

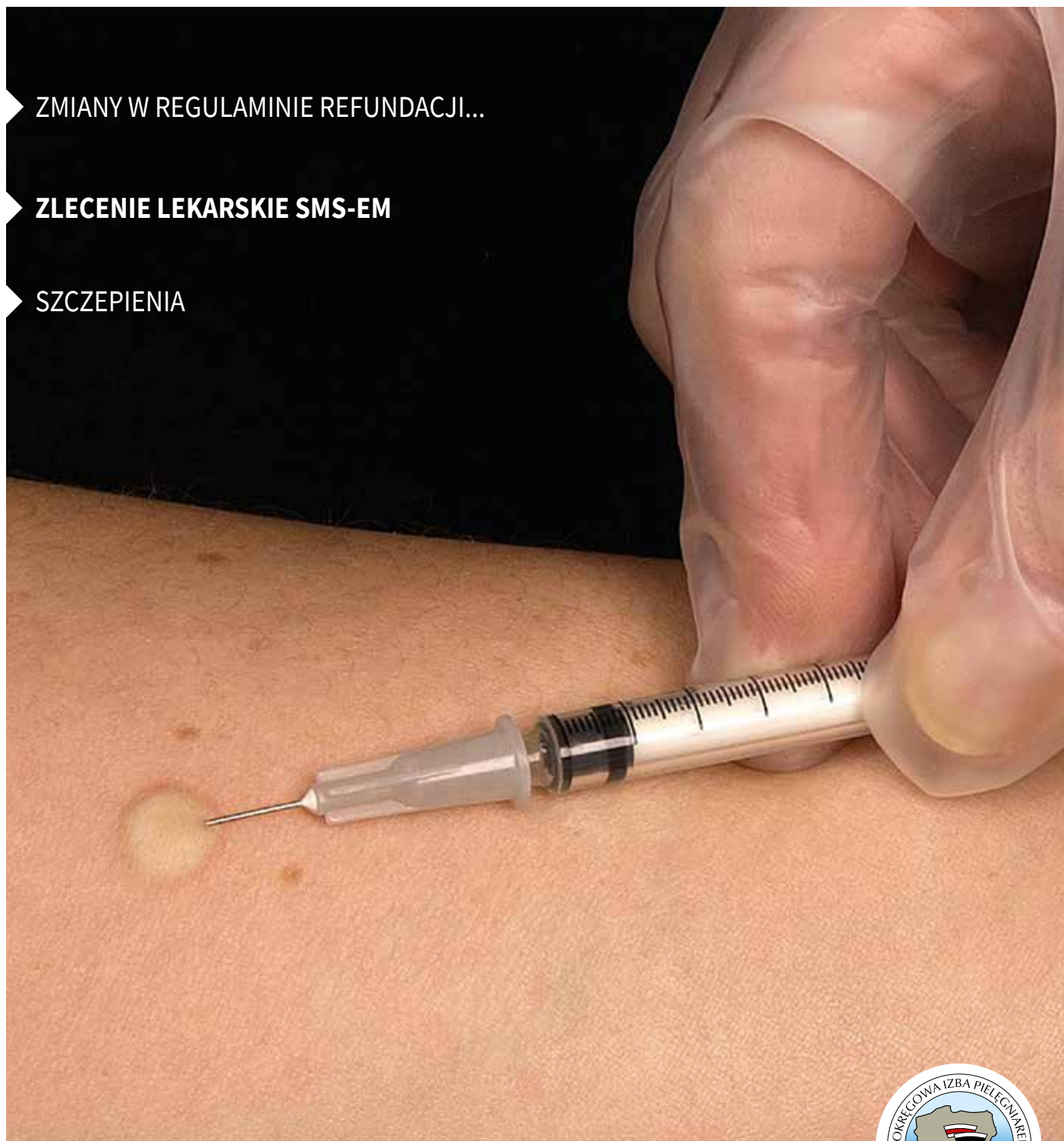
W CIENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

ZMIANY W REGULAMINIE REFUNDACJI...

ZLECENIE LEKARSKIE SMS-EM

SZCZEPIENIA



W CIENIU CZEPAKA

Biuletyn informacyjny Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
(www.doipip.wroc.pl)

Wydawca:

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

Redaguje Prezydium DORPiP:

Anna Szafran, Marzenna Golicka, Urszula Olechowska, Dorota Pietrzak, Jolanta Kolasinska, Beata Łabowicz, Beata Dąbrowska, Teresa Szerszeń, Małgorzata Mazur

redakcja techniczna, skład, korekta, i przygotowanie do druku – Włodzkiej Sawicki

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca, w tekstach publikowanych zastrzega sobie prawo skrótów, zmian tytułów oraz poprawek stylistyczno-językowych.

Artykuły, listy, uwagi i inną korespondencję prosimy nadsyłać na adres redakcji: **Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu, ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław, fax 373-20-56, e-mail: info@doipip.wroc.pl**

REDAKCJA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA TREŚĆ TEKSTÓW, OGŁOSZEŃ I REKLAM

DOIPiP NIE PROWADZI POŚREDNICTWA PRACY W KRAJU I ZAGRANICĄ

UWAGA: Nie przyjmujemy do publikacji tekstów przekazywanych telefonicznie!

Nasza okładka,

Numer zamknięto 25.07.2017 r.

Do druku przygotowano 1.08.2017 r.

Nakład 3200 egz.

Pismo nieodpłatnie rozprowadzane wśród członków Samorządu Pielęgniarek i Położnych. Druk ABIS. Wszystkie artykuły (i nie tylko) na str. www.doipip.wroc.pl

WYKAZ TELEFONÓW W SIEDZIBIE BIURA DOIPiP WE WROCŁAWIU

Dyrektor biura.....	71 333 57 00
Sekretariat	71 333 57 02
Sekretariat	71 333 57 16
Sekretariat	71 373 20 56 tel/fax
Przewodnicząca.....	71 333 57 03
Wiceprzewodnicząca	71 333 57 05
Sekretarz	71 333 57 04
Skarbnik	71 333 57 05
Ewidencja/rejestr piel. i pot.....	71 333 57 09
Praktyki zawodowe.....	71 333 57 07
Księgowość	71 333 57 06
Radca prawny	71 333 57 05
Kasa	71 333 57 01
Biblioteka	71 333 57 10
Okręgowy Rzecznik	
Odpowiedzialności Zawodowej	71 333 57 02
Okręgowy Sąd	
Pielęgniarek i Położnych.....	71 333 57 02
Dział Kształcenia (tel/fax).....	71 333 57 08
Kierownik Działu Kształcenia.....	71 333 57 12
Księgowość Działu Kształcenia.....	71 333 57 14
Dział Kształcenia Oddział w Lubinie	76 746 42 03

DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA

PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH we Wrocławiu,
ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław,
e-mail: info@doipip.wroc.pl
tel. 71/ 333 57 02, tel/fax 71/ 373-20-56
www.doipip.wroc.pl

KONTO IZBY: NUMER KONTA BANKOWEGO,

na który należy przekazywać składki członkowskie:
Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu, ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław,
Bank PEKAO SA O/Wrocław
63 1240 6670 1111 0000 5641 0435

GODZINY PRACY BIURA

Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
poniedziałek – czwartek – od 8⁰⁰ do 16⁰⁰
z wyjątkiem wtorków i piątków
wtorek – od 8⁰⁰ do 17⁰⁰ a w piątek do 15⁰⁰

DZIAŁ KSZTAŁCENIA

e-mail: dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl
tel./fax 71 333 57 08,
poniedziałek – czwartek – od 8⁰⁰ do 16⁰⁰
z wyjątkiem wtorków i piątków
wtorek – od 8⁰⁰ do 17⁰⁰, a w piątek do 15⁰⁰

BIURO W LUBINIE,

ul. Odrodzenia 18/2, 59-300 Lubin,
tel./fax 76/746 42 03

KONTO DZIAŁU KSZTAŁCENIA

Bank PEKAO SA O/Wrocław
13 1240 6670 1111 0000 5648 5055

KASA

poniedziałek 10-16
wtorek 8 - 13
środa 10-16
czwartek..... 8-13
piątek..... NIECZYNNA

BIBLIOTEKA

wtorek od 13 do 17
czwartek od 13 do 16
piątek..... od 9 do 14

OKRĘGOWY RZECZNIK

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

tel. 71 333 57 02, informacja o dyżurach na stronie internetowej DOIPiP – INFORMACJE O SAMORZĄDZIE 2015-2019 - Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

OKRĘGOWY SĄD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Inf.: tel. 71 333 57 02
lub w Sekretariacie Biura DOIPiP

DYŻURY RADCY PRAWNEGO

poniedziałki 14 – 16; środa 14 – 17 (mgr E. Stasiak);

KASA POŻYCZKOWA PRZY DOIPiP

Bank PKO BP IV Oddział Wrocław, ul. Gepperta 4
Nr: 56 1020 5242 0000 2702 0019 9224

Informacje o stanie swojego konta w Kasie Pożyczkowej można uzyskać w czasie dyżuru w środy od 15⁰⁰ do 16³⁰ telefonicznie lub osobiście

KSIEGOWOŚĆ IZBY NIE PROWADZI KASY POŻYCZKOWEJ I NIE UDZIELA INFORMACJI

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

• PIELĘGNIARSTWA

– dr n. o zdr. JOLANTA KOLASIŃSKA,
UM Wydział Nauk o Zdrowiu,
ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław; tel. 0-71/ 784 18 45
e-mail: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl,

• PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI

– mgr EWA PIELICHOWSKA

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław
e-mail: naczelnia.pielegnarki@4wsk.pl
tel: 261-660-207, 608-309-310

• PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO

I OPERACYJNEGO mgr BEATA ŁABOWICZ

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy
ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5; 59-220 Legnica
tel: 76/72-11-401 661-999-104

e-mail: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

• PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNEGO

mgr Iwona Pilarczyk-Wróblewska

Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii Zakład Neonatologii, ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław
tel. 500-141-941, e-mail:

iwona.pilarczykwroblewska@umed.wroc.pl

• PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

– mgr KATARZYNA SALIK

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1, ul. M. Skłodowskiej-Curie 58; 50-368 Wrocław
tel. 71 327-09-30, 71/784-21-75

606 99 30 95; e-mail: kasiasalik1@wp.pl,

• PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII

I POŁOŻNICTWIE – mgr URSZULA ŻMIJEWSKA,

Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza, ul. Warszawska 2; 52-114 Wrocław,
tel. 0-71/342-86-31 wew. 344,
604-93-94-55, 667-977-735

• PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE

CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH .

– mgr DOROTA RUDNICKA

Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Będkowo

Sp. Z O.O. Sp. Komandytowa

Będkowo 1, 55-100 Trzebnica

Email: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

Tel 71-7222948, 603852669

• PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

– dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
pl. Hirsfelda 12; 53-413 Wrocław
tel. 71/36-89-260 lub 603 38 58 98
e-mail: e.garwacka@gmail.com

• PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ.

– dr n. med. DOMINIK KRZYŻANOWSKI,

Bonifraterskie Centrum Opieki Hospicyjnej w Bonifraterskim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
ul. Poświęcka 8a; 51-128 Wrocław
tel. 608 585 295; e-mail: d.krzyzanowski@bonifraterskiecentrumzdrowia.pl

• PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

– mgr DOROTA MILECKA

Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
tel. 071/733-11-90, 733-11-95, 662-232-595

• PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO

– dr n. o zdr. WIESŁAW ZIELONKA

Pogotowie Ratunkowe w Legnicy
ul. Dworcowa 7; 59-220 Legnica; tel. 502 676 039
e-mail: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl

OD REDAKCJI

Majowe dni jak zwykle przynoszą pielęgniarkom i położnym dużo serdeczności i ciepłych słów. No cóż nie codziennie świętujemy dni poświęcone naszym profesjom, a takie właśnie obchodzimy podczas pięknych majowych tygodni. Życząc więc wielu miłych chwil i wiele życzliwości, zapraszamy do lektury majowego biuletynu.

Na początek jak zawsze sprawy naszej Izby, której jesteśmy członkami, i która służy nam pomocą w różnych sytuacjach. Tym razem publikujemy Regulamin refundacji kosztów kształcenia i zmiany, jakie ostatnio zostały wprowadzone. Warto zapoznać się z tym dokumentem, zwłaszcza, jeśli planujemy udział w szkoleniach lub innych formach doskonalenia zawodowego.

Prezentujemy także relacje z konferencji, przeznaczonych dla pielęgniarek, które odbyły się niedawno. Pierwsza z nich była poświęcona zabezpieczeniu mieszkańców DPS w świadczenia pielęgniarskie i odbyła się w Warszawie, zaś druga miała miejsce we Wrocławiu i dotyczyła postępowania z ran przewlekłą. Każda konferencja daje możliwość podnoszenia swoich kwalifikacji poprzez kontakt z nowymi metodami leczenia czy standardami postępowania, dlatego zainteresowanych zapraszamy na kolejną konferencję, która odbędzie się we Wrocławiu i będzie poświęcona całłościowej opiece nad dziećmi.

Zachęcamy do zapoznania się z opinia konsultantów krajowych również dotyczących pracy z dziećmi. A skoro już mowa o najmłodszych, zwracamy uwagę na artykuły dotyczące szczepień i ich roli w profilaktyce zdrowotnej. Poruszony został też problem ruchów antyszczepionkowych, prezentujemy w numerze pierwszą część szerszej publikacji dotyczącej szczepień ochronnych.

W bieżącym wydaniu nie brakuje ciekawych tekstów poświęconych erytrodyzestezji dłoniowo-stopowej w chemioterapii, leczeniu światłem spolaryzowanym oraz poruszających problemy w pracy z chorym niedożywionym żywionym doustnie.

Warto też zapoznać się z opinią prawną na temat zleceń lekarskich przesyłanych SMS-em i postępowaniu w takiej sytuacji.

Zapraszamy do lektury!

Redakcja

W NUMERZE:

4 Nowy regulamin refundacji

6 Pit 8C

7 zlecenie lekarskie sms-em

8 DPS - Konferencja

9 Opinia Konsultanta

10 Pielęgniarka na koloniach

11 Zaczepki Etyczny

12 Zespół Ręka Stopa

14 Konferencja we Wrocławiu

15 Przeciw szczepieniom

17 O szczepieniach w Polsce

20 Leczenie światłem

22 Problem niedożywienia

25 Ogłoszenia

27 Pamięć i serce

ZMIANY W REGULAMINIE

REFUNDACJI KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO CZŁONKÓW DOIPIP WE WROCŁAWIU

Uchwała nr 78 /2018/VII Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu z dnia 21 kwietnia 2018r. W sprawie zmiany do uchwały nr 58/2017/VII z dnia 22 kwietnia 2018 r. Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu w sprawie przyjęcia Regulamin Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Członków DOIPIP we Wrocławiu we Wrocławiu.

Na podstawie; art. 31 pkt 4 i 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz. 1038) uchwała się co następuje :

§1

Dolnośląska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu wprowadza następujące zmiany do uchwały nr 58/2017/VII z dnia 22 kwietnia 2018 r. Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu w sprawie przyjęcia Regula-

min Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Członków DOIPIP we Wrocławiu we Wrocławiu:

1. W §1 ust.2 otrzymuje treść: „W przypadku absolwentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo do otrzymania refundacji kosztów ukończenia kursu specjalistycznego i kursu kwalifikacyjnego, o których mowa w § 3 ust. 2 i ust.3, wymagany jest roczny okres odprowadzania składki członkowskiej na rzecz DOIPIP we Wrocławiu od momentu stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarek/położnych prowadzonego przez DOIPIP we Wrocławiu na dzień złożenia wniosku o refundację.,”

2. W §3 ust. 1 po słowach: „warsztaty szkoleniowe” po przecinku dopisuje się: „kongresy i szkolenia.”

3. W §3 po ust. 2 dopisuje się ust. 3 o treści: „3. kursy kwalifikacyjne, o których mo-

wa w art. 71 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. Z 2018r, poz. 123) prowadzone przez podmioty organizujące kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych zgodnie z art. 75 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2018r, poz. 123) i Rozporządzeniem MZ z dnia 30 września 2016 r.

4. W § 4 w ust. 2 dopisuje się p-kt 3 o treści: „3) 500,00 zł. w przypadku kursów kwalifikacyjnych.”

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia

Sekretarz Urszula Olechowska
Skarbnik Jolanta Kolańska
Przewodnicząca Anna Szafran

REGULAMIN

REFUNDACJI KOSZTÓW DOSKONALENIA ZAWODOWEGO PONIESIONYCH PRZEZ CZŁONKÓW DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH WE WROCŁAWIU

§ 1

1. Prawo ubiegania się o refundację kosztów poniesionych w związku z doskonaleniem zawodowym związanym z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej w formach określonych w § 3, posiadają członkowie Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu aktywni zawodowo, zwani dalej „członkami”, którzy regularnie i nieprzerwanie opłacają składki członkowskie na rzecz Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu przez okres nie krótszy niż dwa lata od daty złożenia wniosku (brak zaległości w opłaceniu składki członkowskiej na dzień złożenia wniosku).

2. W przypadku absolwentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo do otrzymania refundacji kosztów ukończenia kursu specjalistycznego i kursu kwalifikacyjnego, o których mowa w § 3 ust. 2 i ust. 3, wymagany jest roczny okres odprowadzania składki członkowskiej na

rzecz DOIPIP we Wrocławiu od momentu stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarek/położnych prowadzonego przez DOIPIP we Wrocławiu na dzień złożenia wniosku o refundację.

§ 2

Członkowie zwolnieni z opłacania składek zgodnie z § 4 pkt1,2,3,4,5,6,7,8 tekstu jednolitego uchwały nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia grudnia 2016 roku w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału, mogą korzystać z dofinansowania po udokumentowaniu wymienionych w powyższej uchwale okresów zwolnienia.

§ 3

Formami doskonalenia zawodowego podlegającymi refundacji są:

1. sympozja, konferencje, seminaria naukowe, zjazdy naukowe, warsztaty szkoleniowe, kongresy i szkolenia.

2. kursy specjalistyczne, o których mowa w art. 72 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. Z 2018r, poz. 123) prowadzone przez podmioty organizujące kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych zgodnie z art. 75 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. Z 2018r, poz. 123) i Rozporządzeniem MZ z dnia 30 września 2016 r.

3. kursy kwalifikacyjne, o których mowa w art. 71 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. Z 2018r, poz. 123) prowadzone przez podmioty organizujące kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych zgodnie z art. 75 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2018r, poz. 123) i Rozporządzeniem MZ z dnia 30 września 2016 r.

§ 4

1. Członek samorządu może skorzystać z refundacji jeden raz na dwa lata po za-

kończeniu danej formy doskonalenia zawodowego objętej niniejszym regulaminem, potwierdzonym stosownym dokumentem za wyjątkiem absolwentów studiów kierunkowych, o których mowa w § 1 ust. 2 Regulaminu.

2. Członkowi samorządu może być przyznana refundacja faktycznie poniesionych kosztów uczestnictwa w formach doskonalenia określonych w § 3 w kwocie:
 - 1) nie wyższej niż 500,00 zł. w przypadku sympozjów, konferencji, seminariów naukowych, zjazdów naukowych, warsztatów szkoleniowych.
 - 2) 200,00 zł. w przypadku kursów specjalistycznych.
 - 3) 500,00 zł. w przypadku kursów kwalifikacyjnych.
3. Refundacja nie obejmuje wydatków diet, zwrotów kosztów zakwaterowania, przejazdu i wyżywienia.
4. Formy kształcenia wskazane w § 3, dofinansowane z innych źródeł tj. z budżetu Państwa, z Funduszu Unijnego i innego centralnego lub samorządowego finansowania nie podlegają refundacji przez DOIPiP.

§ 5

1. Refundacja kosztów doskonalenia zawodowego może nastąpić wyłącznie na wniosek zainteresowanego członka samorządu.
2. Wzór wniosku stanowi załącznik do niniejszego regulaminu.
3. Wniosek składa się w ciągu dwóch miesięcy po ukończeniu danej formy doskonalenia zawodowego.
4. W przypadku uczestnictwa w miesiącu listopadzie i grudniu w jednej z form doskonalenia zawodowego wymienionych w § 3 gdy wniosek o refundację będzie rozpatrywany w roku następnym refundacja będzie zaliczona za rok poprzedni.

§ 6

1. Wnioski rozpatruje Zespół ds. Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego i przedstawia do akceptacji Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu lub Prezydium DORPiP.
2. Posiedzenia Zespołu ds. Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego odbywają się w biurze Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu jeden raz w miesiącu (w pierwszy roboczy poniedziałek miesiąca).
3. Wniosek złożony po terminie, o którym mowa w § 5 pkt 3, pozostaje rozpatrzony odmownie.
4. W przypadku złożenia wniosku nie spełniającego wymagań określonych w § 5 lub niedokładnie wypełnionego albo nieczytelnego, Zespół ds. Refundacji Kosztów Kształcenia wezwie jednorazowo wnioskodawcę do jego uzupełnienia lub

poprawienia w terminie 21 dni od daty wysłania pisma, pod rygorem nierozpatrzenia wniosku.

5. Do kompletnie wypełnionego wniosku należy dołączyć następujące dokumenty:
 - a) kserokopię zaświadczenia o ukończeniu danej formy doskonalenia zawodowego
 - b) kserokopię imiennego rachunku potwierdzającego poniesione przez członka samorządu koszty
 - c) dokument potwierdzający regularne opłacanie składki członkowskiej na rzecz samorządu (zał. nr 1 do Regulaminu).
 - d) informację podatkową (zał. nr 2 do Regulaminu)
 - e) podanie o dokonanie przelewu na konto (zał. nr 3 do Regulaminu)
 - f) wniosek o aktualizację danych (zał. nr 4 do Regulaminu)
 - g) upoważnienie wystawione przez wnioskodawcę do odbioru refundacji z kasy DOIPiP przez osobę trzecią (zał. nr 5 do Regulaminu)
6. Rozpatrywane będą wyłącznie wnioski złożone w sekretariacie Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu lub przesłane pocztą (liczy się data wpływu do sekretariatu lub data stempla pocztowego). Nie będą rozpatrywane wnioski przesłane faksem lub drogą elektroniczną w formie skanu.

§ 7

Od decyzji Prezydium lub Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych przysługuje jednorazowe odwołanie do DORPiP w terminie 30 dni od daty wydania decyzji.

§ 8

Sposób odebrania refundacji;

1. refundacja może być wypłacona wnioskodawcy po okazaniu dokumentu tożsamości w kasie Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu lub przelana na konto osobiste pod warunkiem załączenia do wniosku podania o dokonanie przelewu pieniędzy na konto (wzór stanowi załącznik nr 3 do regulaminu)
2. osobie upoważnionej przez wnioskodawcę za okazaniem pełnomocnictwa i dokumentu tożsamości tej osoby (wzór stanowi załącznik nr 5 do regulaminu).

§ 9

1. Refundacja będzie udzielana do wyczerpania kwoty zaplanowanej w budżecie na dany rok kalendarzowy.
2. W przypadku osób, które zostały zakwalifikowane do refundacji kosztów kształcenia w danym roku, a którym refundacja nie została wypłacona z uwagi na wyczerpanie środków finansowych, otrzymają przyznaną kwotę w pierwszej kolejności w roku następnym.

§ 10

1. Otrzymanie refundacji kosztów poniesionych w związku z doskonaleniem zawodowym jest dochodem członka samorządu i podlega rozliczeniu w rocznym zeznaniu podatkowym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu wyda stosowny dokument umożliwiający członkowi samorządu rozliczenie z Urzędem Skarbowym.

§ 11

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie decyzję podejmować będzie Dolnośląska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

§ 12

Postanowienia niniejszego Regulaminu nie naruszają uprawnień pielęgniarek i położnych członków Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu do korzystania z bezpłatnej formy kształcenia podyplomowego na warunkach określonych Regulaminem Kwalifikowania i Finansowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego stanowiącym Załącznik do uchwały nr 177/2015/VI DORPiP we Wrocławiu z dnia 26 września 2015 r.

§ 13

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 maja 2018r i ma zastosowanie do form uczestnictwa wymienionych w § 3 rozpoczynających się po dacie wejścia jego w życie.
2. Formy doskonalenia zawodowego określone w § 3 ust. 1 (sympozja, konferencje, seminaria naukowe, zjazdy naukowe, warsztaty szkoleniowe), ukończone przed dniem 1 maja 2017r, nie później niż w dniu 1 marca 2017r, podlegają refundacji na podstawie Regulaminu Kosztów Kształcenia Członków Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu stanowiącym załącznik do uchwały Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu nr 176/2015/VI z dnia 26 września 2015r.

§ 14

Z dniem wejścia w życie niniejszego regulaminu traci moc Regulamin Refundacji Kosztów Kształcenia Członków Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu stanowiący załącznik do uchwały Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu nr 176/2015/VI z dnia 26 września 2015 r.

Sekretarz Urszula Olechowska
Skarbnik Jolanta Kolasińska
Przewodnicząca Anna Szafran

UWAGA! WAŻNA INFORMACJA O PIT-8C

Szanowni Państwo,

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu informuje, że nie będą wystawiane PIT-8C dla pielęgniarek i położnych, które w roku 2017 korzystały z nieodpłatnych kursów specjalistycznych, kwalifikacyjnych i szkoleń specjalizacyjnych organizowanych przez DOIPIP we Wrocławiu lub otrzymały refundację na kształcenie podyplomowe z Izby.

Podjęcie takiej decyzji było możliwe po ukazaniu się wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 30 maja 2017r sygn. akt II 1206FSK/15 oddalającego skargę kasacyjną Ministra Finansów od wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 08 stycznia 2015 sygn. akt I SA/GI 624/14 w sprawie podatku dochodowego od osób fizycznych, związanych z finansowaniem członkom Izby udziału w kursach szkoleniowych.

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu zwróciła się o interpretację indywidualną do Kancelarii Doradztwa Podatkowego AFRO-TAX Sp. z o.o. w Warszawie, która to opinia wskazuje, iż DOIPIP we Wrocławiu nie ma obowiązku

składania PIT-8C wykazującej kwoty refundowane poszczególnym członkom Izby z tytułu obowiązkowego kształcenia podyplomowego przewidzianego w art 66 ust 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej tzn:

- 1) szkolenie specjalizacyjne (specjalizacja)
- 2) kurs kwalifikacyjny
- 3) kurs specjalistyczny
- 4) kurs dokształcający

Podobną ocenę zawiera również interpretacja indywidualna Dyrektora Krajowej Informacji Skarbowej z dnia 23 marca 2018 0112-KDIL3-3.4011.49.2018.1.KP.

Z treścią interpretacji można zapoznać się na stronie głównej www.doipip.wroc.pl

W wyniku uzyskania powyższej interpretacji, pielęgniarki i położne, które otrzymały z Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu informację PIT 8C z tytułu refundacji szkoleń będą mogły samodzielnie składać korektę swoich zeznań za lata poprzednie i starać się o zwrot nadpłaty z tytułu opodatkowania przychodu wykazanego w PIT 8C z tytułu refundacji szkoleń wymienionych w art 66 ust 1 ustawy

z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Informujemy, że okres korekty wynosi maksymalnie 5 lat wstecz (do końca 2018 roku można będzie składać korekty za 2012 r.). Dokonanie powyższej korekty nie jest obowiązkiem podatnika, a prawem, z którego może skorzystać.

Pomocne dokumenty

do złożenia korekty zeznań rocznych:

- wniosek o stwierdzenie nadpłaty – dostępny na www.doipip.wroc.pl
- kopia interpretacji podatkowej – dostępna na www.doipip.wroc.pl
- formularz z korektą zeznania podatkowego za składany rok – należy przygotować go osobiście - informację dotyczącą korekty PITów należy pozyskać z właściwego Urzędu Skarbowego.
- dokument potwierdzający ukończenie danej formy kształcenia podyplomowego przez wnioskodawcę – wymienionej w art 66 ust 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Dyrektor Zakładu Karnego Nr 1 we Wrocławiu ZATRUDNI NA STANOWISKO:

Młodszy pielęgniarz/Młodsza pielęgniarka Zakładu Karnego Nr 1 we Wrocławiu jako funkcjonariusza – etat mundurowy.

Liczba osób przewidywanych do zatrudnienia: 1 funkcjonariusz.

Wymagania niezbędne związane ze stanowiskiem:

- Prawo wykonywania zawodu pielęgniarza/pielęgniarki.

Szczegółowe informacje odnośnie postępowania kwalifikacyjnego można uzyskać na stronie internetowej <http://www.sw.gov.pl/praca-oferty/zaklad-karny-nr-1-we-wroclawiu> oraz pod numerem telefonu 71 32 72 627.

Podanie o przyjęcie do służby należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie do dnia 21.05.2018 r. wyłącznie drogą pocztową na adres: Zakład Karny Nr 1 we Wrocławiu, ul. Kleczkowska 35, 50-211 Wrocław z dopiskiem „dotyczy naboru – młodszy pielęgniarz/młodsza pielęgniarka ambulatorium”.

Wymagane dokumenty:

- pisemne podanie o przyjęcie do służby na stanowisko młodszego pielęgniarza/młodszej pielęgniarki ambulatorium z izbą chorych Zakładu Karnego nr 1 we Wrocławiu;
- wypełniona ankieta personalna, stanowiąca załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 września 2010 roku w sprawie postępowania kwalifikacyjnego do Służby Więziennej (Dz. U. z 2010 r. Nr 186, poz. 1247) – druk ankiety personalnej znajduje się na stronie internetowej <http://www.sw.gov.pl/strona/warunki-przyjecia-do-sluzby-wieziennej>
- kserokopia dokumentu potwierdzającego prawo wykonywania zawodu pielęgniarza/pielęgniarki.

ZLECENIE LEKARSKIE SMS-EM?

Wrocław, 19.02.2018 r.

**Szanowna Pani
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Zofia Małas**
ul. Pory 78
02-757 Warszawa

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu uprzejmie prosi o interpretację zapisu art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2016r, poz. 1251 z późn. zm.) w zakresie wykonywania przez pielęgniarkę, położną zleceń lekarskich zapisanych w dokumentacji medycznej.

Przed wszystkim chodzi o ustalenie, czy dopuszczalne jest wykonywanie zleceń lekarskich, przekazywanych przez lekarza pielęgniarkom w innej formie niż pisemna, tj. za pomocą wiadomości SMS na telefon służbowy pielęgniarek dyżurnych.

Powyżej opisany problem pojawił się jako zalecenie stosowania takiej formy,

zgodnie z procedurami, na jednym z oddziałów podmiotu leczniczego we Wrocławiu.

Zgodnie z instrukcją (pisemną) na oddziale tym dopuszcza się, jak wyżej wskazano, wykonywanie zleceń lekarskich, przekazywanych przez lekarza pielęgniarkom w innej formie niż pisemna, tj. za pomocą wiadomości SMS na telefon służbowy pielęgniarek dyżurnych. Dalsze postępowanie to konsultacja telefoniczna z lekarzem oddziału, zgodnie z którą pielęgniarka pełniąca dyżur, zgodnie z otrzymanym zleceniem lekarskim SMS, poda pacjentowi jednorazowo zlecony lek.

Pielęgniarka realizując zlecenie lekarskie SMS zobowiązana jest do:

- oceny stanu zdrowia pacjenta pod kątem możliwości przyjmowania leku drogą doustną,
- poinformowania pacjenta o rodzaju, dawce, postaci i sposobie podania leku, uzyskanie zgody pacjenta,
- obserwacji reakcji pacjenta na podanie leku,
- udokumentowania realizacji zlecenia le-

karskiego podanych leków zgodnie z zasadami obowiązującymi w szpitalu.

Powyższe działania (kontakt telefoniczny z lekarzem i wykonywanie zleceń SMS) podejmowane przez pielęgniarki, wynikają z faktu, że ów oddział zlokalizowany jest w osobnym budynku oddalonym od głównego kompleksu szpitala, gdzie w godzinach popołudniowych, nocnych oraz w dniach wolnych od pracy nie ma lekarza dyżurnego. Lekarz oddziału dostępny jest wyłącznie pod telefonem.

Zdaniem, DOIPIP we Wrocławiu taki jak wyżej opisany sposób postępowania nie spełnia kryteriów opisanych powołanym art. 15 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej w części dotyczącej zleceń lekarskich zapisanych w dokumentacji medycznej.

Mając powyższe na uwadze, DOIPIP we Wrocławiu uprzejmie prosi o wydanie opinii w przedmiotowej sprawie.

**Anna Szafran
Przewodnicząca
DORPiP w Wrocławiu**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, dnia 9 kwietnia 2018r.

**Pani
mgr Anna Szafran
Przewodnicząca Dolnośląskiej
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
we Wrocławiu**

Szanowna Pani Przewodnicząca

W odpowiedzi na pytanie dotyczące interpretacji zapisu art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2018r., poz. 123), uprzejmie wyjaśniam jak poniżej.

Zgodnie z powyższym przepisem pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. Zapis w dokumentacji medycznej, o którym mowa powyżej, nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. W przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania.

Otrzymanie zlecenia lekarskiego w formie sms nie świadczy, że został on napisany i wysłany przez konkretnego lekarza. Nie pozostawia także w tej formie trwałego dowodu jego zlecenia (pisemnego lub elektronicznego). Nie gwarantuje więc pielęgniarkę czy położną pewności, że zlecenie pochodzi od lekarza. Taką pewność daje wyłącznie własnoręczne napisane, podpisane i podstemplowane przez lekarza zlecenie lub w przypadku zleceń wydawanych w dokumentacji elektronicznej wprowadzenie zlecenia w systemie w sposób, który umożliwi ustalenie, że pochodzi od konkretnego lekarza (np. elektroniczny identyfikator lekarza).

Wobec powyższego ustalenie procedury wydawania zleceń lekarskich pielęgniarkę w formie sms a następnie konsultacje w tym zakresie z lekarzem oddziału, nie spełniają warunków określonych w art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej zawody pielęgniarki i położnej.

Ponadto, należy zauważyć, iż zgodnie z art. 15a ust. 1 i 7 cytowanej ustawy, w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarka i położna posiadające dy-

płom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa mają prawo samodzielnie:

- 1) ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,
- 2) ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty,
- jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa powyżej nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarstwa i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem.

Z wyrazami szacunku

**Prezes NRPIP
Zofia Małas**

OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA ZABEZPIECZENIE MIESZKAŃCÓW DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ W ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARSKIE

<http://nipip.pl/ogolnopolska-konferencja-pt-zabezpieczenie-mieszkancow-domo-w-pomocy-spoecznej-swadczenia-pielęgniarskie/>

18 kwietnia 2018 roku w Tower Service w Warszawie odbyła się konferencja **Zabezpieczenie mieszkańców domów pomocy społecznej w świadczenia pielęgnarskie**.

Wydarzenie było skierowane, w głównej mierze do: pielęgniarek wykonujących zawód w domach pomocy społecznej, kierowników domów pomocy społecznej, starostów powiatów, marszałków województw, wojewodów oraz wszystkich, którzy są zainteresowani tą tematyką.

Konferencję patronatem honorowym objęło Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Organizatorem spotkania była Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.

Według ekspertów ważnym wyzwaniem było stworzenie kompleksowego systemu świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych udzielanych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej, w tym zamieszkałej w domu pomocy społecznej. Przed personelem domów pomocy społecznej stoi niełatwe zadanie zaspokojenia potrzeb osób chorych, niepełnosprawnych, niesamodzielnych w sposób respektujący ich godność, uwzględniając ich wolę i niezależność.

Podczas konferencji Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przedstawiła raport dotyczący: „Zabezpieczenia mieszkańców domów pomocy społecznej w świadczenia

pielęgniarskie”.

Pani Zofia Małas Prezes NRPiP otworzyła konferencję, przywitała zgromadzonych gości, w której udział wzięli m.in. przedstawiciele Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej; Ministerstwa Zdrowia, zastępcę Rzecznika Praw Pacjenta; zastępcę Rzecznika Praw Obywatelskich. W swoim wystąpieniu Prezes NRPiP podkreśliła, że seniorów będzie przybywać, ze względu na czynniki demograficzne. Senior przebywający w domu opieki społecznej wymaga profesjonalnej, całodobowej opieki. Średnia wieku seniorów wynosi 75 lat. Obecnie w 930 domach opieki społecznej pracuje ok 7 tys. pielęgniarek.

Program konferencji obejmował II sesję tematyczne oraz panel dyskusyjny:

Sesja I.

Mieszkańcy domów pomocy społecznej, w której moderatorami były Mariola Łodzińska, Bożena Chudzik

Sesja II.

Świadczenia pielęgniarki w domach pomocy społecznej – moderatorami były Bożena Ożga, Renata Michalska

Panel dyskusyjny

– Mieszkańcy domów pomocy społecznej, a stała, całodobowa opieka pielęgnarska – problemy i propozycje ich rozwiązywania poprowadziła Teresa Kuziara.

W konferencji uczestniczyli również członkowie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, natomiast ożywiona dyskusja w temacie konferencji pomogła sformułować wnioski końcowe do podjęcia konkretnych działań w zakresie wypracowania rozwiązań dla pielęgniarek zatrudnionych w DPS.



INFORMACJA

Szanowni Państwo,

W dniu 25.04.2018r. Walne Zebranie Kasy Pożyczkowej przy DOIPIP we Wrocławiu podjęło decyzję o podwyżce wkładów członkowskich z 20zł na 30zł. Wkład członkowski w wysokości 30zł będzie obowiązywał od czerwca 2018r.

Zwiększona została również kwota udzielanej pożyczki:

-osoby posiadające wkład w Kasie Pożyczkowej powyżej 1500zł mogą ubiegać się o udzielenie pożyczki w kwocie 4.000 zł (spłata w 10 ratach po 400zł)

-osoby posiadające wkład w Kasie Pożyczkowej powyżej 2500zł mogą ubiegać się o udzielenie pożyczki w kwocie 6.000zł (spłata w 15 ratach po 400zł)

Zwiększone kwoty pożyczek będą przyznawane od września 2018r.

OPINIA KONSULTANTA KRAJOWEGO**W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO Z DNIA 12.03.2018R.****W SPRAWIE PODAWANIA ANTYBIOTYKÓW
U DZIECI NA ZLECENIE LEKARSKIE
W DOMU CHOREGO**

dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek
KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO,
OLSZTYN, ul. ŻOŁNIERSKA 18 A,
WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY
piskorz@wssd.olsztyn.pl Tel. 089 5393 455

W procesie antybiotykoterapii, realizowanej u dzieci w warunkach ambulatoryjnych i w domu chorego przedstawiam następującą opinię:

Większość zakażeń u dzieci w warunkach pozaszpitalnych ma etiologię wirusową i nie wymaga stosowania antybiotyków. Występują jednak zakażenia bakteryjne, na które lekarz przepisuje antybiotyk.

Bezpieczna antybiotykoterapia u dzieci w warunkach domowych, to nie tylko dobór odpowiedniego antybiotyku i dawki, ale również wybór doustnej drogi podania leku. W przypadku podejrzenia zakażenia u dziecka, które wymaga antybiotykoterapii doustnej – dziecko winno być skierowane do szpitala.

Zlecenie przez lekarza domięśniowej antybiotykoterapii u dzieci jest w mojej ocenie nieetyczne, wywołujące niepotrzebną

traumę u dziecka, pomijając już ryzyko powikłań.

Wg współczesnej wiedzy medycznej i dostępnych metod leczenia dzieci, powinno się wybierać najbardziej bezpieczne leki i drogi podawania leków czyli: droga doustna realizowana w warunkach ambulatoryjnych, a tym bardziej w warunkach domowych, a w przypadku przeciwskażeń – droga dożylna, stosowana w warunkach szpitalnych (niezależnie od produktu leczniczego).

Opisywane powikłania u dzieci po podawaniu leków drogą domięśniową w postaci np. uszkodzeń nerwu kulszowego, uszkodzeń mięśni pośladkowych, do zaników włócznie, jak również reakcji alergicznych od wysypki uczuleniowej do wstrząsu anafilaktycznego włócznie oraz trauma i ból spowodowany stałymi, częstymi iniekcjami, są wystarczającym powodem do niestosowa-

nia tej formy leczenia dzieci. O możliwych zdarzeniach niepożądanych powinni być poinformowani opiekunowie dziecka.

Artykuł 12 punkt 2,3,4 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, daje pielęgniarsce prawo odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, w przypadku, gdy jest ono niezgodne z jej sumieniem lub zakresem kwalifikacji pielęgniarki oraz jeśli zagraża życiu chorego.

W takiej sytuacji pielęgniarka wskazuje pisemnie przyczynę odmowy wykonania zlecenia, z jej uzasadnieniem oraz informuje o tym fakcie rodziców. Rodzice w takiej sytuacji winni udać się do lekarza w celu zmiany metody leczenia lub zmienić lekarza, który potraktuje dziecko profesjonalnie i z empatią.

Chciałabym z całego serca podziękować i przytulić do serca wszystkie pielęgniarki, które się mną tak troskliwie zajmowały podczas mojego pobytu na Oddziale Klinicznym Chirurgii Szczękowo- Twarzowej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu.

Człowiek w potrzebie docenia każdy nawet najmniejszy przejaw ciepła i dobroci, których od Was kochane Panie dostałam bardzo bardzo dużo. Jestem za to bardzo wdzięczna i szczęśliwa, że byłam pod taką dobrą opieką.

Nigdy się nie zmieniajcie!
Jesteście świetną ekipą.
Panie górą – jesteście suuuuuper!
Uwielbiam Was 😊

Emilia Czuryk



OPINIA

W SPRAWIE OPIEKI MEDYCZNEJ NAD DZIEĆMI PRZEBYWAJĄCYMI NA PÓŁKOŁONIACH ZIMOWYCH I LETNICH PRZEZ PIEŁĘGNIARKĘ MAJĄCĄ ZAWARTĄ UMOWĘ Z NARODOWYM FUNDUSZEM ZDROWIA.

Radca prawny – mgr Ewa Stasiak

Wrocław, dnia 21.06.2017r

Zgodnie z art. 92 ustawy z dnia 7 września 1991r o systemie oświaty (t.j. Dz. U. z 2015, poz. 2156) uczniowie objęci są świadczeniami profilaktycznej opieki zdrowotnej. Organizacje oraz formy tej opieki określają przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r, poz. 581) oraz przepisy wykonawcze wydane na podstawie tej ustawy w tym rozporządzenie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133). Rozporządzenie określa organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształtującymi się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia.

Zgodnie z § 3 ww rozporządzenia, profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem sprawuje m.in. „pielęgniarka, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej albo higienistka szkolna”.

Profilaktyczna opieka pielęgniarska nad uczniami znajdującymi się na terenie szkoły sprawowana jest w gabinecie profilaktyki zdrowotnej.

Tenże zapis nie oznacza, iż opieka ta dotyczy w sposób nieograniczony wszystkich uczniów znajdujących się na terenie szkoły, zwłaszcza w okresie ferii zimowych i półkolonii letnich.

Wynika to chociażby z zapisu § 8 ust. 2 rozporządzenia, zgodnie z którym, przy ustalaniu liczby uczniów objętych profilaktyczną opieką przez jedną pielęgniarkę, należy brać pod uwagę typ szkoły, a w przypadku szkół, do których uczęszczają niepełnosprawni – ich liczbę i stopień niepełnosprawności.

Wylączy to objęcie opieką uczniów innych placówek, przebywających okazjonalnie na terenie szkoły, jako uczestników zorganizowanego wypoczynku.

Świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej są czymś innym niż świadczenia medyczne jakie są zobowiązani zapewnić dzieciom organizatorzy wypoczynku w czasie wolnym od zajęć szkolnych. Inne jest też źródło finansowania tych świadczeń.

Pielęgniarka w czasie ferii czy wakacji, nie sprawuje profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, ponieważ zadania wskazane powołanym Rozporządzeniem muszą być zaplanowane, obejmujące określoną w umowie z NFZ populację uczniów danej szkoły, prowadzone metodycznie i dokumentowane.

Opieka nad uczniami w czasie ferii, wakacji może mieć jedynie charakter udzielania pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów czy zatruc. Jest to jedno z zadań w czasie realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej na rzecz uczniów, natomiast nie może uznane za jedyne zadanie, ponieważ nie wypełnia istoty rozumienia profilaktycznej opieki zdrowotnej.

Przypomnieć należy, że świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej są finansowane ze środków publicznych na podstawie umów zawartych przez świadczeniodawców z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Natomiast opiekę medyczną nad dziećmi – uczestnikami zorganizowanego wypoczynku zobowiązani są zapewnić organizatorzy tego wypoczynku w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie warunków, jakie muszą spełniać organizatorzy wypoczynku dla dzieci i młodzieży szkolnej, a także zasad jego organizowania i nadzorowania (Dz. U. z 1997 r. nr 12, poz. 67, jego nowelizacje: Dz. U. z 2009 nr 218 poz. 1696, Dz. U. z 2015 r. poz. 109). Jego zapisy stanowią m.in., iż organizator wypoczynku jest zobowiązany zapewnić uczestnikom wypoczynku dostęp do opieki medycznej (§ 9 ust. 5). Obowiązek ten następuje na podstawie odrębnej umowy zawartej pomiędzy organizatorem wypoczynku a pielęgniarką/lekarzem.

Mając na uwadze powyższe, należy z całą stanowczością podkreślić, iż zapewnienie opieki medycznej nad uczestnikami wypoczynku organizowanego w czasie wolnym

od zajęć szkolnych, należy do organizatora wypoczynku i nie jest to obowiązkiem pielęgniarki. Opieka medyczna w tym przypadku nie jest finansowana ze środków publicznych – NFZ.

Nie ma też żadnego znaczenia, że organizatorem wypoczynku jest np. szkoła, na terenie której działa pielęgniarka szkolna mająca umowę z Funduszem na świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej. Ze środków NFZ finansowane są bowiem świadczenia, które nie obejmują opieki medycznej nad uczestnikami wypoczynku w czasie ferii zimowych i letnich.

Ogólnikowy zapis rozporządzenia nakłada jedynie na organizatora obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa, lecz nie wskazuje w jaki sposób obowiązek ten winien być spełniony. Stąd możliwe alternatywne rozwiązania dotyczące opieki medycznej.

Rozwiązaniem może być zawarcie odrębnej umowy Dyrektora szkoły z pielęgniarką na świadczenie opieki w przypadku nagłego zachorowania lub urazu na okres zorganizowanego wypoczynku.

W przypadku zatrudnienia pielęgniarki, musi ona spełniać wymogi dotyczące zasad wykonywania zawodu określone w art. 7 ustawy z dnia 15 lipca 2011r o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. nr 174. poz. 1039) to znaczy musi posiadać prawo wykonywania zawodu pielęgniarki stwierdzone albo przyznane przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych. Pielęgniarka opiekę medyczną nad dziećmi i młodzieżą podczas ich wypoczynku może wykonywać w formach dot. wykonywania zawodu określonych art. 19 ustawy o zawodach. A zatem w ramach umowy o pracę, na podstawie umowy cywilnoprawnej, w ramach wolontariatu a także w ramach praktyk zawodowych.

Zakres pracy pielęgniarki często ograniczany jest do działań typowo interwencyjnych.



ZACZEPEK ETYCZNY

O ŁAGODNEJ STANOWCZOŚCI

dr hab. Jarosław Barański – etyk, filozof, kierownik Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Arystoteles pisał, że „łagodność jest umiarem w odniesieniu do gniewu”, a ten, który łagodność w sobie pielęgnuje, panuje nad swoimi emocjami, zachowując równowagę i nie unosząc się namietnościami. Daleki jest wtedy od uczuć mściwości, a bardziej skory do przebaczenia. Łagodność przeto nie wyczerpuje się w takim postępowaniu, dzięki któremu inni widzą w nas osoby spokojne, miłe lub ujmujące (to bowiem z łatwością można udawać, pisała Klementyna z Tańskich), ale jest taką postawą, która nie dopuszcza do ujawnienia w sobie krzywdzącego innych gniewu bądź złości.

Gdy Józef Zawadzki w „Krótkim zarysie pielęgniarstwa” w 1920 roku pisał o uzdolnieniach moralnych pielęgniarki, zastrzegł jednocześnie:

„A mimo cierpliwości, pogody ducha, łagodności, wyrozumiałości winna jednak pielęgniarka posiadać i pewną stanowczość w postępowaniu z chorym, niezbędną dla samego chorego”.

Słowa te są również sugestią, iż bycie łagodnym i jednocześnie stanowczym w opiece nad chorym sprawia pewną trudność. Tym większa ona, gdy w łagodności upatrujemy jedynie ustepliwości i przytulności, a w stanowczości wyłącznie surowość bądź srogość, nade wszystko serca. A że bycie łagodnym i stanowczym nie jest łatwe, połączenie tych postaw zapewne uchodzić może za sztukę w pielęgnowaniu chorych.

Tym jednak, co pozwala nam łączyć łagodność (która na cierpliwości i wyrozumiałości się opiera) ze stanowczością (która polega na konsekwencji i zdecydowaniu) jest pragnieniem pomocy choremu – staraniem i wysiłkiem, aby lżej zniósł ciężar choroby i aby powrócił do zdrowia.

Surowość zaś w obchodzeniu się z pacjentem i przytulność ku niemu kierowana nie tylko razem nie występują, ale nadto – i przede wszystkim – nie angażują w troskliwą opiekę nad chorym. Są raczej wyrazem pozorowanego kontaktu, niechęci bądź obojętności wobec pacjenta: aby mnie jak najmniej kłopotał; aby nie zabierał mi czasu; aby nie chciał czegokolwiek ode mnie. I srogość, i przytulność skutecznym są ku temu narzędziami.

Łagodność bywa opacznie przez innych przyjmowana. Subtelnie pisał o niej Witold Rubczyński:

„Są tacy, do których dobroć, łagodność, tzw. miękkość serca nie trafia. Utożsamiają ją z dobroduszością, z poczciwością w najgorszym sensie tego wyrazu, z brakiem sprytu, inteligencji, mądrości życiowej, gardzą nią jako jałowym marzycielstwem. Takich ludzi może wywieść z ich zasklepienia egotycznego tylko okazana stanowczość w parze z taktem życiowym i z wytrawną rozumą tam, gdzie chodzi o cele całości. Uwalnia bowiem od przesądu, jakoby niedołęstwo było ściśle związane z bezinteresowną miłością ludzi i ich ideałów szczytnych. Tych zaś, co są z natury skłonni do kochania kogoś i czegoś poza swymi przyziemnymi sprawami, rozradowuje i pobudza do czynu widok każdego wytrysku mocy woli i inteligencji stojącej po ich stronie”.

Łagodność jest bowiem wyrazem silnego charakteru, wspomaga pacjenta wtedy, gdy on czuje się zbyt słaby, aby znieść przebieg choroby, jak i wymogi leczenia. A przede wszystkim, idąc tropem Adama Krasieńskiego, łagodzi, czyli „uspokaja i w cierpieniu ulgę przynosi”. Jednocześnie jest ona cierpliwością w przekonywaniu chorego o niezbędności realizowania zaleceń, które służą jego powrotowi do zdrowia.

I dalej pisze Krasieński: pod względem moralnym mówi się o łagodnym człowieku, który „nie tylko nie ma w sobie nic srogięgo, ani groźnego, ale okazuje wyraz dobroci w słowach, głosie i oczach, a nawet przestrogi i upomnienia słodyczą umie zaprawić”.

Im zatem jesteśmy łagodniejsi w stosunku do innych, tym bardziej jesteśmy skłonni do przyjęcia dobroczynnych postaw.

Łagodna stanowczość zaś jest konsekwentnym i cierpliwym przekonywaniem



pacjenta do podjęcia współpracy z pielęgniarką lub lekarzem. Ta stanowczość, która nie jest ani srogością upomnień, ani zastraszaniem chorego, także w groźbie porzucenia go („To pana sprawa”; „No, to już pani wybór”; „Jak pan chce”), pozwala na zasygnalizowanie pacjentowi, że pielęgniarka zależy na pacjencie i że w ten właśnie sposób udziela mu troskliwego wsparcia.

Nawet wtedy, gdy chory odmawia współpracy, realizuje zalecenia z niechęcią, ze złością – bo przecież go boli – pielęgniarka z wyrozumiałością jest w stanie to ścierpieć, również ku niej kierowane złorzeczenia, nie unosząc się gniewnie, nie hodując w sobie negatywnych emocji, które uzasadnić mają niechęć i obojętność wobec pacjenta. Bo wszystko to jedynie powiększa dolegliwości chorego i wzmacnia jego poczucie bezradności.

Łagodność podobna jest pobłażliwości, ale przecież nią nie jest. Krasieński wyjaśnia to następująco:

„Chociaż pobłażliwy równie jak łagodny zawiera w sobie wyobrażenie przeciwne surowości; ale między nimi różnica jest wielka. Łagodność jest cnotą, pobłażliwość częściej bywa słabością”.

Jesteśmy więc łagodni dzięki wysiłkowi opanowywania emocji, zaś pobłażliwi wtedy, kierujemy się wyrozumiałością, ale również wtedy, gdy jesteśmy za słabi na stanowczość.

Oznacza to, że jeśli pobłażliwość jest środkiem do zachęcenia pacjenta do wysiłku realizowania zaleceń pielęgniarki, wtedy za zaletę uchodzi; jeśli jednak jest pobłażliwość powodem, dla którego pacjent zniechęca się, wtedy jest tą właśnie słabością.

Okazywanie troski w opiece pielęgniarskiej jest swoistym balansowaniem między łagodnością i stanowczością. Ale cierpliwe przekonywanie, uzasadnianie i zachęcanie z otwartością na samego pacjenta, a nadto wyrozumiałość dla jego słabości, pozwoli tę równowagę zachować.

ZESPÓŁ RĘKA – STOPA – ERYTRODYZESTEZJA DŁONIOWO – PODESZWOWA PIELĘGNACJA SKÓRY PODCZAS CHEMIOTERAPII

mgr Ewa Kowal, piel. spec. w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii

Zespół ręka – stopa to najczęstsze działanie niepożądane w klasycznej chemioterapii, terapii celowanej, głównie inhibitorów kinaz tyrozynowych oraz immunoterapii. Erytrodyzestezja dłoniowo-podeszwowa (PPE, palmar – plantar erythrodysesthesia) jest nazywana również zespołem ręka-stopa.

Zwiększone ryzyko pojawienia się powikłania można zaobserwować po leczeniu między innymi: Pegylowaną Doksorubicyną Liposomalną PDL oraz jako następstwo wlewu ciągłego Doksorubicyny, po podaniu Cytarabiny, Kapecytabiny, Winorelbiny, 5-FU, Gemcytabiny, dużych dawek interleukiny-2 [1,2]. Pegylowana Doksorubicyna liposomalna (PLD) to długo utrzymująca się w układzie krążenia postać leku. Stosowana jest w leczeniu chorych na rozlanego raka sutka ze zwiększonym ryzykiem powikłań kardiologicznych, zaawansowanego raka jajnika oraz mięsaka Kaposiego, który rozwinął się w przebiegu AIDS [5].

CECHY KLINICZNE

Objawy PPE to najczęściej nieprzyjemne doznania czuciowe, mrowienie dłoni i stóp. Problemy ze skórą mają zróżnicowany charakter, od łagodnych do wyjątkowo uciążliwych. Skóra na dłoniach i podeszwach stóp staje się czerwona, bolesna, nadmiernie się łuszczy. Pierwsze symptomy pojawiają się po 7-10 dniach po chemioterapii. Dolegliwości zwykle nasilają się w ciągu kolejnych dni, prowadząc do symetrycznego obrzęku oraz rumienia dłoni i podeszw stóp. Dyzestezje i rumień mogą wystąpić w innych okolicach ciała, zwłaszcza w miejscach narażonych na zwiększony ucisk lub wyższą temperaturę (w pachwinach, pod piersiami, pod pachami, na pośladkach) [5,6]. Niektórzy badacze sugerują, że PDL wydostaje się z drobnych naczyń włosowatych głębszych warstw skóry dłoni i podeszw stóp poprzez urazy związane z codzienną aktywnością. W gruczołach potowych na dłoniach i stopach obserwowano zwiększoną ilość PDL (lek gro-

madzi się tam prawdopodobnie na skutek właściwości hydrofilowych płaszcza lizosomalnego).

Przebieg zespołu PPE różni się w zależności od tego jakie preparaty onkologiczne miały zastosowanie w leczeniu. Podczas terapii celowanej z użyciem inhibitorów kinazy tyrozynowej (Sorafenib, Sunitinib, Pazopanib) dochodzi do zahamowania angiogenezy. PPE powstały po podaniu kinaz tyrozynowych różni się od klasycznego powstającego po lekach cytostatycznych, przebiegiem, postacią, obrazem histologicznym zmian i lokalizacją.

Zmiany skórne powstają głównie w okolicach narażonych na ucisk i tarcie (pięty, boczne powierzchnie stóp, stawy śródreczno-palcikowe). Dochodzi do uszkodzenia naczyń włosowatych. Wymaga to ciągłych procesów naprawczych, w których biorą udział receptory VEGF oraz PDGF. Hamowanie kinazy VEGF-2 oraz PDGFR=B zaburza odbudowę nabłonka co objawia się obrzękiem, powstawianiem pęcherzy a nawet martwicy.

W tych miejscach powstaje nadmierne rogowacenie, któremu towarzyszy rumień w kształcie pierścienia oraz stany zapalne. Hiperkera to często jedyny objaw tego powikłania [3,4].

WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE PIELĘGNACJI SKÓRY DLA PACJENTÓW LECZONYCH PLD

- używaj łagodnego mydła, unikaj kontaktu z agresywnymi środkami chemicznymi wykorzystywanymi w detergentach do prania i środkach czystości (zakładaj rękawiczki podczas zmywania naczyń lub innych prac domowych),

- codziennie przez 4-7 dni rozpoczynając od dnia otrzymania leku stosuj specjalne chłodzące rękawice bądź skarpety żelowe. Chłodzenie dłoni i stóp okładami z lodem przez 15-20 minut jednorazowo (należy unikać stosowania lodu bezpośrednio na skórę),
- unikaj balsamów i kremów zawierających perfumy i alkohol,
- unikaj długich i gorących kąpieli (skórę po kąpieli osuszaj poprzez delikatny dotyk miejsce po miejscu),
- stosuj chłodne prysznice,
- nie zaleca się korzystania z sauny, opalania i ekspozycji skóry na słońce, stosuj preparaty z filtrem UV o szerokim spektrum, głowę oślaniaj kapeluszem,
- noś wygodne, miękkie obuwie oraz skarpety, co zapobiega otarciom, mikrourazom i wtórnym zakażeniom,
- stosuj żelowe wkładki ortopedyczne,
- noś przewiewne ubrania z włókien naturalnych,
- zrezygnuj z pierścionków i obrączek (mogą być źródłem bakterii i spowodować infekcję),
- unikaj czynności i sytuacji, w których dochodzi do nadmiernego obciążenia okolic ciała narażonych na wystąpienie zmian (praca w ogrodzie, opieranie się na łokciach, zakładania obcisłych, drażniących rzeczy)

LECZENIE PPE ZWIĄZANEGO ZE STOSOWANIEM PLD

W każdym przypadku wystąpienia PPE lekarz rozważy modyfikację dawki leku bądź wydłużenie przerw pomiędzy cyklami, w ostateczności odstawienie leku [6,7].

Nasilenie zespołu ręka-stopa może się różnić w zależności od osoby nawet wśród pacjentów przyjmujących ten sam lek. Dobra edukacja informacyjna kierowana bezpośrednio do chorego ma na celu przygotowanie go do zwiększonej kontroli nad sta-

nem własnego zdrowia, zapobiega skutkom ubocznym i ma wpływ na wczesne ich rozpoznawanie.

Podczas każdej wizyty kontrolnej należy zbierać dokładny wywiad dotyczący objawów, które pojawiły się po ostatnim podaniu leku. Terapia farmakologiczna powinna być stosowana zgodnie z zleceniami lekarskimi.

W I stopniu – zaleca się miejscowe używanie emolientów nawilżając – natłuszczających i zmiękczających skórę. Kremy z moczynikiem zapobiegają wysuszeniu się i pękaniu skóry [6,7,8].

W II stopniu – nasilenia objawów utrzymuje się zalecenia takie jak w pierwszym stopniu, oraz należy wprowadzić miejscowe stosowanie kortykosteroidów i włączenie leków przeciwbólowych [6,7,8].

W III stopniu – nasilenia objawów zespołu PPE leczenie objawowe i miejscowe jak w drugim stopniu oraz zaleca się postępowanie antyseptyczne. W zaawansowanych przypadkach stosuje się antybiotykoterapię [6,7,8].

Podczas procesu regeneracji, gojenia się zmian skórnych powstałych w zespole PPE warto zwrócić uwagę na staranną pielęgnację. Uzasadnione jest więc stosowanie specjalistycznych kosmetyków dedykowanych osobom przyjmującym chemioterapię. W naszym Ośrodku polecamy pacjentom krem do pielęgnacji skóry Reconvall B6 już od pierwszego dnia terapii. Zauważyliśmy, że skutecznie wspomaga on funkcje ochronne skóry. Pomaga odtworzyć błonę hydrolipidową, poprawić stan troficzny skóry. Formuła kremu została wzbogacona o substancje działające nawilżająco i kojąco.

Piśmiennictwo:

1. Von Moos R, Thuerlimann B, J. Aapro M. I wsp.; Pegylated liposomal doxorubicin-associated hand-foot syndrome; recommendations of an international panel of experts. Eur. J. Cancer 2008;44:781-790
2. Webster-Gandy J.D., How C., Harrold K.: Palmar-plantar erythrodysesthesia (PPE) a literature review with commentary on experience in a cancer Centre. Eur. J. Oncol. Nurs. 2007;11:238-246
3. Lipworth A.D., Robert C., Zhu A.X.; Hand-foot syndrome (hand-foot skin reaction, palmar-plantar erythrodysesthesia): focus on sorafenib and sunitinib. Oncology 2009;77:257-271
4. Autier J.; Mateus C., Wechsler L. i wsp.: Cutaneous side effects of sorafenib and sunitinib. Ann. Dermatol. Venereol. 2008; 135: 148-153
5. Doxil (doxorubicin HCl liposomy injection) prescribing information. Bridgewater, NJ: Tibo-tec Therapeutics/Division of Ortho Biotech Products 2005.
6. A. Deptała, M. Z. Wojtukiewicz, Onkologia w praktyce lekarza rodzinnego, Gdańsk 2016
7. Mc Kay, T. Schacher, Chemioterapia, poradnik dla pacjenta i jego rodziny, Wrocław 2015 pod red. J. Janssen, M. Krzakowski, Leczenie wspomagające w onkologii, Gdańsk 2013
8. Kowalska M. Kowalik A. Gózdź S; Dermatologiczne objawy uboczne w przebiegu chemioterapii i celowanej terapii przeciwnowotworowej, Przegląd dermatologiczny 2016, 103, 127-138.

NASILENIE ERYTRODYSESTEZJI DŁONIOWO-PODESZWOWEJ (WG COMMON TOXITY CRITERIA FOR ADVERSE EVENTS, WERSJA 4)	
STOPIEŃ NASILENIA	KRYTERIA
I stopień	Minimalne zmiany skórne lub zapalenie skóry np. rumień, bolesny obrzęk, nadmierne rogowacenie, suchość skóry, drętwienie, mrowienie, uczucie pieczenia lub klucia bez dolegliwości bólowych. Żaden z tych objawów nie ogranicza pacjentom wykonywania normalnych czynności w życiu codziennym [3,4]. 
II stopień	Zmiany skórne np. złuszczenie się, pęcherze, krwawienie, zaburzenia odczuwania bodźców, bolesne zaczerwienienia, obrzęk lub nadmierne rogowacenie wywołujące ból, ograniczają wykonywanie złożonych czynności życia codziennego. Zmiany mogą pojawić się na bocznych powierzchniach palców i wokół paznokci [3,4]. 
III stopień	Poważne zmiany skórne, pęcherze, złuszczenie się, krwawienie, otwarte owrzodzenia skóry wywołujące ból. Pojawiają się trudności podczas chodzenia i utrzymania przedmiotów w dłoni. Pacjenci mają problemy w normalnej aktywności dziennej (mycie się, jedzenie, ubieranie). Wystąpienie PPE może pogorszyć jakość życia chorego oraz uniemożliwić mu normalną aktywność [3,4]. 

300 PIEŁĘGNIAREK NA KONFERENCJI WE WROCŁAWIU

12 kwietnia 2018 r. członkowie Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu uczestniczyli w konferencji „Postępowanie z raną przewlekłą” organizowanej przez Evereth Publishing we współpracy z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Dolnośląską Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu oraz Katedrą i Zakładem Anatomii Opisowej i Topograficznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Wydarzenie to, odbywające się już po raz drugi we Wrocławiu, przyciągnęło tłumy – bezpłatnie uczestniczyło w nim 300 pielęgniarek pragnących poszerzyć swoją wiedzę w zakresie postępowania z raną.

O 9:00 12 kwietnia, kiedy konferencję „Postępowanie z raną przewlekłą” otworzyła Anna Szafran, Przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, sala konferencyjna we wrocławskim Novotelu wypełniona była pielęgniarkami, które pragną rozwijać się i zgłębiać wiedzę dotyczącą postępowania z raną. 300 uczestników miało szansę wysłuchać wykładów wybitnych autorytetów, praktyków, którzy w przystępny sposób przekazali swoją wiedzę. Opiekunem naukowym bezpłatnego cyklu konferencji jest dr hab. n. med. Marek Kucharzewski.

ZAINTERESOWANIE WYNIKA

Z WYSOKIEGO POZIOMU KONFERENCJI

Jak podkreślała Anna Szafran, Przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, wysoka frekwencja i żywe zainteresowanie konferencją na długo przed jej terminem wynika z atrakcyjnej tematyki, przedstawionej w sposób wyczerpujący, a równocześnie niezwykle przystępny.



Wystąpienie dr hab. n. med. Marka Kucharzewskiego. Fot. Evereth Publishing

– Wszystkie wykłady utrzymane są na bardzo wysokim poziomie i traktują o najważniejszych kwestiach postępowania z raną przewlekłą. Występujący wykładowcy nie tylko posiadają ogromną wiedzę, ale potrafią również nawiązać kontakt z uczestnikami. Wykłady odbywają się na bardzo wysokim poziomie merytorycznym,

ale prowadzone są w sposób przystępny, trafiający do słuchaczy.

Angelika Nowak, pielęgniarka z Kliniki Hematologii we Wrocławiu, przyznaje, że w konferencji „Postępowanie z raną przewlekłą” wzięła udział po raz drugi.

– Ubiegłoroczna edycja była świetna, dlatego zdecydowałam się na uczestnictwo także w tym roku. Bardzo mi na tym zależało, dlatego zapisałam się już 1,5 miesiąca temu, bojąc się, że miejsc może zabraknąć. Konferencja zawiera mnóstwo konkretnych informacji bardzo potrzebnych w codziennej pracy. Niejednokrotnie mamy mniej niż 5 minut, aby podjąć decyzję o leczeniu, dlatego tak ważne, abyśmy miały świadomość wszystkich możliwości.

Dumy z wysokiej frekwencji nie krył dr hab. n. med. Marek Kucharzewski będący opiekunem merytorycznym wydarzenia.

– To dla mnie wielka radość, że pielęgniarki chcą się uczyć i tak licznie uczestniczą w naszej konferencji. Obserwuję z jakim zainteresowaniem słuchają wykładów, robią notatki i chłoną wiedzę. To dowód, że cykl „Postępowanie z raną przewlekłą” jest potrzebny.

Barbara Kłęka, pielęgniarka z Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu przyznała, że szczególne wrażenie zrobił na niej właśnie dr hab. n. med. Marek Ku-

charzewski oraz prof. dr hab. n. med. Marzenna Bartoszewicz.

– Wykład pana dr hab. n. med. Marka Kucharzewskiego to przede wszystkim skondensowana wiedza, niezbędna w pracy pielęgniarki. Natomiast pani profesor Bartoszewicz ma niezwykłą zdolność przekazywania wiedzy z humorem i rozbudzania w słuchaczu ciekawości. Ma taką umiejętność zarażania pogodą ducha.



Wystąpienie prof. dr hab. n. Marzenny Bartoszewicz. Fot. Evereth Publishing

Profesor dr hab. n. med. Marzenna Bartoszewicz wygłosiła aż dwa wykłady: „Wytoczne postępowania miejscowego w ranach zakażonych” oraz „Lewaseptyka vs antyseptyka w świetle leczenia ran”.

Irena Madeja, pielęgniarka pracująca w Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu, także była pod dużym wrażeniem pani profesor oraz pana doktora.

– Język został przez nich przystosowany do „zwykłego śmiertelnika”. Unikali nazw łacińskich czy zawiłości, aby przekazać wiedzę w jasny i przystępny sposób.

Pielęgniarka dodała również, że uczestniczy w wielu konferencjach, a „Postępowanie z raną przewlekłą” to jedno z najlepszych wydarzeń szkoleniowych w jakim wzięła udział.



PIELĘGNIARKA MUSI AKTUALIZOWAĆ WIEDZĘ I ŚLEDZIĆ NOWINKI

Przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w rozmowie z Evereth News mówiła o tym jak ważne jest w pracy pielęgniarki, aby być na bieżąco z nowościami pojawiającymi się na rynku. Przy mnogości obowiązków charakteryzujących ten zawód, nie jest to łatwe. Uczestnictwo w konferencji jest więc okazją, aby odświeżyć wiedzę oraz poznać nowinki, bez konieczności śledzenia ich samodzielnie.



Anna Szafran, Przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Fot. Evereth Publishing

– Wszelkie nowości na rynku, które zostały zaprezentowane na konferencji pielęgniarki mogą wykorzystać w codziennej

pracy. Uczestnictwo w cyklu „Postępowanie z raną przewlekłą” to więc możliwość aktualizacji wiedzy medycznej dla dobra pacjenta.

Alina Tarnowska pracująca w Klinice Hematologii we Wrocławiu była podobnego zdania.

– Nowości medyczne pojawiają się bardzo często, wszystko się zmienia. Musimy być na bieżąco i poznawać nowe preparaty i rozwiązania. Ta konferencja stwarza ku temu okazję, a także do przypomnienia sobie pewnych informacji. Wykłady tu są zróżnicowane, jest dużo tematów, ale poruszane są w łatwy do przyswojenia sposób. Nawet zagadnienia z mikrobiologii zostały przedstawione bardzo przystępnym językiem.

Barbara Klęka przyznaje, że dzięki uczestnictwu w konferencji dowiedziała się jak prawidłowo używać środka, który stosowała.

– Nie byłam wcześniej świadoma wszystkich właściwości preparatu, dlatego nie wykorzystałam w pełni jego zastosowania. Dzięki wykładom dowiedziałam się szczegółów i będę mogła od razu zastosować je w praktyce.

Pielęgniarka wyznała też, że planowała wyjść wcześniej ze względu na liczne obowiązki, ale tematy wciągnęły ją do te-

go stopnia, że pozostała do ostatniej chwili konferencji.

WYKŁADY A SZPITALNA RZECZYWISTOŚĆ

Angelika Nowak, pielęgniarka z Kliniki Hematologii we Wrocławiu, wyznała, że wykłady uświadomiły jej o brakach i niedociągnięciach szpitali.

– Dzięki konferencji dowiedziałam się o wielu nowych metodach leczenia ran, które wcześniej były mi nieznane. Zrozumiałam również z jaką ilością niedociągnięć w szpitalach musimy się zmagać.

Podobne uwagi miała pielęgniarka Irena Madeja:

– Na wykładach poznałam wiele opatrunków i nowych rozwiązań, jednak aby ta wiedza się przydała muszą być one dostępne w szpitalach.

Anna Szafran wspomniała również o współpracy z wydawnictwem Evereth Publishing, które zaowocowało już drugą konferencją z cyklu i po raz drugi przyciągnęło tylu uczestników.

– Druga edycja to nasz wspólny sukces. Cieszymy się ze współpracy i, nie ukrywam, że liczymy na kolejną konferencję!

Wtórowały jej także inne pielęgniarki.

Nasze rozmówczynie były zgodne:

„Chcemy więcej!”.

RUCHY ANTYSZCZEPIONKOWE

http://fakty.interia.pl/polska/news-coraz-mniej-rodzicow-szczepi-dzieci-ulegaja-propagandzie-ruc,nld,2518345#utm_source=paste&utm_medium=paste&utm_campaign=firefox

- **Ruchem antyszczepionkowym określa się działanie zmierzające do zaniechania szczepień i zahamowania wszelkich działań prowadzących do ich masowego, a także indywidualnego stosowania.,**
- **najczęściej poprzez szerzenie teorii o nieskuteczności, wręcz szkodliwości szczepień,**
- **o niepożądanych odczynach poszczepiennych**
- **o braku potrzeby szczepień wobec małej zapadalności na chorobę, a wzrastającym ryzyku działań poszczepiennych lub innych nieprawdziwych konsekwencji szczepień.**

Ruchy antyszczepionkowe towarzyszą szczepieniom od samego początku zastosowania idei o ochronie ludzi przed poważnymi chorobami, dzięki podawaniu im specjalnie przygotowanych preparatów me-

dycznych zawierających patogeny, czyli czynniki chorobotwórcze (osłabione, zainaktywowane lub też ich fragmenty). Ta idea, godna podziwu i uznana przez świat medyczno-naukowy za jedno z najdonioślejszych osiągnięć ludzkości, od zawsze budziła protesty oparte na różnych przesłankach. Pomimo zmiany sposobu organizowania protestów (ludzie w XIX wieku nie mieli dostępu do telewizji czy internetu), to ich treść przez te wszystkie lata pozostała niemal taka sama.

Ciekawostką jest to, że aktywność przypominająca działania „antyszczepionkowców” miała miejsce, jeszcze zanim angielski lekarz Edward Jenner w 1796 roku wynalazł szczepienie przeciw ospie prawdziwej. W 1721 roku w nękanym przez dużą epidemię ospy prawdziwej Bostonie, jeden z lekarzy Zabdiel Boylston zastosował technikę wariolizacji (celowego zakaże-

nia materiałem zawierającym wirusy ospy prawdziwej – variola, stąd nazwa) u około 248 osób, wykorzystując metodę stosowaną wcześniej w Afryce, a przedstawioną Boylstonowi przez afrykańskiego niewolnika imieniem Onezym, polegającą na przeniesieniu ropy od osoby chorej na ospę prawdziwą na niewielką ranę osoby badanej.

Początkowo zastosował tę metodę u dwóch niewolników i własnego syna, który w tym czasie miał 13 lat. Było to pierwsze wprowadzenie „szczepień” do Stanów Zjednoczonych. Jego metoda początkowo spotkała się z wrogością i jawną przemocą ze strony innych lekarzy, a na jego życie padły liczne groźby, a niektórzy grozili, że powieszą go na najbliższym drzewie. Został zmuszony do ukrywania się w sekretnym miejscu swojego domu przez 14 dni, tajemnicę którego znała tylko jego żona. Swoich pacjentów odwiedzał dopiero o północy

i w przebraniu. Po wykonaniu pierwszych „szczepień” u syna i dwóch niewolników został na krótko aresztowany (zwolniono go później za obietnicą, że żadna więcej osoba nie zostanie „zaszczepiona” bez zgody rządu).

Istnieje przypuszczenie (choć niewiele jest na to dowodów), że „szczepienia” (wariolizacja) znane były już wcześniej, w pierwszym tysiącleciu naszej ery, a prawdopodobnie stosowano je w VI w. w Indiach, następnie w Chinach. Prawdopodobnie wiadano o nich także w Euro-

fobii. Ogromną rolę odgrywa telewizja, a szczególnie internet, dzięki czemu dowolne teorie rozprzestrzeniają się błyskawicznie. Specjaliści uważają, że aktywność ruchów antyszczepionkowych nigdy nie wygaśnie i zawsze będą nam one towarzyszyły. W tej sytuacji zadaniem lekarzy i naukowców jest równie intensywne wykorzystywanie nowoczesnych środków masowego przekazu dla popularyzowania prawdziwej, rzetelnej, niezafałszowanej nauki.

W 1998 roku doktor Andrew Wakefield opublikował dane, z których wynikało,

(za łamanie etyki zawodowej oraz nieujawnienie konfliktu interesów) oraz odebrano mu prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie Wielkiej Brytanii.

Wreszcie w 2010 roku, na podstawie niezbitych dowodów, czasopismo „Lancet” oficjalnie wycofało artykuł Wakefielda.

Niestety, szkód nie dało się już powstrzymać. Wielu rodziców, nastraszonech przez Wakefielda i zwolenników jego teorii, przestało szczepić dzieci szczepionką MMR. Skutkiem tego jest coraz większa liczba

pie. Dwaj osiemnastowieczni włoscy lekarze – Emmanuel Timoni i Giacomo Pylarini – pisali w 1714 roku, że podobne zabiegi znali ich przodkowie.

Niezmiennie jest to, że dla „antyszczepionkowców” nie ma znaczenia fakt, że kontrargumenty naukowe na ich zarzuty, wyraźnie wskazują na wysoce pozytywne oddziaływanie powszechnych szczepień. Twarde, rzetelne, udowodnione dane zwykle nie znajdują oddźwięku wśród ludzi niechętnych szczepieniom. Warto by więc, jednocześnie z akcjami propagującymi ideę szczepień, spróbować wyjaśnić, co jest przyczyną ruchów antyszczepionkowych. W rozwikłanie tego problemu powinni włączyć się, oprócz biologów czy lekarzy, także socjologowie, psychologowie oraz filozofowie nauki.

Zastrzeżenia nie uległy dużym zmianom, zmieniły się natomiast media i zasięg propagowania antyszczepionkowych

że istnieje związek przyczynowo-skutkowy między szczepionką MMR a zapaleniem jelita i – co ważniejsze – autyzmem. Informację podchwyciły media.

Dało to początek antyszczepionkowej histerii oraz popularnemu mitowi mówiącemu o tym, że szczepionki powodują autyzm.

Ale związku między MMR a autyzmem nie wykryto, a przeprowadzono w tym zakresie bardzo wiele badań, drobiazgowo, dokładnie i w wielu różnych ośrodkach badawczych.

Stwierdzono też, że Wakefield postępował nieetycznie w stosunku do swoich pacjentów i fałszował wyniki badań, był nierzetelny i nieuczciwy.

Po dochodzeniu (ogromną rolę odegrał w nim Brian Deer, dziennikarz, który zde-maskował fałszerstwa Wakefielda) większość współautorów artykułu wycofała się, a Wakefield został ukarany naganą ze strony brytyjskiego General Medical Council

przypadków odry w krajach Europy Zachodniej (np. Francja, Włochy, Niemcy). Sytuacja ta niepokoi do tego stopnia, że specjaliści w Stanach Zjednoczonych ostrzegali przed podróżami do Europy ze względu na potencjalne ryzyko zachorowania.

Kwestia bardziej „ekologicznych” i „nietoksycznych” szczepionek pojawiła się w wyniku podejrzeń, że tiomersal – związek rtęci stosowany w niektórych szczepionkach jako konserwant – może powodować autyzm. W 1999 roku amerykańskie organizacje medyczne zdecydowały o wycofaniu albo zmniejszeniu zawartości tiomersalu w szczepionkach. Firmy farmaceutyczne miały tego dokonać wyłącznie z ostrożności – zajmujący się bezpieczeństwem szczepionek Institute of Medicine’s Immunization Safety Review Committee oficjalnie stwierdził bowiem, że nie ma związku autyzmu ze szczepionkami zawierającymi tiomersal. Co więcej, po wycofa-

niu tiomersalu ze szczepionek dziecięcych, częstość pojawiania się przypadków autyzmu nie uległa zmniejszeniu. Choć udowodniono, że szczepionki z tiomersalem są nieszkodliwe, niektórzy nadal chcieliby testować szczepionki pod kątem obecności różnych toksycznych substancji. Sporą rolę odgrywają tu niektórzy celebryci (np. aktorka i modelka Jenny McCarthy), któ-

rzy przekonują, że istnieje związek między szczepieniami i autyzmem i że firmy farmaceutyczne powinny usunąć wszelkie „toksyny” z własnych preparatów.

W ubiegłym roku w Polsce odnotowano 67 przypadków odry, z czego połowa dotyczyła obcokrajowców. W Polsce rośnie liczba obcokrajowców, uchodźców. Jeśli ktoś

niezaszczepiony zetknie się z osobą chora, nie jest w żaden sposób zabezpieczony. Gruźlica staje się coraz trudniejsza w leczeniu ze względu na istnienie szczepów lekoopornych. - Jeśli pojawią się zachorowania wśród małych dzieci, może dojść także do wzrostu zachorowań na gruźlicę oporną mógłowo-rdzeniowych i zwiększonej śmiertelności.

ORGANIZACJA SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W POLSCE (CZĘŚĆ I)

**Materiał zebrała mgr Aneta Błaszowska
członek Komisji Kształcenia przy DORPiP we Wrocławiu**

Przeprowadzanie szczepień ochronnych w Polsce jest realizowane zgodnie z obowiązującymi wymogami prawa. Podstawowym aktem prawnym dotyczącym szczepień ochronnych jest ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2018 r. poz.151) - tekst jednolity ogłoszony dnia 18 stycznia 2018 r.

Ustawa określa sposób kwalifikacji do szczepień, prowadzenia i przekazywania dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień oraz sprawozdawczości w tym zakresie. Nadzór nad przestrzeganiem zakresu i terminów szczepień ochronnych prowadzi Państwowa Inspekcja Sanitarna, zgodnie z zapisem art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1261 z późn. Zm.)

Podstawy prawne szczepień ochronnych w Polsce stanowią:

- *ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t. j., Dz. U. z 2018 r., poz. 151) i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 roku w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 849)*
- *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2016 roku, zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1815)*
- *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2016 roku, zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1815)*
- *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2016 r. w sprawie metody zapobiegania odrze (Dz. U. z 2016 r., poz. 1418)*
- *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 roku w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych między-*

narodowymi przepisami zdrowotnymi (Dz. U. z 2010 r. Nr 180, poz. 1215)

- *rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 stycznia 2012 roku w sprawie wykazu rodzajów czynności zawodowych oraz zalecanych szczepień ochronnych wymaganych u pracowników, funkcjonariuszy, żołnierzy lub podwładnych podejmujących pracę, zatrudnionych lub wyznaczonych do wykonywania tych czynności (Dz. U. z 2012 r., poz. 40).*
- *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania (Dz. U. z 2010 r. Nr 254, poz. 1711)*
- *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2017 r. w sprawie zapotrzebowania na szczepionki służące do przeprowadzania szczepień obowiązkowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 849)*
- *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2012 poz. 739)*
- *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 poz. 86 z późn. zm.)*
- *ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. z 2016 r. poz. 2142 z późn. zm.)*

W Polsce szczepienia wykonywane są w podmiotach leczniczych, a także w ramach prowadzonej praktyki zawodowej przez lekarzy wykonujących indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską albo grupową praktykę lekarską lub przez pielęgniarki i położne wykonujące indywidualną praktykę, indywidualną specjalistyczną praktykę lub grupową praktykę pielęgniarek i położnych. Osoby przebywające na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej obowiązane są do poddania się szczepieniom ochronnym przeciwko chorobom zakaźnym, zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych, jak również do

poddania się szczepieniom w przypadku ogłoszenia epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego.

W stosunku do osób małoletnich odpowiedzialność za wykonanie obowiązku poddania się szczepieniom obowiązkowym spoczywa na rodzicach lub opiekunach prawnych dziecka. Obowiązkowi poddania się szczepieniom ochronnym nie podlegają osoby przebywające w Polsce przez okres krótszy niż trzy miesiące, za wyjątkiem szczepień przeciwko wściekliznie i tężcowi, a także w sytuacjach epidemiologicznych określonych w odrębnych przepisach prawa.

Program szczepień ochronnych (PSZO) ze szczegółowym schematem stosowania poszczególnych szczepionek oraz wskazaniem do szczepień obowiązkowych i zalecanych, wynikających z aktualnej sytuacji epidemiologicznej i rozporządzeń, podaje zgodnie z brzmieniem art. 17 ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi Główny Inspektor Sanitarny w formie komunikatu publikowanego do 31 października, roku poprzedzającego jego realizację.

W przypadku zagrożenia epidemicznego o wprowadzeniu obowiązku dodatkowych szczepień informują osobne rozporządzenia Ministra Zdrowia lub wojewodów.

Obowiązkowe szczepienia ochronne wykonują wyłącznie świadczeniodawcy w ramach umów zawartych z NFZ na świadczenie podstawowej opieki zdrowotnej lub innego zakresu świadczeń, jeśli tak przewiduje umowa. W realizacji szczepień obowiązkowych i zalecanych mogą być stosowane wyłącznie preparaty szczepionkowe zarejestrowane i dostępne na rynku polskim.

Uodpornienie czynne dzieci w Polsce realizowane jest głównie w drodze realizacji Programu

Szczepień Ochronnych. Program ten jest aktualizowany co roku. Tryb aktualizacji jest następujący:

Dokumentem wyjściowym dla aktualizowanego na rok przyszły programu jest obowiązujący PSzO.

Komisja Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Bioterroryzmu Rady Sanitarnej-Epidemiologicznej podejmuje dyskusję dotyczącą proponowanych zmian programu szczepień ochronnych na przyszły rok.

W spotkaniu tym biorą udział epidemiolodzy, pediatrzy, osoby zatrudnione w produkcji i kontroli szczepionek, odpowiedzialne za ich zakup, przedstawiciele instytucji naukowo-badawczych, stacji sanitarno-epidemiologicznych, pracownicy instytucji medycznych administracji centralnej i terenowej.

Najczęściej propozycje zmian w PSzO podyktowane są zmianami w sytuacji epidemiologicznej, istniejącymi i nowo pojawiającymi się zagrożeniami ze strony chorób zakaźnych, zdobyczami nauki w zakresie dotychczas nieskosowanych szczepionek (bardziej skutecznych, mniej odczynowych, bardziej skojarzonych), sposobu ich podawania, a także propozycjami uproszczenia PSzO tj. zmniejszenia liczby wizyt szczepiennych, zmniejszenia liczby iniekcji itp.

Zawartość analizowanych PSzO oprócz powyższych aspektów merytorycznych, zawsze uwzględnia możliwości ekonomiczne państwa w zakresie finansowania proponowanych zmian.

Zadaniem Głównego Inspektoratu Sanitarnego jest ocena skutków ekonomicznych proponowanych zmian i wypracowanie ostatecznego programu, który będzie możliwy do realizacji zarówno ze względów merytorycznych, jak i ekonomicznych.

Program Szczepień Ochronnych po zatwierdzeniu przez Głównego Inspektora Sanitarnego jest ogłaszany w formie Komunikatu w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia, z powołaniem na delegację odpowiedniej ustawy parlamentarnej (ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j., Dz. U. z 2018 r., poz. 151)

Program Szczepień Ochronnych składa się z trzech części:

IA. Szczepienia obowiązkowe dla dzieci i młodzieży według wieku.

IB. Szczepienia obowiązkowe osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie.

II. Szczepienia zalecane (nie finansowane ze środków znajdujących się w budżecie Ministra Zdrowia).

III. Informacje uzupełniające.

Zapotrzebowanie na szczepionki do obowiązkowych szczepień ochronnych na kolejny rok dla całego kraju określa Główny Inspektor Sanitarny, dla danego województwa – właściwy PWIS, a dla konkretnego powiatu – właściwy PPIS. Zapotrzebowanie dla powiatu PPIS określa na podstawie aktualnej sytuacji epi-

demologicznej chorób zakaźnych na terenie powiatu, danych demograficznych, struktury wiekowej mieszkańców i liczby osób obowiązanych do poddania się szczepieniom ochronnym, objętych podstawową opieką zdrowotną oraz uczęszczających do szkół na terenie powiatu. Roczne zapotrzebowanie dla województwa ustalane jest w oparciu o otrzymane roczne zapotrzebowania z PSSE, a następnie przekazywane do GIS.

Postępowania przetargowe na zakup szczepionek niezbędnych do wykonywania obowiązkowych szczepień ochronnych prowadzi Zakład Zamówień Publicznych przy Ministerstwie Zdrowia. ZZP przeprowadza postępowania przetargowe na zakup szczepionek zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych. Wszczywanie postępowań przetargowych następuje na podstawie wniosku złożonego przez Ministerstwo Zdrowia i potwierdzonego przez dyrektora Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji Ministerstwa Zdrowia.

Wojewódzkie Stacje Sanitarnej-Epidemiologicznej sprawowały i sprawują nadzór nad zużyciem szczepionek na terenie województwa w oparciu o otrzymywane od Powiatowych Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznych kwartalne sprawozdania z przeprowadzonych szczepień ochronnych, według ilości wykorzystanych szczepionek.

Ponadto, od IV kwartału 2014 r. istnieje możliwość i obowiązek, aby sprawozdania były raportowane za pomocą aplikacji komputerowej „Elektroniczny System Nadzoru nad Dystrybucją Szczepionek (ESNDS)”. Aplikacja ta od 2012 roku umożliwia WSSE bieżący podgląd stanu ilości szczepionek w magazynach należących do PSSE.

Dane o zużyciu szczepionek uzyskiwane elektronicznie obejmują incydenty przypadkowego zniszczenia szczepionek (np. stłuczenia fiolek lub awarii lodówek, w których przechowywane są preparaty i w konsekwencji powstaje ryzyko niezachowania właściwej temperatury ich przechowywania) lub utylizację na skutek ich przeterminowania. W przypadku wystąpienia braku szczepionki w danej PSSE, sytuacja ta zgłaszana jest przez PSSE do WSSE, która podejmuje czynności mające na celu uzupełnienie braku, np. poprzez przesunięcie preparatu z innej stacji.

Przechowywanie i transport szczepionek na wszystkich etapach musi odbywać się z zachowaniem zasad łańcucha chłodniczego.

Większość zaleceń producentów dotyczących zarówno transportu, jak i przechowywania produktów immunologicznych, w tym również szczepionek, wskazuje temperaturę w przedziale od +2°C do +8°C jako warunek zachowania ich trwałości oraz skuteczności.

Produkt immunologiczny to produkt leczniczy stanowiący surowicę, szczepionkę, toksynę lub alergen, stosowany w celu:

• wywoływania czynnej odporności (szczepionki),

- przeniesienia odporności biernej (surowice),
- diagnozowania stanu odporności (w szczególności tuberkulina),
- identyfikacji lub wywoływania specyficznej nabytej zmiany reakcji odporności na czynnik alergizujący (alergeny).

Szczepionki powinny być przechowywane w warunkach „łańcucha chłodniczego” w temperaturze od +2 do +8 stopni Celsjusza. Szczepionki zalecane – kupowane w aptece przez pacjenta, powinny być przetransportowane w opakowaniu izotermicznym (termo-torba) do gabinetu szczepień.

Uwaga! Szczepionki mogą być transportowane przez okres 1 godziny bez specjalistycznych opakowań, jeśli temperatura powietrza nie przekracza 25°C.

Główne przyczyny niewykorzystania wszystkich szczepionek spośród tych, na które zgłoszono zapotrzebowanie, to przerwanie łańcucha chłodniczego z powodu przerw w dostawie prądu i braku systemu podtrzymywania chłodzenia w placówkach u świadczeniodawców, sporadyczne przypadki stłuczenia fiolek oraz przeterminowanie szczepionki. Przyczyną przerwania łańcucha chłodniczego w tych przypadkach, są awarie systemu urządzeń chłodniczych. Podmiot leczniczy realizujący szczepienia ochronne u pacjentów, przy użyciu szczepionek udostępnionych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, ponosi pełną odpowiedzialność za prawidłowe przechowywanie szczepionek i jest zobowiązany do dołożenia wszelkich starań, aby preparaty szczepionkowe zostały w pełni wykorzystane w jego realizacji, zgodnie ze złożonym zapotrzebowaniem. W przypadku niedotrzymania tych wymogów i powstania szkody, polegającej na zniszczeniu szczepionek przeznaczonych do szczepień obowiązkowych w ramach realizacji świadczeń zdrowotnych, Minister Zdrowia na podstawie przedłożonego przez organ PIS podania w sprawie, powinien podjąć działania wyjaśniające względem podmiotu przechowującego szczepionki wraz ze wskazaniem okoliczności zniszczenia szczepionek.

Szczepienia ochronne mają za zadanie zapobiegać chorobom zakaźnym, jak również kształtować odporność całej populacji, zapewniając ochronę także tym osobom, które ze względu na zdrowotne przeciwwskazania nie mogły zostać zaszczepione. Dla większości chorób przyjmuje się, że odporność populacyjną osiąga się przy zaszczepieniu co najmniej ok. 95% populacji.

W celu realizacji

Programu Szczepień Ochronnych:

Świadczeniodawcy zgłaszają swoje zapotrzebowanie na szczepionki do poszczególnych powiatowych stacji sanitarno – epidemiologicznych (PSSE), w których przeprowadza się ich analizę w odniesieniu do stanu uodpornienia w poszczególnych grupach wiekowych oraz do liczby mieszkańców objętych programem

szczepień z danego terenu

PSSE przekazują zamówienia zbiorcze do poszczególnych wojewódzkich stacji sanitarno – epidemiologicznych (WSSE)

WSSE przekazują zamówienie do Głównego Inspektoratu Sanitarnego w Warszawie

WSSE odbierają preparaty szczepionkowe z Centralnej Bazy Rezerw Sanitarno – Epidemiologicznych

PSSE odbierają preparaty z WSSE i przekazują do podmiotów leczniczych.

Łańcuch chłodniczy

Łańcuch chłodniczy – środki techniczne i rozwiązania organizacyjne służące utrzymaniu oraz monitorowaniu, zgodnych z zaleceniami wytwórców warunków przechowywania, transportu i dystrybucji produktów immunologicznych w celu zachowania ich trwałości i zapobieżenia zmniejszeniu ich skuteczności.

Zgodnie z art. 18 ust. 8 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, szczepionki zakupione przez Ministra Zdrowia są transportowane i przechowywane z zachowaniem łańcucha chłodniczego na zasadach określonych w przepisach prawa farmaceutycznego.

Podstawowe wskazania dotyczące prawidłowego przechowywania szczepionek

- Zwracaj szczególną uwagę na zachowanie odpowiedniej temperatury przechowywania i transportu szczepionek. Temperaturę optymalną do przechowywania preparatów szczepionkowych jest temperatura od +2°C do +8°C.
- Przechowuj preparaty z dala od bezpośredniego działania promieniowania słonecznego.
- Prowadź systematyczny monitoring właściwej temperatury w urządzeniach chłodniczych.
- Zapewnij efektywną dystrybucję szczepionek, nie dopuść do przerwania „zimnego łańcucha”.
- Przestrzegaj daty ważności szczepionek.
- Zapewnij zasilanie zastępcze dla urządzeń chłodniczych na wypadek braku dopływu energii elektrycznej. Dbaj o wyposażenie sprzętowe.

Wykaz chorób objętych obowiązkiem szczepień rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2016 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1815)

§ 2. Obowiązkiem szczepień ochronnych są objęte następujące choroby zakaźne:

- 1) błonica;
- 2) gruźlica;
- 3) inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae* typu b;
- 4) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*;
- 5) krztusiec;

6) nagminne zakażenie przyusznic (świnka);

7) odra;

8) ospa wietrzna;

9) ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis)

10) różyczka;

11) tężec;

12) wirusowe zapalenie wątroby typu B;

13) wścieklizna

3. Obowiązek poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw:

1) błonicy obejmuje:

a) dzieci i młodzież od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia,

b) osoby ze stycznością z chorymi na błonicę;

2) gruźlicy obejmuje dzieci i młodzież od dnia urodzenia do ukończenia 15 roku życia;

3) inwazyjnemu zakażeniu *Haemophilus influenzae* typu b obejmuje dzieci od 7 tygodnia życia do ukończenia 6 roku życia;

4) inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae* obejmuje:

dzieci nienależące do grup ryzyka - podanie dwóch dawek szczepienia podstawowego w 1 r.ż. oraz trzeciej dawki szczepienia podstawowego w 2 r.ż. (po upływie 6 miesięcy od 2 dawki),

a) dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 5 roku życia:

– po urazie lub z wadą ośrodkowego układu nerwowego, przebiegającymi z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego,

– zakażone HIV,

– po przeszczepieniu szpiku, przed przeszczepieniem lub po przeszczepieniu narządów wewnętrznych lub przed wszczepieniem lub po wszczepieniu implantu ślimakowego,

b) dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 5 roku życia chorujące na:

– przewlekłe choroby serca,

– schorzenia immunologiczno-hematologiczne, w tym małopłytkowość idiopatyczną, ostrą białaczkę, chłoniaki, sferocytozę wrodzoną,

– asplenię wrodzoną, dysfunkcję śledziony, po splenektomii lub po leczeniu immunosupresyjnym,

– przewlekłą niewydolność nerek i nawracający zespół nerczycowy,

– pierwotne zaburzenia odporności,

– choroby metaboliczne, w tym cukrzycę,

– przewlekłe choroby płuc, w tym astmę,

c) dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 12 miesiąca życia urodzone przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub urodzone z masą urodzeniową poniżej 2500 g;

5) krztuścowi obejmuje dzieci i młodzież od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia;

6) nagminnemu zakażeniu przyusznic (śwince) obejmuje dzieci i młodzież od 13 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia;

7) odrze obejmuje dzieci i młodzież od 13 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia;

8) ospie wietrznej obejmuje:

a) dzieci do ukończenia 12 roku życia;

– z upośledzeniem odporności o wysokim ry-

zyku ciężkiego przebiegu choroby,

– z ostrą białaczką limfoblastyczną w okresie remisji,

– zakażone HIV,

– przed leczeniem immunosupresyjnym lub chemioterapią,

b) dzieci do ukończenia 12 roku życia z otoczenia osób określonych w lit. a, które nie chorowały na ospę wietrzną,

c) dzieci do ukończenia 12 roku życia, inne niż wymienione w lit. a i b, przebywające w:

– zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych,

– zakładach opiekuńczo-leczniczych,

– rodzinnych domach dziecka,

– domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży,

– domach pomocy społecznej,

– placówkach opiekuńczo-wychowawczych,

– regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych,

– interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych,

dzieci, inne niż wymienione w lit. a–c, przebywające w żłobkach lub klubach dziecięcych;

9) ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (poliomyelitis) obejmuje dzieci i młodzież od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia;

10) różyczce obejmuje dzieci i młodzież od 13 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia;

11) tężcowi obejmuje:

a) dzieci i młodzież od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia,

b) osoby zranione, narażone na zakażenie,

12) wirusowemu zapaleniu wątroby typu B obejmuje:

a) dzieci i młodzież od dnia urodzenia do ukończenia 19 roku życia,

b) uczniów szkół medycznych lub innych szkół prowadzących kształcenie na kierunkach medycznych, którzy nie byli szczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,

c) studentów uczelni medycznych lub innych uczelni, prowadzących kształcenie na kierunkach medycznych, którzy nie byli szczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,

d) osoby szczególnie narażone na zakażenie w wyniku styczności z osobą zakażoną wirusem zapalenia wątroby typu B, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,

e) osoby zakażone wirusem zapalenia wątroby typu C,

f) osoby wykonujące zawód medyczny narażone na zakażenie, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,

g) osoby w fazie zaawansowanej choroby nerek z filtracją kłębuszkową poniżej 30 ml/min oraz osoby dializowane;

13) wściekliznie obejmuje osoby mające styczność ze zwierzęciem chorym na wściekliznę lub podejrzanym o zakażenie wirusem wścieklizny.

LECZENIE ŚWIATŁEM SPOLARYZOWANYM

Dr Aneta Demidaś, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu
Wydział Fizjoterapii, Katedra Fizjoterapii, Zakład Fizykoterapii

Światłoterapia jest jednym z najstarszych sposobów leczenia odnotowanym już w starożytnej Grecji, Rzymie czy Egipcie. Pierwszym źródłem światła wykorzystywanym w fotomedycynie było naturalne światło słoneczne. Hipokrates opisał wykorzystanie światła słonecznego do leczenia różnego rodzaju schorzeń. Promienie słoneczne są niezbędnym źródłem energii dla prawidłowego funkcjonowania organizmów żywych. W XIX w. James Maxwell odkrył, że promieniowanie świetlne jest wędrującym migotaniem energii świetlnej. Energia ta przenoszona jest za pomocą cząstek światła, fotonów. Różne długości promieniowania wpływają na kolor promieniowania. Najczęściej kojarzymy światło widzialne, które tak, jak kolory tęczy przechodzi od głębokiego koloru niebieskiego przez zielony, żółty, pomarańczowy do czerwonego. Światło, którego nie widzimy, a niesie dużą dawkę energii jest w zakresie podczerwieni.

Organizm ludzki przetwarza światło w energię elektrochemiczną, która uruchamia łańcuch reakcji biochemicznych wewnątrz komórek. W ten sposób następuje m.in. stymulowanie przemiany materii oraz wzmocnienie odporności, zmniejszenie napięcia mięśni, zmniejszenie bólu, podniesienie witalności organizmu, gojenie ran i wiele innych.

Czym charakteryzuje się światło spolaryzowane?

Przed wszystkim polichromatycznością, czyli jest to światło wielobarwne występujące w zakresie od 480 do 3400 nm, nie zawiera światła ultrafioletowego występującego poniżej 400 nm.

Kolejną właściwością tego światła jest jego polaryzacja jonowa, co oznacza, że fale elektromagnetyczne poruszają się w równoległych płaszczyznach do kierunku świecenia i jest to rezultatem odbicia od specjalnego polaryzatora.

W przeciwieństwie do laseroterapii fale te nie są koherentne, czyli są niespójne, niesynchronizowane w czasie i przestrzeni. Charakteryzują się również niską dawką energii i średnią intensywnością promieniowania. Wydatek energetyczny wynosi średnio od 2 J/cm² do 3 J/cm².

Przenikanie fal świetlnych dochodzi do 3 cm w głąb tkanki.

PILER i VIP

Obie nazwy dotyczą światła spolaryzowanego i są skrótami od angielskich słów: **Polarized Polychromatic Incoherent Low Energy Radiation** – PILER, czyli promieniowanie spolaryzowane, polichromatyczne, niekoherentne i niskoenergetyczne.

Kolejny skrót, kojarzony ze światłem spolaryzowanym to VIP - **Visible Incoherent Polarized Light** (ang.), czyli widzialne, niekoherentne światło spolaryzowane.

Działanie biologiczne światła spolaryzowanego

Naświetlanie niskoenergetycznym światłem spolaryzowanym jonowo daje następujące ko-

rzyści:

- powoduje wzrost odporności w stanach osłabienia organizmu lub zahamowanie szkodliwej dla organizmu zbyt silnej reakcji odpornościowej mającej miejsce np. w reumatoidalnym zapaleniu stawów;
- przyspiesza procesy przemiany materii oraz regeneracji tkanek, jak ma to miejsce w leczeniu oparzeń i odmrożeń;
- działa przeciwbólowo, przeciwzapalnie i przeciwobrzękowo;
- zwiększa unaczynienie oraz szybsze formowanie się kostniny w miejscu złamania kości;
- poprawia mikrokążenie krwi, co wykorzystywane jest w profilaktyce zawału serca u osób narażonych lub będących w rekonwalescencji po zawale serca.

W związku z szerokim zakresem działania na organizm ludzki światło spolaryzowane ma zastosowanie w medycynie sportowej, alergologii, chirurgii i ortopedii, dermatologii, gastrologii, ginekologii i położnictwie, kardiologii i laryngologii, neurologii i geriatrii, pediatrii, pulmonologii, reumatologii, stomatologii, urologii i fizjoterapii.

Przeciwwskazania do stosowania tego rodzaju światła obejmują: nadwrażliwość na światło, stwierdzoną chorobę nowotworową, decyzję o terapii w tym przypadku może podjąć tylko i wyłącznie lekarz onkolog prowadzący pacjenta. Kolejne przeciwwskazania to okolica szyi w przypadku nadczynności tarczycy, padaczka, bezpośrednie naświetlanie siatkówki oka, okolica brzucha u kobiet w ciąży.

Korzyści wynikające ze stosowania urządzeń do pileroterapii

Nie występuje konieczność obsługi urządzenia przez wysoko wykwalifikowany personel medyczny. Zarówno pacjent, jak i rodzina mogą prowadzić sami terapię po otrzymaniu wcześniejszych wskazówek, co do czasu naświetlania, częstotliwości zabiegów, odległości od miejsca naświetlania.

Nie są wymagane szczególne warunki lokalowe do przeprowadzenia terapii, szczególnie do-

tyczy to powierzchni szklanych, płaskich lusterek, które odbijają światło, co w przypadku innych zabiegów ze światłoterapii ma znaczenie.

Nie ma konieczności posiadania okularów ochronnych zarówno przez pacjenta, jak i terapeutę podczas wykonywania zabiegu.

No i wreszcie podkreśla się mniejsze koszty urządzeń do terapii światłem spolaryzowanym w stosunku do laseroterapii, z którą światło to jest najczęściej porównywane w skutkach.

Wymienione korzyści wynikające z zastosowania terapii światłem spolaryzowanym pozwalają na szerokie wykorzystanie lamp w każdych warunkach, w terapii domowej oraz w państwowych i w prywatnych zakładach opieki zdrowotnej. Jest uznana metodą leczenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Bioptron

Aparatami emitującymi niskoenergetyczne spolaryzowane światło są lampy o nazwie Bioptron. Są to urządzenia skonstruowane z myślą o użytkowniku profesjonalnym, jak i do użytku domowego spełniające warunki międzynarodowej techniki medycznej o numerze IEC-601-1. Lampy mają zwartą budowę i są bardzo poręczne. Korpus lampy wykonany jest z poliuretanu piankowego i zawiera układ optyczny ze 100-watowym reflektorem halogenowym. Zaopatrzony jest także w elektroniczny timer i zintegrowany obwód start/stop.

Widmo lampy Bioptron znajduje się w zakresie od 400 do 2000 nm, tym samym zawiera światło widzialne, bliskie podczerwone i mały zakres średniej podczerwieni. Nie zawiera promieniowania ultrafioletowego! Jest bezpieczne dla skóry i wzroku.

Wytwarzanie polaryzacji w procesie odbicia zapewnia większą skuteczność tego promieniowania. Światło dociera do wyznaczonej tkanki ze stałą intensywnością i niską energią pobudzając szereg funkcji organizmu. Oddziaływanie światła jest na tyle delikatne, że mówimy o biostymulacji światłem spolaryzowanym za pomocą lampy Bioptron. Biostymulacja nie powoduje podwyższenia temperatury naświetlanych tkanek więcej niż o około 10°C, jednocześnie powodując przyspieszenie procesów zaburzonych w warunkach zapalnych i procesów regeneracyjnych.

Należy podkreślić, że terapia światłem lampy Bioptron często wpływa na poprawę stanu zdrowia pacjenta w sytuacji, gdy inne metody leczenia zawodzą.

Leczenie odleżyn i ran światłem lampy Bioptron

Wśród wielu, wymienionych wcześniej zastosowań światła spolaryzowanego na szczególną uwagę zasługuje leczenie odleżyn i ran. Typo-

we rany chirurgiczne oraz świeże rany pourazowe goją się przez bezpośrednie zamknięcie rany wspomagane przez zastosowanie szwów chirurgicznych. W przypadku odleżyn lub owrzodzeń niemożliwe jest zbliżanie brzegów rany. Procesy tkankowe są takie same, jak w ranie gojącej się doraźnie, jednak czas gojenia się jest znacznie dłuższy.

Terapia światłemiskoenergetycznym w fazie oczyszczenia rany oddziałuje aktywująco na procesy naprawcze. Bezsporny jest wpływ światła spolaryzowanego na siły obronne organizmu, na mobilizację i wzrost aktywności odpowiedzi immunologicznej komórek. Wiadomo, że w ostrej fazie zapalnej niewskazane jest stosowanie środków i zabiegów terapeutycznych powodujących przegrzanie czy nawet tylko ocieplenie obszaru zapalnego. Znikome działanie ciepłe lampy Biopton jest dodatkowym atutem. Powinna być stosowana w fazie proliferacji, czyli w fazie drugiej gojenia rany występującej po fazie pierwszej – oczyszczania rany. W okresie proliferacji światło lampy Biopton stymuluje makrofagi i wzrost proliferacji fibroblastów, co jest istotne w procesie odnowy. Ponadto światło spolaryzowane pobudza granulocyty do sprawniejszego oczyszczania rany oraz stymuluje uwalnianie ważnych mediatorów, które są niezbędne w procesie leczenia rany. Stymulowane światłem makrofagi wywołują szereg procesów regulujących,

dzięki którym rana goi się sprawniej i bez powikłań. Badania dowodzą, że stymulacja niskoenergetycznym światłem sprzyja również kolejnemu etapowi gojenia, czyli naskórkowaniu. Powierzchnia rany pokrywa się naskórkiem, komórki wędrują od brzegów ubytku skórniego. Fibroblasty, dzięki wytworzeniu kurczliwych miofibryli w cytoplazmie, przekształcają się w miofibroblasty, tworząc dookoła rany sieć, która powoduje zbliżenie się brzegów rany przez jej obkurczenie.

Jak stosować lampę Biopton

W przypadku naświetlania ran i odleżyn lampą powinna być skierowana prostopadle do rany w niewielkiej odległości od niej, maksymalnie 10 cm. Szczególnie ważne jest zachowanie odległości lampy w fazie proliferacji ze względu na zachowanie aseptyki środowiska rany.

Naświetlania powinny odbywać się codziennie, jeśli jest taka możliwość nawet dwa, trzy razy dziennie. Czas każdego naświetlania to około 10 minut.

Dla oceny efektów leczenia można przygotować protokół leczenia zawierający pięciostopniową skalę oceny rany. Skala wyrażona jest pięcioma kolorami odpowiadającymi kolejnym etapom gojenia. I tak: kolor czarny odpowiada ranie suchej, twardej, rzadziej suchej i miękkiej, rana martwicowa z niewielkim wysiękiem. Kolor żółty

przechodzący w biel przez nagromadzenie w wyniku wysięku martwych komórek. Kolor czerwony odpowiada ranom na etapie ziarninowania o kolorze żywo czerwonym, tkanka jest bardzo delikatna. Występuje ryzyko krwawień przy delikatnym urazie.

Kolor różowy to rany naskórkujące, wypełnione ziarniną z efektem odtworzenia pełnej grubości wielokomórkowego naskórka. Ostatni etap – całkowite wyleczenie, w którym w wyniku serii naświetlań rana została całkowicie zasklepiona, bądź pokryta strupem.

Piśmiennictwo:

1. Kuźdżał A., Walaszek R. 2003. Zastosowanie wielokolorowego polichromatycznego światła spolaryzowanego (V.I.P. Light) w rehabilitacji. Część III. Wpływ terapeutycznego światła V.I.P. na morfotyczne parametry krwi. Fizjoterapia, 11(1): 49-59.
2. Kuźdżał A., Walaszek R. 2004. Zastosowanie wielokolorowego polichromatycznego światła spolaryzowanego (V.I.P. Light) w rehabilitacji. Część V. Przydatność terapeutycznego światła V.I.P. w leczeniu trudno gojących się odleżyn – badania własne. Fizjoterapia, 12(4): 19-26.
3. Sieroń A., Pasek J., Mucha R.: Światło niskoenergetyczne w medycynie i rehabilitacji. Rehabilitacja w Praktyce, 2007, nr 1.
4. Rosińczuk-Tonderys J., Uchmanowicz I., Arendarczyk M.: Profilaktyka i leczenie odleżyn, Wyd. Continuo, Wrocław 2005.
5. Kózka M.: Oleżyny – występowanie, profilaktyka, leczenie, Rehabilitacja medyczna, 2004, tom 8, nr 4, s. 29-37.

WYBRANE PROBLEMY W PRACY PIELĘGNIARKI Z CHORYM NIEDOŻYWIANYM ŻYWIANYM DOUSTNIE

mgr Joanna Magolan, pielęgniarka koordynująca Ośrodka Żywienia Klinicznego WSS im J.Gromkowskiego we Wrocławiu

W pracy z pacjentem niedożywionym ważne jest postrzeganie go jako jednostki żyjącej w określonych warunkach biopsychospołecznych. Często choroba nie jest jedyną przyczyną niedożywienia. Brak opieki ze strony najbliższych, sytuacja ekonomiczna oraz pogorszenie sprawności fizycznej i intelektualnej również doprowadza do niedożywienia – będącego chorobą ogólnoustrojową. Chudnący i słabnący pacjenci tracą wolę życia i siłę do walki z przeciwnościami jakie niesie za sobą zmaganie się z ciężką chorobą. Motywowanie do zachowań prozdrowotnych w tym zdrowego odżywiania, staje się nie lada wyzwaniem dla personelu medycznego.

W pracy z pacjentem niedożywionym ważne jest postrzeganie go jako jednostki żyjącej w określonych warunkach biopsychospołecznych. Często choroba nie jest jedyną przyczyną niedożywienia. Brak opieki ze strony najbliż-

szych, sytuacja ekonomiczna oraz pogorszenie sprawności fizycznej i intelektualnej również doprowadza do niedożywienia – będącego chorobą ogólnoustrojową. Chudnący i słabnący pacjenci tracą wolę życia i siłę do walki z przeciwnościami

jakie niesie za sobą zmaganie się z ciężką chorobą. Motywowanie do zachowań prozdrowotnych w tym zdrowego odżywiania, staje się nie lada wyzwaniem dla personelu medycznego.

Problemy jakie może napotkać pielęgniarka w pracy z chorym niedożywionym mogą być natury zarówno fizycznej jak i psychicznej. Jest ich wiele, a czas pracy z chorym często ograniczony. Oczywiście należy zwrócić uwagę na wszystko, są jednak problemy szczególnej wagi na które chciałybyśmy zwrócić uwagę. Występują one u wielu pacjentów i w przebiegu wielu jednostek chorobowych. Niestety bardzo negatywnie wpływają na żywienie chorego. Należy bezwzględnie namówić chorego na wizytę u lekarza, wcześniej reagują tak, by już pomóc pacjentowi.

Są to między innymi:

- problemy związane z chorobami jamy ustnej, dziąseł, zębów, gardła,
- zaburzenia smaku,
- utrata apetytu,
- zaburzenia połykania,
- nudności i wymioty,
- przewlekłe wzdęcia i zaparcia,
- przewlekłe biegunki.

Problemy związane z chorobami i starzeniem się narządów jamy ustnej i gardła.

Braki w uzębieniu, próchnica, zapalenie dziąseł, paradontoza często uniemożliwiają prawidłowe odżywianie.

Najczęściej mamy do czynienia z wieloletnim zaniedbaniem higieny jamy ustnej, brakiem korzystania z opieki stomatologicznej, zbyt częstym spożywaniem produktów zawierających cukier. Efektem są: braki w uzębieniu, zapalenia dziąseł, paradontoza, próchnica skutkujące utrudnieniem w rozdrabnianiu i przyjmowaniu pokarmów.

Problemy związane z brakiem właściwej dbałości o zęby i dziąsła przez całe życie często ujawniają się dopiero w wieku podeszłym.

Przyczyną zaniedbań jest w dużej ilości przypadków dentofoobia towarzysząca pacjentowi przez całe życie, brzemenna w skutkach w wieku podeszłym. Wina nie zawsze jest tylko po stronie chorego. Źle wykonane lub nie dopasowane protezy są przyczyną powstawania ran i odleżyn. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości bezwzględnie należy zasugerować pacjentowi wizytę kontrolną u stomatologa celem korekty. Skutkiem niedopasowanego uzupełnienia protetycznego może być również bolesność i stan zapalny stawu skroniowo - żuchwowego, co także będzie powodowało trudności w żuciu i rozdrabnianiu pokarmu.

Bywa, że pacjent skarży się na dyskomfort i dolegliwości w noszeniu protez, których nie jest w stanie sprecyzować. Przyczyną może być alergia na materiał, z którego wykonane jest uzupełnienie protetyczne np. akryl lub nikiel. Tu także efektem jest brak możliwości rozdrobnienia stałych pokarmów, ból, kłopoty z połykaniem dużych kęsów i to także doprowadza do znacznego ograniczenia ilości spożywanych pokarmów.

Już na początku – gdy zauważymy te zaburzenia należy zaproponować choremu taką formę posiłku jaką jest w stanie przyjąć

Stany zapalne jamy ustnej

Stany zapalne jamy ustnej towarzyszące różnym schorzeniom i metodom leczenia (m. innymi popromienne, wrzodzące, opryszczkowe, grzybicze, aftowe, ostre zapalenie błony śluzowej gardła), a także deformacje jamy ustnej po urazach czy leczeniu operacyjnym guzów twarzoczaszki są bardzo częstymi i bagatelizowanymi przypadkościami. Utrudniają one, a w skrajnych przypadkach uniemożliwiają przyjmowanie pokarmów. Mogą powstać na skutek niewłaściwej pielęgnacji jamy ustnej (lub w wyniku jej braku) lub wtórnie z powodu obniżonej odporności z powodu zastosowanego leczenia (przedłużająca się antybiotykoterapia, chemioterapia).

Jest wiele postaci klinicznych zapaleń jamy ustnej. Należą do nich między innymi:

- Ostre niespecyficzne zapalenie błony śluzowej gardła,
- ostre specyficzne zmiany zapalne błony śluzowej gardła (np. opryszczkowe, czy wywołane półpaścem, błonicze, drożdżycowe, aftowe zapalenie jamy ustnej, herpangina, angina Plaut-Vincenta),
- przewlekłe proste zapalenie błony śluzowej

gardła,

- przewlekłe zanikowe zapalenie błony śluzowej gardła,
- przewlekły przerostowy nieżyt błony śluzowej gardła,
- refluksowe zapalenie gardła.

Nie leczone zapalenia błony śluzowej gardła powodują ból, pieczenie, uczucie suchości w jamie ustnej, problemy z żuciem, gryzieniem, przełykaniem w konsekwencji doprowadzają do zaburzeń w odżywianiu. Poza skierowaniem chorego do lekarza należy wówczas zalecić pacjentowi spożywanie zbilansowanych posiłków w postaci miękkiej, często rozgotowanej, półpłynnej lub papkowej o odpowiedniej temperaturze (nie za gorącej, ale też niezbyt zimnej). Pozbawione ostrych przypraw, nie drażniące. Unikamy potraw kiszonych, z octem, smażonych, kwaśnych. Zalecamy bogate w produkty zawierające witaminy z grupy B, C (mięso brokuły, otręby pszenne, szpinak, fasola, kasza gryczana, jaja kurze, natka pietruszki, warzywa kapustne, itp.). Część pacjentów może źle tolerować pewne grupy pokarmów, warto zawsze wypróbować, po których dyskomfort w obrębie jamy ustnej w czasie jedzenia jest największy – i te wykluczyć z jadłospisu.

Kserostomia – suchość błony śluzowej jamy ustnej (zespół suchych ust).

Kserostomia jest bardzo często nierozpoznaną przyczyną zaburzeń połykania i jedzenia wtórnych do dyskomfortu towarzyszącego temu schorzeniu.

Suchość śluzówek w wyniku zmniejszonej ilości śliny wydzielanej przez gruczoły ślinowe jamy ustnej jest objawem towarzyszącym różnym jednostkom chorobowym. Kserostomia prawdziwa jest zmniejszeniem funkcji gruczołów ślinowych (błona śluzowa jamy ustnej może być zanikła lub normalna) w przebiegu stosowania leków (np. moczopędnych, psychiatrycznych, antyalergicznych, hipotensyjnych) lub chorób (nadczynność tarczycy, cukrzyca, odrzuty przeszczepów, sarkoidoza, AIDS, chorzy w trakcie radioterapii, zespół Sjögrena i inne choroby autoimmunologiczne). Zespół ten często występuje u palaczy czy chorych oddychających przez usta. Kserostomia rzekoma to uczucie pieczenia i suchości w jamie ustnej bez zmian w wydzielaniu śliny.

Pacjenci z kserostomią poza uczuciem suchości i pieczeniem śluzówek jamy ustnej często podają w wywiadzie zaburzenia smaku (obniżenie), zaburzenia połykania. Zespół powinien być diagnozowany przez lekarza.

Pacjentowi z podejrzeniem kserostomii należy zalecić picie małych ilości wody (częste), stosowanie dostępnych bez recepty substytutów śliny, popijanie siemienia lnianego. Pacjent powinien unikać napojów z cukrem, które przyczyniają się do rozwoju próchnicy (ryzyko wystąpienia, w tym ze spożyciem jest wysokie).



Żywnienie w chorobach jamy ustnej.

We wszystkich wyżej wymienionych problemach pokarm powinien być serwowany w postaci dobrze tolerowanej przez chorego – miękkiej, rozdrobnionej, przetartej, płynnej lub papkowatej. W praktyce w przypadku prawie każdego posiłku można jedzenie odpowiednio dostosować do potrzeb chorego. Pokazane na zdjęciu jabłko ale także marchewka czy burak to tylko przykłady pożywienia podawanego w różnej formie, tak samo można rozdrobnić mięso, rybę, czy jajko. Praktycznie wszystkie posiłki chorego można podać w formie i konsystencji przez niego akceptowanej. W diecie należy uwzględnić wszystkie produkty odżywcze i płyny, zwracając szczególną uwagę na zbilansowanie jadłospisu i uzupełnienie niedoborów. Ograniczyć należy słodkie i słodkie napoje oraz bardzo ostre przyprawy. Te ostatnie będą sprawiały ból i drażniły śluzówki jamy ustnej. W przypadku trudności z osiągnięciem odpowiednich wartości odżywczych diety należy rozważyć wskazania do zastosowania odżywek (warto wtedy dodać do posiłków porcję diety przemysłowej wskazanej dla chorego).

Konieczne jest motywowanie pacjenta do korzystania z pomocy lekarza i lekarza stomatologa w celu wyleczenia powstałych zmian, uzupełnienia ubytków uzębienia, dopasowanie protez zębowych oraz edukacja w zakresie prawidłowej pielęgnacji jamy ustnej przed i po posiłku.

Niestety, szczególnie w przypadku opieki stomatologicznej ograniczenia finansowe, samotność, niepełnosprawność, utrudnione problemy z poruszaniem i wspomniana wcześniej dentofobia są często przyczyną całkowitego braku właściwej troski o stan uzębienia i dziąseł.

Utrata apetytu.

Utrata apetytu jest bardzo częstym objawem, wtórnym do choroby (psychicznej lub somatycznej), jej leczenia (operacja, farmakoterapia, radioterapia, chemioterapia), ale może też wystąpić z powodu przygnębienia, samotności.

Poza chorobami nowotworowymi utrata apetytu występuje w niewydolności krążenia, niewydolności nerek, POCHP, niedokrwistościach, chorobach mózgu, depresji, chorobach wątroby, starości. Poza lekami chemioterapeutycznymi brak apetytu wywołują także inne leki (antybiotyki, leki nasercowe, kodeina, leki przeciwbólowe). Ryzyko polekowej utraty apetytu rośnie u chorych zażywających wiele leków na raz polipragmazja.

Szczególną grupą są chorzy onkologiczni, którzy tracą apetyt głównie z powodu zastosowanego leczenia (radio lub chemioterapii), dodatkowo w trakcie tej terapii zmienia się smak i zapach potraw co zniechęca ich do jedzenia. Brak apetytu jest głównym objawem zespołu kachek-

sja – anoreksja w przebiegu wyniszczenia nowotworowego. Wyeliminowanie z diety produktów, które powodują dyskomfort u pacjenta i zastąpienie ich innymi mniej drażniącymi pozwoli na uzyskanie lepszych efektów.

Pacjenci często przestają odczuwać potrzebę jedzenia czują pełność i sytość już po zjedzeniu pierwszych kęsów posiłku. Jest to typowe dla chorych, którzy jedli mało, chudli. Przy zaburzeniu łaknienia potrzeba jedzenia schodzi na drugi plan. Przekonanie chorego o potrzebie spożywania posiłków staje się w tej sytuacji trudnym zadaniem dla personelu medycznego. Chory powinien podejść do problemu zadaniowo. Ustawienie budzika, który będzie przypominał o posiłku i motywował do jedzenia może częściowo rozwiązać ten problem. Do przyrządzania potraw najlepiej używać świeżych ziół, których aromat przyczyni się do zaostrożenia apetytu. Przed posiłkiem dobrze jest żuć gumę lub suchą skórkę chleba w celu zwiększenia wydzielania soków trawiennych. Zachęcanie do spożywania w początkowym okresie małych porcji w równych odstępach czasowych stopniowo je rozszerzając może poprawić apetyt. Tłumaczymy choremu, by potraktowała jedzenie jak lek ratujący życie – jem często małe porcje, nawet jak mi nie smakują, po to by zyskać siłę do walki z chorobą.

Tabela: Wskazówki dla chorych – Jak stymulować apetyt.

1.	Jedz mniej ale częściej, tak by zjeść cały posiłek.
2.	Ładnie ułóż porcję na talerzu.
3.	Zaczynaj posiłki jak najwcześniej - od śniadania.
4.	Nie opuszczaj posiłków.
5.	Wróć do ulubionych potraw, sprawiaj sobie przyjemność jedzeniem.
6.	Poznaj nowe smaki.
7.	Miej pod ręką małe przekąski - korzystaj z nich.
8.	Przyprawiaj posiłki tak by ci smakowały.
9.	Jeśli lekarz ci pozwoli wypij odrobinę czerwonego wina przed posiłkiem - to wzmacnia apetyt.
10.	Jeśli wiążesz spadek apetytu z zażywaniem lekiem - porozmawiaj z lekarzem, może uda się go zastąpić innym preparatem.
11.	Jedz powoli, nie spiesz się, odpoczywaj po posiłku.
12.	Jeśli nie możesz zjeść posiłków stałych - rozdrabniaj je lub miksuj.
13.	Spróbuj potraw zimnych (lody), ciepłych, letnich. Wybierz temperaturę serwowania, która najbardziej ci odpowiada.
14.	Jeśli możesz - jedz w towarzystwie bliskich lub przyjaciół.
15.	Staraj się powoli urozmaicać posiłki, zwiększając ich ilość.

Zaburzenia połykania.

Dysfagia czyli trudnione przechodzenie pokarmu z jamy ustnej przez przełyk do żołądka jest częstym objawem wielu chorób. Może być to dysfagia stała lub przemijająca. I dotyczy wszystkich faz połykania (ustnej, gardłowej, przełykowej).

Jest to objaw szczególnie częsty u osób starszych, dotyczy nawet do 10% dorosłych po 50 roku życia. 25% pacjentów hospitalizowanych ma dysfagię, 40% pensjonariuszy zakładów opiekuńczych, od 30% do 70% chorych onkologicznych.

Zaburzenie w przechodzeniu kęsów pokarmowych ust przez przełyk do żołądka występuje w urazach i chorobach centralnego układu nerwowego, guzach głowy i szyi, po zabiegach operacyjnych w tym obszarze, w nowotworach i stanach zapalnych jamy ustnej i gardła. Towarzyszy achalazji, zmianom wrodzonym i pourazowym gardła oraz przełyku, achalazji wpustu, uchyłkom, demencji starczej.

Chory skarży się na różne objawy, między innymi są to:

- kula w przełyku, za mostkiem (globus histericus),
- dławienie, ucisk - w gardle, za mostkiem,
- drapanie w gardle,
- suchy kaszel pojawiający podczas posiłku,
- łzawienie,
- odruchy wymiotne,
- uczucie zatrzymania
- pokarmu w przełyku, rozpieranie,
- odynofagia (ból podczas przełykania),
- uczucie przyklejania się kęsa po połknięciu,
- uczucie zgagi,
- ból towarzyszący połykaniu wywołany przez pokarmy stałe lub stałe i płynne,
- cofanie się poprzedniego posiłku,
- cuchnący oddech.

Dysfagii towarzyszy postępujące osłabienie, chudnięcie, odwodnienie. Znaczna część chorych zachłystuje się w czasie posiłków i cierpi na nawracające infekcje przewodu pokarmowego.

W części dysfagii przemijających (zapalenie jamy ustnej, zapalenie przełyku, promienne, zapalenie przełyku, ostry refluks) można pokusić się o zalecenie miękkiej, papkowatej lub gęstej płynnej diety, posiłków o jedwabistej konsystencji zagęszczanych specjalnymi preparatami. Wszyscy pacjenci wymagają wizyty u lekarza, neurologopedy i wnikliwej diagnostyki. W znacznej części chorzy, szczególnie z postępującą dysfagią będą wymagali okresowego żywienia przez zgłębnik lub żywienia przez gastrostomię. Temat zostanie omówiony szczegółowo w jednym z następnych artykułów.

Nudności, uczucie pełności, wzdęcia.

Kolejną niedogodnością, jaka może pojawić się u chorego to, wzdęcia i uczucie pełności. Objawy te często występują u cho-

rych wyniszczonych, gdzie nawet mała ilość posiłku wywołuje uczucie pełności i wzdęcia, są typowe dla anoreksji psychicznej, chorych po resekcji żołądka, u pacjentów gastrologicznych, w niewydolności nerek, rozchwianej cukrzycy, u chorych na terapii przeciwbólowej. Są też wynikiem zaburzeń wchłaniania i trawienia oraz zaparc. Objawy te często wymagają reakcji lekarza.

Podczas rozmowy z chorym należy wspólnie z pacjentem zastanowić się, które produkty nasilają dolegliwości, czy postać posiłku, temperatura oraz czas mają w tej sytuacji znaczenie. W diecie powinny znaleźć się produkty przeciwne do tych, których smak powoduje dyskomfort. Dbalność o prawidłowy stan nawilżenia jamy ustnej może przyczynić się do zmniejszenia nieprzyjemnego odczucia jaki dają wymioty.

Prawidłową higienę i nawilżenie jamy ustnej można uzyskać poprzez częste płukanie płynami na bazie ziół, stosowanie preparatów sztucznej śliny. Zawsze należy też zasięgnąć porady lekarza co do zastosowania leków przeciwwymiotnych.

Biegunki i zaparcia.

Wg. ostatnich doniesień na zaparcia cierpi ponad 6 milionów dorosłych Polaków. W znacznej części są to wieloletnie zaparcia nawykowe. Część z nich to pacjenci niedożywieni. Przyczyn zaparc należy doszukiwać się nie tylko w samej chorobie, ale także w sposobie życia i lekach. Zaparcie jest częstym objawem choroby nowotworowej przewodu pokarmowego, niedoczynności tarczycy czy chorób neurologicznych, ale też efektem zażywania leków (np. preparaty żelaza, leki przeciwbólowe, moczopędne). Błędy dietetyczne, brak aktywności fizycznej upośledzają perystaltykę jelit. Dokładne zebranie danych na temat charakteru występowania zaparc pozwala wypracować metody zapobiegające ich powstawaniu. Należy zadbać o to, aby w diecie znalazła się odpowiednia ilość błonnika oraz wody. Pacjenci często ograniczają warzywa, owoce, gruboziarniste zboża i wodę. Zachęcenie chorego do ruchu pozwoli na prawidłowy pasaż treści pokarmowej. Niestety nie wszyscy pacjenci będą mogli stosować wysiłek fizyczny. Stymulacja farmakologiczna defekacji zawsze powinna odbywać się tylko na wyraźne zlecenie lekarza, ponieważ istota choroby może być przeciwwskazaniem. Niedożywionym chorym z zaparciami mogą pomóc diety przemysłowe bogate w błonnik (należy je pić powoli rozcieńczane - między posiłkami).

Biegunki w równym stopniu mogą wpływać niekorzystnie na stan odżywienia człowieka co zaparcia. Częste, luźne stolce mogą upośledzać wchłanianie, a także przyczyniać się do odwadniania organizmu. Ich skutkiem, o ile są przewlekłe - jest zespół złego wchłaniania z wieloma niekorzystnymi objawami. Przewlekły niedobór składni-

ków odżywczych doprowadza do niedowagi i wyniszczenia. Przewlekłe biegunki wymagają bezwzględnie reakcji lekarza. Zanim chory dotrze do lekarza doradzamy wypijanie odpowiedniej ilości płynów oraz spożywanie produktów bogatych w sód i potas. Można zalecić pacjentowi probiotyk oraz wycofać z diety pokarmy wywołujące luźny stolec (do czasu wizyty lekarskiej) gluten i mleko, a także zmniejszyć ilość błonnika. Jeśli pacjent pije odżywki (diety przemysłowe) i ma biegunki - wybieramy preparaty bez błonnika.

Upośledzenie psychomotoryczne.

Schorzenia takie jak: wady wrodzone, dziecięce porażenie mózgowe, depresja, demencja starcza, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, SM i wiele innych chorób neurologicznych prowadzą do upośledzenia ruchowego i psychicznego pacjenta. Chory traci możliwość przygotowywania samodzielnie posiłków, często nie może ich również spożyć bez pomocy osób drugich. Istotną rolę odgrywają wtenczas opiekunowie chorego. Nawiązanie kontaktu z rodziną przez pielęgniarkę pozwala na pracę z otoczeniem pacjenta. Często opiekunowie są bezradni wobec sytuacji jaka ich dotknęła. Nie potrafią przystosować środowiska domowego do prawidłowej pielęgnacji chorego. Udzielając wskazówek należy zawsze zwrócić uwagę na możliwości finansowe i czasowe opiekunów (czy są w stanie wdrożyć i zastosować przedstawione im propozycje fortifikacji i suplementacji diety chorego). Analizując wspólnie sposób odżywiania się chorego można opracować plan, który pozwoli na przygotowywanie choremu posiłków w taki sposób, aby były dla niego łatwe do spożycia, ale też pokrywały całe zapotrzebowanie na składniki odżywcze.

Podsumowanie.

Wszystkie problemy negatywnie wpływające na przyjmowanie jedzenia są jednakowo ważne. Podstawową sprawą jest zapewnienie każdemu choremu właściwej terapii przeciwbólowej, opieki i komfortu jedzenia i picia. Przy odrobienie uwagi i empatii proste rady mogą znacznie poprawić sytuację chorego.

Należy przy dawaniu raz, ustalaniu żywienia i monitorowaniu jadłospisu pamiętać o tym, że człowiek je wszystkimi zmysłami. Jeżeli posiłek będzie podawany o określonych porach, regularnie, estetycznie, kolorowo i będzie zachęcał smakiem i zapachem może to przyczynić się do zwiększenia apetytu. Posiłki nie mogą być monotonne, codziennie takie same. Dieta zmiksowana nie może być szarą bryłą. Podawanie pacjentowi jednorazowo zbyt dużych porcji może zniechęcić go do zjedzenia jej w całości. Lepiej przygotowywać mniejsze porcje, a podawać je w równych odstępach czasowych lub na wyraźne życzenie pacjenta. Warto za-

opatrzyć chorego w kubki i talerze, z których nie będzie wylewał jedzenia, sztućce, które będzie w stanie chwycić. Ważne jest aby chory nie spożywał posiłków w samotności, ponieważ nie jest to element zachęcający do prawidłowego żywienia. Jeśli można należy jeść w towarzystwie rodziny i przyjaciół. Należy dążyć do konsultacji dietetycznej pacjentów.

Piśmiennictwo

Allison SP. Malnutrition, disease and outcome. Nutrition. 2000; 16:590-593.

Białek E., Edukacja zdrowotna w praktyce, Warszawa 2012.

Biernat J, Wyka J. Stan odżywienia w aspekcie stanu zdrowia. Nowiny Lekarskie 2011, 80, 3, 209-212.

Ciborowska H, Rudnicka A. Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2007.

Galus K. Geriatria - wybrane zagadnienia. Urban&Partner. 2007. Grzymisławski M, Gawecki J. Żywnienie człowieka zdrowego i chorego Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, wyd. 2.

Jarosław M. Żywnienie osób w wieku starszym Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008,

Mastalerz-Migas A, Zmarzły A: Niedożywienie w grupie starszych dorosłych w praktyce lekarza rodzinnego - diagnostyka i leczenie Terapia 2007 R.15 nr 9 z.2; s.49-52.

Nutrition Support in Adults: Oral Nutrition Support, Enteral Tube Feeding and Parenteral Nutrition. Guideline 32. National Institute for Health and Clinical Excellence (2006).

Stratton RJ and Elia M. Encouraging appropriate, evidence based use of oral nutritional supplements. Proc Nut Soc 2010; 69(4):477-487.

Szczygieł B Niedożywienie związane z chorobą 1. Występowanie, rozpoznanie Bruno Szczygieł, PZWL 2011.

Szczygieł B Niedożywienie związane z chorobą, PZWL 2012.

Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D., Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Warszawa 2008.

Zmarzły A, Mastalerz-Migas A: Terapia niedożywienia u dorosłych. Co może zrobić lekarz rodzinny? Terapia 2008 R.16 nr 9 z.2(214); s.39-42. 50.

Zmarzły A, Budrewicz S.: Przyczyny pogorszenia stanu odżywienia u dorosłych chorych ze schorzeniami neurologicznymi Post. Żyw.Klin. 2009 T.4 nr 3-4; s.27-30.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu
oraz działające przy nim Koło im. Janusza Korczaka
ma zaszczyt zaprosić na

konferencję pielęgniarstwa pediatrycznego
Korczakowskie Spotkania Pediatryczne

Temat I konferencji:

„CAŁOŚCIOWA OPIEKA NAD DZIECKIEM”

pod patronatem *Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek
Pediatrycznych*



Data: 8.06.2018

**MIEJSCE: Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza
Radeckiego we Wrocławiu, bud H, sala 3,48**

Rozpoczęcie konferencji – godz. 9:00.

Na zgłoszenia oczekujemy do 25 maja 2018 roku pod adres:

koło-korczka@usk.wroc.pl

**O przyjęciu zgłoszenia zostaną Państwo poinformowani informacją
zwrotną ze względu na ograniczoną liczbę miejsc.**

Udział w konferencji jest bezpłatny.

Informacji na temat konferencji udzielają:

Katarzyna Mazurek – 661 357 166

Beata Leszczyńska – 71 733 12 45

Szczegółowe informacje i program dostępne na stronie

www.doipip.wroc.pl zakładce „Szkolenia, konferencje”.



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

www.szpital.wroc.pl, e-mail: gromkowski@szpital.wroc.pl

NIP: 895-16-31-106, Regon: 000290469

tel. cent. (071) 326-13-27 do 31; sekretariat (071) 395-74-26; fax (071) 326-06-22



Zarządzenie
Jakością
ISO 9001:2008

Sytemy i procesy monitorowane



Poszukujemy osoby na stanowisko:

PIELĘGNIARKA

na oddziały: chorób wewnętrznych, neurologii dla dorosłych, pediatrii, psychiatrii dla dzieci i młodzieży, anestezjologii (zarówno dla dorosłych, jak i dla noworodków i dzieci).

ZAKRES OBOWIĄZKÓW:

- Planowanie i realizacja świadczeń pielęgniarstwa w zakresach profilaktycznym i diagnostyczno-lecznym
- Prowadzenie dokumentacji medycznej
- Wykonywanie innych zadań wynikających z powierzonego stanowiska

WYMAGANIA:

- Aktualne prawo do wykonywania zawodu
- Doświadczenie zawodowe - dot. pracy na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Noworodków i Dzieci
- Podstawowa znajomość obsługi komputera
- Samodzielność oraz bardzo dobra organizacja pracy własnej
- Orientacja na Pacjenta, empatia, wysoka kultura osobista

MILE WIDZIANE:

- Ukończona specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki
- Ukończony kurs z zakresu wykonywania i interpretacji zapisu EKG
- Ukończony kurs krwiodawstwa i krwiolecznictwa
- Ukończony kurs specjalistyczny z resuscytacji krążeniowo-oddechowej
- Ukończony kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego

OFERUJEMY:

- Dowolna forma zatrudnienia w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy
- Pracę w stabilnej firmie, w miłej i przyjaznej atmosferze
- Możliwość rozwoju zawodowego
- Karta Multisport

CV prosimy przesyłać na adres:

rekrutacja@szpital.wroc.pl

Jednocześnie zastrzegamy sobie prawo do kontaktu jedynie z wybranymi kandydatami

Poszukujemy osoby na stanowisko:

OPIEKUN MEDYCZNY

Miejsce pracy: Wrocław

ZAKRES OBOWIĄZKÓW:

- Rozpoznawanie problemów opiekuńczych osób chorych i niesamodzielnych
- Współpraca z pielęgniarką w zakresie realizowania planu opieki nad osobami chorymi i niesamodzielnymi
- Pomoc pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgniarstwa
- Wykonywanie zabiegów higienicznych u osób niesamodzielnych i chorych
- Nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów międzyludzkich z osobami chorymi i niesamodzielnymi

WYMAGANIA:

- Wykształcenie - Dyplom / Świadectwo potwierdzające kwalifikacje w zawodzie Opiekun Medyczny
- Samodzielność oraz bardzo dobra organizacja pracy własnej
- Orientacja na Pacjenta, empatia, wysoka kultura osobista

PROSIMY O DOPISANIE KLAUZULI:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej ofercie pracy dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.).

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o dobrowolności podania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Koleżance

Marii Gonerze

Wyrazy szczerego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci
TATY

Składają Koleżanki Pielęgniarki i Położne
SZPL Provita we Wrocławiu

„Naszej drogiej Koleżance

Agnieszce Kułacz

oraz jej Rodzinie,
najszczerze wyrazy współczucia z powodu tragicznej śmierci
MĘŻA

Składają Koleżanki i Kolega z Oddziału Neurochirurgii
Szpitala im T. Marciniaka we Wrocławiu.

Koleżance

Beacia Sokołowskiej

wyrazy głębokiego współczucia i żalu
z powodu śmierci
TATY

składają współpracownicy
Zakładu Radiologii Ogólnej Zabiegowej i Neuroradiologii
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
przy ul. Borowskiej we Wrocławiu

Inne sprawy nagle nieważne są teraz.

Świat tak się kurczy kiedy Ci Matka umiera.

Niby wiedziałaś, że kiedyś nadejdzie ta chwila.

A jednak ciężko a przecież boli nad wyraz.

Ona już doszła gdzie każdy kiedyś dojść musi.

Już jest tam gdzie kończy się Jej droga – u Pana Boga.

Marioli Kułacz

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy po śmierci
MAMY

składają pielęgniarki oddziałowe wraz z Naczelną Pielęgniarką
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. J. Gromkowskiego we Wrocław

Śmierć stawia nas w obliczu bezsilności,
która nas obezwładnia i zabiera w nieznane.

A kiedy pojawia się kradnąc ukochaną osobę,
przeszywa serce bólem i odznacza w nim swoje piętno,
które przypomina nam stale jacy jesteśmy wobec niej bezsilni.

Wyrazy współczucia z powodu śmierci
TEŚCIA
dla

Jadwigi Rykiety

Składają Kierownictwo Centrum Medycznego
oraz Pielęgniarka Koordynująca wraz z Zespołem
Pielęgniarek i Położnych Medicover Globis Wrocław

Odszedłeś nagle, bez słów pożegnania,
bez cienia skargi i bólu rozstania

Naszej Koleżance Oddziałowej

Arlecie Gerlach-Laseckiej

i jej rodzinie wyrazy głębokiego współczucia,
słowa wsparcia i otuchy z powodu śmierci
MĘŻA

składa zespół pracowników
z Oddziału Ortopedyczno-Urazowego w Głogowie

„Śmierć nie jest kresem naszego istnienia,
żyjemy w naszych dzieciach
i następnych pokoleniach. Albowiem oni to dalej my....,
Albert Einstein

Naszej Koleżance

Urszuli Kręciłowice

Wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci
TEŚCIA

składają Pielęgniarka Oddziałowa
wraz z zespołem Pielęgniarek i Położnych
Uniwersyteckiej Przychodni Specjalistycznej
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Naszej koleżance

Zdzisławie Plaskacz

Wyrazy szczerego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci
TATY

Składa Pielęgniarka Naczelna,
koleżanki pielęgniarki i współpracownicy
Oddziału Psychiatrycznego Dla Dzieci i Młodzieży MCM w Miliczu



XIV Kongres
Pielęgniarek Polskich
Kielce 2018

KOMUNIKAT nr 2



Wydział Lekarski
i Nauk o Zdrowiu



Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
oraz
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
zapraszają do uczestnictwa
w XIV Kongresie Pielęgniarek Polskich,
który odbędzie się w dniach
13-15 września 2018 roku w Kielcach

WSPÓŁCZESNE PIELEŃNIARSTWO - DYNAMIKA ZMIAN I WEZWANIE DO DZIAŁANIA

MIEJSCE KONGRESU

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Al. IX Wieków Kielc 19 A, 25-317 Kielce

Szczegółowe informacje na temat Kongresu:
<http://konferencja.wlinoz.ujk.edu.pl/kongres>

oraz na stronie DOIPiP we Wrocławiu
www.doipip.wroc.pl

