

# W CIENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

OPINIE KONSULTANTÓW DOTYCZĄCE  
ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO

POSTĘPOWANIE DIETETYCZNE  
W HIPERCHOLESTEROLEMII.  
CZ2. ŻYWNÓŚĆ FUNKCJONALNA: FITOSTEROLE

CHOROBA W RODZINIE JAKO ZJAWISKO  
SPOŁECZNE



# W CENIU CZEPKA

## 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 – emildruk.pl

*Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca,  
w tekstach publikowanych zastrzega sobie prawo  
skrótów, zmian tytułów oraz poprawek stylistycz-  
no-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 71 373 20 56, e-mail: [info@doipip.wroc.pl](mailto: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 08.11.2019 r.  
Do druku przygotowano 12.11.2019 r.

Nakład 3300 egzemplarzy  
Druk ABIS

*Pismo nieodpłatnie rozprowadzane wśród członków  
Samorządu Pielęgniarek i Położnych.*

Wszystkie artykuły, i nie tylko, można znaleźć na  
stronie internetowej Dolnośląskiej Okręgowej Izby  
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu  
[www.doipip.wroc.pl](http://www.doipip.wroc.pl)

## DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA

### PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH we Wrocławiu

ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław  
tel. 71 333 57 02, tel./fax 71 373 20 56  
e-mail: [info@doipip.wroc.pl](mailto:info@doipip.wroc.pl)  
[www.doipip.wroc.pl](http://www.doipip.wroc.pl)

### BIURO W LUBINIE

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

### NUMER KONTA BANKOWEGO DOIPiP

na który należy przekazywać SKŁADKI CZŁONKOWSKIE  
Bank PEKAO SA O/Wrocław  
Nr konta: **63 1240 6670 1111 0000 5641 0435**

### GODZINY PRACY

poniedziałek, środa, czwartek: 8-16  
wtorek: 8-17, piątek 8-15

### DZIAŁ KSZTAŁCENIA

tel./fax 71 333 57 08  
e-mail: [dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl](mailto:dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl)

### GODZINY PRACY

poniedziałek, środa, czwartek: 8-16  
wtorek: 8-17, piątek 8-15

### KONTO DZIAŁU KSZTAŁCENIA

Bank PEKAO SA O/Wrocław  
Nr konta: **13 1240 6670 1111 0000 5648 5055**

### GODZINY PRACY KASY

poniedziałek, środa: 10-16; wtorek, czwartek: 8-13  
piątek: NIECZYNNA

### GODZINY PRACY BIBLIOTEKI

wtorek: 13-17, czwartek: 13-16, piątek: 9-14

### OKRĘGOWY RZECZNIK

#### ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

tel. 71 333 57 02  
Informacja o dyżurach na [www.doipip.wroc.pl](http://www.doipip.wroc.pl)  
Informacje o samorządzie 2015-2019 – Okręgowy  
Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

### OKRĘGOWY SĄD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

tel. 71 333 57 02 – Informacja pod numerem telefonu  
lub w Sekretariacie Biura DOIPiP

### DYŻURY RADCY PRAWNEGO – mgr E. Stasiak

poniedziałek 14-16, środa 14-17

### KASA POŻYCZKOWA PRZY DOIPiP

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

Informacje o stanie swojego konta w Kasie Pożyczkowej moż  
na uzyskać w czasie dyżuru w środę 15-16.30 telefonicznie  
lub osobiście. **KSIĘGOWOŚĆ IZBY NIE PROWADZI KASY  
POŻYCZKOWEJ I NIE UDZIELA INFORMACJI.**

## KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

### ► PIELĘGNIARSTWO – dr n. o zdr. Jolanta Kolasinska

UM Wydział Nauk o Zdrowiu  
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław  
T: 71 784 18 45  
E: [jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl](mailto:jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl)

### ► PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI – mgr Ewa Pielichowska

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ  
ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław  
T: 261 660 207, 608 309 310  
E: [naczelnia.pielęgniarka@4wsk.pl](mailto:naczelnia.pielęgniarka@4wsk.pl)

### ► PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr Beata Łabowicz

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy  
ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica  
T: 76 72 11 401, 661 999 104  
E: [beata.labowicz@szpital.legnica.pl](mailto:beata.labowicz@szpital.legnica.pl)

### ► PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNEGO

– mgr Iwona Pilarczyk-Wróblewska

Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii  
Zakład Neonatologii  
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław  
T: 500 141 941  
E: [iwona.pilarczykwrablewska@umed.wroc.pl](mailto:iwona.pilarczykwrablewska@umed.wroc.pl)

### ► PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

– mgr Katarzyna Salik  
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich  
we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu,  
Zakład Propedeutyki Pediatrii  
i Chorób Rzadkich  
ul. Kazimierza Bartla 5, 50-996 Wrocław  
T: 606 99 30 95  
E: [katarzyna.salik@umed.wroc.pl](mailto:katarzyna.salik@umed.wroc.pl)  
E: [kasiasalik1@wp.pl](mailto:kasiasalik1@wp.pl)

### ► PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE – mgr Urszula Żmijewska

Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza  
ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław  
T: 71 342 86 31 (w. 344), 604 939 455, 667 977 735

### ► PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH – mgr Dorota Rudnicka

Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej  
Będkowo Sp. z o.o. Sp. k.  
Będkowo 1, 55-100 Trzebnica  
T: 71 722 29 48, 603 852 669  
E: [drudnicka@hospicjumbedkowo.pl](mailto:drudnicka@hospicjumbedkowo.pl)

### ► PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

– dr n. med. Elżbieta Garwacka-Zachor  
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu  
pl. Hirsfelda 12, 53-413 Wrocław  
T: 71 36 89 260, 603 38 58 98  
E: [e.garwacka@gmail.com](mailto:e.garwacka@gmail.com)

### ► PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

– mgr Jerzy Twardak  
Zakład Chorób Układu Nerwowego  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,  
ul. Bartla 5, 56-618 Wrocław  
T: 668 193 147  
E: [jerzy.twardak@umed.wroc.pl](mailto:jerzy.twardak@umed.wroc.pl)

### ► PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

– mgr Dorota Milecka  
T: 666 872 721  
E: [milecka@poczta.fm](mailto:milecka@poczta.fm)

### ► PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO

– dr n. o zdr. Wiesław Zielonka  
Pogotowie Ratunkowe w Legnicy  
ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica  
T: 502 676 039  
E: [w.zielonka@pogotowie-legnica.pl](mailto:w.zielonka@pogotowie-legnica.pl)

## WYKAZ TELEFONÓW W SIEDZIBIE BIURA DOIPiP WE WROCŁAWIU

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

# OD REDAKCJI

## Szanowni Państwo,

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu przypomina swoim członkom o ich uprawnieniach w tym zwłaszcza:

### 1. Członkowie samorządu mają prawo:

- wybierać i być wybieranym do organów DOIPIP we Wrocławiu,
- korzystać z pomocy Izby w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych i ochrony właściwych warunków pracy,
- korzystać z pomocy prawnej Izby,
- korzystać z innych świadczeń Izby i działalności samopomocowej.

### 2. Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych oferuje swoim członkom zgodnie z obowiązującymi regulaminami:

- nieodpłatne kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, doszkalcające oraz szkolenia specjalizacyjne (specjalizacje),
- bezpłatny udział w spotkaniach informacyjno-edukacyjnych,
- bezpłatny udział w konferencjach organizowanych przez Izbę,
- refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego,
- pomoc finansową w związku z wystąpieniem zdarzeń losowych takich jak: choroba, śmierć małżonka lub dziecka, kradzież, pożar, powódź itp.,
- pomoc finansową w związku z przejściem na emeryturę lub rentę.

### 3. Dolnośląska Okręgowa Izba pielęgniarek i Położnych oferuje swoim członkom również:

- bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK LIBRA,
- bezpłatny dostęp do serwisu informacji prawnej LEX,
- możliwość skorzystania z karnetów sportowo-rekreacyjnych FitProfit oraz FitSport,
- korzystanie z bardzo bogatego księgozbioru Izby,
- korzystanie z bezpłatnej pomocy prawnej w związku z wykonywaniem zawodu,
- cykliczne spotkania dla emerytowanych pielęgniarek i położnych,
- comiesięczny dostęp do biuletynu informacyjnego „W Cieniu Czepka”,
- korzystanie z aktualnej strony internetowej Izby: [www.doipip.wroc.pl](http://www.doipip.wroc.pl) oraz newsletteru,
- pomoc w zakresie korzystania z SMK oraz wszelkie doradztwo w zakresie wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej,
- dla absolwentów ułatwienia dotyczące korzystania z refundacji kosztów kształcenia i nieodpłatnych form kształcenia podyplomowego form kształcenia podyplomowego (informacje dostępne: na [www.doipip.wroc.pl](http://www.doipip.wroc.pl) w zakładce pomoc finansowa).

Serdecznie zapraszamy!  
Sekretarz DORPiP we Wrocławiu  
Urszula Olechowska

## W NUMERZE:

- 4** Opinie konsultantów dotyczące żywienia pozajelitowego
- 7** Stanowisko nr 30
- 8** „Współczesne problemy w medycynie i pielęgniarstwie” Konferencja w uniwersyteckim szpitalu klinicznym Im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu

- 12** Postępowanie dietetyczne W hipercholesterolemii. Cz2. Żywność funkcjonalna: fitosterole
- 13** Choroby tarczycy cz.1 Wrodzona niedoczynność Tarczycy - wnt
- 16** Choroba w rodzinie jako zjawisko społeczne

- 18** Zaczepki etyczne
- 19** XV edycja konkursu PIEŁĘGNIARKA/PIEŁĘGNIARZ ROKU
- 24** Ogłoszenia
- 25** Pamięć i serce

# OPINIE KONSULTANTÓW

## DOTYCZĄCE ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO

**Dr hab. Maria Kózka, prof. nadzw. UJ**  
Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa

Szanowna Pani Dyrektor,

W odpowiedzi na pismo z dnia 18.01.2019 r (znak: PPA.440.l.2019.WB) w sprawie ustosunkowania się do zagadnień związanych z żywieniem pozajelitowym realizowanym w warunkach leczenia szpitalnego, w tym odpowiedzi na pytanie: **czy pielęgniarka może przygotowywać żywienie pozajelitowe w zakresie dostrzykiwania leków do gotowych mieszanin?**, przedstawiam stanowisko w przedmiotowej sprawie.

Zgodnie z art. 86.3 ustawy prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 roku z późniejszymi zmianami (Dz. U 2008, Nr 45, poz. 271- tekst jednolity) sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego jest usługą farmaceutyczną i należy do zadań apteki szpitalnej. Warunki właściwego przygotowania leków w aptekach szpitalnych zamieszczone zostały w Farmakopei Polskiej oraz Przewodniku PIC/S. Dodatkowym źródłem informacji są wydane w 2016 roku rezolucje Rady Europy: Rezolucja CM/Res(2016)1 w sprawie wymagań jakości i bezpieczeństwa produktów leczniczych przygotowywanych w aptekach na specjalne potrzeby pacjentów oraz Rezo Lucja CM/Res(2016)2 w sprawie dobrych praktyk rekonstrukcji produktów leczniczych do podania pozajelitowego w oddziałach szpitalnych.

Z przywołanych zapisów jednoznacznie wynika, że sporządzanie leków do żywienia wykonuje farmaceuta w aptece szpitalnej, a nie pielęgniarka w oddziale szpitalnym. Do zadań pielęgniarki należy podłączenie żywienia i monitorowanie stanu chorego podczasterapii.

Prawne przypisanie apteki szpitalnej sporządzania leków do żywienia pozajelitowego wynika z zapewnieniem

choremu bezpieczeństwa i zminimalizowaniem ryzyka powikłań żywienia pozajelitowego. Żywienie pozajelitowe jest przygotowywane przemysłowo w workach wielokomorowych (RTU) zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego i po zmieszaniu zawartości komór stanowi gotową do użycia emulsję do infuzji dożylnych zawierającą roztwory aminokwasów i glukozy, emulsję tłuszczową oraz elektrolity. Z klinicznego punktu widzenia mieszanina do żywienia pozajelitowego musi spełniać standardy całkowitego żywienia pozajelitowego i dlatego wymaga uzupełnienia przez dodanie, w określonej kolejności witamin, pierwiastków śladowych, brakujących elektrolitów, a w przypadku worków dwukomorowych emulsji tłuszczowej. Niektóre ze składników aktywnych mieszanin odżywczych np. chlorek potasu to substancje silnie działające o wąskim oknie terapeutycznym, inne np. wapń i fosforany to substancje niezgodne chemicznie lub niestabilne takie jak witaminy czy emulsja tłuszczowa. Jedynie farmaceuci posiadają wiedzę merytoryczną w zakresie farmakologii, farmakokinetyki, toksykologii oraz technologii postaci leków zapewniającą bezpieczeństwo podczas przygotowania mieszanin do żywienia pozajelitowego. Z drugiej strony gwarancja producenta dotycząca stabilności mikrobiologicznej mieszaniny RTU, odnosi się jedynie do okresu przed dodaniem składników uzupełniających do worka. Po wprowadzeniu substancji dodatkowych, mieszanina powinna zostać natychmiast zużyta, jednakże ze względu na skład i duże objętości mieszaniny do żywienia pozajelitowego podaje się pacjentowi w powolnym wlewie trwającym zwykle 12-24h. W związku z powyższym jedynym sposobem przygot-

owania mieszaniny o pożądanej czystości mikrobiologicznej jest proces aseptycznego sporządzania mieszanin. O czystości mikrobiologicznej mieszaniny decydują przede wszystkim warunki i sposób jej wykonania, dlatego pomieszczenia muszą odpowiadać standardom pomieszczeń przeznaczonych do pracy aseptycznej, a proces sporządzania musi przebiegać zgodnie ze standardowymi procedurami operacyjnymi.

Biorąc pod uwagę wszystkie kryteria decyzyjne niezależnie od ilości przygotowywanych mieszanin do żywienia pozajelitowego również te przygotowywane na bazie worków RTU mają podwyższone ryzyko potencjalnych, poważnych zagrożeń dla pacjenta, jeżeli są niewłaściwie podawane lub błędnie wykorzystywane w procesie farmakoterapii oraz wymagają specjalnych zabezpieczeń w zarówno trakcie przechowywania, przygotowywania i podawania.

Jednocześnie pragnę poinformować, że przedstawione stanowisko zostało uzgodnione z prof. dr hab. Stanisławem Kłękem prezesem Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN). Z uzyskanych informacji wynika, że Towarzystwo opracowało nowy Standard żywienia pozajelitowego, który będzie ogólnie dostępny najpóźniej do czerwca br.

Mam nadzieję, że przedstawione stanowisko oraz wydane Standardy żywienia pozajelitowego jednoznacznie rozwiążą problem nie przestrzegania przepisów prawnych i bezpieczeństwa żywienia, a pielęgniarki nie będą wykonywać zleceń w zakresie dostrzykiwania leków do żywienia.

**dr n. farm. Krystyna Chmal-Jagiello**  
Konsultant Krajowy w dziedzinie farmacji szpitalnej

Szanowna Pani Dyrektor,

Proces przygotowywania mieszanin do żywienia pozajelitowego regulują zarówno akty prawne, jak również standardy postępowania, opracowywane przez grono ekspertów.

Zgodnie z ustawą Prawo Farmaceutyczne z dnia 6 września 2001r. z późniejszymi zmianami (Dz.U.2008 nr 45 poz.271 —

tekst jednolity, art. 86.3), sporządzanie mieszanin do żywienia pozajelitowego jest usługą farmaceutyczną, wykonywaną w aptekach szpitalnych przez farmaceutów (art, 90). Ta ustawa jest ściśle przestrzegana w Standardach Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego dotyczących sporządzania mieszanin do żywienia pozajelitowego oraz Polskiego Towarzystwa Żywienia

Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN).

Mieszanina do żywienia pozajelitowego jest skomplikowaną postacią leku, która zawiera w swoim składzie wiele substancji, takich jak emulsja tłuszczowa, glukoza, aminokwasy, elektrolity, witaminy i pierwiastki śladowe. Ta mnogość składników stwarza możliwość potencjalnych,

niekorzystnych interakcji między nimi. Mieszanina żywieniowa musi również spełniać wymagania farmakopealne stawiane płynom infuzyjnym — być jałowa, apirogenna i wolna od zanieczyszczeń. Powinna być także stabilna pod względem mikrobiologicznym i fizykochemicznym przez cały okres podaży, który w przypadku żywienia pozajelitowego jest wydłużony i trwa od 12 do 24 godzin.

Sporządzanie mieszanin do żywienia pozajelitowego powinno odbywać się w specjalnych warunkach, gwarantujących bezpieczeństwo ich wykonania (łóża z nawiewem laminarnym do przygotowania

leków w warunkach aseptycznych). Farmaceuta, dzięki odpowiedniej wiedzy, a także wykorzystaniu specjalnych sterylnych pomieszczeń w aptece szpitalnej, gwarantuje przygotowanie bezpiecznej i stabilnej mieszaniny żywieniowej. Wymaga to zarówno przeprowadzenia obliczeń dotyczących składu, wykorzystania odpowiednich składników oraz właściwej kolejności ich mieszania, tak, aby mieszanina żywieniowa była stabilna i bezpieczna dla pacjenta. Powinna ona zostać również odpowiednio oznaczona danymi pacjenta i zabezpieczona przed dostępem światła. Dotyczy to zarówno mieszanin sporządza-

nych tvv mieszalnikach sterowanych komputerowo, jak i suplementacji worków dwu- i trójkomorowych, zgodnie z wytycznymi producenta.

Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe argumenty i zgodnie z obowiązującym w Polsce Prawem Farmaceutycznym preparaty do żywienia do i pozajelitowego mają być przygotowywane wyłącznie przez personel farmaceutyczny w aptekach szpitalnych, w sterylnych warunkach pod łóżą laminarną.

**Ministerstwo Zdrowia**  
**Departament Polityki Lekowej i Farmacji**  
**Łukasz Szmulski- p.o. Dyrektora**

Szanowna Pani Dyrektor,

w odpowiedzi na pismo z 19 lipca 2019 r. znak: PPK.440.2.2019.WB w sprawie potwierdzenia podstaw prawnych uzasadniających konieczność przygotowywania w aptekach szpitalnych mieszanin do żywienia pozajelitowego realizowanego w warunkach leczenia szpitalnego oraz jeżeli zachodzą przesłanki do odstąpienia od powyższych wymogów, to jakie warunki muszą być spełnione, aby procedura żywienia pozajelitowego realizowana w warunkach leczenia szpitalnego została uznana jako bezpieczna dla pacjenta i pielęgniarki, Departament Polityki Lekowej i Farmacji poniżej przedstawia następujące stanowisko.

Zgodnie z art. 86 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. — Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r. poz.499) usługą farmaceutyczną w aptekach szpitalnych jest sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego.

W związku z powyższym leki do żywienia pozajelitowego (w przypadku gdy nie stanowią gotowych, sporządzonych w wytwórni farmaceutycznej produktów leczniczych), powinny być każdorazowo sporządzane w aptece szpitalnej,

Sporządzanie mieszanin do żywienia pozajelitowego powinno odbywać się w specjalnych warunkach, gwarantujących bezpieczeństwo ich wykonania (łóża z nawiewem laminarnym do przygotowania leków w warunkach aseptycznych). Farmaceuta, dzięki odpowiedniej wiedzy, a także wykorzystaniu specjalnych sterylnych pomieszczeń w aptece szpitalnej, gwarantuje przygotowanie bezpiecznej i stabilnej mieszaniny żywieniowej. Wymaga się od niego przeprowadzenia obliczeń dotyczących składu przygotowywanego produktu, wykorzystania odpowiednich składników oraz

właściwej kolejności ich mieszania, tak, aby mieszanina żywieniowa była stabilna i bezpieczna dla pacjenta. Ponadto, powinna ona zostać odpowiednio oznaczona danymi pacjenta i zabezpieczona przed dostępem światła. Dotyczy to zarówno mieszanin sporządzanych w mieszalnikach sterowanych komputerowo, jak i suplementacji worków dwu- i trójkomorowych, zgodnie z wytycznymi producenta.

Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe argumenty, preparaty do żywienia do i pozajelitowego powinny być przygotowywane wyłącznie przez personel farmaceutyczny w aptekach szpitalnych, w sterylnych warunkach pod łóżą laminarną.

Odnosząc się do podstaw prawnych dotyczących sporządzania żywienia pozajelitowego w warunkach domowych, należy zaznaczyć, iż obecne przepisy nie dopuszczają takiej możliwości. Sporządzanie omawianych produktów w warunkach innych niż wymagane dla apteki szpitalnej, jest wysoce kontrowersyjne z uwagi na fakt, iż w domach chorych nie ma możliwości zapewnienia warunków aseptycznych, których zachowanie jest w odniesieniu do tych produktów konieczne (przez wzgląd na kwestie bezpieczeństwa późniejszego zastosowania),

Dodatkową, acz bardzo ważną kwestią jest zagadnienie odpowiedzialności za wykonany lek. W przypadku leków gotowych (sporządzonych w wytwórni farmaceutycznej), odpowiedzialność za bezpieczeństwo produktu spoczywa na podmiocie odpowiedzialnym, posiadającym pozwolenie na dopuszczenie do obrotu. Za jakość produktów leczniczych sporządzonych w aptece szpitalnej odpowiada farmaceuta, który sporządził dany lek. Odpowiedzialność za leki sporządzane w domu chorego, tj. w warunkach nie pozwalających na

przygotowanie leku należytej jakości, leży po stronie ew. sporządzającego,

Aby pacjent leczony w warunkach domowych miał zapewnione dostarczenie do domu bezpiecznego leku gotowego do podania, powinien on być sporządzony przez wykwalifikowany personel w miejscu do tego specjalnie przeznaczonym, za jakość którego będzie wówczas odpowiadał sporządzający go farmaceuta, względnie podmiot odpowiedzialny (w przypadku wyprodukowanych w wytwórni farmaceutycznej leków gotowych).

Proces przygotowywania mieszanin w warunkach domowych nie jest objęty nadzorem Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, która zgodnie z art. 108 ust. 1 pkt 2 ustawy — Prawo farmaceutyczne sprawuje kontrolę nad jakością produktów leczniczych znajdujących się w hurtowniach farmaceutycznych, aptekach, działach farmacji szpitalnej, punktach aptecznych i placówkach obrotu pozaaptecznego. Sam fakt braku nadzoru pogląd, że sporządzanie omawianych leków w domu jest ryzykowne. Z punktu widzenia prawa nie jest to wprawdzie praktyka wprost zakazana (prawo jej nie uniemożliwia, a jedynie wskazuje jakie podmioty — konkretnie apteki szpitalne, są do tego przygotowane i przeznaczone), jednakże należy ją uznać za wysoce nie wskazaną.

**Konsultant Krajowy w dziedzinie farmacji szpitalnej  
dr farm. Krystyna Chmal-Jagiełło**

Opinia dotycząca przygotowania mieszanin do żywienia pozajelitowego informuję, że zarówno dla pacjentów w opiece długoterminowej jak i pacjentów w warunkach domowych zasady przygotowywania preparatów są identyczne. Regulują to polskie i europejskie akty prawne jak również standardy sporządzania mieszanin opracowane przez grono ekspertów.

1. Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 r. z późniejszymi zmianami (Dz. U. 2008 nr 45 poz. 271 - tekst jednolity, art. 86,3).
2. Przewodnik PIC/S w zakresie dobrych praktyk przygotowywania produktów leczniczych w zakładach opieki zdrowotnej, 2014.
3. Dobra Praktyka Wytwarzania (GMP — Good Manufacturing Practice).
4. Rezolucja Komitetu Ministrów Unii Europejskiej CM/ResAP(2011)1 o wymogach dotyczących zapewniania jakości i bezpieczeństwa produktów leczniczych przygotowywanych w aptekach szpitalnych na specjalne potrzeby pacjentów
5. Farmakopea Polska XI, Leki Sporządzane w aptece, str. 4393-4411.
6. Farmaceutyczne Standardy Sporządzania Mieszanin do żywienia pozajelitowego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, Kraków 2017.
7. Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego opracowane przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN), Kraków 2014.

Mieszanina do żywienia pozajelitowego jest skomplikowaną postacią leku,

która zawiera w swoim składzie wiele substancji, takich jak emulsja tłuszczowa, glukoza, aminokwasy, elektrolity, witaminy i pierwiastki śladowe. Ta mnogość składników stwarza możliwość potencjalnych, niekorzystnych interakcji między nimi. Mieszanina żywieniowa musi również spełniać wymagania farmakopealne stawiane płynom infuzyjnym — być jałowa, apirogenna i wolna od zanieczyszczeń. Powinna być także stabilna pod względem mikrobiologicznym i fizykochemicznym przez cały okres podaży, który w przypadku żywienia pozajelitowego jest wydłużony i trwa od 12 do 24 godzin. Musi być również przygotowana w specjalnych workach, tak, aby w trakcie podaży zabezpieczyć ją przed promieniami słonecznymi.

Sporządzanie mieszanin do żywienia pozajelitowego powinno odbywać się w specjalnych warunkach, gwarantujących bezpieczeństwo ich wykonania (łóża z nawiewem laminarnym do przygotowania leków w warunkach aseptycznych). Farmaceuta, dzięki odpowiedniej wiedzy, a także wykorzystaniu specjalnych sterylnych pomieszczeń w aptece szpitalnej, gwarantuje przygotowanie bezpiecznej i stabilnej mieszaniny żywieniowej. Te wymagania dotyczą zarówno pacjentów leczonych na oddziałach szpitalnych jak i pacjentów domowych, ponieważ przygotowywanie mieszanin wymaga przeprowadzenia skomplikowanych obliczeń dotyczących składu, wykorzystania odpowiednich składników oraz właściwej kolejności ich mieszania, tak, aby mieszanina żywieniowa była stabilna i bezpieczna dla pacjenta.

W Rezolucji Komitetu Ministrów

Unii Europejskiej CM/ResAP(2011)1 o wymogach dotyczących zapewniania jakości i bezpieczeństwa produktów medycznych przygotowywanych w aptekach szpitalnych na specjalne potrzeby pacjentów, ustalono, że preparaty te powinny być przygotowywane bez narażania na działanie czynników zewnętrznych, najlepiej za pomocą systemów zamkniętych. Przed przygotowaniem leku powinna zostać przeprowadzona ocena ryzyka w celu ustalenia poziomu systemu zapewniania jakości, który należy zastosować podczas procesu przygotowywania jałowego produktu leczniczego. Biorąc pod uwagę złożony skład mieszaniny żywieniowej, a także możliwość wystąpienia wielu interakcji między składnikami, mieszaninę żywieniową należy uznać za lek wysokiego ryzyka, a takie preparaty powinny być bezwzględnie przygotowywane w aptece szpitalnej, w odpowiednich warunkach, przez odpowiednio przeszkolony personel.

Niedopuszczalne jest przygotowywanie preparatów do leczenia żywieniowego drogą pozajelitową przez pacjentów w warunkach domowych, a taka sytuacja ma obecnie miejsce tylko w Polsce. Stwarza to olbrzymie ryzyko pomyłki (przedawkowania składników, wystąpienia niezgodności między składnikami) oraz skażenia mieszaniny żywieniowej, co zagraża zdrowiu i życiu pacjenta! Preparaty do leczenia żywieniowego powinny być przygotowywane wyłącznie przez wykwalifikowany personel w warunkach gwarantujących bezpieczeństwo ich wykonania, tak jak mówi to Rezolucja Komitetu Ministrów Unii Europejskiej.



# PISMO DO ORPIP

Prezes NRPiP - Zofia Małas



NACZELNA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Szanowni Państwo,

W załączeniu przesyłamy Stanowisko nr 30 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 22 października

2019r. w sprawie wyrażenia sprzeciwu w związku z zamieszczeniem na facebooku Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepieniach STOP NOP, artykułu sugerującego stosowanie

na Oddziałach Intensywnej Terapii nieuzasadnionych medycznie procedur i leków.

## STANOWISKO NR 30

**W SPRAWIE WYRAŻENIA SPRZECIWU W ZWIĄZKU Z ZAMIESZCZENIEM NA FACEBOOKU OGÓLNOPOLSKIEGO STOWARZYSZENIA WIEDZY O SZCZEPIENIACH STOP NOP, ARTYKUŁU SUGERUJĄCEGO STOSOWANIE NA ODDZIAŁACH INTENSYWNEJ TERAPII NIEUZASADNIIONYCH MEDYCZNIE PROCEDUR I LEKÓW.**

Sekretarz NRPiP - Joanna Walewander  
Prezes NRPiP - Zofia Małas



NACZELNA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

W związku z zamieszczeniem na facebooku Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepieniach STOP NOP, artykułu sugerującego stosowanie na Oddziałach Intensywnej Terapii nieuzasadnionych medycznie procedur i leków, Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych uznaje powyższą publikację za szkodliwą i wysoce naganną zarówno dla pacjentów oraz ich rodzin, jak również podważającą zaufanie i etyczną postawę pielęgniarek i lekarzy realizujących świadczenia zdrowotne w tym zakresie.

Zadaniem zawodów medycznych jest niesienie pomocy pacjentom w zdrowiu i chorobie w oparciu o aktualną wiedzę medyczną i kodeks etyki zawodowej. Sugerowanie, że przy okazji wykonywanych świadczeń medycznych dochodzi do celowego doprowadzania do śmierci pacjentów zasługuje na zdecydowaną dezaprobatę. Wysuwanie takich sugestii w stosunku do terapii pacjentów będących w stanie zagrożenia życia i ocierających się o śmierć uważamy za szczególnie naganne.

Prezydium NRPiP apeluje o zaprzestanie takich praktyk w trosce o bezpieczeństwo pacjentów i szacunek ich bliskich oraz w celu poszanowania ciężkiej pracy pielęgniarek anestezjologicznych i lekarzy anestezjologów, którzy koordynują terapię i opiekę nad chorymi oraz wspierają psychicznie ich rodziny przez okres leczenia w Oddziałach Intensywnej Terapii.



# „WSPÓŁCZESNE PROBLEMY W MEDYCYNIE I PIELEŃNIARSTWIE”

KONFERENCJA W UNIWERSYTECKIM SZPITALU KLINICZNYM IM. JANA MIKULICZA - RADECKIEGO WE WROCŁAWIU

**mgr Ewa Jabłońska – młodszy asystent pielęgniarstwa, pracownik Działu Jakości i Bezpieczeństwa Opieki nad Pacjentami Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu.**

„Jesteśmy po to, żeby leczyć, kształcić kadry i rozwijać wiedzę medyczną” tak formułuje swoją misję Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu - w tę myśl wpasowała się idealnie Konferencja szkoleniowo – naukowa skierowana do personelu pielęgniarstwa i położniczego, która miała miejsce 24.09.2019 roku. Tytuł Konferencji brzmiał: „Współczesne problemy w medycynie i pielęgniarstwie”.



Konferencja odbyła się z inicjatywy Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa mgr Violetty Magiery, która jednocześnie poprowadziła całe spotkanie. Jak zawsze Dyrektor Szpitala Piotr Pobrotyn okazał pomoc i wsparcie w organizacji tak dużego przedsięwzięcia.

Swoją obecnością zaszczytili nas goście, a wśród nich: Przewodnicząca DOIPiP Anna Szafran, Konsultanci wojewódzcy w dzied-



zinie pielęgniarstwa, Pracownicy naukowcy Uniwersytetu Medycznego, Przedstawiciele Towarzystw Naukowych i Związków Zawo-

dowych, Zastępcy dyrektorów ds. pielęgniarstwa oraz Pielęgniarki Naczelne wrocławskich i dolnośląskich szpitali.

W Konferencji udział wzięło 160 osób – największą grupę stanowiły pielęgniarki i położne, zarówno z naszego szpitala jak i z kilku szpitali województwa dolnośląskiego. Po przywitaniu gości i uczestników oraz wygłoszeniu słów wstępu Prowadząca udzieliła głosu zaproszonym gościom. Głos zabrali Prorektor ds. klinicznych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu prof. dr hab. Romuald Zdrojowy, prof. dr hab. Alicja Chybicka – Kierownik Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej oraz Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Otwartego USK Barbara Korzeniowska.



Wszyscy zgodnie podkreślali w swoich wypowiedziach wagę zadań, jakie wypełniają pielęgniarki i położne uczestnicząc w procedurach medycznych na rzecz pacjenta. Podkreślali, że pielęgniarki i położne wypełniając swoje obowiązki zawodowe są najbliższą chorą, a tym samym stanowią nieocenione źródło wiedzy o ich sytuacji zdrowotnej. Powtarzający się wątek stanowiła konieczność tworzenia rzeczywistych zespołów terapeutycznych, w których współpraca opierałaby się na wzajemnym szacunku i wykorzystaniu potencjału zawodowego poszczególnych jego członków.



W dalszej części prowadząca spotkanie Violetta Magiera przybliżyła tematykę konferencji, podkreślając, że współczesność, czyli dzień dzisiejszy dla Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, to przenikanie praktyki

klinicznej z wiedzą uniwersytecką. Kadre medyczną Szpitala stanowią zarówno mistrzowie, którzy przekazują swoją wiedzę i umiejętności następcom jak i adepci zawodów medycznych. Wszystko to predysponuje Szpital do wdrażania nowatorskich rozwiązań. Jako jednostka wieloprofilowa USK ma szczególny przywilej obserwowania postępu na wielu polach wiedzy medycznej. Violetta Magiera określiła dobór tematów Konferencji, jako przemyślaną propozycję ukazania różnorodności, z jaką mają do czynienia członkowie zespołów terapeutycznych, wyraziła również nadzieję, że rozmaitość proponowanych zagadnień będzie atutem Konferencji.



Do pierwszego wykładu „Racjonowanie opieki pielęgniarskiej” zaproszona została mgr Ewa Fabich, przełożona pielęgniarek rejonu klinik zachowawczych USK. Jest to temat, który wypłynął na fali narastających trudności z pozyskaniem personelu pielęgniarskiego. Problem nie dotyczy jedynie Polski, ale staje się zjawiskiem globalnym. Dostępne zasoby personelu pielęgniarskiego są niewystarczające do zapewnienia wszystkim pacjentom wymaganej opieki. Stąd też potrzeba wykorzystania narzędzi naukowych do zbadania problemu, ich charakterystyka została dogłębnie przedstawiona przez Prelegentkę. Słuchacze mogli się zapoznać z najnowszymi wynikami badań w tym obszarze.



Kolejny wykład wygłosił dr n. med. Marcin Drozd reprezentujący Centrum Chorób Serca. Tematykę stanowiły nowoczesne metody leczenia niewydolności krążenia. Specjalista określił epidemiologię problemu. Choroby układu sercowo - naczyniowego stanowiły i stanowią najczęstszą przyczynę zgonów. Kardiologia jest jednak bardzo dynamicznie rozwijającą się specjalizacją, osiągającą wymierne efekty w postaci systematycznego obniżania udziału chorób układu krążenia w statystykach śmiertelności. Postęp kardiologii inwazyjnej spowodował, że wzrosła przeżywalność i wydłużył się okres przeżycia dla pacjentów poddawanych tego typu zabiegom. Nie oznacza to jednak, że nie dochodzi u tych pacjentów do objawów dekomensacji układu krążenia – wręcz przeciwnie. Doktor Drozd przypomniał zebranym obraz pacjenta z niewydolnością serca prawo i lewokomorową, wskazał na dominujące problemy zdrowotne, prowadzące do częstych hospitalizacji. Na kanwie tych informacji przedstawił nowości farmakologiczne wskazujące w wytycznych Towarzystwa Kardiologicznego. Badania potwierdzają, że właściwe stosowanie leków zapobiega zatrzymywaniu płynów w organizmie a tym samym wpływa na zmniejszenie częstotliwości hospitalizacji. Prelegent wskazał, iż kardiologia jednego dnia jest alternatywą dla hospitalizacji ciągłej.



Niewydolność krążenia jako problem pielęgnacyjny, wymagający intensywnych działań edukacyjnych omówiła w swoim wykładzie pt. „Przygotowanie pacjenta z niewydolnością krążenia do samoopieki – edukacja pacjenta”, prof. Izabella Uchmanowicz reprezentująca Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu we Wrocławiu. W ścisłej współpracy Uniwersytetu Medycznego i Centrum Chorób Serca powstają nowatorskie sposoby postępowania w przypadku pacjentów z niewydolnością krążenia. Dużą nadzieję na poprawę jakości edukacji pacjenta i przygotowanie go do samoopieki wiąże się z pielęgniarką „niewydolności serca”, Jej zadaniem byłaby edukacja pacjentów w zakresie zaleceń dotyczących dalszego leczenia i rehabilitacji, prowadzenie szkoleń pielęgniarskich z zakresu opieki nad

pacjentami z NS w ramach POZ. Przekazywane pacjentowi informacje powinny być przygotowane równoważnie do jego profilu - zrozumiały język, powtarzanie w niezbędnej krotności. Taka opieka dawałaby szansę na skuteczną edukację, a tym samym świadomą samopielegnację, co wiąże się z unikaniem hospitalizacji i wyższą jakością życia.



Do przedstawienia kolejnego nad wyraz ciekawego tematu: „Przeszczepianie nerek od żywych dawców z uwzględnieniem systemu wymiany par” zaproszona została dr hab. Dorota Kamińska (Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej). Wystąpienie rozpoczęła, jakże fascynującą historią przeszczepów nerek na świecie i w Polsce oraz przedstawiła uczestnikom konferencji jaki jest wkład ośrodka wrocławskiego w rozwój transplantologii nerek.

Przeszczepianie narządów jest metodą leczenia w sytuacji, gdy dochodzi do nieodwracalnej, postępującej niewydolności organu. Problem stanowi wciąż zbyt mała ilość dawców. Pozyskane przez lata doświadczenia pokazały, że przeszczepu można dokonać od żywego dawcy. Nadzieję na zwiększenie możliwości takiego dawstwa stanowią przeszczepy rodzinne, łańcuchowe. Przeszczepy łańcuchowe między parami oraz krzyżowe u dwóch par dają szansę oczekującym na przeszczep pacjentom wówczas, gdy bliska osoba wyraża wolę oddania narządu do przeszczepu, ale nie może tego uczynić bezpośrednio ze względu na brak zgodności grup krwi lub niezgodność immunologiczną. W swoim wystąpieniu Pani Doktor podkreślała, że wykonanie przeszczepu w trybie planowym pozwala na poprawę rokowania, a w dalszej perspektywie pozytywnie wpływa na jakość życia pacjenta. Dużą rolę grają również elementy ekonomiczne. Ważny fakt stanowi, że w przypadku przeszczepów od żywych dawców zawsze najważniejszy jest dawca i jego dobro. Zostają wykonane badania szczegółowe, które mają zminimalizować ryzyko powikłań po pobraniu. Sam zabieg pobrania, wykonywany jest metodą laparoskopową, aby okres pooperacyjny był jak najmniej dolegliwy dla dawcy.



„Rolę pielęgniarki w przygotowaniu biorcy i dawcy do przeszczepu rodzinnego, krzyżowego i łańcuchowego” omówiła w swoim wystąpieniu mgr Renata Kłak – pielęgniarka pracująca w Stacji Dializ USK. Do przeszczepu przygotowuje się zarówno biorcę, jak i dawcę, przy czym ten ostatni poddawany jest szczególnie drobiazgowej ocenie stanu zdrowia, ze względu na minimalizowanie ryzyka powikłań po pobraniu narządu. Procedura przeszczepowa wyklucza podejrzenia nacisków osób trzecich na dawcę. Dawca na każdym etapie może się wycofać. Po przeszczepieniu zarówno biorca, jak i dawca pozostają pod ścisłą opieką poradni specjalistycznej. Nowością w Polsce jest powołanie zespołu ds. transplantacji od dawców żywych, w którego skład wchodzi 19 lekarzy, 11 pielęgniarek i 2 psychologów. Właściwa koordynacja ma wpłynąć na wzrost ilości przeszczepów. Przedstawiciele USK weszli w skład tego zespołu.



W kolejnym wystąpieniu dr n. med. Elżbieta Trypka (Klinika Psychiatrii USK) odpowiadała na pytanie „Zaburzenia psychiczne. Kiedy do psychiatrii?” Wykład składał się z wielu praktycznych rad, m.in. jak różnicować zaburzenia psychiczne, kiedy należy szukać pomocy psychiatry natychmiast, a kiedy można odroczyć taką konsultację. Szczególne miejsce poświęciła Pani Doktor pacjentowi agresywnemu, poddała tu propozycję, jak rozładować negatywne uczucia i jak postępować w celu zapewnienia bezpieczeństwa sobie i pacjentowi.

Doktor n. ekonom. Izabela Witczak – Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym włączyła się



aktywnie w działania Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych i Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu na rzecz bezpiecznej farmakoterapii. Podczas swojego wykładu Pani Doktor przybliżyła problem. Podkreśliła między innymi, że farmakoterapia, która nie jest dostatecznie bezpieczna oraz błędy związane z lekami stanowią wiodącą przyczynę szkody możliwej do uniknięcia w systemach ochrony zdrowia we wszystkich krajach. Globalny koszt błędów dotyczących farmakoterapii jest równy niemal 1% ogólnych wydatków na zdrowie. Do błędów związanych z farmakoterapią dochodzi, gdy system farmakoterapii jest niedostatecznie zabezpieczony przed wystąpieniem szkody/błędu, lub/i zawodzi czynnik ludzki, tzn. występuje za duże zmęczenie, panują złe warunki pracy, zakłócenia w trakcie wykonywania czynności lub też są nieodpowiednie obsady osobowe – a to wszystko negatywnie wpływa na zlecenie leków, ich transkrypcję, podawanie i monitorowanie procesu farmakoterapii. Podane nieprawidłowości mogą skutkować wystąpieniem ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, niesprawności, a nawet doprowadzić do zgonu pacjenta. Prelegentka opisała działania na rzecz opracowania i wdrożenia ogólnopolskiego, interdyscyplinarnego modelu bezpiecznej farmakoterapii. Narzędziem badawczym dla rozpoznania problemu jest ankieta dostępna dla wszystkich pielęgniarek i położnych w zakładce strony DOIPIP.



U progu sezonu przebiegniowego prof. Leszek Szenborn, Kierownik Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych podjął temat „Rola

zakażenia wirusem grypy wśród personelu medycznego i aktualne strategie profilaktyki”. Wykład oparty był na wynikach badań ukazujących łatwość transmisji wirusa. Ma to szczególnie duże znaczenie dla pracowników ochrony zdrowia. Środowisko szpitalne sprzyja przenoszeniu wirusa a jest to szczególnie niebezpieczne dla pacjentów ze zmniejszoną odpornością, chorych przewlekle, osób w podeszłym wieku, noworodków i małych dzieci. Istnieje również niebezpieczeństwo transmisji wirusa na rodziny pracowników. Świadomość jest wciąż niedostateczna, zważywszy że szacunkowo około 5 – 6% pracowników medycznych poddaje się szczepieniu, co jest jednym z najniższych wskaźników w Europie. Profilaktyka chroni przed zakażeniem i powoduje zmniejszenie ryzyka ciężkości następstw zachorowania. Jak podkreślał Profesor Szenborn, skuteczna profilaktyka, oprócz przestrzegania zasad higienicznych to także szczepienia ochronne przeciwko grypie, z których mogą nieodpłatnie korzystać pracownicy Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego.



„Początek ery poantybiotykowej? Jak ograniczyć zakażenia MDRO”, na to pytanie odpowiedziała w swoim wykładzie dr n. med. Małgorzata Fleischer, mikrobiolog Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych. W swoim wystąpieniu Prelegentka wyjaśniła etiologię problemu: era antybiotyków zmieniła oblicze medycyny, pozwoliła na skuteczną walkę z zakażeniami, poprawiły się rokowania pacjentów operowanych, ograniczyła rozprzestrzenianie chorób zakaźnych wywołanych przez bakterie. Ze względu jednak na zbyt lekkomyślne stosowanie antybiotyków, już w latach pięćdziesiątych XX wieku odkryto pierwsze lekooporności. Przez lata problem narastał. Zakażenia wywołane przez wielooporne bakterie stanowią poważne zagrożenie dla światowego zdrowia publicznego. Wiążą się ze zwiększoną zachorowalnością i śmiertelnością oraz trudnościami w leczeniu, a także mają istotne znaczenie ekonomiczne dla systemu opieki zdrowotnej. Problem został dostrzeżony na całym świecie. Wykład zawierał praktyczne rady związane z izolacją chorego, readykacją bakterii i filozofią leczenia.



Doktor Izabella Wróblewska reprezentująca Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu w pasjonujący sposób przedstawiła działanie wybranych ziół oraz co istotne, ich możliwe interakcje z lekami przyjmowanymi przez pacjenta. Prelegentka zwróciła uwagę na fakt, że stosowanie ziół może być w pewnych sytuacjach niekorzystne. Przyjmowanie preparatów ziołowych bez znajomości wszystkich ich działań może prowadzić do nasilenia już istniejących objawów lub pojawienia się

nowych, stąd tak ważne, aby zapytać pacjenta czy stosuje systematycznie preparaty ziołowe i w jakiej ilości. W wielu przypadkach jednak mądrze stosowane ziołolecznictwo może stanowić uzupełnienie standardowego leczenia - najważniejsza jest wiedza i świadomość.

Na zakończenie Pani Dagmara Wąsowska podjęła ważny dla pracowników medycznych temat ekspozycji zawodowej na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał. Przedstawiła skalę problemu i jego następstwa, podkreślając, że stosowanie w codziennej praktyce bezpiecznego sprzętu jest dodatkowym zabezpieczeniem dla personelu.

W ten sposób została wyczerpana tematyka spotkania. Konferencję zakończyła, dziękując za obecność Prelegentom, Gościom i Uczestnikom Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa mgr Violetta Magiera.

Konferencja spotkała się z dużym zainteresowaniem, które uczestnicy konferencji wyrażali przez kolejne dni w rozmowach z jej organizatorami.



# POSTĘPOWANIE DIETETYCZNE W HIPERCHOLESTEROLEMII.

## CZ2. ŻYWNOSĆ FUNKCJONALNA: FITOSTEROLE

dr n. med. Anna Felińczak



Choroby układu krążenia stanowią obecnie — obok chorób nowotworowych — największe zagrożenie dla zdrowia i życia, są główną przyczyną zgonów w krajach rozwiniętych, w tym także w Polsce. Hipercholesterolemia, określana jako nadmierne stężenie lipidów w surowicy krwi, należy do grupy zaburzeń metabolicznych predysponujących do przyspieszonego rozwoju chorób sercowo-naczyniowych. W większości przypadków jest następstwem nieprawidłowego stylu życia, znacznie rzadziej stwierdza się hipercholesterolemię uwarunkowaną czynnikami genetycznymi tzw. rodzinną hipercholesterolemię. Wśród czynników zwiększających ryzyko wystąpienia nieprawidłowego profilu lipidowego wyróżnia się: nieprawidłowe zwyczaje żywieniowe, choroby współistniejące, stosowane leki oraz niektóre stany fizjologiczne (ciąża). Terapią pierwszego rzutu w leczeniu hipercholesterolemii jest modyfikacja diety.

Zgodnie z wytycznymi Międzynarodowych Towarzystw Kardiologicznych najlepszym sposobem na obniżenie stężenia frakcji aterogennej LDL cholesterolu jest zastosowanie diety o kontrolowanej podaży tłuszczów, w której szczególną uwagę należy zwrócić na ich ilość i jakość (zastępowanie kwasów tłuszczowych nasyconych — jednonienasyconymi i wielonienasyconymi), zwiększanie udziału w diecie błonnika (zwłaszcza jego frakcji rozpuszczalnych) oraz suplementowanie sterolami i stanolami roślinnymi przy jednoczesnej kontroli masy ciała i regularnej aktywności fizycznej.

Sterole są podstawowymi składnikami błon komórkowych organizmów zwierzęcych i roślinnych. Fitosterole to sterole roślinne, swoją budową przypominające cholesterol będący steroidem charakterystycznym dla organizmów zwierzęcych. Dotychczas poznano blisko 40 form fitosteroli roślinnych, z których najlepiej znane i najczęściej spotykane są: sitosterol i sitostanol, kampesterol i kampestanol oraz stigmasterol, swą budową najbardziej podobne do pierścienia cholesterolowego.

W produktach spożywczych stanole występują w mniejszej ilości niż sterole, dlatego też otrzymuje się je przez uwodornienie steroli. Fitosterole dość powszechnie występują w produktach roślinnych, jednak

ich ilość jest bardzo mała. Największe ilości tych związków występują w olejach (z rafinacji 2500 ton olejów roślinnych można uzyskać 1 tonę fitosteroli), roślinach strączkowych, sezamie, słoneczniku i innych nasionach. Natomiast ich śladowe ilości zawierają warzywa, owoce i produkty zbożowe z pełnego przemiału. Z dietą możliwe jest dostarczenie zalewie 200–400 mg fitosteroli, co jest ilością zbyt niską dla skutecznej redukcji cholesterolu frakcji LDL. Fitosterole (sterole i stanole) są związkami słabo rozpuszczalnymi w tłuszczach, nierozpuszczalnymi w wodzie i z tego względu dodaje się do żywności ich formy zestryfikowane, których rozpuszczalność znacznie się zwiększa. Wchłanianie do organizmu człowieka fitosteroli z żywności w nie wzbogaconej jest niewielkie, przy czym w postaci steroli wchłaniane są w większych ilościach — 0,5–2%, natomiast w postaci stanoli jedynie w ilościach śladowych — 0,04–0,2%. Oznacza to, że znaczna większość stanoli spożytych z pokarmem jest skutecznie wydalana z organizmu. Badania nad wykorzystaniem steroli roślinnych jako związków redukujących poziom cholesterolu w surowicy krwi mają ponad pięćdziesiąt lat. Początkowo stosowane dawki fitosteroli osiągały wartości około 18g dziennie. Ostatnie piętnastolecie obfituje w liczne badania nad ich wykorzystaniem w profilaktyce miażdżycy dzięki stworzeniu takich produktów spożywczych, jak margaryna, majonez, dressing czy jogurt z dodatkiem steroli lub stanoli. Dało to możliwość szerszego i łatwiejszego ich zastosowania w codziennym żywieniu.

Jeden z mechanizmów obniżania stężenia cholesterolu we krwi przez fitosterole związany jest z hamowaniem jego wchłaniania w przewodzie pokarmowym.

Cholesterol, aby mógł być wchłonięty z przewodu pokarmowego, jest wiązany w micelach, z których jest wchłaniany. Cholesterol niezwiązany w micelach wydala się z kałem. Stanole wypierają cholesterol z miceli, dzięki czemu wchłaniana jest mniejsza jego ilość, a większa wydalana z kałem. Jednocześnie stanole są praktycznie niewchłaniane do krwi. Dlatego, aby uzyskać największą efektywność działania stanoli, powinno się je spożywać razem z produktami obfitującymi w cholesterol.

W badaniu Plat i wsp. stwierdzono, że jednorazowe podanie 2,5 g stanoli w ciągu doby pozwala na podobne obniżenie stężenia cholesterolu frakcji LDL we krwi, jak przyjmowanie takiej samej ilości rozdzielonej na 3 posiłki. Na podstawie tego badania można stwierdzić, że nie jest konieczne przyjmowanie stanoli z każdym posiłkiem.

Wyniki wielu prac wskazują, że stanole obniżają stężenie cholesterolu ogólnego w granicach 7–10%, a cholesterolu frakcji LDL — w granicach 10–15%. Ocena stylu życia u pacjentów z hiperlipidemią, którym oprócz ogólnych zaleceń aktywności fizycznej i racjonalnego sposobu odżywiania zalecono spożycie jogurtu fortyfikowanego fitosterolami (Phyto-SY) wykazała znaczącą poprawę parametrów gospodarki lipidowej korelującą ze spożyciem Phyto-Sy. U pacjentów poddanych interwencji żywieniowej z udziałem fitosteroli stężenie cholesterolu całkowitego spadło średnio o 10,6%, LDL o 12,7%, podczas gdy stężenie cholesterolu HDL wzrosło o 8%. Ponadto w badaniu zaobserwowano, że podjęte 4-miesięczne działania prozdrowotne przyczyniły się do poprawy wyników kwestionariusza Nutritional Lifestyle Score (średnia suma punktów z  $15,4 \pm 5,4$  do  $8,7 \pm 4,0$ ) i częstszego podejmowania przez pacjentów aktywności fizycznej.

Warto dodać, że skuteczność działania stanoli utrzymuje się przez cały czas ich stosowania.

W pracy przeglądowej O'Neill i wsp. wykazali, że podawanie stanoli przez 6–13 tygodni jest tak samo skuteczne jak w pierwszych 3–4 tygodniach stosowania. Uzyskane wyniki sugerują, że stanole należy podawać w długoterminowej terapii hipercholesterolemii.

Istotnym zagadnieniem jest określenie, jaka dzienna dawka fitosteroli pozwala na uzyskanie optymalnych efektów terapeutycznych. Hallikainen i wsp. przez 4 tygodnie podawali pacjentom dziennie 0,8 g, 1,6 g, 2,4 g, 3,2 g stanoli. Uzyskali oni najwyższą skuteczność w obniżaniu stężenia cholesterolu całkowitego i frakcji LDL, stosując największe dopuszczalne dawki (odpowiednio spadek o 11,3% i 10,4%). Nie stwierdzili jednak statystycznie istotnej różnicy w zakresie skuteczności działania między dawkami 1,6 g, 2,4 g i 3,2 g, dlatego

w celu uzyskania optymalnych efektów terapeutycznych stanoli wystarczy stosować około 2 g dziennie. W Europie przeciętne spożycie margaryny lub masła wynosi 25 g dziennie, dlatego też skład margaryny jest tak przemyślany, aby w codziennej porcji dostarczała około 2 g stanoli/steroli.

Podawanie leków obniżających stężenie cholesterolu we krwi oprócz dużej skuteczności terapeutycznej wiąże się z ryzykiem występowania działań niepożądanych. Stwierdzono, że u osób, u których mimo stosowania statyn nie udało się uzyskać prawidłowego stężenia cholesterolu, zamiast zwiększać dawkę leku można dołączyć fitosterole.

Blair i wsp. wykazali, że dodatek margaryny zawierającej stanole (pacjenci otrzymywali trzy porcje margaryny dziennie

dostarczając w ten sposób 5,1 g stanoli przez 8 tygodni) pozwala obniżyć poziom cholesterolu całkowitego o 12%, a cholesterolu LDL o 17% u osób z podwyższonym poziomem cholesterolu we krwi, które już przyjmowały statyny. Dodatek margaryny bez stanoli w grupie kontrolnej pozwalał na obniżenie poziomu cholesterolu całkowitego o 5%, a cholesterolu LDL o 7%, zatem obecność stanoli pozwalała na obniżenie poziomu cholesterolu LDL o dodatkowe 10%. W innych badaniach, w których stosowano 2–3 g fitosteroli u osób przyjmujących statyny uzyskano dodatkowe zmniejszenie stężenia cholesterolu LDL o 7–11%.

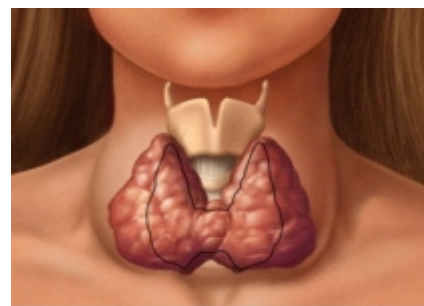
Wynika z tego, że zastosowanie steroli roślinnych występujących w żywności jest niezwykle obiecujące w prewencji chorób układu krążenia. Świadczy o tym

choćby zalecenie Adult Treatment Panel III, w którym, w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia na podłożu miażdżycy, zaleca się między innymi regularne spożywanie produktów spożywczych wzbogaconych o stanole i sterole roślinne, tak aby dostarczać je w ilości 2 g dziennie. Regularne spożywanie stanoli/steroli zaleca się pacjentom z hipercholesterolemią, ze zmianami miażdżycowymi, z chorobami układu krążenia, pacjentom z niskim stężeniem cholesterolu frakcji HDL, aby dodatkowo obniżyć cholesterol frakcji LDL oraz dzieciom z rodzinnym obciążeniem hipercholesterolemii. Zalecenie takie wydaje lekarz prowadzący.

## CHOROBY TARCZYCY Cz.1 WRODZONA NIEDOCZYNNOŚĆ TARCZYCY - WNT

**Beata Kluszczyńska – licencjat pielęgniarstwa  
Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego  
Klinika Endokrynologii i Diabetologii Wieku Rozwojowego USK Wrocław**

Tarczycza jest silnie unaczynionym gruczołem ważącym ok. 15 - 30 gram, znajdującym się w przedniej części szyi na poziomie od 5 do 7 kręgu szyjnego i 1 kręgu piersiowego, w skład której wchodzi dwa płaty wyglądem przypominające rozwinięte skrzydła motyla (ok. 5 cm długie, 3 cm szerokie) połączone cieśnią (in. cieśnią tarczycy).



**Do prawidłowej czynności tarczycy niezbędny jest jod dostarczany organizmowi w diecie.**

Produkując hormony: trójiodotyroninę, tyroksynę gruczoł ma decydujący wpływ na rozwój płodu, noworodka oraz proces wzrastania i dojrzewania.

**Trójiodotyronina (T3)** zwiększa syntezę białek, reguluje pracę układu nerwowego, przemianę materii, poprawia perystaltykę jelit. Ma też udział w prawidłowym wzroście organizmu.

**Tyroksyna (T4)** ma wpływ na wydzielanie hormonów wzrostu i hormonów płciowych. Współuczestniczy we wchłanianiu glukozy z przewodu pokarmowego, pobudza rozpad tłuszczów oraz proces utleniania w tkankach.

**TSH (hormon tyreotropowy)** jest wydzielany przez przysadkę mózgową w celu stymulacji tarczycy do wydzielania hormonów T3 i T4. Nieprawidłowe stężenie TSH zaburza pracę gruczołu tarczowego

prowadząc do niedoczynności bądź nadczynności tarczycy.

**Norma TSH** pobierana z krwi żyłnej zależy od wieku, płci i metody oznaczania w laboratorium. W większości laboratoriów mieści się w przedziale **0,4 – 4,0 mIU/l**.

### WRODZONA NIEDOCZYNNOŚĆ TARCZYCY - WNT

Występuje z częstością 1:4000 żywo urodzonych noworodków, częściej u dziewczynek niż u chłopców (2:1). Choroba może mieć charakter trwały, utrzymując się przez całe życie lub przejściowy, kiedy występując u noworodków w pierwszych miesiącach życia, po ustaniu przyczyn ją wywołujących funkcja tarczycy normalizuje się.

Niedoczynność tarczycy często jest chorobą dziedziczną. Może być następstwem przyjmowania przez matkę leków tarczycowych przenikających przez barierę

łożyska razem z przeciwciałami przeciw-tarczycowymi. Do rozwoju choroby może się również przyczynić niedostateczna ilość lub nadmiar jodu w diecie matki.

Niedobór hormonów tarczycy występuje już w okresie płodowym, lecz zmniejszony jest przez częściowe przeżożyskowe uzupełnianie tyroksyny od matki.

Symptomy niedoczynności tarczycy w wieku noworodkowym najczęściej są mało charakterystyczne wręcz niezauważalne.

**Od 1994 r.** wprowadzono w Polsce obowiązkowe testy przesiewowe za pomocą których można wykryć hipotyreozę jeszcze przed wystąpieniem objawów. Obecnie w naszym kraju wykonuje się badania u noworodków w kierunku 29 chorób wśród których znajduje się także hipotyreoza (w niektórych Stanach USA bada się noworodki w kierunku 55 chorób).

Nieleczona niedoczynność tarczycy w pierwszych 2 latach życia prowadzi do

niepełnosprawności intelektualnej, często w stopniu głębokim, wykluczającym samodzielne funkcjonowanie w społeczeństwie.

W Polsce funkcjonuje jednolity system organizacyjny oparty o komputerowy rejestr wszystkich noworodków. Diagnostyka prowadzona jest przez wytypowane kliniki i poradnie do których bezpośrednio są kierowane noworodki z podejrzeniem jednej z badanych chorób wrodzonych.

W latach 2015-2017 przebadano w Polsce 1.143.000 noworodków z czego u 317 wykryto niedoczynność tarczycy.

**Badanie skryningowe** wykonuje się z kropli krwi po nakłuciu pięty zwykle w 3-5 dniu życia dziecka, pobierając próbkę na specjalną bibułę. Zdarza się, że dziecko zostaje wypisane ze szpitala w 2 dobie życia, wtedy rodzice przy wypisie otrzymują bibułę, na którą przy pierwszej wizycie pielęgniarki z przychodni pobierana jest próbka krwi do badania nie później jednak niż ukończeniem przez dziecko 6 dnia życia.

Prawidłowo pobrana bibuła powinna zawierać:

- krew powinna przesiąknąć na drugą stronę bibuły, a ślady krwi powinny mieć średnicę ok. 1 cm
- dane matki i dziecka mają być czytelne
- kod próbki powinien być przyklejony w oznaczonym miejscu

Przy nieprawidłowym wyniku testu (podwyższonym TSH powyżej 28 mJ.m./l) potwierdza się rozpoznanie wrodzonej pierwotnej niedoczynności tarczycy wykonując TSH i FT4 w surowicy (wysokie TSH przy obniżonym FT4 potwierdza). Przy nieprawidłowym wyniku rodzice/opiekunowie otrzymują zawiadomienie, aby pilnie zgłosili się do kontroli w poradni endokrynologicznej, gdzie wykonywana jest dalsza diagno-

styka, a w razie potwierdzenia niedoczynności tarczycy jak najszybciej wdraża się leczenie.

Jeśli nie stwierdzono u noworodka niedoczynności tarczycy w badaniach przesiewowych, to nie wyklucza się hipotyreozy z „automatu” (wtórna niedoczynność tarczycy).



W wieku niemowlęcym stopniowo mogą narastać objawy somatyczne wskazujące na hipotyreozę:

- słabe napięcie mięśniowe
- przedłużająca się żółtaczka noworodkowa
- duży język
- brak przyrostu masy ciała
- ochrypły głos
- przepuklina pępkowa
- pogrubiałe rysy twarzy
- zaparcia

- sucha, blada, łuszcząca się i marmurkowa skóra
- łamliwość paznokci
- opóźnienie rozwoju
- opóźnione dojrzewanie kości
- spowolnione zarastanie szwów czaszkowych
- niedokrwistość
- nieprawidłowe proporcje ciała (duża głowa, długi tułów, krótkie nogi)
- niska tolerancja zimna
- zaburzenia słuchu
- bradykardia
- po ok. 6 miesiącach dziecko wolniej rośnie

#### DIAGNOSTYKA

Poza badaniami przedmiotowym i podmiotowym wykonywane są badania laboratoryjne TSH, fT4, tyreoglobulina (Tg), cholesterol, LDL, trójglicerydy, sód, badania w kierunku niedokrwistości + EKG, USG tarczycy, USG jamy brzusznej, scyntygrafia tarczycy, rtg kl. piersiowej, wiek kostny (u noworodka rtg stawu kolanowego).

U dzieci ze zdiagnozowanym WNT większość z powyższych badań wykonuje się w celu wykrycia przyczyny choroby takich jak: niedorozwój tarczycy, brak jednego z płatów gruczołu, występowanie gruczołu tarczowego w innym miejscu np. w obrębie języka i in.

#### LECZENIE

Po zdiagnozowaniu niedoczynności tarczycy niezwłocznie rozpoczyna się leczenie lewoskrętną tyroksyną, która podana przed ukończeniem 2 tygodnia życia daje szansę na prawidłowy rozwój umysłowy dziecka. Dawkę lekarz ustala na podstawie stopnia niedoboru hormonów tarczycy

**Dane matki**

Pesel: \_\_\_\_\_  
 Nazwisko: \_\_\_\_\_  
 Imię: \_\_\_\_\_

**Dane dziecka**

Płeć: \_\_\_\_\_  
 Data urodz.: \_\_\_\_\_ Godz.: \_\_\_\_\_  
 Data pobr.: \_\_\_\_\_ Godz.: \_\_\_\_\_  
 Ciężar: \_\_\_\_\_ Hbd: \_\_\_\_\_  
 Apgar: \_\_\_\_\_ Transfuzja? data: \_\_\_\_\_  
 Antybiotyki? \_\_\_\_\_  
 Kamienie: Piers ☐ Butelka ☐ Pozajelitowo ☐

**Adres do kontaktu**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 Pobrał: \_\_\_\_\_

**7057316 [REF] 10534781 Rev. AD**  
**903™** Eastern Business Forms  
 530 Old Sulphur Springs Rd.  
 Greenville, SC 29607, USA  
**CMC**  
 CI-Horacio Lengo N18  
 CP 29006 Malaga, Spain  
 +34951214054

**7057316 [REF] 10534781 Rev. AD**  
**903™** Eastern Business Forms  
 530 Old Sulphur Springs Rd.  
 Greenville, SC 29607, USA  
**CMC**  
 CI-Horacio Lengo N18  
 CP 29006 Malaga, Spain  
 +34951214054

**Wyrażam zgodę na wykonanie, w ramach badań przesiewowych, diagnostycznych testów molekularnych z krwi pobranej na bibułę.**

\_\_\_\_\_  
 Imię i nazwisko matki (prawnego opiekuna)

\_\_\_\_\_  
 Data i czytelny podpis

i wieku dziecka.

Celem leczenia jest szybkie unormowanie stężenia hormonów we krwi.

! U noworodków może wystąpić **przemijająca niedoczynność tarczycy** spowodowana niedoborem jodu w środowisku, wcześniactwem, ostrym bądź przewlekłym niedotlenieniem, stosowaniem przez matkę leków zawierających jod, leczeniem nadczynności tarczycy u ciężarnej matki a także autoimmunologicznymi chorobami matki. **Przemijającą niedoczynność tarczycy leczy się tak jak WNT do ustąpienia objawów.**

Do podstawowych zadań pielęgniarki należy przekazanie rodzicom informacji, które odpowiednio stosowane zabezpieczą dziecko przed poważnymi następstwami:

#### 1. Podaż L-Tyrosyny (L-T4)

Lek należy podawać rano, rozdrobniony i rozpuszczony w małej ilości wody lub pokarmu kobiecego, co najmniej 30 minut przed posiłkiem, dzięki czemu ze względu na niższe pH w żołądku wchłonie się nawet w 80%.

Wymagany czas oczekiwania na karmienie nie zawsze jest akceptowany przez rodziców, dlatego w wyjątkowych sytuacjach dopuszcza się podaż L-tyrosyny krótko przed karmieniem. Jeśli skład pokarmu porannego będzie stały (przewidywalny) lekarz ustali taką dawkę leku, aby stopień wchłaniania był podobny do dawki na czczo.

W przypadku gdy dawka L-T4 nie będzie skorygowana to jej działanie będzie niedostateczne a efekt będzie niezadowalający. Docelowa dawka zależna jest od wyników TSH i fT4, wieku i masy ciała pacjenta.

#### 2. Inne leki:

Podawanie wapnia, preparatów żelaza oraz dieta oparta na preparatach sojowych znacznie upośledza wchłanianie L-T4.

#### 3. Pobieranie krwi na hormon tyreotropowy.

Spełnienie poniższych warunków gwarantuje, że wynik TSH będzie miarodajny.

Ze względu na odnotowywanie wzrostu TSH w godzinach wieczornych (ok. 21.00), zwykle zaleca się pobranie krwi żyłnej rano na czczo przed podaniem tyrosyny lub w godzinach ustalonych przez lekarza, nie wcześniej jednak niż 4 godz. (małe dzieci) po przyjęciu dawki L-T4.

#### 4. Monitorowanie leczenia

Pierwsza kontrola stężenia TSH i fT4 jest zalecana po 7-14 dniach od rozpoczętego leczenia, następnie co ok. 14 dni aż do unormowania TSH.

Do 2 r.ż. kontrole laboratoryjne wykonywane są co 1 – 2 miesiące ze względu na szybki przyrost masy ciała dziecka. Po 2 r.ż. co

3 m-ce, po 3 r.ż., nie rzadziej niż co 4 m-ce. Po ukończeniu 3 r.ż. dziecka można przeprowadzić weryfikację niedoczynności tarczycy odstawiając L-T4 na 2-3 tygodnie.

Miedzy 9 a 12 m.ż. lekarz może skierować dziecko na wykonanie USG tarczycy.

Podczas badań kontrolnych wykonywany jest m.in. pomiar wzrostu, masy ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej, ciśnienia tętniczego, ocena tempa wzrastania, badania psychologiczne. Po 12 m-cu życia wskazane jest wykonanie konsultacji specjalistycznych mających na celu wykrycie trwałych następstw braku hormonów tarczycy w życiu płodowym: okulisty, logopedy, neurologa, otolaryngologa, kardiologa.

#### 5. Zaburzenia we wchłanianiu lewotyrosyny

Na wchłanianie L-T4 mają wpływ przyjmowane preparaty żelaza, wapnia, dieta bogata w soję (mleko sojowe), niektóre leki p-kolkowe oraz błonnik (w okresie niemowlęcym i późniejszym), inhibitory pompy protonowej - dlatego nie należy ich podawać o tej samej porze co tyrosynę.

**6. Obniżone napięcie mięśniowe** - wskazane są konsultacje z fizjoterapeutą, który zaleci masaż i ćwiczenia stymulujące rozwój psychoruchowy (Vojta, Bobath lub inne)

**7. Powiększony język** - duży, wystający z jamy ustnej język noworodka jest poważną przeszkodą w karmieniu, powoduje krztuszenie się dziecka oraz ślinotok, co nie sprzyja zachowaniu odpowiedniego pH w jamie ustnej. Należy udzielić matce wskazówek jak karmić piersią, w trudniejszych przypadkach zapewniając wsparcie położnej laktacyjnej, która zaproponuje najbardziej odpowiedni smoczek do karmienia przy pomocy butelki. Po każdym karmieniu jamę ustną należy oczyścić z zalegającego mleka, co w warunkach szpitalnych wykonuje się najczęściej ssakiem elektrycznym. W warunkach domowych natomiast można zaproponować owinięcie palca lub cienkiej szpatułki gazikiem i delikatne usunięcie nadmiaru pokarmu w sposób mechaniczny. Można też zasugerować wypożyczenie ssaka z odpowiedniego punktu ze sprzętem medycznym lub zakup ssaka pediatrycznego do użytku domowego. Zdarza się, aczkolwiek bardzo rzadko, że język jest za duży uniemożliwiają karmienie butelką na obecną chwilę - lekarze po konsultacji chirurgicznej za zgodą mamy podejmą decyzję czy nie należy na pewien czas założyć gastrostomii.

#### 8. Sucha, łuszcząca się skóra, łamliwość paznokci

Ograniczenie czasu kąpieli dziecka do 5-10 min. Unikanie mycia mydłem, stosowanie emolientów do kąpieli na zmianę z kąpielą

w krochmalu, nawilżanie skóry produktami zatrzymującymi wilgoć, poprawiającymi poziom nawilżenia, zapewniającymi właściwe natłuszczenie, posiadającymi właściwości pielęgnacyjne skóry (np. Atoperal plus). Pielęgnowanie, natłuszczenie paznokci, aby drapiąc się nie powodowało nadkażeń skóry.

**10. Niska tolerancja zimna** - postępowanie jest objawowe. Dogrzewanie pomieszczenia w którym przebywa dziecko, założenie dodatkowej warstwy ubrania, najlepiej z delikatnej bawełny jednocześnie unikając przegrzewania dziecka (nadmierne pocenie podrażnia skórę i pozbawia organizm wody).

#### 11. Przepuklina pępkowa

Przy niewielkiej przepuklinie najczęściej wystarczy uciskanie uwypuklenia złożoną pieluszką lub układając dziecko na brzuszku uciskając w sposób naturalny jelita, co wzmacnia jednocześnie mięśnie przy próbach unoszenia przez dziecko główki.

! Układając dziecko na brzuszku należy maluszka bacznie obserwować i unikać zbyt miękkiego podłoża (poduszka, puchaty koc).



Ważne jest także, aby ograniczyć płacz noworodka eliminując kolki oraz zaparcia w celu uniknięcia napinania powłok brzusznych.

Przy większej przepuklinie lekarz lub przeszkolona pielęgniarka nakleja co 2 tygodnie plaster przytrzymujący mięśnie brzucha - kuracja trwa od jednego do kilku miesięcy (są zwolennicy i przeciwnicy tej metody).

Przepuklina pępkowa u niemowląt najczęściej mija samoistnie, gdy mięśnie dziecka się wzmocnią. W wyjątkowych przypadkach lekarz decyduje o zabiegu operacyjnym.

### Wiele z powyższych objawów stopniowo ustępuje po unormowaniu niedoczynności tarczycy.

Edukacja pacjenta jest podstawowym czynnikiem prawidłowego leczenia. Początkowo rozmawia się z rodzicami/opiekunami, jednak od wieku szkolnego należy edukację rozszerzyć na dziecko ze szczególnym naciskiem przed zakończeniem opieki pediatrycznej, gdy zalecenia powinny być realizowane w pełni świadomie i samodzielnie.

### Bibliografia:

„Tyreologia wieku rozwojowego” Artur Bossowski. Wyd. Medical Tribune Polska, Wyd. I 2013  
Medycyna Praktyczna 2018 r.  
„Endokrynologia” nr 2/2018  
Medycyna Praktyczna 2019 r.  
„Endokrynologia” nr 1/2019  
Praca przeglądowa Anna M. Kucharska i in.  
„Leczenie i monitorowanie terapii wrodzonej niedoczynności tarczycy-rekomendacje PTEIDD”

Endokrynol. Ped. 2016. 15. 2. 55. 53-58

Fot. 1 ze strony:

<https://www.mayoclinic.org>

Fot. 2 ze strony:

<https://emedicine.medscape.com>

Fot. 3 ze strony: <https://pl.wikipedia.org>

# CHOROBA W RODZINIE JAKO ZJAWISKO SPOŁECZNE

**mgr Władysława Głowacz**  
**Naczelną Pielęgniarką - Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu**

### Szanowni Państwo!

W lutym 2018 roku wraz z Panią Pielęgniarkami z Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu rozpoczęliśmy cykl ponad 20 artykułów dotyczących pielęgniarstwa onkologicznego. Ideą naszą była chęć dzielenia się wiedzą i doświadczeniem z zakresu opieki nad pacjentem onkologicznym. Mamy nadzieję, że wiedza ta posłuży praktyce zawodowej naszych Koleżanek oraz będzie pomocna wszędzie tam, gdzie trafia nasz Pacjent Onkologiczny potrzebujący kompetentnej i rzetelnej opieki pielęgniarstwa.

Pragniemy poinformować, że artykuły te zostaną zebrane, opracowane i wydane w postaci książki, która będzie promowana na Kongresie Onkologii Polskiej. V Kongres Onkologii Polskiej, którego organizatorem jest Dolnośląskie Centrum Onkologii odbędzie się we Wrocławiu, w dniach 14-17 października 2020 roku. Już dziś bardzo serdecznie zapraszamy do udziału.



Choroba jest jednym z ważnych procesów zachodzących wewnątrz rodziny i stanowi przedmiot badania socjologii medycyny. Wiedza ta daje nam podstawę do podejmowania dalszych działań wobec ludzi chorych, ich postaw, relacji wzajemnych, metod udzielania wsparcia i pomocy. Ponadto socjologia medycyny w połączeniu z innymi naukami np. pedagogiką, psychologią, czy demografią pozwala kształtować długofalową politykę społeczną wobec rodziny.

Społeczne konsekwencje choroby rozpatrujemy w dwóch kategoriach – rodziny i środowiska. W kategorii rodziny analizujemy w aspekcie reakcji na chorobę i zmiany w rolach poszczególnych jej członków, w związku z chorobą jednego z nich. Również w kategorii środowiska życia, pracy, także w trakcie kontaktów – na ulicy, środkach transportu, sklepach. Ponadto kosztach finansowych poniesionych przez

społeczeństwo tj. zwolnienia lekarskie, zasiłki rehabilitacyjne, spadek produkcji, renty, koszty przystosowania infrastruktury dla osób niepełnosprawnych.

Rodzina jako podstawowa komórka społeczna pełni wiele funkcji w tym: materialno – ekonomiczną (zapewnienie bytu rodzinie); prokreacyjną i seksualną (zapewniającą ciągłość pokoleń); legalizacyjno – kontrolną; socjalizacyjną i kulturową (przygotowanie dzieci do życia w społeczeństwie); klasową (naznaczenie statusu społecznego zależnego od posiadania majątku, wykształcenia i pozycji społecznej); rekreacyjno – towarzyską (wypoczynek, spędzanie czasu wolnego, celebrowanie tradycji rodzinnych) oraz emocjonalno – ekspresyjną. Żadna grupa społeczna, czy instytucja nie realizuje potrzeb emocjonalnych człowieka w takim zakresie jak czyni to rodzina. W rodzinie rodzą się uczucia wyższe – miłość, szacunek, wzajemne więzi. Niestety nie

czynią tego rodziny patologiczne.

Rodzina w swoim życiu przechodzi różne etapy, cykle. Według Duwalla uwzględnia się wiek dziecka i jego miejsce w systemie szkolnym.

1. Małżeństwo – bez dzieci.
2. Małżeństwo wychowujące małe dzieci.
3. Rodzina z dzieckiem w wieku przed-szkolnym.
4. Rodzina z dorastającymi dziećmi.
5. Rodzina z dziećmi opuszczającymi dom.
6. Stadium pustego gniazda, nowy rozdział życia.
7. Starzejący się rodzice, aż do śmierci obojga.

Analiza stanu zdrowia w populacji pozwala dostrzec zasadę według, której stan zdrowia powiązany jest z wiekiem ze względu na rodzaj dominujących chorób typowych dla kategorii wieku np. dzieci, osoby starsze oraz pogarszanie się wraz z wiekiem stanu zdrowia i jego samooceny.

W przebiegu różnych chorób, zarówno o przebiegu ostrym, jak również przewlekłym obserwujemy bardzo duży wpływ rodziny i najbliższych. Choroba ma silne zakorzenienie w rodzinie w poszczególnych etapach swojego przebiegu:

- rodzina przy diagnozie – pacjentom na etapie diagnozowania choroby towarzyszy rodzina i bliscy;
- rodzina w szpitalu – odwiedzanie chorego, wspieranie;
- rodzina motywującą do wyjścia z choroby – posiadanie małych dzieci jest najsilniejszą motywacją do walki z chorobą;
- ochrona rodziny przed złymi informacjami – najczęściej chronione są dzieci i starsi rodzice;
- dezintegracja życia rodzinnego – w zależności od tego kto choruje, matka jest organizatorką życia rodzinnego;
- destabilizacja ekonomiczna życia rodzinnego – najczęściej w przypadku choroby ojca z uwagi na wysokość zarobków (w ostatnim czasie jednak stopniowo ulega to zmianie);
- czynności życia codziennego – ponieważ każdy z członków rodziny pełni określone funkcje, w czasie choroby pozostali członkowie rodziny muszą je przejąć.

Ujęcie indywidualne choroby to uznanie roli chorego, czyli uznanie choroby za stan niepożądany, następuje zwolnienie z dotychczas pełnionych zadań. Pacjent poszukuje profesjonalnej pomocy i aktywnie współdziała w terapii. W wyniku choroby dochodzi często do konfliktu ról. Choroba czasowo lub trwale ogranicza fizyczną lub psychiczną sprawność człowieka i wymusza

ograniczenia lub „wypadnięcia” z dotychczas pełnionych ról. Może również wywołać konflikt między rolą człowieka chorego (hospitalizacja) a koniecznością ważnych życiowo ról społecznych (praca zawodowa).

W wyniku choroby dochodzi często do zmiany w obrazie siebie. Czynnikiem wpływającym na samopoczucie psychiczne chorego, to rodzaj choroby i wywołane przez nią ograniczenia i uczucia żywione do samego siebie. Bardzo ważne jest doświadczenia związane ze stosunkiem otoczenia na wieść o chorobie i na widok osoby chorej i jej dysfunkcji.

Reakcje na zmianę własnego położenia społecznego i obraz samego siebie można oceniać według ich wpływu na dalsze, w miarę normalne, samodzielne i aktywne życie.

Reakcje te mogą mieć charakter negatywny – wpływają niekorzystnie na przyszłe losy osoby chorej. Reakcje obojętne – nie mają żadnego wpływu a także reakcje pozytywne – stymulują dalszy rozwój osobowo-wyjednostki.

W czasie leczenia onkologicznego przy zastosowaniu chemioterapii bardzo poważnym problemem dla pacjentów jest wypadanie włosów. Współczesne technologie medyczne starają się wychodzić naprzeciw i szukają nowych rozwiązań. Obecnie zaczyna się stosować system chłodzenia skóry głowy PAXMAN, ale są to początki.

Oto słowa jednej z pacjentek, która również musiała zmierzyć się z tym problemem.

„... dobiło mnie chyba jeszcze to, że położyłam się spać, budzę się rano a na poduszce

wszystkie moje włosy. Wypadały mi już wcześniej, ale to było jak w horrorze, bałam się popatrzeć w lustro. Myślę, że dla kobiety niezależnie ile by miała lat, utrata włosów to jest tak jakby ktoś zabrał jej to wszystko w co wierzyła od dziecka, że jest dziewczynką a potem kobietą. Po utracie włosów ma wrażenie, że nie wie kim jest, bo nie jest mężczyzną, ale już też nie jest kobietą. Czuje się tak jakby była naga i wszyscy na nią patrzyli. Mimo, że nosi perukę, ale ona wie, że nie ma włosów. Tak, tak właśnie się czułam. Wszyscy moi najbliżsi przestraszyli się mojego stanu ducha.” (Jolanta – Amazonka lat 39)

W chorobie i niepełnosprawności bardzo ważna jest postawa tych osób. Niestety nacechowana jest ona ogólnie niską samooceną siebie i swojej sytuacji, poczuciem osamotnienia i subiektywnego poczucia krzywdy. Dlatego tak ważna jest rodzina, która jest wsparciem dla pacjenta i pozwala mu przejść przez kolejne etapy diagnozowania, leczenia, rehabilitacji. Rodzina towarzyszy również naszym pacjentom w terminalnej fazie choroby nowotworowej i wraz z pielęgniarkami i innymi członkami zespołu terapeutycznego przeprowadza go na „drugi brzeg życia”.

**Bardzo serdecznie dziękuję Redakcji „W Cieniu Czepka” za możliwość prezentowania oraz zrealizowania zamierzonej koncepcji cyklu kolejnych artykułów.**

**Ponadto pragnę podziękować wszystkim Paniom Pielęgniarkom z Dolnośląskiego Centrum Onkologii autorkom tych artykułów, za profesjonalizm, odwagę i kreatywność.**



# ZACZEPEK ETYCZNY

## ETYKA ROZCZAROWAŃ

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

*Im więcej oczekiwań, tym większe rozczarowania. Trudno więc dziwić się temu, że żyjąc w świecie nadmiernych oczekiwań wobec siebie, własnego ciała, wobec innych ludzi, a także terapii, własnej sprawności i atrakcyjności, pracy i wszelkich planów życiowych, każdy snuje się po rozległym polu rozczarowań. Paradoksalnie więc, im bardziej jesteśmy szczęśliwi, im więcej mamy radości, im wygodniej żyjemy, tym więcej mamy powodów do utyskiwań. Gemo, ergo sum – stękam, więc jestem.*

Znowuż paradoksalnie: rozpieszczamy się czymkolwiek i jakkolwiek, zgoda przy tym dziecinniejąc, a jednocześnie pochylamy się nad byle czym, aby choć trochę postękać i ponarzekać – tetryczając przy tym. I w tym zrządzeniu odnajdujemy sens, który ciągle odsyła do tego, czego nam zabrakło, co nam umknęło, co się nie spełniło. To rezultat ekonomiki galopującej obfitości dóbr i przyjemności, która odślania nam jednocześnie świat obfitości niedosytu i niespełnienia.

Jeśli więc zostaliśmy wyleczeni, to za chwilę utyskujemy, że w ogóle zachorowaliśmy, bo przecież nam nie powinno się zdarzyć. Jeśli uzyskamy poprawę naszej sprawności, odzyskujemy kontrolę nad czynnościami psychicznymi bądź fizycznymi, to już zrządzimy, że to zbyt wolno, nie w pełni – i dlaczego nam przyszło się z tym zmagać? Nie do przyjęcia jest dla nas wypowiedź Leibniza: „Nie dziwię się, że ludzie chorują. Dziwię się, że chorują tak rzadko”. Bo pragniemy upatrywać w sobie jedynie taką istotę, której przypisane są wyłącznie zdrowie, szczęście, przyjemności i długowieczność.

A takie postrzeganie siebie skazuje nas na rozczarowania i nieustanne utyskiwanie. Pomimo tego, że wydaje się nam, że żyjemy w najlepszym z możliwych światów, stale psioczemy na niego. Bernd Stegemann pisze, że to konsekwencja przepagowanych ofert, które ludziom stały się potencjalnie dostępne: „Wszystko wymyka im się z rąk w momencie, kiedy to chwycą, ponieważ to, co zostaje wybrane, nie może sprostać porównaniu do tysięcy odrzuconych możliwości”. Matryca życia jako supermarketu wcale nie jest tak nierozumna: gdy wchodzimy do niego wypełnia nas szcze-

śliwość ofert, gdy wychodzimy już tylko złość ograniczeń.

Rodzą się w duszy sprzeczne uczucia: im nam lepiej, tym bardziej cierpimy. Odo Marquard nazwał ten fenomen ludzkich uczuć syndromem księżniczki na ziarnku grochu: „Wydaje się bowiem – jak w przypadku księżniczki na ziarnku grochu, która, jako że zabrakło już innych przyczyn cierpienia, mogła cierpieć już tylko z powodu ziarnka grochu – że właśnie teraz obowiązuje następująca reguła: tylko ci ludzie, którzy mimo postępującej redukcji źródeł cierpienia są w stanie cierpieć coraz bardziej, ci i tylko ci – jako Sensibilissimi – są naprawdę nowoczesnymi ludźmi”. Toteż utyskiwanie, a czasami wręcz określanie siebie jako ofiary czegokolwiek, czyni nas nowoczesnymi, nieustannie rozczarowującymi się sobą bądź światem i dlatego cierpiącymi.

Podobnie nowocześni jesteśmy w korzystaniu z medycyny współczesnej. Szczycimy się technologicznym wymiarem medycyny, jej postępem terapeutycznym, a jednocześnie absolutnie odrzucamy konsekwencje jej zastosowania, jak również jej ograniczenia, wierząc – po prostu – w cudowność jej mocy. Ale też, pisze Marquard, ów postęp coraz rzadziej wzbudza zachwyt: „Staje się raczej oczywistością, a uwaga koncentruje się całkowicie na dolegliwościach, które pozostają. Działa tutaj prawo wzrastającej natrętności tego, co pozostało. Im więcej rzeczy negatywnych znika ze świata, tym bardziej przykre wydają się te z nich, które pozostają – właśnie dlatego, że rzeczy negatywnych zostaje coraz mniej. Dobra, których ubywa, stają się coraz bardziej cenne; dolegliwości, których ubywa, stają się w sensie negatywnym bardziej



cenne: dokuczają coraz silniej, a te, których nie udaje się zwalczyć, stają się wręcz nie do zniesienia (...). Im mniej źródeł cierpienia pozostaje człowiekowi wskutek postępu, tym dotkliwsze staje się cierpienie nimi wywołane”.

Rozczarowania to efekt absolutnych roszczeń, życia ponad miarę i coraz węższego w nas przekonania, że jesteśmy tylko kruchymi i śmiertelnymi istotami. Pragniemy, aby świat nas oczarował swoim ofertami – tak postrzegamy postęp. Gdy więc nasze ludzkie, codzienne ograniczenia odczarowują ów świat, oczekiwania, które urzekały nas możliwym spełnieniem, okazują się tylko nadmiernymi. A czar odczarowany zawsze przynosi rozczarowanie.

Mimo wszystko, gdy myślimy o szczęśliwych utopiiach przyszłości, zawsze widzimy ludzi uśmiechniętych i radosnych, beztroskich i pełnych ufności. A jeśli szczęśliwą przyszłość zasiedlą smutni, podejrzliwi i rozczarowani wszystkim ludzie, którzy nawet nie będą wiedzieć, że są szczęśliwi?





# **XV edycja Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku**



**temat przewodni:**

## **Innowacje Roku 2019 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej**

**Komunikat I, 10 października 2019**

**Po raz drugi zapraszamy wszystkie zespoły pielęgniarskie,  
które wdrożyły w 2019 r. innowacyjne zmiany w praktyce lub organizacji świadczeń  
zdrowotnych mające na celu poprawę jakości opieki pielęgniarskiej  
do podzielenia się swoimi sukcesami i przystąpienia  
do Konkursu Pielęgniarka /Pielęgniarz Roku 2019**

Konkurs Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku organizowany jest przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i Koło Liderów Pielęgniarstwa od 2005 roku. W 2018 roku, w odpowiedzi na zmieniającą się sytuację w ochronie zdrowia, nowe wyzwania, a zarazem nowe możliwości dotyczące pielęgniarek i położnych, decyzją Zarządu Głównego PTP wprowadzono zmianę w formule Konkursu. Zadecydowano o odejściu od oceny kandydatów indywidualnych, na rzecz wprowadzenia oceny osiągnięć zespołów pielęgniarskich mających bezpośredni wpływ na jakość procesu leczenia i opieki, bądź sytuację zdrowotną podopiecznych. Patronat nad konkursem Pielęgniarka Roku obejmuje corocznie Minister Zdrowia oraz Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, a także nasi kluczowi partnerzy w dziedzinie ochrony zdrowia.

Nowa formuła konkursu, ukierunkowana jest na promowanie innowacyjności oraz wdrażania zmian w pielęgniarstwie, pracy zespołowej oraz zaangażowania zespołów pielęgniarskich w działania na rzecz poprawy jakości opieki i leczenia oraz wdrażania zmian mających na celu dobro odbiorcy naszych usług czyli pacjenta, jednostki i społeczeństwa. Innowacyjne rozwiązania to takie, które dotychczas nie funkcjonowały w danej jednostce i zostały wdrożone dzięki pomysłom, inicjatywie i zaangażowaniu zespołu pielęgniarskiego. Rozwiązania te powinny cechować się oryginalnością oraz oparciem wdrożonych rozwiązań na dowodach naukowych, a zespoły aplikujące powinny posiadać pełne prawa autorskie do koncepcji i wdrożonych rozwiązań. Wskazywane w konkursie efektywniejsze od dotychczasowych rozwiązań innowacje powinny być zweryfikowane poprzez metody badawcze lub analityczne.

### **Cele XV edycji Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku - Innowacje Roku 2019**

Podstawowym celem konkursu jest wyłonienie wdrożonych w 2019 r. innowacji w obszarze praktyki pielęgniarskiej lub organizacji pracy zespołów pielęgniarskich służących poprawie jakości świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwa pacjenta i mających wpływ na sytuację zdrowotną pacjenta lub określonej populacji odbiorców świadczeń zdrowotnych.

Konkurs ma charakter ogólnopolski, jest adresowany do pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych we wszystkich rodzajach podmiotów leczniczych lub wykonujących swój zawód w ramach praktyki zawodowej.

# Regulamin Ogólny Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku

## „Innowacje Roku 2019 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej”

1. Konkurs ma charakter ogólnopolski, jest adresowany do pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych we wszystkich rodzajach podmiotów medycznych lub wykonujących swój zawód w ramach praktyki zawodowej.
2. W ramach Konkursu mogą być zgłoszone przedsięwzięcia, których realizacja przebiegała w 2019 roku i zostały w swoim podstawowym zakresie wdrożone, z możliwością kontynuowania wybranych elementów działań w kolejnych latach.
3. Zgłoszenia mogą być przesłane przez zespoły pielęgniarskie (min. 2 osoby), które uzyskały pozytywną rekomendację kierownika podmiotu leczniczego, w którym wdrożono innowację lub osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu gospodarczego w przypadku spółek cywilnych.
4. Zespoły aplikujące składają wnioski na Formularzach określonych przez Organizatora Konkursu, w terminach zgodnych z Harmonogramem, w formie elektronicznej na adres ZGPTP z dopiskiem Konkurs PR 2019.
5. Ocena aplikacji obejmuje następujące etapy:
  - 1) ocena formalna – Biuro PTP;
  - 2) ocena merytoryczna:
    - etap wojewódzki - wizytacja projektu i ocena z udziałem Zarządu Oddziału PTP
    - etap krajowy - ocena korespondencyjna członków Kapituły Konkursu
  - 3) Finał Krajowy Konkursu – Prezentacja Projektów i wyłonienie Laureatów przez członków Kapituły Konkursu PR.
6. Wszystkie projekty są oceniane według jednolitych kryteriów stanowiących integralną część Regulaminu Konkursu.
7. Członkowie Kapituły mający jakiegokolwiek zależności lub uwarunkowania ograniczające zachowanie bezstronności nie mogą brać udziału w ocenie danego projektu.
8. Biuro ZG PTP oraz przedstawiciele władz Oddziałów PTP mogą udzielać informacji, promować i wspierać zainteresowane zespoły w przygotowaniu aplikacji do dnia zakończenia przyjmowania zgłoszeń.
9. Wyniki kolejnych etapów Konkursu będą komunikowane do zainteresowanych drogą elektroniczną.
10. Laureaci Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku „Innowacje Roku 2019” zostaną uhonorowani Tytułem Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku 2019 oraz nagrodami zespołowymi.

## Kryteria Ogólne oceny Projektów w Konkursie Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku

### „Innowacje Roku 2019 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej”

Projekty będą oceniane przez członków Kapituły Konkursu PR według następujących kryteriów:

| Rodzaj kryterium |                                                                                                         | Waga punktowa<br>max ilość pkt |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 1.               | Nowatorstwo projektu w odniesieniu do funkcjonujących rozwiązań w pielęgniarstwie w Polsce i na świecie | 20pkt*                         |
| 2.               | Oparcie projektu na dowodach naukowych                                                                  | 15pkt*                         |
| 3.               | Znaczenie projektu dla odbiorców opieki pielęgniarskiej                                                 | 25pkt*                         |
| 4.               | Zaangażowanie w projekt partnerów zewnętrznych                                                          | 10pkt*                         |
| 5.               | Organizacja procesu wdrożenia                                                                           | 10pkt*                         |
| 6.               | Autorstwo i kierowanie projektem przez pielęgniarkę lidera zespołu                                      | 15pkt*                         |
| 7.               | Stan zaawansowania projektu/ewaluacja                                                                   | 5pkt*                          |

\* poszczególne kryteria główne zostaną uszczegółowione w materiałach informacyjnych Konkursu

# Kapituła Konkursu

## Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku

„Innowacje Roku 2019 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej”

Mając na celu zagwarantowanie, jak najwyższego poziomu etycznego oraz merytorycznego na wszystkich etapach Konkursu oraz zapewnienie obiektywnych warunków oceny aplikacji projektowych, Zarząd Główny PTP powołuje Kapitułę Konkursu, w skład której zostaną zaproszone osoby mające status autorytetów zawodowych i reprezentujące następujące organizacje i instytucje, tj.:

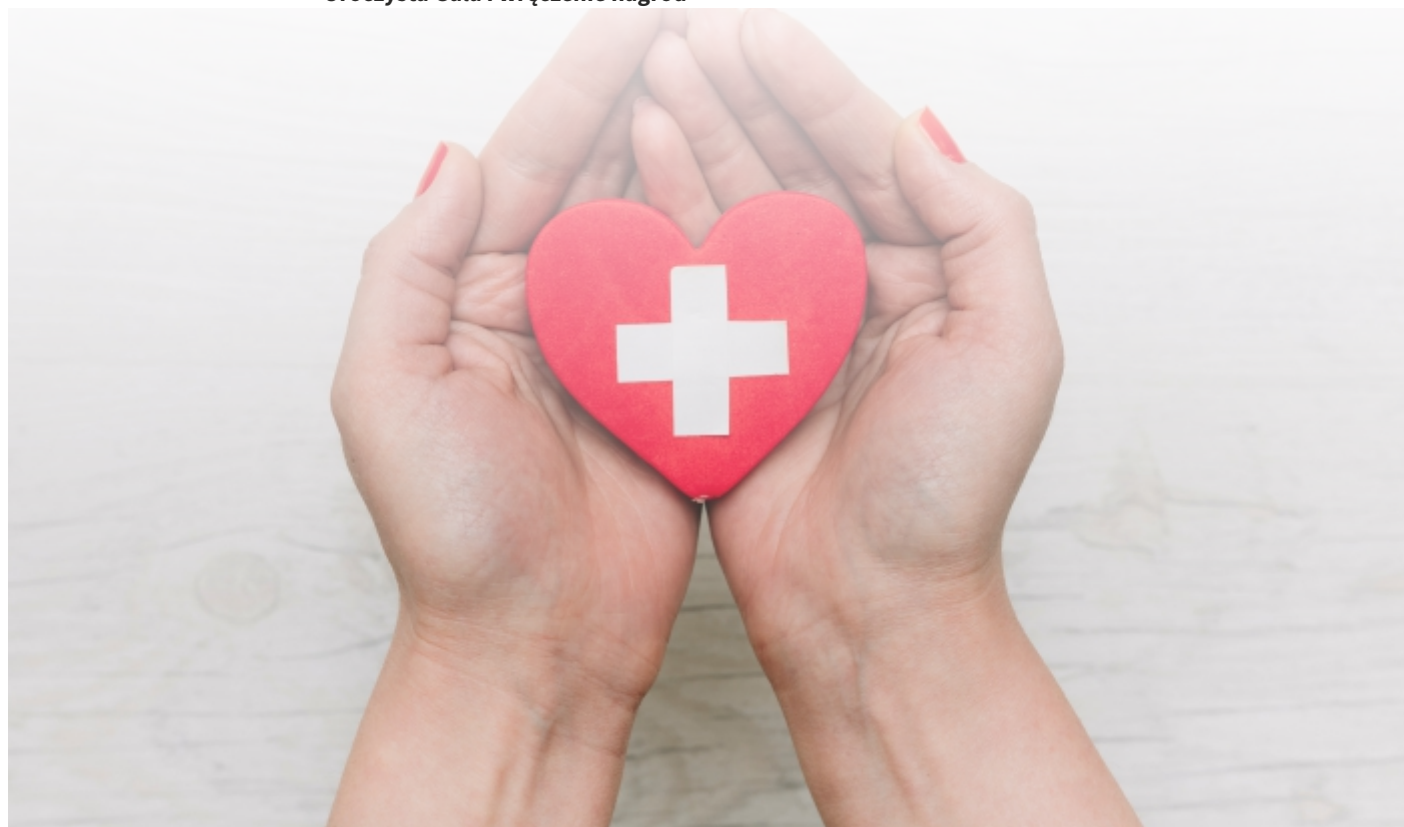
- |    |                                              |           |
|----|----------------------------------------------|-----------|
| 1. | Przedstawiciele Zarządu Głównego PTP         | - 3 osoby |
| 2. | Przedstawiciele NRPIP                        | - 1 osoba |
| 3. | Przedstawiciel MZ                            | - 1 osoba |
| 4. | Przedstawiciele stowarzyszeń pielęgniarskich | - 2 osoby |
| 5. | Przedstawiciel organizacji menadżerskich     | - 1 osoba |
| 6. | Przedstawiciel OZZPIP                        | - 1 osoba |
| 7. | Przedstawiciel organizacji pacjentów         | - 1 osoba |

# Harmonogram Konkursu

## Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku

„Innowacje Roku 2019 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej”

- |    |                                                                                  |                            |
|----|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1. | Komunikat I                                                                      | do 10 października 2019 r. |
| 2. | Promocja Konkursu                                                                | do 15 grudnia 2019 r.      |
| 3. | Przyjmowanie aplikacji                                                           | do 15 stycznia 2020 r.     |
| 4. | Ocena formalna projektów na poziomie ZG PTP                                      | do 30 stycznia 2020 r.     |
| 5. | Ocena merytoryczna projektów                                                     | do 29 lutego 2020 r.       |
| 6. | Prezentacja Projektów wyłonionych do Finału<br>Uroczysta Gala i wręczenie nagród | Marzec / Kwiecień 2020 r.  |





| WYPEŁNIA ORGANIZATOR |  |
|----------------------|--|
| Data wpływu          |  |
| Numer zgłoszenia     |  |

**Karta zgłoszeniowa XV edycja Konkursu *Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku*  
Innowacje Roku 2019 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej**

Karta dostępna na stronie: <https://www.ptp.net.pl> , <http://www.ptp.na1.pl/>

| UCZESTNIK DOKONUJĄCY ZGŁOSZENIA |  |
|---------------------------------|--|
| Autor/ lider zespołu            |  |
| Członek zespołu                 |  |
| Przełożony                      |  |
| Partner zewnętrzny              |  |

| KATEGORIA INNOWACJI (zaznacz odpowiednie): |  |
|--------------------------------------------|--|
| Praktyka kliniczna                         |  |
| Organizacja i zarządzanie                  |  |
| Inne                                       |  |

**I. INFORMACJE O UCZESTNIKU – OSOBA FIZYCZNA**

|                      |  |
|----------------------|--|
| Imię i nazwisko:     |  |
| Miejsce zatrudnienia |  |
| Telefon:             |  |
| E-mail:              |  |
| Adres zamieszkania:  |  |
| Członkowie zespołu   |  |

**II. INFORMACJE O PARTNERZE ZEWNĘTRZNYM**

|                    |  |
|--------------------|--|
| Nazwa partnera:    |  |
| Telefon:           |  |
| E-mail:            |  |
| Adres:             |  |
| Osoba do kontaktu: |  |
| Telefon:           |  |
| E-mail:            |  |

## III. OPIS INNOWACJI

|                                                                                                                                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nazwa innowacji:                                                                                                                                                        |  |
| Rekomendacja kierownika podmiotu leczniczego, w którym wdrożono innowację lub osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu gospodarczego w przypadku spółek cywilnych |  |

Opis innowacji - maksymalnie 2 strony znormalizowanego tekstu. Opisuując innowację prosimy o uwzględnienie następujących elementów:

1. na czym polega innowacja
2. na jaki problem odpowiada innowacja
3. co jest celem innowacji
4. czy i w jakim stopniu innowacja została oparta na dowodach naukowych
5. czy istnieją podobne rozwiązania w pielęgniarstwie w Polsce i na świecie
6. kto jest jej odbiorcą i ostatecznym beneficjentem innowacji
7. na jakim etapie wdrożenia znajduje się innowacja
8. jaki jest zasięg wdrożenia innowacji
9. jaki jest zakres zaangażowania partnerów zewnętrznych
10. czy i jaką zmianę przyniosła innowacja

*To jest miejsce na Twój opis innowacji*

Potwierdzam, że znana jest mi treść Regulaminu Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku „Innowacje Roku 2019 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarstwiej” i akceptuję jego postanowienia.

Oświadczam ponadto, że posiadam prawa autorskie do zgłaszanego opisu innowacji w zakresie niezbędnym do jego wykorzystania zgodnie z niniejszym Regulaminem oraz że nie naruszam praw osób trzecich.

Imię i nazwisko uczestnika konkursu .....

**PODZIĘKOWANIA  
dla Pani TERESY DURAWY**

w związku z przejściem na emeryturę.

W związku z przejściem na emeryturę, personel Kliniki Neurologii pragnie złożyć podziękowania  
za wieloletnią współpracę.

Za każdą spędzoną chwilę i uśmiech na twarzy.

Teresko życzymy spełnienia niezrealizowanych marzeń, wypoczynku na które pracowałaś tak wiele lat,  
zdobywania nowych wspomnień poprzez cudowne podróże.

Zachowanie cudownych i prawdziwych przyjaźni oraz nawiązania nowych.

Wspominaj pracę z uśmiechem na ustach i pamiętaj  
o wszystkich miłych wspólnie spędzonych chwilach.

Dziękujemy za wszystko

Personel Kliniki Neurologii, USK ul. Borowska 213



**Dolnośląska Okręgowa Izba  
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu  
DZIAŁ KSZTAŁCENIA**

**Uprzejmie przypominamy absolwentom specjalizacji,**

**że Pielęgniarki i Położne, które ukończyły specjalizację i uzyskały tytuł specjalisty zobowiązane są w ciągu 14 dni od dnia otrzymania zaświadczenia do dokonania wpisu ukończonej specjalizacji w Prawie Wykonywania Zawodu.** Powyższy obowiązek wynika z Ustawy z dn. 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej art. 46: „pielęgniarka i położna wpisana do Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych ma obowiązek do niezwłocznego zawiadomienia właściwej ORPiP o wszelkich zmianach danych nie później niż 14 dni od dnia ich powstania”.

**W celu dokonania wpisu zapraszamy do Biura Izby z dyplomem specjalisty (w oryginale) i dokumentem prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej do pok. Nr 4 (Ewidencja) w godzinach:**

|             |                     |
|-------------|---------------------|
| <b>Pn.</b>  | <b>8 00 – 16 00</b> |
| <b>Wt.</b>  | <b>8 00 – 17 00</b> |
| <b>Śr.</b>  | <b>8 00 – 16 00</b> |
| <b>Czw.</b> | <b>8 00 – 16 00</b> |
| <b>Pt.</b>  | <b>8 00 – 15 00</b> |

**W miarę możliwości wpis będzie dokonany „od ręki”.**

**Można również dokonać wpisu drogą korespondencyjną,** w tym celu należy wystać dokument prawa wykonywania zawodu wraz z oryginałem dyplomu specjalisty listem poleconym na adres DOIPiP, ul. Powstańców Śl. 50, 53 – 333 Wrocław. Istnieje również możliwość odesłania w/w dokumentów pod warunkiem wskazania adresu zwrotnego.

*Jest taki ból, o którym nie trzeba nic mówić  
Bowień najlepiej wyraża go milczenie „*

**IWONIE PAPIERNIK**

wyrazy współczucia z powodu  
śmierci TATY

Składają: położne i pielęgniarki z W CZ SP ZOZ we Wrocławiu

*Są pożegnania na które nigdy nie będziemy gotowi  
są słowa, które zawsze wywoływać będą może łez  
i są takie osoby na myśl o których  
zawsze zasypie nas lawina wspomnień"*

Koleżance

**ELI WILK**

wyrazy współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci mamy

Składają

koleżanki, koledzy i współpracownicy oddziału IV DCCHP.

20 października 2019r.  
odeszła od nas na zawsze

nasza droga Koleżanka

**MIROŚŁAWA BAKOWICZ**

Dziękujemy Ci Mireczko za to, że byłaś z nami.

Pielęgniarki i położne z NZOZ Multi-Medyk Sp.z o.o.  
pl. św. Macieja 8, Wrocław

Kondolencje i wyrazy głębokiego współczucia  
z powodu śmierci Męża

dla Naszej Koleżanki

**BEATCE SKIBIŃSKIEJ**

Składają Koleżanki z Zarządu ZZPiP w Oławie

*"Nie żyjemy, aby umierać, ale umieramy, aby żyć wiecznie".  
(Michael Buchberger)*

Irenko, ogromnym smutkiem napętnia nas  
wiadomość o śmierci Twojego Brata Ryszarda.

Wyrazy serdecznego współczucia  
- Tobie oraz Twoim Bliskim składają:

Pielęgniarka oddziałowa z całym Zespołem  
z Oddziału Kardiologicznego WSS we Wrocławiu.

*"Człowiek żyje tak długo jak długo trwa pamięć o nim"*

Naszej Koleżance

**HANNIE MAJ**

wyrazy najszerzego współczucia  
z powodu śmierci MĘŻA

Składają:

Przewodnicząca DORPIP

Koleżanki i koledzy z Dolnośląskiej Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych oraz pracownicy biura Izby

Naszej Koleżance

**SYLWII HERCUŃ**

szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci Taty  
Składają koleżanki i koledzy z Oddziału Anestezjologii  
i Intensywnej Terapii Szpitala im. T. Marciniaka

Naszej koleżance

**BEACIE SKIBIŃSKIEJ**

wyrazy szczerzego współczucia  
i słowa otuchy z powodu śmierci męża

składają

pracownicy oddziału chirurgicznego oraz  
Pielęgniarka Naczelna,  
pielęgniarki i położne ze Szpitala w Oławie

*"Życie przemija, Jednak pamięć o kochanej osobie  
pozostaje w sercach na zawsze"*

Koleżance

**DOROTCE KOWALÓW**

wyrazy współczucia i słowa otuchy  
z powodu śmierci MAMY

Składają:

Koleżanki z Intensywnej Terapii i Patologii Noworodka  
Szpitala im. A. Falkiewicza

*"Odeszła....A tak żyć chciała ...  
Pan Bóg tak kazał...odejść musiała ..."*

Naszej Koleżance

**LUCYNIE MODELSKIEJ**

Wyrazy szczerzego współczucia i żalu po śmierci Mamy

Składają:

Koleżanki i Koledzy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,  
oraz Koleżanki ZZPiP przy ZOZ w Oławie.

Inne sprawy nagle nieważne są teraz.  
Świat tak się kurczy, kiedy Ci Matka umiera.  
Niby wiedziałeś, że kiedyś nadejdzie ta chwila.  
A jednak ciężko a przecież boli nad wyraz.  
Ona już doszła, gdzie kiedyś dojść musi.  
Już jest tam, gdzie kończy się Jej droga, u Pana Boga.

**WIESI TARABULE**

i Jej Rodzinie

wyrazy głębokiego współczucia, wsparcia i otuchy  
z powodu śmierci Mamy

Składają:

pracownicy Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej  
i współpracownicy Rehabilitacji  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego przy Koszarowej  
we Wrocławiu.

*"Bliscy, których kochamy zostają w pamięci na zawsze"*

Naszej koleżance

**GRAŻYNIE ZAREMBIE**

Wyrazy głębokiego żalu i współczucia  
z powodu śmierci Brata.

Składają koleżanki z Zarządu ZZPiP w Oławie

Pani

**DOROCIE GELGER**

Oddziałowej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Oławie  
Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy  
z powodu śmierci Babci

Składają Koleżanki i Koledzy SOR w Oławie.

*"Jak trudno żegnać kogoś, kto mógłby żyć dalej z Nami "*

Kondolencje i wyrazy głębokiego współczucia  
z powodu śmierci Taty

dla Naszej Koleżanki

**MARIOLI GOLEC**

Składają Koleżanki z Zarządu ZZPiP w Oławie

*"Bliscy, których kochamy zostają w pamięci na zawsze"*

Naszej Koleżance

**DOROCIE WALEŃSKIEJ**

Wyrazy szczerzego współczucia i słowa otuchy  
z powodu śmierci Taty

Składają: Pielęgniarka Naczelna,  
Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Psychiatrycznego  
Ogólnego, Odcinek A,  
Pielęgniarki Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego,  
Odcinek A MCM w Miliczu.

*"Człowiek żyje tak długo jak długo trwa pamięć o nim"*

Z głębokim żalem żegnamy naszą Koleżankę

**JADWIGĘ BOGDZIEWICZ**

Jej życie zawodowe związane było przede wszystkim z Okręgowym Szpitalem Kolejowym we Wrocławiu gdzie pracowała od jego otwarcia do czasu przejścia na emeryturę. Była pierwszą pielęgniarką endoskopową w nowo zorganizowanej pracowni. Szkoliła w tym zakresie pielęgniarki również z innych wrocławskich szpitali.

W pracy ceniono Ją za profesjonalizm, który miał też wysokie uznanie u współpracujących z Nią lekarzy nie rzadko korzystających z Jej doświadczenia zawodowego.

Charakteryzowały Ją takie cechy jak: pomoc potrzebującym, zdrowym i chorym współpracownikom i członkom rodziny.

Wyrazy współczucia Bliskim składają  
Byli współpracownicy Okręgowego Szpitala Kolejowego  
we Wrocławiu

*Życie to czas, w którym szukamy Boga. Śmierć to czas,  
w którym Go znajdujemy. Wieczność to czas,  
w którym Go posiadamy".*

*(św. Franciszek Salezy)*

Naszej Koleżance

**AGACIE POWSZEK**

wyrazy głębokiego współczucia,  
wsparcia i otuchy po śmierci MAMY

Składa Pielęgniarka Oddziałowa z całym Zespołem Oddziału  
Kardiologicznego WSS we Wrocławiu.

*„Bliscy, których kochamy zostają w pamięci na zawsze"*

Naszej Koleżance

**JOLANCIE SKUBISZ**

Wyrazy głębokiego współczucia  
i słowa otuchy z powodu śmierci mamy

Składają pielęgniarki z Kliniki Gastroenterologii  
Dziecięcej USK we Wrocławiu

Naszej Koleżance

**IWONIE KONIECZNEJ**

szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci Mamy

Składają koleżanki i koledzy z Oddziału Anestezjologii  
i Intensywnej Terapii Szpitala im. T. Marciniaka

*"Ludzie których kochamy zostają z nami na zawsze"*

Naszej koleżance

**BOŻENCE URBAN**

wyrazy głębokiego współczucia  
i słowa otuchy z powodu śmierci TATY

Składają współpracownicy Oddziału Neonatologii szpitala  
Pediatrycznego we Wrocławiu ul.Koszarowa 5

*"Bliscy, których kochamy zostają w pamięci na zawsze"*

Naszej Koleżance

**ELŻBIECIE SWACHA**

Wyrazy szczerzego współczucia i słowa otuchy  
z powodu śmierci MAMY

Składają:

Pielęgniarka Naczelna, Pielęgniarka Oddziałowa  
Izby Przyjęć Psychiatrycznej,  
Pielęgniarki Izby Przyjęć Psychiatrycznej MCM w Miliczu.

*"Czas wszystko zabiera, bo zabrać jest w stanie,  
lecz nigdy nie zabierze tego co w sercu zostaje..."*

Naszej Koleżance

**ELŻBIECIE KOPEĆ**

wyrazy głębokiego współczucia,  
wsparcia i otuchy po śmierci MAMY

składa Pielęgniarka Oddziałowa z całym Zespołem Oddziału  
Kardiologicznego WSS we Wrocławiu.



## **Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu DZIAŁ KSZTAŁCENIA**

Dział Kształcenia Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu zaprasza na **spotkania informacyjno-edukacyjne, kursy dokształcające, specjalistyczne oraz szkolenia specjalizacyjne (specjalizacje)**

Plan wszystkich szkoleń na II półroczu 2019 r. zamieszczony jest w SMK i na stronie: [www.doipip.wroc.pl](http://www.doipip.wroc.pl).



Szczegółowych informacji na temat kształcenia podyplomowego udzielają pracownicy Działu Kształcenia:

|                 |                                         |                                                                                                     |
|-----------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>WROCŁAW:</b> | <b>tel.: 71/333 57 08; 71/333 57 12</b> | <b>e mail: <a href="mailto:dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl">dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl</a></b> |
| <b>LUBIN:</b>   | <b>tel.: 76/746 42 03</b>               | <b>e mail: <a href="mailto:dk.lubin@doipip.wroc.pl">dk.lubin@doipip.wroc.pl</a></b>                 |