpowiednich mechanizmów. Dieta nie ma znaczącego wpływu na pH krwi. Stosowanie diety alkalinizującej prowadzi do wystąpienia licznych niedoborów, co w efekcie przyczynia się do rozwoju wielu chorób i ogólnych problemów zdrowotnych.
- Opieranie się w diecie tylko o produkty kwaso- i zasadowotwórcze nie ma żadnego sensownego uzasadnienia w badaniach naukowych. Autorzy licznych publikacji przestrzegają przed dietą odkwaszającą, gdyż niesie za sobą poważne konsekwencje zdrowotne i stanowi spustoszenie dla organizmu.
- W dążeniu do zdrowia należy mieć na uwadze zbilansowaną dietę bogatą w produkty odżywcze oraz witaminy. Należy zachować zdrowy rozsądek oraz warto kierować się słowami Paracelsusa: „Wszystko jest trucizną i nic nie jest trucizną. Tylko dawka czyni, że dana substancja nie jest trucizną”.
- Dieta wykazuje znikomy wpływ na pH krwi i nie wywołuje znaczących oraz istotnych zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej w organizmie, dzięki występowaniu mechanizmów kompensacyjnych.

*Pisma dostępne w redakcji
mpip@nipip.pl*

*Źródło: Magazyn Pielęgniarki i Położnej
nr 12.2024*



Fot.: Jane TD

CO TO ZA ZAPACH, CZYLI WYWĄCHAJ CHOROBE

Niektórym chorobom towarzyszy bardziej intensywna lub inna niż zwykle woń ciała i wydaliny.
Nie zawsze wystarczy prysznic i czyszczenie zębów.
Organizm wysyła zapachowy sygnał, który może zwiastować mniej lub bardziej poważny problem zdrowotny.

Marta Maruszczak

biolog i antropológ,
autorka poradników na temat zdrowia,
psychologii, wychowania

Dlaczego oddech, pot, moczu czy kał zaczynają pachnieć inaczej niż do tej pory?

Na pewno nie wolno ignorować takich obserwacji. Może jest to tylko efekt zmiany w jadłospisie, jakiegoś zaniedbania higienicznego lub zmiany któregoś z codziennych nawyków.

Na ogół przyczyna okazuje się banalna. Jednak jeśli taka „organoleptyczna” zmiana trwa przez kilka dni, a nawet się nasila, mimo że usunęliśmy domniemaną przyczynę, trzeba zacząć działać.

To może być symptom chorobowy.

PRYWATNE ŚLEDZTWO

Brzydki zapach z ust fachowo nazywany halitozą może być efektem wielu chorób. Dlatego zawsze należy przeprowadzić własne śledztwo i wytropić przyczynę, a nie tylko walczyć z tym krępującym objawem za pomocą gumy do żucia lub reklamowanych tabletek. Często wystarczy porzucić złe nawyki: palenie papierosów, przejadanie się lub głodówki, by problem sam znikł.

Nieświeży oddech bardzo często ma również przyczyny stomatologiczne. Powodem bywa niewyleczona próchnica, stany zapalne dziąseł, paradontoza oraz nieprawidłowe lub niedbałe czyszczenie zębów.

W pierwszej kolejności kierujemy kroki do dentysty. Gdy ten nie stwierdzi niczego podejrzanego w jamie ustnej, zaglądamy głębiej.

W tym celu idziemy do laryngologa. Specjalista sprawdzi, czy nie mamy przewlekłego zapalenia migdałków podniebiennych, zatok lub polipów w nosie czy gardle. Zajmie się też leczeniem stwierdzonego problemu.

Jednak kiedy nadal nie wpadliśmy na trop, możemy podejrzewać, że winny czai się w układzie pokarmowym.

Może to być choroba refluksowa (wówczas oddech ma kwaśną woń), zaburzenia mikrobioty jelitowej, zaparcia. Fachowe

źródła podają, że źródłem nieprzyjemnego oddechu może być także zakażenie bakterią *Helicobacter pylori*. Bakteria ta często powoduje niestrawność, a nawet owrzodzenie żołądka.

Taką infekcję trzeba leczyć.



Fot.: Shutterstock Anthony



Co ciekawe, nieświeży oddech niekiedy pojawia się u kobiet po menopauzie jako jedna z konsekwencji obniżenia się poziomu estrogenów w organizmie.

ZAPACH ZGNIŁYCH JAJ Z UST

Jeżeli nikt niczego do tej pory nie stwierdził, a zapach z ust jest wyjątkowo nieprzyjemny, przyczyną może być niezdiagnozowany bezdech senny.

Fachowo ten problem nosi nazwę obturacyjny bezdech senny (OBS) i w 1999 roku został uznany za chorobę. Amerykańska Akademia Medycyny Snu opisuje ją jako wielokrotne i powtarzające się w ciągu nocy epizody zatrzymania się przepływu powietrza przez drogi oddechowe na poziomie gardła na co najmniej 10 sekund. Może być ich nawet 15-50 w ciągu godziny!

U osoby z chrapiącej drogi oddechowe podczas snu zapadają się, powietrze przeciska się przez nie z trudem, co powoduje drganie podniebienia miękkiego. Powstaje wówczas charakterystyczny dźwięk chrapania. Kiedy droga przepływu powietrza zamyka się całkowicie, dochodzi do bezdechu. To jest pewne: nie ma bezdechu bez chrapania.

Z reguły osoba chrapiąca ma świadomość swojego sypialnianego „defektu towarzyskiego”, jednak nie zdaje sobie sprawy, że cierpi na bezdech senny. Przy bezdechu oddycha się ustami, a to wysusza śluzówkę, na której wtedy szybciej namnażają się bakterie wytwarzające kwas siarkowy. Stąd woń zgniłych jaj. Z bezdechem nie ma żartów!

Konieczne trzeba go leczyć – nie tylko dlatego, by odzyskać świeży oddech. Bezdech bardzo szkodzi sercu i układowi krążenia. Nagłe wybudzenie przy OBS powoduje natychmiastowy wzrost ciśnienia krwi i przyspieszenie tętna. A to ma miejsce nawet kilkaset razy każdej nocy!

Nic dziwnego, że z czasem rozwija się nadciśnienie tętnicze oraz zaburzenia rytmu, czyli arytmia. Może ona mieć postać skurczów dodatkowych, częstoskurczu i migotania przedsionków, a także komorowego zaburzenia rytmu serca. Z powodu bezdechu naprawdę można zejść z tego świata – to nagły zgon sercowy w czasie snu.

U osoby cierpiącej na OBS serce jest niedotlenione, co sprawia, że uszkodzeniu ulega śródbłonek naczyń wieńcowych. Tak rozwija się niewydolność serca oraz choroba wieńcowa.

W dodatku bezdechy senne powodują powstawanie w naczyniach krwionośnych mikrozakrzepów, które mogą stać się przyczyną zawału serca.

Bezdech senny powoduje także wzrost ryzyka udaru mózgu. Mikrozakrzepy mogą zamknąć światło naczynia zaopatrującego mózg. Zwiększa się także niebezpieczeństwo wystąpienia zespołu metabolicznego (nadciśnienie tętnicze, wysoki poziom cholesterolu, otyłość), zachorowania na cukrzycę typu 2, depresję i schorzenia wątroby.

Mimo że chrapanie wydaje się niepozważną dolegliwością, koniecznie trzeba iść z tym do laryngologa. Zbada on, jakie przeszkody w drogach oddechowych utrudniają swobodne oddychanie i powodują chrapanie. OBS w dzisiejszych czasach można skutecznie leczyć w ramach NFZ.

WOŃ AMONIAKU – ALARMUJĄ NERKI

Zapach amoniaku z ust może zdradzać poważne problemy związane z funkcjonowaniem nerek. Jest to związek chemiczny o bardzo silnej, drażniącej woni.

Powstaje u każdego człowieka w trakcie metabolizmu substancji białkowych.

W normalnych warunkach jest on na bieżąco wydalaný przez nerki wraz z mocznem, w postaci mocznika – koñcowego produktu rozkładu białek.

Ale w jaki sposób pojawia się on w wydychanym powietrzu?

Słabo funkcjonujące nerki nie są w stanie na bieżąco skutecznie pozbywać się mocznika. Wtedy może być on przekształcany właśnie w amoniak, który jest usuwany przez płuca, co powoduje charakterystyczny zapach z ust.

Wyraźny zapach amoniaku z ust towarzyszy dopiero niewydolności nerek, czyli zaawansowanemu stadium choroby. Jednak nieprzyjemna woń oddechu, przypominająca smród nieświeżych ryb, występuje w różnym natężeniu u większości osób z chorymi nerkami.

Natomiast stęchły i słodkawy zapach, tzw. zapach świeżej ziemi, z ust towarzyszy chorobom wątroby.

JABŁKOWY ODDECH DIABETYKA

Wyczuwalna woń owoców, **najczęściej** sfermentowanych jabłek, w wydychanym powietrzu świadczy o nierozpoznanej lub źle leczonej, niewyrównanej cukrzycy. Jest oznaką tzw. kwasicy ketonowej – poważnego, ostrego powikłania cukrzycy. Może wystąpić przy cukrzycy obu typów, jednak najczęściej jest to pierwszy objaw nierozpoznanej cukrzycy typu 1. Jest skutkiem znacznego niedoboru lub zupełnego braku insuliny w organizmie diabetyka. Chory może dodatkowo odczuwać ciągłe zmęczenie i suchość w ustach. Może wymiotować, niewyraźnie widzieć, mieć trudności z oddychaniem lub skarżyć się na ból brzucha.

Gdy do tych objawów dołącza się ostry, acetonowy zapach oddechu, świadczy to o poważnych zaburzeniach, które wymagają natychmiastowej pomocy lekarskiej. Aceton to związek zaliczany do ciał ketonowych, który w zdrowym organizmie występuje w niewielkich ilościach w moczu i krwi. Większe stężenie ketonów obserwuje się u osób stosujących głodówkę lub diety białkowo-tłuszczowe (tzw. ketogenne).

U osób z niezdiagnozowaną, zaawansowaną lub nieodpowiednio leczoną cukrzycą rozwija się acetonemia, czyli podwyższony poziom acetonu we krwi, oraz acetonuria – obecność ciał ketonowych w moczu, który również przybiera ostry, chemiczny zapach. Organizm usiłuje wtedy wydalić nadmierną ilość ciał ketonowych przez płuca, co daje charakterystyczną woń oddechu. Zapach ten określany jest jako „zapach jabłek” lub mieszanka zapachu

fermentujących owoców ze zmywaczem do paznokci. Należy wówczas szybko wezwać pogotowie, gdyż kwasica ketonowa może prowadzić do śpiączki cukrzycowej a nawet do śmierci.

JAK PACHNIE STRES I STRACH

Pot również niesie informacje zapachowe. Ten, który oblewa nas podczas treningu czy ciężkiej pracy fizycznej, ma inną woń niż pot wyciskany z nas przez silne przeżycia i napięcie nerwowe oraz intensywne uczucia. W drugiej sytuacji dochodzą do głosu potowe gruczoły zapachowe, których działanie jest regulowane przez bodźce emocjonalne. Pot ma wtedy wyraźniejszą, ostrzejszą woń, która może być wyczuwana przez inne osoby. Co więcej: te sygnały są interpretowane w ich mózgach w taki sposób, że ludzie ci zaczynają doznawać podobnych emocji!

Amerykańscy naukowcy przeprowadzili eksperyment, w którym badali reakcje ludzi na zapach potu innych osób. Wdychanie potu osobników zestresowanych wywoływało stres, natomiast nie zauważono takiej reakcji przy kontakcie z potem ludzi spokojnych, odprężonych. To dowód na to, że – podobnie jak inne zwierzęta – przekazujemy sobie informacje o potencjalnym zagrożeniu za pomocą bodźców zapachowych, które mogą działać alarmująco na osoby z najbliższego otoczenia.

Pot przybiera bardziej wyraźny i nieprzyjemny zapach również w sytuacji niedoboru cynku (znajdującego się w kaszach, orzechach, jajach, drobiu) oraz witaminy B12 (jej źródła to podroby, jaja, ryby). Ostry zapach potu pojawia się po zjedzeniu cebuli, czosnku i brokułów, gdyż te warzywa zawierają związki siarki. Pokarmy konserwowane i sztucznie barwione także mogą być przyczyną zmienionego zapachu potu.

ŁUŻNY I KWAŚNY STOLEC

Taka konsystencja i zapach stolca to częste symptomy nietolerancji laktozy. Nietolerancja jest efektem niedoboru enzymu – laktazy, który rozkłada laktozę, czyli cukier mleczny. Wówczas bakterie jelitowe wywołują fermentację tego cukru. Wskutek tego powstaje nadmiar gazów, a w konsekwencji silne wzdęcia, bóle brzucha i kwasno cuchnące, półpłynne wypróżnienia. Nietolerancja laktozy jest dość powszechna i może pojawić się nawet w dorosłym wieku np. wskutek alergii lub infekcji żołądkowo-jelitowej. Dolegliwości występują po kilku-, kilkunastu godzinach od

spożycia nawet niewielkiej ilości mleka, np. dodanego do kawy. Należy zasięgnąć porady lekarza, który wykona badania pozwalające wykluczyć poważniejsze choroby, np. chorobę Leśniowskiego-Crohna. Przy nietolerancji laktozy należy okresowo wykluczyć z diety mleko i przetwory mleczne lub pić mleko bez laktozy albo przyjmować laktazę w tabletkach.

DZIWNY ZAPACH MOCZU

Kiedy pojawia się jego ostra, chemiczna woń, często jest to objaw bakteryjnej infekcji układu moczowego. Te dolegliwości częściej trapią kobiety, gdyż z powodów anatomicznych bakterie łatwiej i krótszą drogą dostają się do ich dróg moczowych. Przy takiej infekcji mocz zaczyna pachnieć amoniakiem, gdyż jego naturalny lekko kwaśny odczyn zmienia się na zasadowy. Nawet jeśli nie ma innych charakterystycznych dolegliwości zakażenia dróg moczowych, np. kłucia i bólu przy oddawaniu moczu, ciągłego parcia na mocz itp., należy pić sok z żurawiny, który skutecznie zmienia odczyn moczu na kwaśny, nie lubiany przez bakterie. Trzeba też zgłosić się do lekarza. Analiza moczu pozwoli zidentyfikować infekcję i szybko rozpocząć leczenie.

Często w sezonie szparagowym zgłaszają się do lekarzy miłośnicy tych warzyw, zaniepokojeni wonią swojego moczu. Krótko po spożyciu szparagów: nawet po 15 – 20 minutach, zapach moczu staje się specyficzny, „dziwny” i utrzymuje się przez kilkanaście godzin.

Jedni twierdzą, że przypomina woń gotowanej kapusty, inni wyczuwają woń palonego plastiku lub gumy.

Jeszcze inni nie są w stanie stwierdzić niczego, gdyż... nie mają wersji genu, która uwrażliwia receptory węchowe na produkty rozkładu występującego tylko w szparagach związku – kwasu asparagowego.

W trakcie trawienia szparagów powstają z niego cztery związki zawierające siarkę: metanotiol, siarczek dimetylu, sulfotlenek dimetylu oraz dimetylsulfon. Właśnie atomy siarki powodują specyficzny, wyraźny zapach moczu.

Nie ma niczego niepokojącego w tej zmianie zapachu moczu po szparagowej uczcie. To objaw naturalnego procesu metabolicznego zachodzącego w organizmie. Niezbyt przyjemna, inna niż zwykle woń moczu pojawia się też po zjedzeniu brukselki, chrzanu, cebuli i czosnku.

Źródło: Magazyn Pielęgniarki i Położnej
nr 12.2024

BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA ONKOLOGICZNEGO I JEGO RODZINY

W jaki sposób minimalizować narażenie na szkodliwe działanie leków cytostatycznych, jak chronić siebie samych w miejscu pracy, w jakim zakresie edukować pacjenta oraz jego rodzinę? Wskazujemy najistotniejsze zasady.

Katarzyna Nojkampf

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

Pacjent onkologiczny podczas terapii lekami przeciwnowotworowymi, do których zaliczyć należy leki cytotoksyczne, narażony jest zarówno na działanie uboczne tych leków, jak również na działanie metabolitów podczas wydalania leku z organizmu. W warunkach szpitalnych na działanie wydalanych leków cytotoksycznych narażony jest bezpośrednio personel podający lek cytostatyczny, sprawujący bezpośrednią opiekę nad chorym oraz serwis sprzątający. W warunkach poza szpitalnych osobami narażonymi są najbliżsi chorego, którzy z nim mieszkają.

GRUPY LEKÓW SILNIE KANCEROGENNYCH

Pacjenci oddziałów onkologicznych (hematologii, immunoterapii, chemioterapii, ginekologii onkologicznej, radioterapii)

otrzymują leczenie oparte o schematy wielolekowe. Często są to leki zaliczane do grupy leków silnie kancerogennych dla ludzi.

S. Czerczak w „Klasyfikacji chemicznych czynników rakotwórczych” wyjaśnia, że dana substancja powoduje wzrost zachorowalności na nowotwory łagodne lub złośliwe w wyniku ekspozycji lub innego narażenia, powodując indukcję nowotworu w miejscu innym niż miejsce podania.

Leki te zostały zakwalifikowane do GRUPY 1 przez Międzynarodową Agencję Badań nad Nowotworami (IARC – The International Agency for Research on Cancer). Należą do nich: Azatiopryna, Busulfan, Chlormambucil, Cyclofosfamid, Cyclosporyna, Etopozyd, Melfalan, Thiotepe, Treosulfan.

LEKI I DROGI ICH WYDALANIA

Jeśli jesteśmy narażeni na kontakt z lekami cytostatycznymi w codziennej pracy, musimy pamiętać, że oprócz samych farmaceutyków niebezpieczne są także ich metabolity.

Pacjent wydalą je przez skórę, z moczem, kałem, żółcią oraz podczas wymiotów.

W tabeli przedstawiam kilka wybranych leków, stopień oraz drogę ich wydalania,

aby zobrazować, jakie niebezpieczeństwo niesie za sobą kontakt z samym lekiem, jak i produktami jego przemiany.

Posiadając tę wiedzę oraz znając mechanizm metabolizmu leków stosowanych na oddziale, powinniśmy skoncentrować nasze działania na ochronie samych siebie, innych pracowników medycznych, innych pacjentów z sali chorego oraz jego najbliższych w trakcie terapii na oddziale, jak również w domu.

Do skażenia wydaliniami pacjentów otrzymujących leki cytotoksyczne może dojść w sposób bezpośredni lub pośredni: poprzez kontakt z rzeczami lub pościelą pacjenta ubrudzoną moczem, odchodami, wymiocinami, potem, żółcią lub krwią.

PODSTAWA BEZPIECZEŃSTWA

Bardzo istotne jest opracowanie zasad, których przestrzeganie zmniejszy narażenie na szkodliwe działanie leków cytostatycznych.

Zasady postępowania z wydzielinami pacjenta:

- Wszelkie środki ostrożności należy zachować do 7 dni po zakończeniu leczenia, jeśli wiadomo, że główna substancja

SUBSTANCJA CYTOTOKSYCZNA	STOPIEŃ WYDALANIA	ZALECANY CZAS STOSOWANIA ŚRODKÓW OCHRONNYCH PO ZAKOŃCZENIU CHEMIOTERAPII	
		MOCZ	KAŁ
Cisplatyna	mocz niezmieniony plus metabolity w 75% przez 5 dni	7 dni	-
Cyclofosfamid	mocz niezmieniony + metabolity w 62% przez 48 h	3 dni	5 dni
Daunorubicyna	-	7 dni	7 dni
Doksorubicyna	mocz niezmieniony plus metabolity w 15% przez 5 dni	6 dni	7 dni
Etopozyd	mocz niezmieniony w ok. 50%/24 h kał do 15% przez 24 h	3 dni	5 dni
Metotrexat	mocz niezmieniony i metabolity od 40 (mała dawka) do 90% (duża dawka)/48 h, kał w 9%	3 dni	7 dni
Mitoksantron	mocz niezmieniony i metabolity 6,5% 5 dni, kał 18% 5 dni	6 dni	7 dni
Winblastyna, Winkrystyna	mocz niezmieniony i metabolity do 33% – 3 dni, kał do 40% 3 dni	4 dni	7 dni

lecnicza będzie wydalana w tym właśnie czasie.

- Wszystkie wydaliny pacjentów, którzy otrzymali chemioterapię powinny być uważane za niebezpieczne przez okres do 7 dni po zakończeniu terapii.
- Wszystkie osoby opiekujące się pacjentem, w tym także rodzina, powinny być poinformowane o niebezpieczeństwie nieodpowiedniego postępowania ze skażonymi wydaliniami.
- Należy stosować indywidualne środki ochrony osobistej (rękawiczki, maseczkę, nieprzemakalny fartuch) przez okres do 7 dni po zakończeniu kuracji.
- Indywidualne środki ochrony powinny być stosowane także podczas czyszczenia łazienki i toalety, jeśli istnieje ryzyko ochłapania – należy również nałożyć maseczkę.
- Zaleca się stosowanie rzeczy jednorazowego użytku (np. baseny, kaczki).
- Jeśli korzysta się z przedmiotów wielorazowego użytku, przed zastosowaniem muszą zostać dwukrotnie przepłukane.
- Jeśli jest to możliwe, powinny być wyznaczone toalety specjalnie dla pacjentów otrzymujących chemioterapię.
- W celu zmniejszenia lub wyeliminowania niebezpieczeństwa ochłapania i powstania aerozoli, mężczyzna powinien zostać pouczony, w jaki sposób ma korzystać z toalety (tylko na siedząco).
- Zaleca się stosowanie zamkniętych systemów zbierających płyny ustrojowe (worki na mocz wymieniane 1 x dobę lub w razie potrzeby, mocz nie spuszcza – ryzyko aerozoli podczas spuszczenia moczu).
- Dreny powinny być odłączane w nienaruszony sposób.
- Pacjenci cierpiący na mimowolne oddawanie moczu powinni chronić swoją skórę przed odchodami, przemysławając narażone miejsca wodą i mydłem oraz stosować krem w okolicach krocza.
- Zaleca się stosowanie jednorazowych pieluchomajtek, wkładek.
- Pacjenci leżący do mycia powinni używać nawilżanych chusteczek jednorazowych, aby nie doszło do rozlania wody.
- Każdorazowo po skorzystaniu z toalety powinno się przemyć okolicę krocza i odbytu, zamiennie użyć nawilżanych chusteczek.
- Codzienna kąpiel przy chemioterapii.

Zasady postępowania z pościelą:

- Bieliznę osobistą i pościelową zmieniać codziennie.
- Nie wstrząsać pościeli, aby uniknąć powstawania kurzu.
- Skażona pościel powinna być umieszczona w torbach oznaczonych jako



NIEBEZPIECZNE SKAŻENIE i przesyłana do pralni.

- Skażona pościel oraz rzeczy powinny być wstępnie namoczone przed praniem z inną pościelą.
- Personel pralni powinien stosować środki ochrony osobistej.
- Optymalne byłoby korzystanie z pościeli jednorazowej.

W trakcie opieki nad pacjentem generujemy odpady medyczne, których klasyfikację oraz sposób postępowania jasno określa Rozporządzenie Ministra Klimatu z dnia 2 stycznia 2020 roku w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. z 2020 r. poz. 10). Rozporządzenie wskazuje katalog odpadów z podziałem na grupy, podgrupy i rodzaje ze wskazaniem odpadów niebezpiecznych.

Zasady postępowania z odpadami medycznymi:

- Wszystkie wydaliny pacjenta do 7 dni po zakończeniu terapii traktujemy jako skażone, wyrzucane są do worka żółtego.
- Powinny być usuwane raz na dobę i według potrzeb.
- Zewnętrzne opakowania blistrów, fiolek z lekami należy traktować jako skażone.
- Ostre przedmioty mające kontakt z substancjami cytostatycznymi (igły do podaży podskórnej, np. Azacytydyny) należy wrzucać do pojemników o możliwie małej objętości.
- Po napełnieniu do 2/3 objętości lub po upływie 24 godzin od otwarcia za-

mknąć pojemnik i umieścić w worku na odpady cytostatyczne.

- Pojemnik najlepiej podpisać, by nie używać go do codziennej pracy.

Pomieszczenia, w których przebywa pacjent:

- Sale z osobnym węzłem sanitarnym.
- Drzwi do pomieszczenia zamknięte, aby nie generować oparów na korytarz.
- Sale często wietrzone.
- Jeżeli to możliwe, stosować system nawiewno-wywiewny lub włączyć klimatyzację.

Zalecenia Międzynarodowego Stowarzyszenia Praktyków Farmacji Onkologicznej (ISOPP) z 2007 roku jasno określają, jaki sprzęt powinien zostać użyty do przygotowania oraz podaży leków przeciwnowotworowych, aby ich stosowanie było bezpieczne dla personelu oraz pacjenta.

Sprzęt medyczny:

- Jednorazowy, jałowy.
- Systemy zamknięte do podaży leków cytostatycznych jedno lub wielodrożne dostosowane do schematu lekowego.
- Bezigłowy łącznik do strzykawek, aby przy odłączaniu igły nie doszło do wycieku resztki leku.
- Strzykawki trzyczęściowe z korkiem gumowym.
- Do kilkudniowego wlewu stosować infuzor (np. Cytarabina wlew 5–7 dniowy).

Podczas terapii lekami przeciwnowotworowymi pielęgniarka realizuje zadania z zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych oraz rehabilitacyjnych.

Wysokie kompetencje personelu medycznego pozwalają na całościową, profesjonalną opiekę nad chorym.

Braki kadrowe, absencje chorobowe, fluktuacja personelu oraz uwarunkowania prawne w najbliższym czasie spowodują, że nie będziemy w stanie zapewnić opieki leczonym pacjentom na należytym poziomie. Nieodzownym w tej sytuacji jest włączenie bliskich chorego do procesu terapeutycznego: nauczanie ich zachowań dotyczących opieki bezpośredniej, edukacja w zakresie pielęgnacji, objawów ubocznych i sposobów radzenia sobie z nimi, jak również opieki terminalnej.

Podkreślamy fakt, iż ich pomoc przyczyni się do poprawy jakości życia chorego.

Edukacja rodziny w zakresie opieki nad pacjentem w warunkach domowych:

- Środki ochrony osobistej podczas kontaktu z wydaliniami i wydzielinami

pacjenta powinny być stosowane do 7 dni po leczeniu.

- Staranne czyszczenie toalet po każdorazowym skorzystaniu przez chorego.
- Dokładne mycie rąk.
- Bielizna oraz pościel poddana praniu wstępemu w zimnej wodzie przed cyklem właściwym.
- Bielizna i pościel prana osobno i jako ostatnia.
- Bielizna osobista zmieniana codziennie.
- Doustne leki cytostatyczne stosowane w terapii domowej wyciskać bezpośrednio do ust chorego lub używać rękawic do podaży.
- Leki cytostatyczne podawane w infuzorze – obserwacja w kierunku przeciekania i prawidłowej podaży.
- Małe dzieci nie powinny spać w jednym łóżku z chorym do czasu eliminacji metabolitów (do 7 dni).

GRANICE BEZPIECZEŃSTWA

Bez przeprowadzanych badań dotyczących narażenia personelu medycznego na działanie leków cytostatycznych i ich

metabolitów niemożliwe jest ustalenie granicy bezpieczeństwa pracy z cytostatykami.

Każdy kontakt należy traktować jako potencjalnie niebezpieczny.

Zarówno personel, jak i najbliżsi chorego powinni być świadomi ryzyka, aby skutecznie je minimalizować.

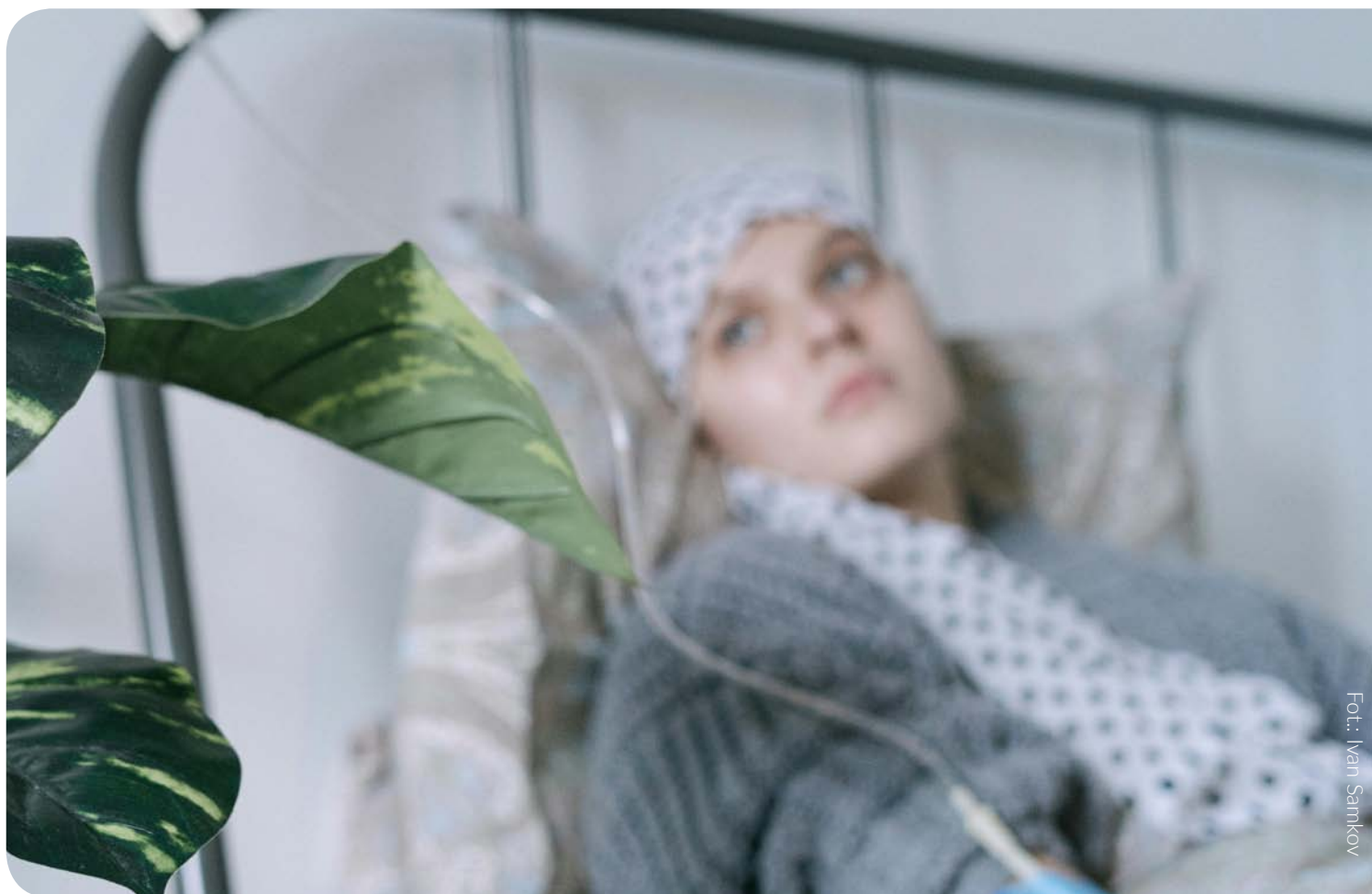
Regularne szkolenia z zakresu bezpieczeństwa pracy i opieki nad chorymi podawanymi leczeniu przeciwnowotworowemu są niezbędne do osiągnięcia tego celu.

Opracowanie wewnętrznych procedur postępowania ułatwia pracę personelu oraz daje gotowe rozwiązania w sytuacjach spornych.

Najważniejszym wydaje się opracowanie ujednoliconej procedury opieki pielęgniarskiej nad pacjentem leczonym lekami przeciwnowotworowymi, co pozwoliłoby na standaryzację naszego postępowania.

*Piśmiennictwo dostępne w redakcji
mpip@nipip.pl*

*Źródło: Magazyn Pielęgniarki i Położnej
nr 10.2024*



Fot.: Ivan Samkov

Warszawa, 5 marca 2025 r.

Opinia prawna

w sprawie prawnych skutków złożenia oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu przez pielęgniarkę lub położną w świetle uchwały nr 5 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji z dnia 23 września 2024 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej i zasad jej podziału oraz dopuszczalności pełnienia funkcji w organach samorządu zawodowego przez osoby, które złożyły oświadczenie o zaprzestaniu prawa wykonywania zawodu

1. Wysokość składki członkowskiej z tytułu przynależności do samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych określa uchwała nr 5 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji z dnia 23 września 2024 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej i zasad jej podziału (dalej jako „Uchwała”).
2. W świetle § 4 Uchwały z opłacania składki zwolnione są wyłącznie pielęgniarki i położne, które zaprzestały wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej i złożyły we właściwej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych oryginał PWZ.
3. Zakres pojęcia „**wykonywanie zawodu**” w odniesieniu do pielęgniarek i położnych ustawodawca określił m.in. w art. 4, art. 5 i art. 5a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz. U. 2024, poz. 814, dalej jako „Ustawa o zawodach”). Zaprzestanie wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej jest równoznaczne z **niewykonywaniem jakichkolwiek czynności**, jakie ustawodawca uznał za wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej. Z punktu widzenia przedmiotu niniejszej opinii kluczowe znaczenie ma treść art. 4 ust. 2 pkt 11 i art. 5 ust. 2 pkt 9 Ustawy o zawodach, stanowiące, że **za wykonywanie zawodu uważa się również sprawowanie funkcji z wyboru w organach samorządu pielęgniarek i położnych lub wykonywanie pracy na rzecz samorządu**.
4. Mając powyższe na uwadze należy stwierdzić, że zaprzestanie wykonywania zawodu jest równoznaczne z **niedopuszczalnością** pełnienia funkcji z wyboru w organach samorządu lub wykonywaniem pracy na rzecz samorządu. W konsekwencji osoby, które zamierzają skorzystać ze zwolnienia z opłacania składki z uwagi na zaprzestanie wykonania zawodu **nie będą mogły pełnić funkcji z wyboru w organach samorządu, ani wykonywać pracy na rzecz samorządu**. Członków samorządu pełniących funkcje z wyboru lub wykonujących pracę na rzecz samorządu należy uznać za osoby wykonujące zawód i tym samym **niepodlegające zwolnieniu z obowiązku opłacania składki** na podstawie § 4 Uchwały.
5. Równocześnie jednak osoby te, w mojej ocenie, **posiadają czynne i bierne prawo wyborcze**, z tym wszakże zastrzeżeniem, że w przypadku wyboru danej osoby do pełnienia funkcji w samorządzie, nie będzie ona podlegała zwolnieniu z obowiązku opłacania składek, albowiem będzie osobą wykonującą zawód w rozumieniu, odpowiednio, art. 4 ust. 2 pkt 11 lub art. 5 ust. 2 pkt 9 Ustawy o zawodach. W przypadku dokonania wyboru takiej osoby do pełnienia funkcji w samorządzie, oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu powinno zostać cofnięte.

6. Należy również pamiętać o treści art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tekst jedn. Dz. U. 2021, poz. 628, dalej jako „Ustawa o samorządzie”) stanowiącego, że **biernie prawo wyborcze nie przysługuje członkom izb, którzy za okres co najmniej jednego roku** w okresie ostatnich pięciu lat przed wyborami nie wykonali obowiązku opłacenia składki członkowskiej, do dnia opłacenia tej składki. W przypadku zatem złożenia oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu, pomimo faktycznego jego wykonania, kwestia biernego prawa wyborczego będzie podlegała ocenie w kontekście art. 12 ust. 3 Ustawy o samorządzie.
7. Nadto należy wskazać, że złożenie oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu przez osobę pełniącą funkcję z wyboru lub wykonującą pracę na rzecz samorządu jest, w świetle art. 4 ust. 2 pkt 11 lub art. 5 ust. 2 pkt 9 ustawy, **niedopuszczalne**.
8. Ewentualne złożenie oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu przez osobę pełniącą funkcję z wyboru w organie samorządu, stanowi **podstawę do odwołania danej osoby z pełnionej funkcji**. Nadto złożenie oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu w przypadku faktycznego jego wykonywania (np. poprzez pełnienie funkcji w organie) stanowi **przewinienie zawodowe**, którego sprawca podlega odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej i przepisów dotyczących wykonywania zawodu.

Bartłomiej Achler
adwokat

**Bartłomiej
Grzegorz
Achler**
Podpis cyfrowy:
Bartłomiej
Grzegorz
Achler
Powód:
Lokalizacja:
Warszawa
Data:
2025.03.05
12:23:33+01'00'