



Biuletyn

2/2017

KWARTALNIK OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH z siedzibą w Kaliszu



EKUZ – Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego	4
Otyłość i jej skutki	5
Debata	13
Wady oczu	17
Ogłoszenie Ministerstwa Zdrowia	19
Zmiany w kształceniu podyplomowym	20
Zmiany w Ustawie o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta	21
Świadczenia, które pielęgniarka /położna może wykonać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego	23
Wycieczka	25
Innowacyjna ochrona zdrowia	26

Numer Konta bankowego
75 10 20 2212 0000 5402 0092 6485

Jeśli chcesz być dobrze poinformowany/a
 wejdź na naszą stronę internetową:
www.oipip.kalisz.pl



Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

czynne: od poniedziałku do piątku
 w godzinach 7⁰⁰ - 15⁰⁰

Sekretarz ORPiP

przyjmuje interesantów:
 od poniedziałku do piątku 7⁰⁰ - 11⁰⁰

Skarbnik OIPiP

urzęduje we wtorki i środy w godz. 15⁰⁰ - 18³⁰

Dyżury Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
 62-800 Kalisz, ul. Korczak 4a
 tel. (0 62) 757-04-31
 w pierwszy i czwarty poniedziałek miesiąca
 od godz. 14⁰⁰ do 15⁰⁰

Radca Prawny OIPiP z siedzibą w Kaliszu

- porady w zakresie prawa pracy oraz przepisów
 związanych z wykonywaniem zawodu w każdy wtorek
 w godz. 14⁰⁰ do 16⁰⁰.

Dyżury

Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych:

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
 pełni dyżur w pierwszy i czwarty poniedziałek miesiąca
 w godz. 13⁰⁰ do 15⁰⁰

Zespół redakcyjny w składzie:

Krystyna Połomska
 Jadwiga Soińska
 Danuta Wieczorek

Adres:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
 z siedzibą w Kaliszu
 ul. Korczak 4a, 62-800 Kalisz
 tel./fax: (62) 757 04 31
 www.oipip.kalisz.pl
 e-mail: izba@oipip.kalisz.pl

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu
 nie ponosi odpowiedzialności za treść oraz ofertę firm
 oferujących pracę, zamieszczone w Biuletynie OIPiP.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i opraco-
 wywania tekstów. Redakcja nie odpowiada za treść
 ogłoszeń o konkursach na stanowiska kierownicze
 w ochronie zdrowia.

Data wydania:

CZERWIEC 2017

Nakład:

1000 egz.

Druk:

Drukarnia „Kalgraf” s.c., 62-800 Kalisz, ul. Górna 2a
 tel.: 62 757 31 07, fax: 62 768 36 70

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy

Czas płynie nieubłagalnie i przypomina nam, że mija kolejny kwartał roku.

W ostatnim czasie mieliśmy okazję świętowania Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej. Z tej okazji chętni członkowie samorządu mogli skorzystać z weekendowej wycieczki, która poza zwiedzaniem była okazją do wspólnej zabawy oraz integracji naszego środowiska.

Natomiast po powrocie mieliśmy okazję spotkania na Debacie poświęconej zabezpieczeniu społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze w Regionie Południowej Wielkopolski.

Deбата zorganizowana została przy współudziale JM Rektora Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu – prof. dr hab. n. med. Magdaleny Pisarskiej – Krawczyk.

Chociaż Deбата dotyczyła zabezpieczenia świadczeń dla lokalnego społeczeństwa nie spotkała się z zainteresowaniem samorządów lokalnych, polityków czy dyrektorów podmiotów leczniczych – odpowiedzialnych za organizację świadczeń, a zaproszonych do udziału. Szczegóły dotyczące wydarzenia zamieszczamy wewnątrz numeru.

Tymczasem w Sejmie i Senacie toczą się prace nad ustawą o minimalnym wynagrodzeniu dla pracowników służby zdrowia, w tym pielęgniarek i położnych. Niestety z niepokojem obserwujemy, że procedowane wskaźniki zaproponowane przez rząd odbiegający od propozycji samorządu zawodowego i OZZPiP, zaproponowanych w projekcie społecznym.

Początek wakacji zbiega się również z wprowadzeniem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK). Jest to system teleinformatyczny, utworzony przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia i służy monitorowaniu kształcenia kadr medycznych.

Nakłada on na każdą pielęgniarkę i położną, która będzie chciała uczestniczyć w kursach specjalistycznych, kwalifikacyjnych i specjalizacyjnych – obowiązkowej rejestracji w systemie i założenia indywidualnego konta.

Przed nami lato i wakacje, w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu życzę, aby był to czas wypoczynku, czas poświęcony sobie, który zaprocentuje poprawą kondycji psychicznej i zdrowia. Życząc udanego wypoczynku i szczęśliwych powrotów, pamiętajmy również o naszych koleżankach i kolegach, którzy pozostają na dyżurach w minimalnej obsadzie.

Zapraszam na stronę Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu <http://oipip.kalisz.pl>, gdzie zamieszczamy najnowsze informacje, a w imieniu Koleżanek Redaktorów zapraszam do lektury nowego numeru naszego Biuletynu, również w formie elektronicznej na stronie w zakładce Biuletyn.

*Przewodniczący Okręgowej Rady
(-) Marek Przybył*

EKUZ – EUROPEJSKA KARTA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Posiadając EKUZ – Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, można liczyć na pomoc medyczną jedynie w publicznych placówkach w kraju, na terytorium którego będzie się przebywać. Posiadając EKUZ przysługuje prawo do skorzystania z publicznej opieki lekarskiej w przypadkach jedynie niezbędnych. W niektórych państwach oprócz EKUZ niezbędne może okazać się także przedstawienie dokumentu tożsamości – NFZ sugeruje, że powinien być to paszport.

Karta EKUZ pozwala na traktowanie nas przez zagraniczną służbę zdrowia na takich samych zasadach, jak mieszkańcy kraju, do którego się wybieramy. W praktyce oznacza to, że jeśli jakieś świadczenie jest dla obywateli konkretnego państwa płatne, NFZ nie zwróci nam jego kosztów, nawet jeśli w RP odbywa się ono właśnie w ramach NFZ.

Jak uzyskać pomoc medyczną w ramach EKUZ?

1. Należy sprawdzić, czy usługa medyczna, której potrzebujemy, kwalifikuje się do tych udzielanych bezpłatnie (niezbędne informacje na ten temat znajdują się na stronie NFZ).
2. Udajemy się do miejscowej placówki publicznej służby zdrowia.
3. Podczas rejestracji okazujemy EKUZ – lekarzowi lub administracji szpitala, możemy zostać poproszeni o dowód tożsamości lub wykonanie kserokopii karty.

Nie jest wystarczające podanie lekarzowi samego numeru identyfikacyjnego karty. Lekarz musi osobiście zobaczyć kartę, zweryfikować zawarte w niej dane pod kątem zgodności ze wzorem określonym w przepisach. Osobie przebywającej tymczasowo w innym państwie członkowskim UE/EFTA przysługują te wszystkie rzeczowe świadczenia, które:

- są niezbędne z medycznego punktu widzenia z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń i czasu trwania pobytu
- zostały udzielone w celu uniknięcia sytuacji, w której pacjent byłby zmuszony do powrotu na terytorium państwa ubezpieczenia, aby uzyskać potrzebne leczenie.

Przez pojęcie świadczenia niezbędnego należy rozumieć każde świadczenie, co do którego lekarz zadecyduje, że zachodzi konieczność jego udzielenia z uwagi na stan zdrowia, w jakim znajduje się pacjent, tak aby nie musiał on wracać do swojego państwa właściwego, czyli do państwa ubezpieczenia celem uzyskania leczenia.

EKUZ nie zapewnia pokrycia przez NFZ kosztów transportu medycznego do Polski.

W żadnym wypadku karta EKUZ nie będzie stanowiła dokumentu wystarczającego do uzyskania leczenia planowanego, tj. sytuacji kiedy leczenie jest celem wyjazdu poza granice państwa właściwego.

Na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia czytamy, że: **Zaleca się wykupienie dodatkowego, prywatnego ubezpieczenia obejmującego koszty świadczeń zdrowotnych, których**

w państwach członkowskich nie pokrywa powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Dodatkowa polisa ubezpieczeniowa może również obejmować inne koszty, do których finansowania NFZ nie jest uprawniony, w tym tzw. koszty współpłacenia pacjenta, o których mowa powyżej.

Wydanie karty EKUZ jest całkowicie bezpłatne. Czas oczekiwania na wydanie tej karty: maksymalnie do trzech dni roboczych – pod warunkiem, że wypełniony wniosek jest poprawny, a niezbędna dokumentacja kompletna.

Aby wyrobić EKUZ najpierw należy złożyć wniosek o wydanie karty, a wraz z nim wymagany jest dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne (np. RMUA, zaświadczenie z KRUS, legitymacja szkolna/studencka – adekwatnie do sytuacji ubezpieczonego). W celu uzyskania karty EKUZ należy wypełnić właściwy wniosek, a następnie złożyć go osobiście lub przesłać do wojewódzkiego oddziału NFZ. **Jeśli nie możemy odebrać karty osobiście należy wypełnić odpowiednie upoważnienie do odbioru karty EKUZ i przekazać je właściwej osobie. Tylko z takim upoważnieniem dana osoba będzie mogła ją odebrać**

UWAGA! Wydanie EKUZ przez oddział wojewódzki NFZ, który nie jest właściwy dotyczy jednak wyłącznie wnioskodawców dla których nie zachodzi konieczność przeprowadzenia dodatkowego postępowania wyjaśniającego oraz wyłącznie w sytuacjach wyjątkowych, związanych np. z faktem podjęcia nauki, wykonywania pracy lub lokalizacją siedziby pracodawcy w województwie, w którym wnioskodawca składa wniosek. Dotyczy to również sytuacji związanych z koniecznością pilnego uzyskania EKUZ z uwagi, np. na wyjazd turystyczny. W przypadku, gdy rozpatrzenie wniosku przez oddział wojewódzki NFZ, który nie jest właściwy, będzie się wiązało z koniecznością dodatkowej weryfikacji, oddział wojewódzki NFZ przyjmujący wniosek prześle dokumentację do oddziału właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. Karta po jej wygenerowaniu przez właściwy oddział NFZ może zostać odebrana w oddziale, w którym został złożony wniosek.

Data ważności karty EKUZ jest adekwatna do posiadanego tytułu do ubezpieczenia i tak dla pracowników zatrudnionych na umowę o pracę oraz dla osób prowadzących działalność gospodarczą wydawana jest na okres do 2 miesięcy, dla emerytów na okres 5 lat, dla rencistów na okres przyznanego świadczenia (maksymalnie na 5 lat, dla osób bezrobotnych na okres do 30 dni).

O Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego mogą ubiegać się zarówno osoby udające się za granicę w **celach turystycznych jak i służbowych**. Kartę EKUZ mogą otrzymać również **osoby uczące się za granicą**. Medyczne świadczenia w krajach UE/EFTA przysługują także **osobom zatrudnionym poza granicami RP**.

Gdzie obowiązuje EKUZ?

O Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego możemy starać się wyjeżdżając do następujących państw należących do UE: Austrii, Belgii, Bułgarii, Cypru, Czech, Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Litwy, Luksemburga, Łotwy, Malty, Niemiec, , Portugalii, Rumunii, Słowacji, Słowenii, Szwecji, Węgier, Wielkiej Brytanii, Włoch oraz do Państw członkowskich EFTA: Islandii, Liechtensteinu, Norwegii, Szwajcarii.

Karta EKUZ **nie powinna zastąpić polisy podróźnej**. Zakres ubezpieczenia podróźnego jest znacznie szerszy i często obejmuje znacznie więcej zdarzeń, nawet w zakresie samej pomocy medycznej. Nie bez powodu sam NFZ **zaleca wykupienie polisy turystycznej**. W wielu krajach wezwania pomocy – karetki, nie jest świadczeniem bezpłatnym

w ramach publicznej służby zdrowia. Podobnie sprawa ma się z ratownictwem. Korzystanie z takich świadczeń jest dla członków wielu Państw dodatkowo płatne. Jeśli niezbędny okaże się transport podróżującego do Polski, NFZ również nie zwróci jego kosztów. Zdarza się, że Dyrektor Wojewódzkiego Oddziału NFZ wyraża zgodę na pokrycie kosztów transportu transgranicznego w celu kontynuacji leczenia, natomiast jedynie w wyjątkowych sytuacjach. Polisa turystyczna to nie tylko zwrot kosztów leczenia, to także **ubezpieczenie bagażu, sprzętu sportowego, czy też odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym**. Biorąc pod uwagę wysokość składki za ubezpieczenia podróźne, w stosunku do kosztów całego wyjazdu, czy też ewentualnych kosztów możliwych zdarzeń, cena polisy turystycznej jest naprawdę niska.

UWAGA! EKUZ nie jest dowodem ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia uprawniającym do świadczeń zdrowotnych na terytorium Polski. OSOBA UBEZPIECZONA W NFZ MOŻE POSŁUGIWAĆ SIĘ KARTĄ EKUZ WYŁĄCZNIE W INNYCH PAŃSTWACH CZŁONKOWSKICH.

Przygotowała Danuta Wieczorek

DOSKONALENIE ZAWODOWE

OTYŁOŚĆ I JEJ SKUTKI

Otyłość i nadwaga jest to poważny problem zdrowotny, występujący szczególnie często wśród osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym i przynoszący istotne negatywne skutki społeczne i gospodarcze. Edukacja zdrowotna to za mało, potrzebne są wspólne systemowe działania władz, społeczności i producentów produktów spożywczych, prowadzące do kształtowania środowiska życia sprzyjającego aktywności fizycznej i pożądanym wyborom żywieniowym.

Otyłość to uwarunkowane nadmiernym rozwojem tkanki tłuszczowej zwiększenie masy ciała znacznie powyżej wartości prawidłowych, ustalonych dla danego wieku, płci i rasy.

Utrzymanie właściwej dla wieku i płci masy ciała umożliwia prawidłowe funkcjonowanie organizmu i pozwala uniknąć wielu niebezpiecznych dla zdrowia i życia chorób. **Nadwaga i otyłość** dotyczą coraz większej liczby osób i stały się chorobami cywilizacyjnymi.

Otyłość jest chorobą przewlekłą z silną tendencją do rodzinnego występowania, która wzmacniana jest przez czynniki środowiskowe takie jak brak aktywności fizycznej w zestawieniu z dietą wysokokaloryczną oraz taną żywnością złej jakości.

Wyniki badań epidemiologicznych sugerują, że dzieci niedożywione w okresie płodowym mają większą tendencję do tycia w późniejszym okresie. Zmieniona ekspresja niektórych genów, która jest konsekwencją adaptacji do gorszych warunków rozwoju płodu, staje się przyczyną nadmiernego apetytu u dorosłych. U tak zaprogramowanego potomstwa w życiu dorosłym rozwija się otyłość, hiperleptynemia, hiperinsulinizm i nadciśnienie, a przekarmianie w okresie pourodzeniowym nasila te zaburzenia metaboliczne. Otyłość

i związane z nią zaburzenia biochemiczne są przyczyną cukrzycy, niektórych typów nowotworów oraz chorób sercowo-naczyniowych. Czynnikiem ryzyka rozwoju tych zaburzeń jest gromadzenie się u otyłych dorosłych wewnątrzbrzuszej tkanki tłuszczowej, co jest przyczyną rozwoju wielu śmiertelnych chorób.

Pojęcia nadwagi i otyłości nie są jednoznaczne. Najczęstszym kryterium jest nadmierna masa ciała, wyliczona za pomocą BMI (body mass index). Jest on obliczany według wzoru:

BMI = masa ciała w kg / (wzrost w metrach)²

Prawidłowe BMI wynosi 19-24.9. BMI 25 i więcej oznacza nadwagę, od 30 rozpoznaje się otyłość, a wskaźnik BMI równy lub większy niż 40 oznacza otyłość śmiertelną.

Jednakże **masa ciała** stanowi tylko wstępne kryterium. Bardziej istotne od wskaźnika BMI są zawartość i rozmieszczenie tkanki tłuszczowej w organizmie. *Zawartość tkanki tłuszczowej* u kobiety nie powinna przekraczać 25%. Wyróżnia się dwa typy rozmieszczenia tkanki tłuszczowej: brzuszny i pośladkowo-udowy.

W typie brzuszny tkanka tłuszczowa gromadzi się głównie w obrębie brzucha, co jest bardzo niekorzystne.

Gromadzenie tkanki tłuszczowej w okolicy ud i bioder to tzw. otyłość gynoidalna, typowa dla kobiet.

W różnicowaniu rodzaju otyłości istotne znaczenie mają:

- obwód talii (dla kobiet powinien wynosić poniżej 88 cm, czasem przyjmuje się też, że nie więcej niż połowę wysokości ciała),
- wskaźnik WHR (waist/hip ratio), czyli wskaźnik talia/biodro, który dla kobiet powinien wynosić poniżej 0,8.

Przyczyny

Otyłość to przewlekła choroba, której przyczyny są złożone. Ponad 90% przypadków otyłości jest spowodowanych wyłącznie dodatnim bilansem energetycznym – zbyt dużym spożyciem pokarmów w stosunku do aktywności fizycznej.

Czynniki wpływają na występowanie otyłości?

1. Niewłaściwa, wysokokaloryczna **dieta**, zwłaszcza jeśli jest bogata w przetworzone produkty, dania typu fast food. Bardzo niekorzystny jest nie tylko dodatni bilans energetyczny, ale także duża zawartość cukru, tłuszczu i soli w pożywieniu, w stosunku do ilości witamin, białek i ważnych dla organizmu mikroelementów.
2. Brak aktywności fizycznej, umożliwiającej zużycie energii, zawartej w spożytych posiłkach.
3. Niewłaściwe nawyki żywieniowe, takie jak jedzenie późnym wieczorem, jedzenie zbyt małej ilości posiłków w stosunku do ich zawartości kalorycznej, nieregularne pory spożywania posiłków, jedzenie w pośpiechu, picie zbyt małej ilości wody mineralnej.
4. Zdecydowanie mniejsze znaczenie mają czynniki genetyczne. Mogą one predysponować do wystąpienia otyłości, ale nie są bezpośrednią jej przyczyną. Genetycznie uwarunkowana jest skłonność do nadmiernego gromadzenia tkanki tłuszczowej, a także niektóre zespoły chorobowe, w przebiegu których występuje otyłość.
5. Do czynników biologicznych, predysponujących do otyłości należą: niedoczynność tarczycy, zespół Cushinga, niedobór hormonu wzrostu czy zespół policystycznych jajników.
6. Niektóre leki również mogą powodować zwiększenie masy ciała (np. kortykosteroidy czy leki przeciwdepresyjne).

Niska podstawowa przemiana materii często towarzyszy otyłości. Podstawowa przemiana materii to porcja energii, która w warunkach spoczynku jest niezbędna do utrzymania niezbędnych czynności życiowych. U osób szczupłych pochłania ona 50-70% dziennego wydatku energetycznego a u otyłych znacznie mniej, stąd większa ilość energii może być zmagazynowana w tkance tłuszczowej.

Tzw. oszczędne geny sprzyjają lepszemu przyswojeniu i wykorzystaniu energii obecnej w pokarmach, a więc korzystniejszemu jej magazynowaniu i pożytkowaniu dopiero w okresach niedostatku żywności. Osobnicy posiadający takie geny są często potomkami osób, które przeżyły głód. Otyłości sprzyja u nich także nawyk spożywania

zwiększonej ilości tłuszczu, którego podaży organizm nie jest w stanie kontrolować.

Zbyt gwałtowny wzrost liczby przypadków występowania otyłości przyczynił się do postawienia hipotezy, zgodnie z którą potencjalny apetyt i tendencja do tycia są programowane w okresie płodowym. Niedożywienie płodu, spowodowane zwłaszcza deficytem białka w diecie matki, mogą spowodować nawet 25-30% redukcję masy płodu i łożyska, w wyniku czego dochodzi do spowolnienia rozwoju płodu. oszczędne gospodarowanie składnikami odżywczymi, zwłaszcza glukozą zapewni mu przeżycie. Stałe uzupełnianie poziomu glukozy w mózgu wymaga zahamowania jej wychwytu przez mięśnie i staje się przyczyną rozwoju insulinooporności ich komórek. Odkładanie tłuszczu w komórkach tkanki tłuszczowej jest natomiast ułatwione. Tak zaprogramowany organizm po narodzeniu wykazuje znacznie wzmożony apetyt, który narasta z wiekiem. Nakładają się to zaburzenia regulacji osi podwzgórze - tkanka tłuszczowa - trzustka, w wyniku czego zwiększonej podaży składników odżywczych nie towarzyszy uczucie sytości, natomiast następuje wzmożone odkładanie tłuszczu w tkance tłuszczowej. W normalnych warunkach insulina, jako czynnik stymulujący odkładanie tłuszczu, po posiłku inicjuje wydzielanie w tkance tłuszczowej hormonu sytości leptyny, a ten hormon z kolei zmniejsza wydzielanie insuliny przez trzustkę i w efekcie zanika bodziec, który stymulował gromadzenie tłuszczu. Leptyna pobudza także ośrodek sytości w podwzgórzu mózgu, hamując w ten sposób apetyt. W wyniku zaburzenia regulacji na osi podwzgórze - tkanka tłuszczowa - trzustka, apetyt i odkładanie tłuszczu w tkance tłuszczowej są wzmożone u dzieci zaprogramowanych w okresie ciąży w kierunku oszczędzania energii. Zaburzenia tolerancji glukozy pojawiają się w starszym wieku, kiedy na nabytą tendencję do oszczędzania energii nakłada się efekt zbyt kalorycznego żywienia.

Preferencyjne utlenianie węglowodanów sprzyja otyłości. Osoby, których organizm sprawniej utlenia węglowodany niż lipidy mają średnio 2,5-krotnie większą skłonność do tycia niż te, u których utleniane są przede wszystkim tłuszcze.

Człowiek z otyłością, którego nadwaga spowodowana jest zaburzeniami regulacji neurohormonalnej, nie odczuwa sytości nawet po obfitym posiłku. Otyłość na ogół rozwija się na tle braku pobudzenia ośrodka sytości w podwzgórzu mózgu przez tzw. czynniki sytości. Jednym z nich jest hormon białkowy - leptyna. Po posiłku, kiedy stężenie glukozy we krwi wzrasta, trzustka wydziela do krwi insulinę, która pobudza tkankę tłuszczową do gromadzenia energii w postaci tłuszczu. Pod wpływem insuliny dochodzi do wzmożonej syntezy leptyny w tkance tłuszczowej. Hormon białkowy leptyna, zwana także białkiem OB, jest przez komórki tkanki tłuszczowej wydzielana do krwi i transportowana do mózgu, a w jądrze brzuszo-przyśrodkowym podwzgórza mózgu łączy się ze swoistym receptorem, powodując jego dimeryzację. Proces ten prowadzi do zahamowania biosyntezy i uwalniania neuropeptydu Y (NPY), którego funkcją jest centralna stymulacja apetytu. Zmniejszając łaknienie i spożycie pokarmów leptyna i jej receptor biorą udział w utrzymywaniu stałej masy ciała. Jeżeli stężenie leptyny spada, wzrasta stężenie NPY i nasila

się spożycie pokarmów. Funkcję leptyny jako czynnika sytości mogą upośledzać: mutacje w genie, który ją koduje, defekty w budowie receptora lub defekty w przekazywaniu sygnału z receptora na układy wykonawcze w podwzgórzu mózgu. Wykazano, że w tkance tłuszczowej osobników otyłych zawartość mRNA noszącego informację o syntezie leptyny wzrasta równolegle do wzrostu stężenia insuliny w osoczu krwi, a stężenie leptyny w ich krwi jest znacznie wyższe niż u szczupłych. Stan ten prowadzi do rozwoju oporności na działanie leptyny. Jej stężenie we krwi spada do wartości kontrolnych dopiero po 4-tygodniowej ostrej diecie (400 kcal/dobę), i dopiero wówczas można spodziewać się przywrócenia odczuwania sytości po spożyciu posiłku. Należy jednak pamiętać, że diety tego typu nie zawsze są bezpieczne ze względu na fakt, że leptyna reguluje również funkcje układu odpornościowego. Uczucie sytości mogą także wywoływać aktywatory receptorów histaminowych H_1 oraz inhibitory receptorów H_3 . Ponadto otyłości może towarzyszyć chroniczna inhibicja podwzgórzowego systemu związanego z glukagonopodobnym peptydem-1 oraz obniżenie stężenia insuliny w mózgu. Funkcją dwóch ostatnich czynników jest ośrodkowa redukcja spożycia pokarmu. Zbyt niskie stężenie insuliny w mózgu nie jest jednak w stanie skutecznie zredukować otluszczenia ciała.

Przyczyną otyłości może być także ograniczenie termogenezy poposiłkowej. Szczupli osobnicy reagują na przyjęcie posiłku wzmożonym rozproszeniem w postaci ciepła nawet do 10% dostarczonej energii. Efekt ten nazwano termogenezą indukowaną przez dietę. Jest ona możliwa dzięki białku - termogeninie, które powoduje rozproszenie w postaci ciepła znacznej części energii, wytwarzanej w trakcie procesów wchodzących w skład łańcucha oddechowego. Termogenina występuje w mitochondriach tzw. brunatnej tkanki tłuszczowej (BTT), która w postaci drobnych skupisk jest rozproszona w normalnej białej tkance tłuszczowej. U osobników otyłych termogeneza poposiłkowa jest bardzo ograniczona lub wcale nie występuje - przyczyną jest brak brunatnej tkanki tłuszczowej lub upośledzenie jej funkcji. Termogeneza w BTT jest regulowana m.in. przy udziale włókien współczulnych, gęsto oplatających komórki tej tkanki. Neuroprzekaznikiem jest w nich noradrenalina. Pierwotne zaburzenia czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego występują stosunkowo rzadko, natomiast wtórne jako konsekwencja otyłości są powszechne w tym schorzeniu. Do zaburzeń pierwotnych należą: hiperinsulinizm spowodowany guzami wysp trzustkowych lub wstrzyknięciem dużych dawek insuliny (wywołany przez niego spadek stężenia glukozy we krwi powoduje wzrost łaknienia i podaży pokarmu), nadczynność kory nadnerczy (tzw. choroba Cushinga), nadczynność jajników oraz zwiększone wydzielanie somatostatyny. U osobników otyłych stwierdzono obniżenie stężenia hormonu wzrostu w mózgu oraz we krwi. Skutkiem tego stanu jest przestawienie się organizmu na składowanie tłuszczu i spadek wydatkowania energii.

Niektórym typom otyłości towarzyszy nadmierne wydzielanie białek stymulujących syntezę tłuszczów (ASP - ang. *acylation stimulating proteins*) w odpowiedzi na wy-

sokokaloryczną dietę. Do wzrostu ich wytwarzania prowadzi aktywacja układu związanego z adypsyną - białkiem, którego ekspresja wzrasta w trakcie różnicowania się komórek tkanki tłuszczowej. W otyłości ginoidalnej stężenie ASP w osoczu krwi jest podwyższone, wyższa jest także zdolność odkładania podskórnej tkanki tłuszczowej. W otyłości brzusznej odpowiedź komórek wewnątrzbrzusznej tkanki tłuszczowej na białka ASP jest osłabiona. Stan ten powoduje wzrost stężenia wolnych kwasów tłuszczowych w surowicy krwi, obniżoną zdolność usuwania z osocza krwi poposiłkowych lipoprotein bogatych w triglicerydy i większy ich napływ do wątroby. Konsekwencją tego faktu jest wzrost syntezy miażdżycorodnych lipoprotein oraz wzrost stężenia ASP w osoczu krwi.

Do otyłości może prowadzić nieodpowiedni skład diety, mała liczebność i częstość spożywania posiłków. Przekarmianie i sztuczne żywienie w wieku niemowlęcym może sprzyjać wystąpieniu otyłości w późnym dzieciństwie. Osoby spożywające 1-2 posiłki dziennie wykazują większą tendencję do tycia, mają wyższe stężenie cholesterolu i częściej zaburzoną tolerancję węglowodanów niż te, które spożywają 5 posiłków dziennie. Posiłki bogate w tłuszcze i węglowodany oraz mała aktywność fizyczna sprzyjają odkładaniu tkanki tłuszczowej.

Nawet jedząc obiektywnie mało można mieć nadwagę. Dzieje się tak, gdy nasza indywidualna spoczynkowa przemiana materii jest tak niska, że nawet wtedy znajduje nadmiar energii do zmagazynowania. Niezbędny w takich sytuacjach jest wysiłek fizyczny. Człowiek nie jest stworzony do siedzącego trybu życia jaki umożliwia nam współczesna cywilizacja i konieczny jest ruch fizyczny. U większości ludzi regularna aktywność fizyczna zapobiega nadwadze i otyłości. Brak aktywności fizycznej prowadzi do zbijania się kropelek tłuszczu w adipocytach, a w taki sposób zbita tkanka tłuszczowa trudniej podlega rozpadowi. Z ograniczeniem wysiłku fizycznego oraz długotrwałym unieruchomieniem np. podczas oglądania telewizji lub pracy przy komputerze wiąże się także mniejsze zużycie energii. Często unieruchomieniu towarzyszy dodatkowo spożywanie bogatokalorycznej żywności np. chipsów, słonych paluszków, prażonej kukurydzy, co sprzyja odkładaniu tłuszczu.

Coraz częściej mówi się o predyspozycjach osobniczych do rozwoju otyłości, spowodowanych odmiennym ukształtowaniem neuronów w mózgu. Osoby szczupłe z predyspozycją do tycia dopiero w życiu dorosłym wykazują modyfikacje neuronów, które sprzyjają wzrostowi masy ciała, kiedy kaloryczność diety wzrasta. Zaburzenia ulegają stopniowej korekcie z chwilą rozwoju otyłości, co sugeruje, że otyłość jest dla tych osobników stanem normalnym. Dzięki modyfikacji połączeń neuronów zwiększona masa ciała osób otyłych będzie chroniona także w warunkach niedostatku energii. Warunki zaistniałe w dwóch pierwszych trymestrach ciąży lub w okresie niemowlęcym, takie jak cukrzyca lub otyłość u matki, a także niedożywienie płodu, preferują przewagę tych cykli mózgowych, które poprzez bardziej ekonomiczne wykorzystanie pokarmu mogą predysponować potomstwo do rozwoju otyłości, zarówno w życiu dorosłym

jak i w trakcie dojrzewania. Duża plastyczność neuronów jest możliwa w okresie przed- i wczesnym okresie pourodzeniowym. Neurony różnicują się wówczas z komórek macierzystych pnia, migrują do miejsc docelowych, gdzie będą pełniły konkretne funkcje, tam kształtują się w nich wypustki, tzw. aksony, komórki łączą się i tworzą synapsy. Te neurony, które nie utworzą właściwych połączeń, obumierają. Wszystkie procesy rozwojowe neuronów są nadzorowane przez czynniki metaboliczne, które mają na celu zapewnienie prawidłowego rozwoju płodu i noworodka w ściśle określonych warunkach. Jeżeli młody organizm przystosował się do niedostatku składników żywieniowych, wzrost ich podaży może spowodować szybki rozwój otyłości.

Wciąż bagatelizowane są wpływy psychologiczne w mechanizmie powstawania otyłości. Jedzenie samo w sobie może stać się uzależnieniem, takim jak alkohol, papierosy czy narkotyki, a konsekwencje zdrowotne wcale nie są mniej tragiczne. Do zaburzeń wagi najczęściej prowadzi depresja i inne zaburzenia afektywne. Pamiętajmy, że jedzenie naturalnie jest sygnałem przyjemnym dla organizmu, odbieranym świadomie lub podświadomie. Podczas spożywania pokarmu wydzielają się tzw. hormony szczęścia – endorfiny, dlatego jedzenie kompensuje nam przykre sytuacje i stresujący dzień oraz poprawia humor.

Dowodzono, że w mózgu osób otyłych, podobnie jak w mózgu osób uzależnionych, znajduje się mniej receptorów dla dopaminy – międzyneuronalnego przekazywnika. Jest to jeden z mechanizmów powstawania tolerancji na substancje działające na ośrodkowy układ nerwowy. Możliwe jest również, że niektóre osoby mają od urodzenia zmniejszoną liczbę tych receptorów. Mogłoby się to wiązać z indywidualnymi predyspozycjami do wystąpienia uzależnień, m.in. od jedzenia.

Niektóre farmaceutyki przyjmowane długotrwale mogą doprowadzać do otyłości. Najczęściej są to kortykosteroidy, które podwyższają stężenie glukozy we krwi oraz zatrzymują wodę w organizmie. Obraz otyłości posterydowej jest bardzo charakterystyczny, chorzy są jak gdyby „nalani”, spuchnięci. Wiele leków poprawiających nastrój i samopoczucie może zwiększać wagę, np. niektóre leki przeciwdepresyjne, leki przeciwlękowe, czy leki psychotropowe.

Do innych farmaceutyków prowadzących do otyłości należą środki przeciwpłytkowe, przeciwpadaczkowe, beta-adrenolityki i insulina.

Skutki otyłości

Otyłość nie bez przyczyny została uznana za chorobę cywilizacyjną. To poważna patologia, stanowiąca w skrajnych przypadkach bezpośrednie zagrożenie życia. Każda osoba otyła jest w grupie ryzyka wystąpienia najczęstszych chorób, towarzyszących otyłości, takich jak:

- cukrzyca typu 2,
- miażdżyca,
- nadciśnienie tętnicze,
- zawał mięśnia sercowego i mózgu,
- zatorowość,
- wylewy,

- choroby nerek,
- problemy z płodnością,
- nowotwory,
- zwyrodnienia i choroby układu ruchu, zwłaszcza kręgosłupa,
- kamica pęcherzyka żółciowego,
- bezdechy senne,
- hiperlipidemia,
- zespół metaboliczny.

Przeciwdziałanie otyłości

Świadomość problemu nadwagi i otyłości istnieje od dłuższego czasu. Od lat podejmowane są różne działania, które miałyby odwrócić tendencję narastania tego zjawiska. Mimo to w żadnym kraju nie udało się go ograniczyć. Instytucje międzynarodowe, w tym WHO i UE, wypracowały zalecenia dla władz publicznych. Analiza McKinsey Global Institute¹⁹ pozwoliła zidentyfikować 74 działania służące zmniejszeniu rozpowszechnienia nadwagi i otyłości. Wiele spośród wskazywanych w niej działań podejmowanych jest obecnie również w Polsce.

Przez długi czas skupiano się głównie na edukacji zdrowotnej. Dopiero w ostatnich latach podjęto kroki mające cechy działań systemowych, obejmujące oprócz edukacji także stymulowanie aktywności fizycznej, regulacje reklamy, poprawę dostępności oraz składu produktów spożywczych i napojów. Wymienione działania adresowane są jednak przede wszystkim do dzieci i młodzieży. Wśród nich można wymienić m.in. ścisłe określenie godzin zajęć wychowania fizycznego i akcje mające zachęcać młodzież do aktywności fizycznej, a także budowę infrastruktury sportowej, np. realizacja programu „Moje boisko – Orlik 2012”. Działania w zakresie edukacji obejmują m.in. zagwarantowanie w programach kształcenia obecności zagadnień związanych z przygotowywaniem posiłków, higieną i odżywianiem. Władze publiczne podjęły też działania legislacyjne w zakresie reklamy produktów, zakładające, że audycjom dla dzieci nie powinny towarzyszyć przekazy handlowe dotyczące artykułów spożywczych lub napojów zawierających składniki, których obecność w nadmiernych ilościach w codziennej diecie jest nie wskazana, a także regulujące reklamę i promocję środków spożywczych w jednostkach systemu oświaty. Na szczególną uwagę zasługuje wprowadzenie regulacji dotyczących produktów i napojów, które mogą być dostępne w szkołach. Dość restrykcyjne regulacje, wprowadzone w szybkim trybie i bez przygotowania wszystkich interesariuszy, spotkały się jednak z silnym oporem społecznym i brakiem zrozumienia części środowisk. Wymusiło to złagodzenie przepisów, ale też, co istotne, spowodowało rozpoczęcie programów szkoleń dla personelu kuchennego w placówkach oświatowych. W dalszym ciągu brakuje działań skierowanych do dorosłych, które stanowiłyby rozwiązanie systemowe. Wydaje się, że państwo jest w dalszym ciągu zbyt mało aktywne w tym obszarze. Niezależnie od działań władz publicznych można zauważyć pewne kroki podejmowane przez podmioty komercyjne, jak np. ograniczanie przez niektóre sieci handlowe ilość cukru

i soli w sprzedawanych produktach oraz ograniczenie przez nadawców liczby reklam określonych produktów spożywczych i napojów dla dzieci.

Duże nadzieje budzi nowe podejście władz publicznych zaproponowane wraz z przyjęciem „Narodowego programu zdrowia na lata 2016–2020”. W dokumencie tym jednym z celów jest poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa. Zmiana w tych obszarach jest kluczowa dla zapewnienia prawidłowej masy ciała Polek i Polaków.

Ocena masy ciała

Tkanka tłuszczowa stanowi 10-15 % masy ciała młodego zdrowego mężczyzny i 20-25 % masy ciała młodej kobiety. Jej zawartość w ustroju można określić za pomocą pomiaru gęstości ciała m.in. metodami tomodensytometrii, magnetycznego rezonansu jądrowego i impedancji bioelektrycznej. Metody te są jednak skomplikowane, trudne do interpretacji, kosztowne, a także mało dostępne w codziennej praktyce lekarskiej. Otyłość u osób dorosłych stwierdza się, gdy odsetek tłuszczu w ciele niezależnie od wieku przekracza 25% u mężczyzn i 30% u kobiet. Otyłość rozpoznaje się najczęściej na podstawie pomiarów antropometrycznych. W tym celu należy zmierzyć: wzrost, masę ciała, obwód talii, obwód bioder oraz ocenić grubość fałdów skórno-tłuszczowych w standardowo określonych rejonach ciała. Aby ocena była prawidłowa, należy wykluczyć nadmierną retencję sodu i wody w organizmie (obrzęki, wodobrzusze). Najprostszym sposobem rozpoznawania otyłości jest porównanie aktualnej masy ciała danego osobnika z pożądaną, zwaną także idealną masą ciała (IMC), ustaloną zgodnie z przyjętymi zasadami jej obliczania. W celu wyliczenia idealnej masy ciała (IMC) stosuje się wzór Lorenza;

$$\text{IMC} = (\text{wzrost [cm]} - 100) - \{(\text{wzrost [cm]} - 150) : K\}$$

Współczynnik K dla kobiet wynosi 4, a dla mężczyzn 2. Przekroczenie idealnej masy ciała określa się jako nadwagę. Jej zaawansowaną postać stanowi otyłość, w której IMC jest przekroczona o co najmniej 20%.

Za najlepszy sposób oceny masy ciała uważa się wyznaczenie wskaźnika masy ciała (WMC), zwanego także wskaźnikiem Queteleta, lub BMI (ang. *body mass index*). Jest to stosunek masy ciała wyrażonej w kilogramach do kwadratu wzrostu pacjenta podanego w metrach.

$$\text{BMI} = \text{aktualna masa ciała [kg]} / \{\text{wzrost [m]}\}^2$$

Wykazuje on 80% korelację z zawartością tkanki tłuszczowej w organizmie. BMI dzieci jest na ogół zbliżony do BMI ich biologicznych rodziców. Prawdopodobieństwo posiadania otyłych dzieci, kiedy jedno z rodziców jest otyłe wynosi 25-50%. Zgodność BMI bliźniąt jednojajowych wychowywanych razem wynosi 80-90%, natomiast u wychowywanych w różnych rodzinach adopcyjnych 65-80%.

Dla dzieci graniczne wartości BMI są znacznie niższe, zależne od wieku i dynamiki rozwoju fizycznego. Zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Otyłości Dziecięcej do oceny masy ciała dzieci najbardziej przydatne jest określenie percentyla BMI pacjenta. Percentyl BMI dziecka odczytuje się z siatki percentylowej dla danego

wieku i populacji. BMI pomiędzy 90 a 97 percentylem oznacza nadwagę, powyżej 97 percentyla oznacza otyłość. Odpowiednie siatki percentylowe dla populacji dzieci polskich zostały opracowane oraz wydane przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie i są dostępne w Poradniach Fizjologii Rozwoju, Poradniach Endokrynologicznych, powinny być także dostępne w Poradniach „D”.

Stopień otluszczenia ciała i rozmieszczenie tkanki tłuszczowej można wyznaczyć także na podstawie pomiaru fałdów skórno-tłuszczowych w standardowo określonych rejonach ciała. Dla zobrazowania otluszczenia podaje się najczęściej sumę 10 fałdów mierzonych za pomocą fałdomierza. Pomiarów dokonuje się w okolicy uda ponad rzepeką, ponad mięśniami szerokim uda-bocznym, ponad mięśniami trójkątowym ramienia, w okolicy pępkowej, w okolicy bocznej klatki piersiowej na poziomie X żebra, nad kością biodrową pomiędzy żebrami XII a grzebieniem biodrowym, wzdłuż pachowej krawędzi mięśnia piersiowego większego, w okolicy brodkowej, w okolicy podłopatkowej i na policzku. Grubość fałdu tkanki podskórnej mierzona nad grzebieniem łopatki w otyłości u kobiet przekracza 25 mm, a u mężczyzn 15 mm. Sumę fałdów skórno-tłuszczowych osób badanych porównuje się z wartościami uzyskanymi dla analogicznej populacji osób szczupłych zależnie od płci i wieku.

Rozmieszczenie tkanki tłuszczowej

Na podstawie dystrybucji tkanki tłuszczowej w poszczególnych rejonach ciała można ocenić zagrożenie zdrowotne. Wyróżnia się otyłość androidalną i ginoidalną. Androidalna (inaczej: wisceralna, centralna, brzuszna, trzewna, „typu jabłko”) jest charakterystyczna dla mężczyzn - u kobiet z reguły pojawia się ona w okresie menopauzy, może także stanowić przejaw otyłości występującej rodzinnie. Otyłość aneroidalna charakteryzuje się nagromadzeniem tkanki tłuszczowej w górnej połowie ciała, głównie wewnątrz jamy brzusznej w sieci krezki i w przestrzeni zaotrzewnowej. Otyłość ginoidalna (pośladkowo-udowa, „typu gruszka”) - typowa dla kobiet - charakteryzuje się występowaniem nadmiaru tkanki tłuszczowej w obrębie dolnej połowy ciała. Obydwa typy otyłości można w prosty sposób zróżnicować, obliczając stosunek obwodu talii do obwodu bioder, tzw. wskaźnik talia/biodra lub WHR (ang. *waist to hip circumference ratio*).

$$\text{WHR} = \text{obwód talii} / \text{obwód bioder}$$

Jeżeli wskaźnik WHR dla kobiet jest $\leq 0,8$, a dla mężczyzn $\leq 1,0$, to mamy do czynienia z otyłością trzewną. Wadą wskaźnika WHR jest to, że przy jego zastosowaniu ocenia się jednocześnie ilość podskórnej i wewnątrzbrzusznej tkanki tłuszczowej. Ponadto jego wartość zależy od zawartości żołądka i jelit oraz od szerokości miednicy kostnej, o czym należy zawsze pamiętać rozpatrując wartości graniczne. U dzieci wskaźnik WHR jest w większości przypadków mało miarodajny, dlatego częściej mierzy się u nich tylko sam obwód talii i porównuje z wartościami obserwowanymi w analogicznej grupie dzieci szczupłych.

Leczenie otyłości

Dieta i wysiłek fizyczny

Dla zmniejszenia masy ciała konieczne jest spowodowanie ujemnego bilansu energetycznego, czyli zmniejszenie ilości przyjmowanego pożywienia oraz zwiększenie zużycia energii. Leczenie dietetyczne polega na spożywaniu posiłków o energetyczności zmniejszonej o około 500-1000 kcal dziennie w stosunku do dotychczasowej diety. Odchudzanie należy zaczynać od deficytu energetycznego rzędu 600 kcal dziennie, co można uzyskać na diecie dostarczającej 1200-1300 kcal. Redukcja masy ciała wynosi wówczas około 0,5 kg tygodniowo. Diety o bardzo małej kaloryczności, dostarczającej poniżej 800 kcal dziennie, mogą zapewnić duży ubytek masy ciała w ciągu trzymiesięcznej kuracji, nie są jednak przydatne dla długoterminowej kontroli masy ciała. W ramach ustalonej puli kalorii zaleca się spożywanie 5 posiłków dziennie z ograniczeniem ilości słodczy, słodkich owoców i tłuszczu oraz zastąpienie pieczywa białego pełnoziarnistym. Tłuszcz powinien dostarczać nie więcej niż 30% energii, w tym co najmniej 1/3 powinny stanowić tłuszcze zawierające nienasycone kwasy tłuszczowe. Dla zapewnienia odpowiedniej ilości węglowodanów złożonych, białka, błonnika witamin i soli mineralnych dieta powinna być urozmaicona. Dietę można uzupełniać preparatami witamin i minerałów. W trakcie odchudzania należy pić dużo wody, która spożyta przed posiłkiem daje uczucie sytości. Pożądane jest kojarzenie leczenia dietetycznego z ćwiczeniami fizycznymi. W celu redukcji masy ciała konieczny jest zwiększony wysiłek fizyczny, najlepiej kilka razy w tygodniu po 20-60 minut. Szczególnie korzystne formy treningu to: gimnastyka, jogging, pływanie, marsz, siatkówka, jazda na rowerze.

Parafarmaceutyki

Pomocniczo w czasie odchudzania można stosować pewne parafarmaceutyki, o różnym mechanizmie działania. Liczne środki odchudzające, zawierające błonnik lub włókna roślinne przyspieszają wystąpienie uczucia sytości poprzez zwiększenie wypełnienia żołądka. Inną grupą preparatów wspomagających odchudzanie są środki przyspieszające przemianę materii lub zmniejszające łaknienie, składnikami tych preparatów jest najczęściej chrom lub wyciągi roślinne, np. z grapefruta. W odchudzaniu pomocne mogą być również preparaty zawierające chitynę ograniczającą wchłanianie tłuszczów lub związki ułatwiające ich spalanie: kwas linolowy oraz L- karnitynę. W leczeniu nadwagi można stosować również środki moczopędne i przeczyszczające, których głównymi składnikami są wyciągi roślinne: z senesu, kruszyny, pokrzywy, pietruszki lub brzozy. Liczne preparaty odchudzające mają działanie wielokierunkowe, jednocześnie zmniejszają łaknienie, usprawniają przemianę materii i przyspieszają spalanie tłuszczu.

Farmakoterapia

U pacjentów ze znaczną otyłością, to znaczy z BMI > 30 stosuje się farmaceutyki, których działanie polega na ośrodkowym hamowaniu łaknienia lub na zmniejszaniu przyswajalności tłuszczów. Leki z tej grupy mogą być stosowane wyłącznie pod kontrolą lekarza. Niestety, farmaceutyki te w połączeniu z dietą są w stanie spowodować spadek masy ciała tylko o 8-10%.

Leczenie chirurgiczne

Jeżeli otyłość nie poddaje się leczeniu dietetycznemu i farmakologicznemu, a BMI jest wyższe od 40 i równocześnie występują powikłania metaboliczne, oddechowe czy psychiczne, które stanowią zagrożenie życia, można zastosować leczenie chirurgiczne. Polega ono na zabiegowym ograniczaniu pojemności żołądka. Jedną z metod jest system BIB, polegający na wprowadzeniu do żołądka balonu, wypełnianego następnie solą fizjologiczną. Balon swobodnie pływa w żołądku, jest wielkości męskiej pięści. Zmniejsza łaknienie i daje uczucie sytości, dzięki czemu można zredukować wagę o 15-30 kilogramów. Warunkiem jest jednak stosowanie diety ustalonej przez lekarza. Balon może być w żołądku przez sześć miesięcy - po opróżnieniu, zostaje wyjęty na zewnątrz. Kolejną metodą operacyjnego leczenia otyłości jest chirurgiczne zmniejszenie żołądka. Podczas operacji żołądek dzieli się za pomocą specjalnych szwów (tzw. staplerów) na dwie nierówne części. Pokarm trafia do mniejszej kieszeni, która ma pojemność 30-100 ml, a później wąskim przesmykiem przesuwają się do większej, gdzie jest trawiony. Dzięki niewielkim rozmiarom pierwszej części zjedzenie bardzo skromnego posiłku zapewnia uczucie sytości. Zależnie od stanu zdrowia i zastosowanej metody leczenia pacjent przebywa w szpitalu od 7 do 10 dni, rekonwalescencja po operacji trwa ok. 2 miesięcy. Największy spadek wagi następuje bezpośrednio po zabiegu, później masa ciała zmniejsza się wolniej. Prawie 75% operowanych uzyskuje trwałe efekty odchudzające. Po dojściu do określonej wagi i zmianie nawyków żywieniowych, operacyjnie można odtworzyć dawną objętość żołądka. Niestety, chirurgiczne zmniejszanie żołądka jest obarczone poważnymi powikłaniami w okresie okołoperacyjnym oraz z licznymi działaniami ubocznymi w okresie późniejszym.

Efekt „jo-jo”

W okresie chudnięcia ulega obniżeniu przemiana materii, co ma działać ochronnie na organizm, a skutkuje wystąpieniem efektu „jo-jo”, czyli gwałtownego przybytku masy ciała po powrocie do normalnej diety. Po zakończeniu diety organizm potrzebuje mniej energii, a tymczasem normalne posiłki dostarczają jej więcej niż wynosi zapotrzebowanie. Im dieta bardziej restrykcyjna, tym większe ryzyko, że po niej nastąpi znaczny przyrost masy ciała. By uniknąć efektu „jo-jo” nie należy ograniczać drastycznie liczby zjadanych kalorii. Proces chudnięcia powinien zachodzić powoli, nie więcej niż kilogram tygodniowo. W trakcie stosowania diety należy jadać mało, ale częściej, wówczas organizm nie potraktuje tego jak głód i po zakończeniu diety odchudzającej nie będzie chciał magazynować tłuszczu na zapas.

Podsumowanie

Nadwaga i otyłość, które dotyczą obecnie ponad połowy populacji w Polsce, to jedno z największych wyzwań stojących przed władzami publicznymi. Doświadczenia i analizy działań służących przeciwdziałaniu nadwadze i otyłości wskazują na wiele istotnych kwestii, które muszą być brane

pod uwagę przy konstruowaniu polityki przeciwdziałania nadmiernej masie ciała. Wskazuje się m.in., że:

- żadna pojedyncza interwencja nie wystarczy do odwrócenia skutków otyłości, jedynie kompleksowy program łączący różne interwencje może być skuteczny,
- zdecydowana większość interwencji jest opłacalna, biorąc pod uwagę kalkulację poniesionych kosztów i uzyskane efekty,
- edukowanie i wzmacnianie osobistej odpowiedzialności są konieczne, ale nie są wystarczające – konieczna jest zmiana całego otoczenia jednostek, które kształtowałyby ich aktywność fizyczną i wybory żywieniowe,
- zmiana stanu rzeczy wymaga wspólnego zaangażowania od władz publicznych, pracodawców, nauczycieli, sprzedawców detalicznych, restauratorów, po producentów napojów i żywności oraz połączenia działań ogólnych władz i korporacji z działaniami oddolnymi w społecznościach lokalnych,
- przy projektowaniu działań należy brać pod uwagę

występujące różnice społeczno-demograficzne; grupy społeczne szczególnie narażone na ryzyko otyłości powinny otrzymywać inny rodzaj edukacji zdrowotnej i wsparcia.

Tak więc głównym czynnikiem prognostycznym jest dokładnie określona ilość oraz rozmieszczenie tłuszczu w ciele osobnika otyłego. Do efektywnego leczenia otyłości stosuje się dietę, zwiększoną aktywność fizyczną, zmianę zachowań, terapię farmakologiczną lub postępowanie mieszane, a także leczenie chirurgiczne. Wykazano, że utrata około 10% nadmiernej masy ciała zauważalnie wpływa na poprawę zdrowia poprzez redukcję czynników ryzyka związanych z otyłością.

Opracowała J. Soińska na podstawie piśmiennictwa:

Wojciech Zgliczyński: Nadwaga i otyłość w Polsce. <http://orka.sejm.gov.pl>

Aniela Głowacz: Metody leczenia otyłości. www.doz.pl

Maria Lepucka: Nadwaga i otyłość – śmiertelne zagrożenie. Zdrowie kobiety <http://www.feminasum.pl>

Zofia Suchocka: Otyłość – przyczyny i leczenie <http://biuletynfarmacji.wum.edu.pl>

Paulina Krawczyk: Przyczyny otyłości. <http://www.punktzdrowia.pl>

KONDOLENCJE

Wyrazy szczerego współczucia dla
Koleżanki

Agnieszki Kajadaniak

z powodu śmierci Taty

składają Pielęgniarki i Położne
Pleszewskiego Centrum Medycznego
w Pleszewie

Można odejść na zawsze by stale być blisko

Wyrazy współczucia
z powodu śmierci Taty

naszej Koleżance

Joli Rakoczy

składają Pielęgniarki
z Oddziału Chirurgicznego szpitala w Jarocinie

Są chwile i ludzie, których się nie zapomina

wyrazy współczucia
z powodu śmierci Mamy

naszej Koleżance

Ewie Kopydłowskiej

składają pielęgniarki, pielęgniarze i ratownicy
Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Jarocinie

Pozostaniesz na zawsze w sercach tych, którzy Cię kochali

wyrazy współczucia z powodu
śmierci Mamy

dla

Ewy Kopydłowskiej

składają pielęgniarki
Oddziału Wewnętrznego Szpitala w Jarocinie

Dla świata byłaś tylko częstką, dla nas całym życiem

wyrazy współczucia
z powodu śmierci **Mamy**

dla naszej Koleżanki
Renaty Rogackiej

składają Pielęgniarki
i Położne Szpitala w Jarocinie

Wyrazy żalu i współczucia naszemu
Koledze, pielęgniarzowi

Piotrowi Pawłowskiemu

z powodu śmierci **Matki**
składają pielęgniarki ze szpitala w Wolicy

Wyrazy głębokiego współczucia
Koleżance

Bernadecie Górka

z powodu śmierci **Ojca**
składają koleżanki
Oddziału Internistycznego SPZOZ w Kępnie

Serdeczne wyrazy współczucia
Koleżance

Bernadecie Górka

z powodu śmierci **Ojca**
składają pielęgniarki i położne
SPZOZ w Kępnie

Wyrazy głębokiego współczucia
Koleżance

Ewie Stępień

z powodu śmierci **Ojca**
składają pielęgniarki Oddziału Chirurgicznego
SPZOZ w Kępnie

Szczere wyrazy współczucia
Koleżance

Ewie Stępień

z powodu śmierci **Ojca**
składają pielęgniarki i położne
SPZOZ w Kępnie

Wyrazy szczerego współczucia
dla Koleżanki

Agaty Osołkowskiej

z powodu śmierci **Mamy**
składają Pielęgniarki Oddziału Internistycznego
Szpitala Powiatowego w Jarocinie

Wyrazy szczerego współczucia
dla Koleżanki

Agaty Osołkowskiej

z powodu śmierci **Mamy**
składają Pielęgniarki, Położne
i Pielęgniarze Oddziału
Szpitala Powiatowego w Jarocinie

ZABEZPIECZENIE SPOŁECZEŃSTWA W ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARSKIE I POŁOŻNICZE**DEBATA**

8 maja 2017r. W Auli im. prof. Tadeusza Pisarskiego Collegium Medicum PWSZ w Kaliszu, odbyła się Debata poświęcona zabezpieczeniu społeczeństwa w świadczeniach pielęgniarstwie i położnictwie w Regionie Południowej Wielkopolski. Organizatorami debaty były: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu oraz Rektor Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego. Otwarcia debaty dokonała prof. nadzw. dr hab. n. med. Magdalena Pisarska-Krawczyk.



Wykład inauguracyjny w temacie: „Bezpieczna pielęgniarka=bezpieczny pacjent” wygłosiła Pani mgr Paulina Wróbel-„Pielęgniarka Roku 2016”.

Debata była okazją do uhonorowania Pani P. Wróbel nagrodą i kwiatami za zajęcie III miejsca w etapie krajowym Konkursu „Pielęgniarka Roku 2016”.



Debata przebiegała w oparciu o trzy bloki tematyczne, których moderatorem była dr Violetta Cebulska Prodziekan Wydziału Medycznego w PWSZ w Kaliszu.



I- "Kształcenie zawodowe- kierunki działań" gdzie ekspertami zabierającymi głos byli:
prof. Magdalena Pisarska-Krawczyk Rektor PWSZ w Kaliszu
dr Katarzyna Juszcak, Prodziekan Wydziału Medycznego PWSZ w Kaliszu
dr Violetta Jachimowicz, Przewodnicząca Koła PTP przy PWSZ w Kaliszu



II- „Samorząd Zawodowy a problemy pielęgniarek i położnych w realizacji świadczeń zdrowotnych” w którym to bloku prezentacje przedstawili:

mgr Zofia Małas, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

mgr Marek Przybył, Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu



III -"Czynniki determinujące podejmowanie pracy i pozostawanie w zawodzie pielęgniarek

i położnych" tu odczyt zaprezentowała

mgr Dorota Gardias, Przewodnicząca Forum Związków Zawodowych



Panel dyskusyjny w którym głos zabierali eksperci oraz osoby z sali potwierdził, że:

- obserwujemy nierównomierne rozmieszczenie kadr w kraju
- średnia wieku pielęgniarek/położnych w kraju to 50,7 lat

- od lat brak jest zastępowalności pokoleniowej starszych kadr w naszych zawodach
- możemy mieć problem z obsadami kadrowymi jeśli pielęgniarki i położne skorzystają z możliwości wcześniejszego odejścia na emeryturę
- mamy dramatycznie niski wskaźnik pielęgniarek na 1000 mieszkańców w Polsce 5,04 a w województwie wielkopolskim 4,9, co stanowi zagrożenie bezpieczeństwa i jakości opieki
- pielęgniarki/położne są jedną bardziej przepracowanych grup zawodowych.



Obecna sytuacja wymaga działań systemowych, głównie poprawy warunków pracy ale też uregulowania kwestii wynagrodzeń, dzięki czemu będzie łatwiej pozyskać kandydatów do zawodu oraz sprawić aby te osoby, które ukończą kształcenie pozostawały w kraju.

Pani Prezes Z. Małas wskazała, że powołano w Ministerstwie Zdrowia zespół ds. opracowania strategii rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa. W ciągu trzech miesięcy ma zostać wypracowana strategia, jak rozwiązać problem z brakami kadrowymi w naszych grupach zawodowych.

Zapewne nie będzie to łatwe zadanie, bo problemy narastały latami. Pożyjemy -zobaczymy.

mgr Małgorzata Kowańska



Posłanka do Parlamentu Europejskiego

Krystyna Łybacka

Poznań, dnia 12 maja 2017 r.

Szanowny Pan
Marek Przybył
Przewodniczący Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu

Szanowny Panie Przewodniczący,

nie sposób wyobrazić sobie cenniejszej, wartości od zdrowia, którego życzymy sobie przy tak wielu różnych okazjach. To właśnie ono jest powodem naszej codziennej troski i skłania nas do podejmowania rozmaitych zabiegów, mających poprawić naszą fizyczną oraz psychiczną kondycję.

Obchodzony dzisiaj Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej to czas, w którym wyrażamy nasz szacunek i podziękowanie dla osób o niezwyklej wrażliwości, empatii oraz nieustannej gotowości do ofiarowywania siebie w służbie dla innych.

Nawet najlepiej wyposażony i najnowocześniejszy szpital stanie się bezużytecznym narzędziem, gdy zabraknie w nim oddanych i niosących pomoc pacjentom, wspierających Pielęgniarek i Położnych.

Pozwólcie Państwu, że w dniu tego szczególnego święta, oprócz wielu ciepłych i z serca płynących głosów podziwu oraz uznania, a także najserdeczniejszych życzeń kierowanych do wszystkich Państwa, pozwolę sobie na szczególne podkreślenie tego jednego, należnego wszystkim Pielęgniarkom i Położnym słowa – Dziękuję!

Ze szczerą wyrazem szacunku.

Krystyna Łybacka

Biuro Poselskie Posłanki do Parlamentu Europejskiego Krystyny Łybackiej,
61-823 Poznań ul. Piekary 17, tel/fax 0048 61 852-48-21,
e-mail: biuro@lybacka.pl, www.lybacka.pl

DOSKONALENIE ZAWODOWE

WADY OCZU

Zez jest wadą oczu polegającą na osłabieniu mięśni ocznych czego efektem jest zmiana kąta patrzenia jednego oka względem drugiego i zaburzenia widzenia stereoskopowego. Wada ta znacząco obniża jakość życia. Osoby z tą wadą mają problemy z prowadzeniem samochodu czy operowaniem różnymi urządzeniami lub maszynami w ruchu. Kłopot sprawiają też niektóre sporty, szczególnie siatkówka.

Zez jest zaburzeniem widzenia spowodowanym nieprawidłowym ustawieniem i ruchomością gałek ocznych w wyniku wzmożonej siły działania jednej grupy mięśni poruszających gałką oczną w stosunku do mięśni działających antagonistycznie lub też całkowitym wyłączeniem jednej grupy wskutek porażenia nerwu zaopatrującego ją. Manifestacją tego jest dostrzegane na zewnątrz niesymetryczne ustawienie osi oczu, co stanowi wyraźny defekt kosmetyczny. Ważniejsze jednak jest to, że zez powoduje upośledzenie prawidłowego widzenia obuocznego, które chory odbiera jako dwojenie widzianego obrazu, a w efekcie może prowadzić do niedowidzenia graniczącego nawet z całkowitą ślepotą. Wyróżnia się trzy rodzaje zezu, mianowicie zez towarzyszący, zez ukryty oraz zez porażenny.

Przyczyny

Oko porusza siedem mięśni gałki ocznej: cztery mięśnie proste: górny, dolny, przysrodkowy i boczny oraz dwa mięśnie skośne: górny i dolny, natomiast powiekę ku górze unosi mięsień dźwigacz powieki górnej. Jeżeli mięśnie gałek ocznych pozostają w równowadze, obie gałki oczne zawsze ustawiają się równolegle, a w czasie ruchu poruszają się zgodnie w różnych kierunkach. Działaniem tym kierują bodźce zmysłowo-czuciowe oraz mechanizm obuocznego widzenia. Prawidłowe ustawienie obu gałek ocznych powoduje, że obraz przedmiotu pada równocześnie na odpowiednią część siatkówki w obu oczach.

W zezie następuje rozkojarzenie tych funkcji i koordynacji widzenia. Przy patrzeniu na jakiś przedmiot, tylko jedno oko ustawione jest prawidłowo, drugie odchyła się, gdyż jeden lub kilka mięśni wykazuje przewagę czynnościową. W wyniku odchylenia gałki ocznej od osi optycznej obraz powstaje na siatkówce zezującego oka w nieprawidłowym miejscu, co powoduje, że jest on nieostry. Poza tym obraz odbierany przez ośrodki nerwowe z różnych części siatkówki obu oczu jest podwójny.

Takie zaburzenia uniemożliwiają wykształcenie się u dziecka fuzji, czyli procesu umożliwiającego złączenie dwóch obrazów odbieranych przez oczy, w jeden.

Przyczyną powstawania zezu u dzieci są głównie wady wzroku, w szczególności słaba ostrość widzenia jednego oka, a także choroby zakaźne, choroby ośrodkowego układu nerwowego, urazy lub zatrucia.

Zezowi mogą towarzyszyć następujące wady wzroku: nadwzroczność, krótkowzroczność lub astygmatyzm. U dzieci często występuje tzw. nadwzroczność fizjologiczna, często ustępująca do 10 roku życia. Jeśli wada jest większa niż

2-3 dioptrie lub istnieje znaczna różnica w ostrości wzroku między oczami, konieczne są szkła korekcyjne. Natomiast krótkowzroczność można podejrzewać, gdy dziecko przybliża zabawki do oczu, mruży oczy przy patrzeniu na przedmioty z daleka, ogląda telewizję „z nosem w ekranie” - wtedy również konieczne są okulary.

Astygmatyzm zwykle towarzyszy nadwzroczności lub krótkowzroczności. Wadę wyrównuje się specjalnymi szklami cylindrycznymi, które dodaje się do szkieł korygujących nadwzroczność lub krótkowzroczność.

Rodzaje zezu

Zez towarzyszący jest najczęstszą postacią zezu, który charakteryzuje się tym, że oko zezujące ma stały kąt odchylenia i porusza się zgodnie z okiem prowadzącym. Zez towarzyszący, zależnie od kąta odchylenia może być: zbieżny, rozbieżny, ku górze, ku dołowi lub skośny. Jeżeli zez występuje raz w jednym, raz w drugim oku, to określa się go mianem zezu naprzemiennego. Powstaje on wówczas, gdy pacjent, u którego występuje zez towarzyszący, używa naprzemiennie raz jednego, raz drugiego oka, aby uniknąć dwojenia obrazu. W zezie tego typu zwykle zachowana jest ostrość obu oczu, ale nie ma warunków do wytworzenia się widzenia obuocznego.

Zez ukryty występuje kiedy odchylenie jednego oka jest kompensowane zdolnością fuzyjną. Zez ukryty ujawnia się w warunkach niekorzystnych np. przy zmęczeniu lub w momencie wyłączenia widzenia obuocznego. Zez ukryty można rozpoznać po specjalnych badaniach z wyłączeniem widzenia obuocznego.

Zez porażenny powstaje w wyniku uszkodzenia nerwu zaopatrującego dany mięsień okoruchowy a jego charakterystycznym objawem jest podwójne widzenie.

Zez towarzyszący - przyczyny i objawy

Biorąc pod uwagę kierunek odchylenia oka zezującego, wyróżniamy zez zbieżny, rozbieżny, ku górze, ku dołowi oraz zez skośny. Efektem takiego ustawienia oczu jest spostrzeganie przez każde z nich dwóch różnych obrazów, co prowadzi do utraty możliwości scalenia tych obrazów przez korę mózgu w jedną całość (jak to ma miejsce w warunkach prawidłowych) i w związku z tym dwojenia widzianego obrazu. Najpoważniejszym powikłaniem istnienia takiego stanu jest ograniczenie lub utrata zdolności widzenia w oku chorym. Mechanizm tego powikłania polega na tym, że kora mózgu tłumi ten obraz, który jest spostrzegany przez oko zezujące, dlatego jest on widziany słabo i nieostro. Do pew-

nego wieku stan ten jest w pełni odwracalny, z tego powodu ważne jest jak najwcześniejsze rozpoczęcie leczenia zezu, aby nie utracić funkcji jednego oka.

Zez towarzyszący – leczenie

W przypadku istnienia zezu towarzyszącego powinno być wykonane szczegółowe badanie okulistyczne, uwzględniające ocenę ostrości wzroku, ponieważ częstą przyczyną jego powstania są właśnie wady refrakcji, których prawidłowe wyrównanie okularami może doprowadzić do ustąpienia zezu. Przeprowadza się również różnego rodzaju testy diagnostyczne oceniające kąt zezu oraz zdolność widzenia obuocznego. Po tak przeprowadzonym badaniu planuje się odpowiednie leczenie. Jeżeli współistnieje wada refrakcji, to może wystarczyć jedynie dobranie właściwych szkieł okularowych i jej wyrównanie. Jeśli to nie pomaga, należy zapobiegać opisanemu wcześniej tłumieniu funkcji oka zezującego, a tym samym niedowidzeniu, poprzez czasowe zasłanianie oka zdrowego. W tym celu stosuje się najczęściej różnego rodzaju przesłony zakładane na okulary. W praktyce wygląda to tak, że np. przez 6 dni zasłonięte jest oko zdrowe, a 7 dnia odsłania się je i zasłania oko chore. Dzięki temu poprawia się znacznie widzenie oka zezującego. Przynosi to dobre rezultaty już po kilku tygodniach, zwłaszcza w bardzo młodym wieku – najlepiej do 4 roku życia, później efekty są mniej spektakularne. Oprócz tego w leczeniu wykorzystuje się również szkła pryzmatyczne, które – załamując odpowiednio promienie świetlne – powodują, że w oku zezującym powstaje obraz podobny jak w oku zdrowym, co również zapobiega procesowi tłumienia. W następnym etapie, kiedy zwalczy się niedowidzenie oka chorego, można zastosować leczenie chirurgiczne, polegające na przywróceniu prawidłowej funkcji mięśni okoruchowych i tym samym doprowadzające do ustąpienia zezu.

Zez ukryty – przyczyny i leczenie

Zez ukryty jest on również wynikiem zaburzenia równowagi mięśni okoruchowych, a różnica polega na tym, że odchylenie jednego oka od ustawienia prawidłowego następuje jedynie wtedy, gdy wyłączy się funkcję drugiego, na przykład poprzez jego zasłonięcie. Kiedy osoba patrzy dwoma oczami, zez jest niewidoczny. Z czasem może jednak dojść do jego utrwalenia. Przyczynami tego mogą być: duża różnica wady refrakcji jednego oka w stosunku do drugiego, długotrwałe przesłonięcie jednego oka, a także choroby zakaźne czy urazy głowy. Leczenie polega na wyrównywaniu wady refrakcji, wykonywaniu różnego rodzaju ćwiczeń oczu, a w razie utrwalenia zezu stosuje się podobne metody jak w leczeniu zezu towarzyszącego.

Zez porażenny – przyczyny leczenia

Zez porażenny jest spowodowany porażeniem nerwu zaopatrującego daną grupę mięśni okoruchowych. Prowadzi to do niemożności poruszania gałką oczną w określonej stronie i jej stałego ustawienia w kierunku przeciwnym do mięśni uszkodzonych. Charakterystyczną cechą jest zmienny kąt odchylenia oczu względem siebie. Polega to na tym, że

jeśli oko zdrowe, obserwując jakiś obiekt ustawi się w tym samym położeniu, co oko zezujące, to kąt ten maleje do zera, nie występuje dwojenie i osoba widzi prawidłowo. Natomiast kiedy oko zdrowe obserwuje obiekt zlokalizowany po przeciwnej stronie w stosunku do ustawienia oka zezującego, kąt ten jest bardzo duży, pojawia się dwojenie i nieprawidłowe widzenie. Z tej przyczyny chory stara się kompensacyjnie tak ustawiać głowę, aby obie gałki oczne były ustawione w tej samej pozycji, gdyż dzięki temu unika dwojenia. Leczenie tej postaci zezu wymaga interwencji neurologicznych, a opisane wcześniej działania okulistyczne mają znaczenie wspomagające proces leczenia.

Diagnostyka zezu

W diagnostyce zezu podstawowym badaniem jest ocena ostrości wzroku. Ocena ostrości wzroku odbywa się na początku wizyty, gdy mały pacjent nie jest jeszcze zmęczony. Oddzielnie sprawdzana jest ostrość wzroku prawego i lewego oka, widzenie z daleka i z bliska. Do skontrolowania ostrości widzenia używane są specjalne tablice, na których umieszczone są odpowiednie znaki. Nie znającym liter małym dzieciom pokazywane są tablice z obrazkami. U bardzo małych dzieci, badanie ostrości wzroku polega pokazywaniu obrazków lub przedmiotów i obserwacji zachowania dziecka.

Przy złożonych wadach wzroku badanie to jest dość trudne. Pomocne wówczas staje się uprzednie określenie rodzaju wady metodą tzw. skiaskopii lub za pomocą refraktometrii komputerowej. Skiaskopia jest ważnym uzupełnieniem badania ostrości wzroku przy badaniu dzieci. Okulista przy pomocy płaskiego lusterka z otworem w środku i szkieł próbnych na podstawie odbłasków z dna oka określa rodzaj wady wzroku. Wartość optyczna szkła umieszczanego przed badanym okiem, korygującego wadę wzroku, określa wówczas obiektywnie wielkość wady. Na szybką i obiektywną ocenę refrakcji oka pozwala badanie tzw. komputerowe, opierające się na zasadzie automatycznej skiaskopii przy użyciu podczerwieni. Jednakże małe dzieci niechętnie współpracują podczas tego badania. Zarówno po skiaskopii, jak i po badaniu komputerowym, ostrość wzroku zostanie ponownie skontrolowana po założeniu szkieł próbnych.

W diagnostyce zezu wykonuje się również badanie dna oka, ponieważ pozwala ono na rozpoznanie niektórych groźnych przyczyn zezu np. nowotworów oka. Przed wykonaniem badania zakrapla się do oka krople z atropiną, które rozszerzają źrenicę i umożliwiają łatwiejsze obejrzenie dna oka.

Specyficznym badaniem w chorobie zezowej jest tzw. cover test, polegający na naprzemiennym zasłanianiu oczu. Jedno oko zasłania się ręką lekarza, zasłonką lub ciemnym szkłem, podczas gdy drugie oko patrzy na wprost na wskazany punkt. W przypadku gdy zasłonięte oko jest zezujące, po jego odsłonięciu nie następuje zmiana w postaci ruchu oczu, gdyż „silniejsze” oko prowadzące nadal utrzymuje swą linię widzenia na wprost. Gdy natomiast przesłona jest przed okiem zdrowym, a oko zezujące patrzy na wprost, w momencie odsłonięcia oka prowadzącego zaczyna ono patrzeć na wprost, a oko zezujące ustawi się w zezie.

W diagnostyce zezów ocenianych są również badania ruchów oka i kąta zezu. Konieczne jest również badanie widzenia obuocznego, które sprawdza się na specjalnym aparacie zwanym synoptoforem oraz w testach oceniających zdolność widzenia przestrzennego.

Powyższe badania służą do określenia prawidłowej pracy mięśni oka i prawidłowego odbioru bodźców wzrokowych, aby określić przyczynę i rodzaj zezu. Jest to konieczne do zastosowania odpowiedniego leczenia.

Dlaczego każde dziecko z zezem powinno być jak najwcześniej zbadane?

Stały zez jednego oka zwykle świadczy o obniżonej ostrości widzenia tego oka. Niekiedy gorsze widzenie może wynikać z zaburzeń organicznych takich jak: wrodzona zaćma, zmiany zapalne na dnie oka, niedorozwój nerwu wzrokowego czy siatkówczak (łac. retinoblastoma) i wiele innych. Ten ostatni jest złośliwym nowotworem wewnątrzgałkowym wieku dziecięcego i nie leczony może prowadzić do śmierci dziecka. W przypadku zezu konieczne jest więc przede wszystkim wykluczenie zmian organicznych, które pogarszając widzenie ujawniać się mogą jako zez. Wczesne wykrycie wrodzonej zaćmy zwiększa szanse dobrych wyników leczniczych a w przypadku siatkówczaka wczesne rozpoznanie może uratować dziecku życie. Dlatego niezmiernie istotne jest wykluczenie zmian organicznych w oku będących przyczyną zezu.

Dodatkowym problemem jest fakt, że nawet jeśli oko jest prawidłowo zbudowane, to samo ustawienie oka w zezie prowadzi zwykle u małego dziecka do rozwoju niedowidzenia w tym oku. Powstanie niedowidzenia (łac. amblyopia, leniwe oko) jest skutkiem olbrzymiej plastyczności układu wzrokowego u małych dzieci i jest jednym z sensorycznych mechanizmów adaptacyjnych w zezie. Polega ono na „wyłączeniu przez mózg” jednego z oczu z procesu widzenia. Niedowidzenie może być odwracalne poprzez zastosowanie

długotrwałej obturacji (zasłaniania) lepszego oka. Efekt jest jednak tym lepszy im dziecko jest młodsze. Im wcześniej więc rozpoczniemy leczenie tym większa szansa na dobry efekt terapeutyczny i na użyteczną ostrość widzenia w przyszłości.

Leczenie zezu

Leczenie zezu powinno być przeprowadzone jak najwcześniej, ponieważ proces widzenia obuocznego wykształca się do 6 roku życia. Wczesna terapia daje dużą szansę na przywrócenie prawidłowego ustawienia oczu i wykształcenie widzenia przestrzennego.

Leczenie uzależnione jest od przyczyny wywołującej zez. Przy wadach wzroku polega na zlikwidowaniu ewentualnego niedowidzenia poprzez stosowanie odpowiednio dobranych szkieł korekcyjnych. W celu wytworzenia widzenia obuocznego i przywrócenia prawidłowego ustawienia oczu, stosuje się wyłączenie zdrowego oka, najczęściej poprzez zasłanianie go. Leczenie takie wspomagane jest przez ćwiczenia ortoptyczne. W razie nieskuteczności takiej terapii czasami wykonuje się zabieg operacyjny przywracający równowagę mięśniową.

Wyleczenie zezu po 10 roku życia jest bardzo trudne i sprowadza się zwykle do zabiegu operacyjnego przywracającego prawidłowe ustawienie gałek ocznych. Wówczas jednak przywrócenie widzenia obuocznego jest raczej rzadkie. W przypadku zezu porażennego leczeniem powinien zająć się również neurolog.

Opracowała J. Sowińska na podstawie piśmiennictwa:

Bartosz Palocha: Co to jest zez. Rodzaje i leczenie zezu. PoradnikZdrowie.pl

Magdalena Pikul: Zez - towarzyszący, ukryty, porażenny. Portal.abczdrowie.pl

Aniela Głowacka: Gdy oczka „uciekają” - czyli co warto wiedzieć o zezie u dzieci.

Kaczmarek Beata, Wójcik Ewa: Czy jest sens badać okulistycznie małe dziecko?

<http://www.leczeniezeza.pl/>

OGŁOSZENIE MINISTERSTWA ZDROWIA

Ministerstwo Zdrowia ogłosiło wykaz priorytetowych dziedzin specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, które będą mogły uzyskać dofinansowanie z Funduszu Pracy w 2017 r.

Dziedziny specjalizacji:

1. Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek
2. Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek
3. Pielęgniarstwo internistyczne dla pielęgniarek
4. Pielęgniarstwo geriatryczne dla pielęgniarek
5. Pielęgniarstwo pediatryczne dla pielęgniarek
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne dla pielęgniarek

7. Pielęgniarstwo neonatologiczne dla pielęgniarek i położnych

REZERWA

1. Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek

2. Pielęgniarstwo ginekologiczno - położnicze dla położnych

Osoby zainteresowane uczestnictwem w specjalizacjach proszone są o złożenie formularza zgłoszeniowego w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu.

ZMIANY W KSZTAŁCENIU PODYPLOMOWYM PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

INFORMACJA NACZELNEJ IZBY PIELĘGNIAREK I - OD 1 MAJA 2017 r. ZMIANY W KSZTAŁCENIU PODYPLOMOWYM PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK) jest systemem teleinformatycznym tworzonym przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia na podstawie ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jego zadaniami są:

- gromadzenie informacji pozwalających na określenie zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe w określonych dziedzinach medycyny i farmacji oraz w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia;
- monitorowanie kształcenia podyplomowego pracowników medycznych;

- monitorowanie przebiegu kształcenia specjalizacyjnego pracowników medycznych;
- wspomaganie procesu zarządzania systemem kształcenia pracowników medycznych;
- wsparcie przygotowania i realizacji umów, o których mowa w art. 16j ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w ramach modułu System Informatyczny Rezydentur.

Poza tym w przypadku pielęgniarek i położnych przetwarzane są w nim dane określone w przepisach wydanych na podstawie **art. 67, art. 71-74, art. 76-79 i art. 82** ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

INFORMACJA DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Zgodnie z ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1991 z późn. zm.), od dnia 1 maja 2017 r. za pośrednictwem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych zwanego dalej SMK będą przeprowadzane:

- postępowania kwalifikacyjne dopuszczające do specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego, specjalistycznego i doksztalającego,
- składanie wniosków o dopuszczenie do egzaminu państwowego.

Do korzystania z SMK niezbędne będą:

- dostęp do Internetu,
- adres e-mail,
- zainstalowana wersja oprogramowania Java 7 z najnowszą aktualizacją,
- przeglądarka internetowa Mozilla Firefox, Internet Explorer (najnowsze wersje).

I. Założenie konta w SMK.

W celu dokonywania czynności w SMK konieczne będzie **założenie konta w tym systemie.**

(szczegóły jak należy założyć konto podamy wkrótce po uruchomieniu SMK przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia).

II. Potwierdzenie tożsamości.

Po założeniu konta konieczne będzie **potwierdzenie swojej tożsamości**, będzie to możliwe na kilka sposobów:

- za pomocą kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub
- **za pomocą darmowego profilu zaufanego ePUAP (szczegółowe informacje na temat profilu zaufanego można zobaczyć tutaj <http://epuap.gov.pl/wps/portal>) lub**
- właściwego organizatora kształcenia pielęgniarek i położnych przeprowadzającego kształcenie lub
- właściwą okręgową izbę pielęgniarek i położnych do której należymy lub Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych.

III. Weryfikacja uprawnień.

Kolejną czynnością będzie **złożenie wniosku o weryfikację uprawnień** do właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych za pomocą systemu SMK. Ważne jest, aby dane podawane we wniosku zgadzały się z tymi, które posiada okręgowa izba pielęgniarek i położnych.

INFORMACJA DLA ORGANIZATORÓW KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Zmiany dotyczą również organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych o których mowa w art. 75 ust. 1 pkt 2 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251 ze zm.) którzy również za pomocą SMK będą składać wnioski o wpis, wpis zmiany danych, przysyłać informację o planowanych terminach rozpoczęcia i zakończenia kształcenia podyplomowego.

Do korzystania z SMK niezbędne będą:

- dostęp do Internetu,
- adres e-mail,
- zainstalowana wersja oprogramowania Java 7 z najnowszą aktualizacją,
- przeglądarka internetowa Mozilla Firefox, Internet Explorer (najnowsze wersje).

I. Założenie konta w SMK.

W celu dokonywania czynności w SMK konieczne będzie **założenie konta w tym systemie**.

(szczegóły jak należy założyć konto podamy wkrótce po uruchomieniu SMK przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia).

II. Potwierdzenie danych podmiotu.

Po założeniu konta konieczne jest potwierdzenie danych podmiotu, będzie to możliwe na kilka sposobów:

- za pomocą kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub
- **za pomocą darmowego podpisu potwierdzanego profilem zaufanym ePUAP (szczegółowe informacje na temat profilu zaufanego można zobaczyć tutaj <http://epuap.gov.pl/wps/portal>) lub**
- za pośrednictwem właściwej okręgowej izby pielęgniarstwa i położnych lub Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

III. Weryfikacja uprawnień.

Kolejną czynnością będzie złożenie wniosku o weryfikację uprawnień do właściwej okręgowej izby pielęgniarstwa i położnych za pomocą systemu SMK.

IV. Kierownicy specjalizacji.

Kierownicy Specjalizacji również będą zobligowani do posiadania konta w systemie SMK. W tym przypadku potwierdzenie tożsamości będzie odbywać się na zasadach jak w przypadku pielęgniarstwa i położnej. Natomiast weryfikacji uprawnień dokonywać będzie właściwy organizator kształcenia pielęgniarek i położnych.

POZOSTAŁE INFORMACJE

Odpowiedzialnym za budowę systemu i jego obsługę jest Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. <http://www.csioz.gov.pl>

Od 1 maja 2016 r. SMK został uruchomiony dla diagnostów laboratoryjnych i farmaceutów. Dla ww. grup zawodowych przygotowano instrukcję obsługi funkcjonalności systemu którą można zobaczyć pod adresem:

<http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/05/instrukcja-obslugi-funkcjonalnosci-systemu-monitorowania-ksztalcenia-pra...pdf>

Podręcznik użytkownika SMK – Samorząd Pielęgniarek i Położnych (PDF, 2.4 MB)

W przypadku pytań bądź wątpliwości do Państwa dyspozycji Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia uruchomiło także infolinię 22 597-09-21 czynną w godzinach 9:00 – 15:00 oraz skrzynkę e-mail smk-serwis@ezdrowie.gov.

PRAWA PACJENTA

ZMIANY W USTAWIE O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA

USTAWA z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw wprowadza nowe lub bardziej doprecyzowane prawa pacjenta. Nie są to duże zmiany, a wzmocnienie praw pacjenta i lepsza ochrona informacji o stanie zdrowia zawartych w dokumentacji medycznej.

Doprecyzowano krąg osób, które są uprawnione do uzyskiwania i przetwarzania danych, które zawiera dokumentacja medyczna. Jest on rozszerzony o diagnostów laboratoryjnych, felczerów, ratowników medycznych i fizjoterapeutów oraz osoby, które nie wykonują zawodów medycznych, ale jest to niezbędne do wykonywania ich obowiązków.

1. WPROWADZONO DEFINICJĘ POJĘĆ:

- wyciąg – skróty dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej;
- odpis – dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem;
- kopia – dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu).”;

2. PRAWO PACJENTA DO INFORMACJI

Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny (już nie tylko od lekarza) przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.

Pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji, o której mowa w pkt.2.

Po uzyskaniu informacji, o której mowa w pkt. 2, pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie.

Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji, o której mowa w pkt. 2, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

PRAWO PACJENTA DO WYRAŻENIA ZGODY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych (nie tylko udzielonych przez lekarza). Zgoda ta lub sprzeciw mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli.

PRAWO DO POSZANOWANIA INTYMNOŚCI I GODNOŚCI PACJENTA

Nie tylko pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień. Teraz **każdy pacjent ma prawo do leczenia bólu, a podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.**

Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.

PRAWO PACJENTA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu, są uprawnione:

1) osoby wykonujące zawód medyczny;

2) inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych.

Osoby te są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań, także po śmierci pacjenta.

W dokumentacji medycznej zamieszcza się informacje o wydaniu opinii albo orzeczenia.

Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia **lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.**

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również organom władzy publicznej, **w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta**, Narodowemu Fundusowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;

Dokumentację medyczną należy udostępnić również upoważnionym przez podmiot tworzący (sprawujący nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcom) osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą oraz osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury **uzyskiwania innych certyfikatów jakości**, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia

Dokumentacja medyczna udostępniana jest również członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, 2003 i 2173), w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.”

Dokumentacja medyczna podmiotów leczniczych (utworzonych lub prowadzonych przez uczelnię medyczną wykonującą działalność leczniczą, realizujących zadania polegające na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia), instytutów badawczych innych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych uczestniczących w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny jest udostępniana tym osobom wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych. Osoby te są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji zawartych w dokumentacji medycznej, także po śmierci pacjenta.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności

ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom **możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;**

- 2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
- 3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
- 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- 5) na informatycznym nośniku danych.

Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez **sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu)** i przekazanie w sposób określony w ust. 1 pkt 4 i 5, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

4. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych prowadzi wykaz zawierający następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej:

- 1) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna; 2) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;
- 3) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;
- 4) imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a w przypadkach, o których mowa w art. 26 ust. 3 i 4, także nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;
- 5) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;

6) datę udostępnienia dokumentacji medycznej.

Za udostępnienie dokumentacji medycznej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę.

Za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez: sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku; na informatycznym nośniku danych

sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu)

podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę.

Opłatę za udostępnienie dokumentacji medycznej ustala podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Maksymalna wysokość opłaty za:

- 1) jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002,
- 2) jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007,
- 3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004 – przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 887, z późn. zm.2)), począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.”,

Wysokość opłaty, uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest opodatkowana tym podatkiem.

Zmiany dotyczą także zagadnień związanych z archiwizowaniem dokumentacji medycznej, postępowaniem Rzecznika Praw Pacjenta, wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, które będą opisane w drugiej części artykułu.

Przygotowała Danuta Wieczorek

SAMODZIELNE WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ

ŚWIADCZENIA, KTÓRE PIELĘGNIARKA /POŁOŻNA MOŻE WYKONAĆ SAMODZIELNIE BEZ ZLECENIA LEKARSKIEGO

Pielęgniarka, aby wykonać większość świadczeń, do których jest uprawniona, musi otrzymać zlecenie wystawione przez lekarza i odnotowane w dokumentacji pacjenta. Bez takiego zlecenia pielęgniarka może wykonywać niektóre świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne oraz niektóre czynności ratunkowe. Świadczenia, które mogą być wykonywane przez pielęgniarkę bez zlecenia lekarskiego, zostały wymienione w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Podejmując samodzielnie czynności zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne pielęgniarka nie powinna wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe i kwalifikacje. Wykonywanie niektórych świadczeń bez zlecenia lekarskiego uzależnione jest od odbycia kursu specjalistycznego lub uzyskania przez pielęgniarkę

kę tytułu specjalisty. W każdym przypadku pielęgniarka zatrudniona w zakładzie opieki zdrowotnej lub wykonująca świadczenia poza zakładem opieki zdrowotnej powinna bez zbędnej zwłoki poinformować lekarza o wykonaniu świadczeń bez zlecenia lekarskiego.

Na podstawie art. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251, 1579 i 2020) zarządza się, co następuje:

Rozporządzenie określa:

- 1) rodzaj i zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które mogą być udzielane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę i położną;
- 2) wykaz produktów leczniczych oraz środków pomocniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;
- 3) rodzaje materiałów, które mogą być pobierane przez pielęgniarkę i położną do celów diagnostycznych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;
- 4) rodzaj i zakres medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez pielęgniarkę;
- 5) wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania przez pielęgniarkę i położną.

Pielęgniarka lub położna może udzielać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne, zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami nabytymi po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych.

Pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego:

1) ŚWIADCZENIA ZAPOBIEGAWCZYCH OBEJMUJĄCYCH:

- a) psychoedukację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami oraz ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,
- b) prowadzenie edukacji osób chorych na cukrzycę i ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;

2) ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYCZNYCH OBEJMUJĄCYCH:

- a) wykonywanie badania fizykalnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa uzyskany po 2001 r., lub ukończyła studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, które rozpoczęły się w roku akademickim 2012/2013, lub posiada zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego Advanced Physical Assessment,
- b) wykonywanie standardowego, spoczynkowego badania elektrokardiograficznego i rozpoznanie cech elektro-

kardiograficznych stanów chorobowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie,

- c) wykonywanie gazometrii z krwi tętniczej pobranej przez kaniulę założoną uprzednio przez lekarza w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu,
- d) ocenę i monitorowanie poziomu znieczulenia pacjenta oraz poziomu zwiotczenia w trakcie znieczulenia ogólnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;

3) ŚWIADCZENIA LECZNICZYCH OBEJMUJĄCYCH:

- a) dobór sposobów leczenia ran, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,
- b) doraźną modyfikację dawki leczniczego przeciwbólowego i produktów leczniczych stosowanych w celu łagodzenia bólu u osób objętych opieką paliatywną, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu,
- c) przygotowanie pacjenta leczonego metodami: Ciągła Ambulatoryjna Dializa Otrzewnowa (CADO), Automatyczna Dializa Otrzewnowa (ADO) i hemodializa oraz hiperalimentacja oraz jego rodziny – do współudziału w prowadzonym leczeniu, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,
- d) wykonywanie intubacji dotchawiczej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu,
- e) podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego;

4) ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNYCH OBEJMUJĄCYCH REHABILITACJĘ PACJENTÓW Z ZA-

BURZENIAMI PSYCHICZNYMI, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa.

IV. Pielęgniarka systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 60) jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego medycznych czynności ratunkowych obejmujących:

- 1) ocenę stanu pacjenta;
- 2) układanie pacjenta w pozycji właściwej dla stanu pacjenta lub odniesionych obrażeń;
- 3) podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
- 4) bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych;
- 5) przyrządowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych z zastosowaniem w szczególności:
 - a) rurki ustno-gardłowej,
 - b) rurki nosowo-gardłowej,
 - c) przyrządów nadgłośniowych,
 - d) konikopunkcji, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 6) odsysanie dróg oddechowych;
- 7) podjęcie tlenoterapii czynnej lub wspomagania oddechu lub sztucznej wentylacji płuc metodami bezprzyrządowymi i przyrządowymi, z użyciem tlenu lub powietrza, w tym z użyciem respiratora;
- 8) wykonywanie intubacji dotchawiczej lub prowadzenie wentylacji nieinwazyjnej w nagłym zatrzymaniu krążenia;
- 9) wykonywanie defibrylacji manualnej na podstawie EKG lub zapisu kardiomonitora;
- 10) wykonywanie defibrylacji zautomatyzowanej;
- 11) wykonywanie przezskórnej elektrostymulacji serca w bradyarytmiiach, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie;
- 12) wykonywanie kardiowersji w tachyarytmiiach, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie;

- 13) wykonywanie i ocena zapisu EKG;
- 14) monitorowanie czynności układu oddechowego;
- 15) monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi;
- 16) wykonywanie kaniulacji żył obwodowych oraz żyły szyjnej zewnętrznej;
- 17) wykonywanie dojścia doszypikowego przy użyciu gotowego zestawu, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 18) podawanie produktów leczniczych drogą dożylną, domięśniową, podskórną, doustną, podjęzykową, wziewną, dotchawiczą, doodbytniczą oraz doszypikową (w przypadku podawania produktów leczniczych drogą doszypikową, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu);
- 19) odbarczenie odmy prężnej drogą nakłucia jamy opłucnowej, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 20) oznaczanie parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu;
- 21) opatrywanie ran;
- 22) tamowanie krwawień zewnętrznych;
- 23) unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń;
- 24) unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego;
- 25) przyjęcie porodu;
- 26) wykonywanie segregacji medycznej pierwotnej i wtórnej;
- 27) przygotowanie pacjenta do transportu i opieka medyczna podczas transportu;
- 28) wykonywanie pomiaru temperatury głębokiej;
- 29) podawanie pacjentowi produktów leczniczych zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 30) podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Cześć dalsza w kolejnym numerze

WYCIECZKA

Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej w dniach 12 – 14 maja 2017 roku odbyła się trzydniowa wycieczka, której inicjatorem był Przewodniczący ORPiP w Kaliszu Marek Przybył. Uczestnicy sami opłacili wyjazd.

W pierwszym dniu wycieczki dotarliśmy do Kotliny Kłodzkiej, zwiedziliśmy Bazylikę Nawiedzenia Najświęt-

szej Marii Panny w Wambierzycach, następnie udaliśmy się na najwyższy szczyt Gór Stołowych – Szczeliniec Wielki. Po wyczerpującej wspinaczce mogliśmy odpocząć spacerując po parku zdrojowym w Kudowie Zdrój.

W drugim dniu wycieczki odwiedziliśmy Pragę, miasto nazywane klejnotem w sercu Europy, które

przyciąga swym pięknem. Zwiedziliśmy Hradczany z Zamkiem Praskim, gotycką katedrą św. Wita, Wacława i Wojciecha, mogliśmy odpocząć i napić się kawy w Ogrodach Zamku Praskiego. Dalsza wędrówka doprowadziła nas do Małej Strany – dzielnicy pięknych barokowych pałaców, uroczych ogrodów, malowniczych kamieniczek, wąskich uliczek, zaułków i zabytkowych kościołów.

Spacerowaliśmy w ogrodach Wallensteina, które chociaż niewielkie, są najpiękniejsze spośród licznych praskich parków i ogrodów. Mimo, że stanowią teren Senatu, są dostępne dla zwiedzających.

Trasa wędrówki doprowadziła nas do Mostu Karola – najslawniejszego symbolu Pragi, który od XIV wieku łączy Małą Stranę i Stare Miasto. To jeden z najpiękniejszych średniowiecznych mostów w Europie, ma ponad 500 metrów długości i prawie 10 metrów szerokości. Spacerem przez most dotarliśmy na prawy brzeg Wełtawy i Stare Miasto ze wspaniałym ratuszem i niezliczonymi zabytkami architektury. Odwiedziliśmy także Jozefov – żydowską dzielnicę ze starym cmentarzem i kilkoma synagogami. I tak minął kolejny dzień.

Trzeci dzień spędziliśmy w Adršpach – przepięknym, unikalnym Skalnym Mieście. To piękny teren złożony z licznych skał zbudowanych z piaskowca. Podążaliśmy zielonym szlakiem mogąc podziwiać strzeliste skały, których kształty bardzo często przypominają jakieś konkretne formy np. fotel Karkonosza, dzban, ząb, głowę, słonie, lwa, diabelski most, kochanków, wójtostwo i wiele innych. 100 metrowe skalne ściany sprawiają monumentalne wrażenie. Znajdziemy tutaj skalne wodospady, piękne szmaragdowe jezioro otoczone różnobarwną roślinnością oraz górne jezioro gdzie ciekawą atrakcją jest przepływ wieloosobowymi tratwami. Oczywiście przepłynęliśmy tratwą po jezioru, słuchając ciekawych z humorem opowiadanych legend i dowcipów przewoźnika.

Przewodniczący swoim zaangażowaniem w organizację wycieczki sprawił, że spędziliśmy czas w wesołej, wspaniałej atmosferze na zwiedzaniu i wspólnej zabawie, która wieczorami integrowała uczestników. Wspólnie spędzone chwile, zostaną na długo w pamięci.

Uczestnicy wyrazili cichą nadzieję, że wycieczka będzie inspiracją do organizowania kolejnych w równie ciekawe miejsca.

INNOWACYJNA OCHRONA ZDROWIA

W dniach 4–5 kwietnia 2017 roku w Międzynarodowym Centrum Kongresowym w Katowicach odbył się 22 Międzynarodowy Kongres Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia – Innowacyjna Ochrona Zdrowia, zorganizowany przez czasopismo OSOZ Polska. Jedno z najważniejszych wydarzeń w Europie Środkowo – Wschodniej poświęconych innowacjom w ochronie zdrowia.

Podczas dwóch dni Kongresu ponad 100 ekspertów z Polski i zagranicy dzieliło się wiedzą i doświadczeniem w tematach związanych z digitalizacją rynku zdrowia, zarządzaniem placówkami medycznymi i farmaceutycznymi, e-zdrowiem oraz jakością i wspomaganiem procesów opieki nad pacjentem z wykorzystaniem narzędzi IT.

Międzynarodowy Kongres OSOZ był miejscem, w którym spotkali się przedstawiciele środowiska medycznego, farmaceutycznego oraz organizacje rynku ochrony zdrowia, politycy, naukowcy, lekarze i pielęgniarki, menedżerowie placówek medycznych, pacjenci, firmy działające w sektorze, studenci uczelni medycznych.

Dyskusję zdominował temat rewolucji technologicznej w ochronie zdrowia, która niebawem zmieni sposób komunikacji z pacjentem oraz zarządzania zdrowiem. Bodźcem do zmian są nowe technologie, w tym urządzenia telemedyczne, aplikacje zdrowotne, urządzenia monitorujące stan zdrowia, elektroniczne konta zdrowotne, systemy sztucznej inteligencji oraz robotyka. Jak podkreślano, cyfryzacja jest koniecznością i jedynym antidotum na wielkie wyzwania współczesnej ochrony zdrowia, jakimi są starzejące się społeczeństwo, ograniczone środki finansowe.

Podczas 2 dni odbywałyby się debaty z udziałem ekspertów – łącznie 12 sesji tematycznych. Po raz pierwszy odbyła się sesja pielęgniarska – NIPiP, dotycząca informatyzacji w pielęgniarstwie.

Na zakończenie pierwszego dnia obrad w siedzibie Narodowej Orkiestry Symfonicznej Polskiego Radia w Katowicach odbyła się – 11 Gala Liderów Ochrony Zdrowia, podczas której zostały wręczone nagrody w kilku kategoriach. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych została wyróżniona w kategorii Działalność na Rzecz Pacjenta – nagrodę w imieniu NIPiP odebrała Pani Zofia Małas Prezes NRPiP.

Dr n. o zdrowiu Dorota Kilańska – Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, otrzymała tytuł Srebrnego Lidera Ochrony Zdrowia w kategorii Innowacyjne Pomysły w Ochronie Zdrowia.

Dr Kilańska, jako pierwsza z grona pielęgniarskiego, została wyróżniona za szeroko pojęte wdrażanie innowacji w pielęgniarstwie oraz działania na rzecz nowoczesnego rozwoju zawodu pielęgniarki i położnej.

Główną nagrodę w kategorii Brylantowego Lidera otrzymała Polska Akcja Humanitarna, za niesienie pomocy najbardziej potrzebującym, krzewienie idei humanitaryzmu i dobroczynności, kierowanie się ideami ważnymi z punktu widzenia ochrony zdrowia: empatią, pomocą dla najbardziej pokrzywdzonych i opuszczonych, działaniem ponad granicami podziałów. Nagrodę odebrała Janina Ochojska – założycielka i prezes fundacji.

Uroczystość wręczenia nagród uświetnił koncert Narodowej Orkiestry Symfonicznej Polskiego Radia w Katowicach.

Jolanta Nowak

WYCIECZKA - ZDJĘCIA



GAŁA LIDERÓW W KATOWICACH - ZDJĘCIA





INTER Kontrakt NNW

Ubezpieczenie utraty przychodu dla Pielęgniarek i Położnych

■ Pracujesz na kontrakcie?

Co się stanie, jeśli w wyniku wypadku nie będziesz wykonywać pracy zawodowej?

- Pobyt w szpitalu lub rekonwalescencja oznacza utratę przychodów.
- Twój budżet domowy zostanie mocno obciążony, a ZUS wypłaci Ci tylko minimalne świadczenie.
- Nadal będziesz płacić rachunki, czy raty kredytu.

■ Poczuj się bezpiecznie z ubezpieczeniem INTER Kontrakt NNW

- Odbierz świadczenie pieniężne za każdy dzień niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – nawet 9 000 zł miesięcznie!
- Zachowaj stabilność finansową w trakcie powrotu do zdrowia.
- Podstawą decyzji o wypłacie świadczenia jest zwolnienie lekarskie.
- Wypłata świadczenia od 1-go dnia czasowej niezdolności do pracy, maksymalnie do 365 dnia.

Grupa wiekowa	Wysokość składki dla INTER Kontrakt NNW	
	Wariant A Świadczenie 150 zł dziennie / Bez weryfikacji przychodów	Wariant B Świadczenie 300 zł dziennie / Przychody powyżej 9 000 zł
	Miesięcznie otrzymasz 4 500 zł	Miesięcznie otrzymasz do 9 000 zł
do 39 lat	40 zł	70 zł
40 - 49 lat	45 zł	81 zł
50 - 59 lat	68 zł	122 zł
60 - 70 lat	84 zł	151 zł

Niniejsza ulotka nie stanowi oferty handlowej w rozumieniu art. 66 Kodeksu Cywilnego

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.
Przedstawicielstwo w Kaliszu
ul. Narutowicza 2A
62-800 Kalisz
tel. +48 62 757 16 22
tel. kom. 602 291 884

inter
UBEZPIECZENIA