

Biuletyn

3/2017

KWARTALNIK OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH z siedzibą w Kaliszu



Korespondencja	4
Świadczenia, które pielęgniarka /położna może wykonać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego - ciąg dalszy	9
Samorząd zawodowy a problemy pielęgniarek i położnych w realizacji świadczeń zdrowotnych	15
Rak piersi	17
Stwardnienie rozsiane – choroba demielinizacyjna	20
W Polskim Towarzystwie Pielęgniarskim - wybory	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:

PAŹDZIERNIK 2017

Nakład:

750 egz.

Druk:

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



Szanowne Koleżanki i Koledzy,

W ostatnim czasie obserwujemy negocjacje prowadzone z pracodawcami w zakresie realizacji Ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. W podmiotach gdzie działa związek zawodowy jest on jedynym uprawnionym do prowadzenia negocjacji z kierownikiem podmiotu.

Samorząd zawodowy wspólnie z OZZPiP wyraża swój sprzeciw, że Komitet Stały Rady Ministrów w toku konsultacji rządowych nad projektem ustawy zmienił współczynnik pracy i spowodował, że pielęgniarki z wyższym wykształceniem szaszeregowane zostały wspólnie z pracownikami o niższych kwalifikacjach zawodowych. Dyskryminujące dla grupy zawodowej pielęgniarek i położnych jest szaszeregowanie na poziomie współczynnika pracy 0,64 w stosunku do innych zawodów medycznych wymagających wyższego wykształcenia bez specjalizacji na poziomie współczynnika pracy – 0,73. Sprzeciwiamy się zrównaniu pielęgniarek i położnych z wieloletnim doświadczeniem z innymi zawodami medycznymi wymagającymi średniego wykształcenia.

Stojąc na krawędzi dramatu, widma zamykania oddziałów i poradni z powodu braku pielęgniarek i położnych, o którym mówiliśmy dwa lata temu podczas protestów, wspólnie z OZZPiP, dziwi przyjmowanie rozwiązań, które na pewno nie przysporzą nowych kandydatek do pracy i nie poprawią zastępowalności pokoleniowej kadr naszych zawodów.

Wspólne stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, OZZPiP oraz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego podczas spotkań jest na bieżąco przekazywane Ministerstwu Zdrowia. Podobnie na poziomie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych zapraszamy do współpracy osoby bezpośrednio zainteresowane i zaangażowane w bieżące problemy naszego środowiska.

Zapraszam do lektury nowego numeru Biuletynu, który dostępny jest także w wersji elektronicznej na stronie <http://oipip.kalisz.pl>

*Przewodniczący Okręgowej Rady
(-) Marek Przybył*

W związku z zakończeniem pełnienia przeze mnie funkcji Przewodniczącej Zarządu Oddziału PTP w Poznaniu, pragnę serdecznie podziękować za dotychczasową współpracę i okazaną pomoc w realizacji różnych zadań naszego Towarzystwa.

Dziękuję za możliwość wspólnego działania na rzecz promocji i rozwoju PIELĘGNIARSTWA.

Liczę na perspektywę realizacji różnych projektów w obszarze naszego środowiska zawodowego w innych okolicznościach.

Życzę zdrowia, szczęścia i powodzenia w realizacji zawodowych i osobistych planów.

*z wyrazami szacunku
Aleksandra Kopińska
PTP Oddział im. Stefanii Wołynki w Poznaniu*



OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z SIEDZIBĄ W KALISZU

OKRĘGOWA RADA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

L.dz. 07017/1316/2017

Kalisz, dnia 09.05.2017

Sz. P.
Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78 lok. 10
02 – 757 Warszawa

Szanowna Pani

Do ORPiP w Kaliszu wpłynęło pismo pielęgniarek pracujących w DPS w Pleszewie z prośbą o zajęcie stanowiska i wskazanie możliwości, które pozwolą na ubieganie się podwyższenie uposażenia pielęgniarek zatrudnionych w DPS.

Porozumienie zawarte 23 września 2015r. pomiędzy Ministrem Zdrowia, Ogólnopolskim Związkiem zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, które jest podstawą do wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, nie obejmuje swoim zakresem pielęgniarek i położnych zatrudnionych w domach pomocy społecznej.

Zwracamy się do NRPiP z prośbą o podjęcie działań koniecznych do kompleksowego rozwiązania sytuacji pielęgniarek i położnych, których nie dotyczy rozporządzenie w sprawie podwyżek.

W załączeniu przedstawiamy pismo w przedmiotowej sprawie.

Z wyrazami szacunku

WICEPRZEWODNICZĄCY
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Kaliszu
[Signature]
mgr Jolanta Nowak



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPIP-DM.002.121.2016.TK

Warszawa, 27.06.2017r.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z/s w Kaliszu	
SEKRETARIAT OKRĘGOWEJ IZBY PiP	
WPŁ. DNIA	3. 07. 2017
Nr ks.	491/2017

Odpowiadając na pismo z dnia 9.05.2017r. uprzejmie informuję, iż Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nieustannie interweniuje w sprawie zwiększenia wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej. Poniżej przedstawiam podjęte działania.

W kontekście trwających rozmów z Ministrem Zdrowia w sprawie wypracowania rozwiązań systemowych mających na celu poprawę warunków pracy oraz podniesienie wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w dniu 21 sierpnia 2015r., zwróciła się do Ministra Pracy i Polityki Społecznej z prośbą o pilne spotkanie w celu omówienia możliwości analogicznych działań w stosunku do pielęgniarek i położnych zatrudnionych w domach pomocy społecznej.

W dniu 20 października 2015r. doszło do spotkania przedstawicieli Ministra Pracy i Polityki Społecznej z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. W trakcie spotkania ustalono, że przedstawiciele MPiPS podejmą działania zmierzające do wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w domach pomocy społecznej oraz do zorganizowania wspólnego spotkania Ministra Zdrowia, Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w celu uporządkowania spraw związanych z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i położne w domach pomocy społecznej.

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, tel.: (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

W dniu 29 października 2015r. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej wystosowało pismo do Starostów w sprawie wzrostu wynagrodzenia. Pismo przekazane do okręgowych izb pielęgniarek i położnych do wiadomości.

Kontynuacją powyższych działań było spotkanie przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z Panią Elżbietą Rafalską Ministrem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w dniu 22 czerwca 2016r. Na spotkaniu omówiono problemy pielęgniarek zatrudnionych domach pomocy społecznej (podwyżki, warunki pracy, umiejscowienie w systemie) oraz pomysł wdrożenia projektu „Pierwsza Praca dla Pielęgniarki i Położnej”. Zgodnie z propozycją obu stron spotkania będą kontynuowane.

13 lipca 2016r. Minister Elżbieta Rafalska ponownie wystosowała pismo do Starostów Powiatów, Dyrektorów PUP i Dyrektorów DPS z prośbą o korzystanie z dostępnych instrumentów przewidzianych w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, które mogą być wykorzystane na potrzeby bezrobotnych pielęgniarek, wchodzących do zawodu oraz na wsparcie kształcenia ustawicznego. Pismo przekazane do okręgowych izb pielęgniarek i położnych do wiadomości.

Na przełomie sierpnia i września 2016r. Zespół ds. DPS opracował ankietę i przeprowadził badanie ankietowe przy pomocy OIPiP w domach pomocy społecznej. Wyniki ankiety zostały omówione na posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz przekazane MRPiPS na kolejnym spotkaniu dotyczącym omówienia sytuacji pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej. Na bazie wyników ankiet Zespół przygotowuje raport dotyczący sytuacji pielęgniarek w DPS oraz zabezpieczenia mieszkańców w świadczenia zdrowotne realizowane przez pielęgniarki. Raport zostanie przedstawiony na konferencji ogólnopolskiej, której uczestnikami będą także Starostowie Powiatów, Dyrektorzy DPS, MRPiPS, pielęgniarki DPS.

XXII Zgromadzenie Ogólne Związku Powiatów Polskich w dniu 11 maja 2017r. przyjęło Stanowisko w sprawie opieki pielęgniarskiej w domach pomocy społecznej, które przesyłam w załączeniu.

NRPiP nadal będzie dokładać wszelkich starań aby rozwiązać sytuację pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej, niemniej jednak wskazanym byłoby prowadzenie rozmów na poziomie właściwych powiatów lub innych struktur samorządu lokalnego jako właściwych organów prowadzących DPS przez przedstawicieli okręgowych rad pielęgniarek i położnych.



Prezes NRPIP



Zofia Małas



STANOWISKO
XXII Zgromadzenia Ogólnego
Związku Powiatów Polskich
Koło brzeg, 11 maja 2017 r.

w sprawie opieki pielęgniarskiej w domach pomocy społecznej

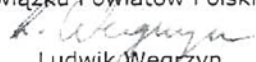
Związek Powiatów Polskich apeluje o zmianę regulacji prawnych w kierunku gwarantującym pensjonariuszom domów pomocy społecznej właściwy poziom opieki pielęgniarskiej. W domach pomocy społecznej, pomimo iż są placówkami opiekuńczymi i nie posiadają uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, opieka zdrowotna jest tam koniecznością. Wielu z mieszkańców DPS-ów to osoby chore i niesamodzielne, często wymagające intensywnych zabiegów pielęgnacyjnych. Sytuacja zdrowotna pensjonariuszy z reguły ma charakter trwały, co oznacza, że czasowe umieszczanie tych osób w zakładach opiekuńczo-leczniczych nie jest realnym rozwiązaniem problemu konieczności zapewnienia właściwej opieki pielęgniarskiej.

Jednostki samorządu terytorialnego podejmują ogromny trud finansowy by zapewnić mieszkańcom domów jak najlepszą opiekę, jednak z uwagi na ograniczone możliwości ogromnym problemem jest zapewnienie środków na podwyższenie wynagrodzeń personelu medycznego. Status pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej jest zdecydowanie odmienny od statusu pielęgniarek pracujących w podmiotach leczniczych. Ich wynagrodzenia nie podlegają finansowaniu ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, skutkiem czego nie zostały one objęte systemem podwyżek przewidzianych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej nie będą również objęte projektowanymi przepisami ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Zwracamy uwagę, że zakres obowiązków i odpowiedzialności pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej jest niejednokrotnie większy niż pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Nierówności płacowe prowadzą do sytuacji, w której wykwalifikowana kadra pielęgniarska rezygnuje z pracy w domach pomocy społecznej, co w praktyce pogarsza sytuację mieszkańców tych domów.

Obecnie toczą się prace nad ustawą o Narodowej Służbie Zdrowia. Przypominamy, że zgodnie z art. 68 ust. 3 Konstytucji RP władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki m.in. osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Zgodnie z zapowiedziami planowane jest zwiększenie nakładów na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z powyższym zwracamy, się z apelem do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz do Ministra Zdrowia o wypracowanie – w porozumieniu z jednostkami samorządu terytorialnego oraz samorządem zawodowym pielęgniarek – rozwiązania, które pozwoli na finansowanie personelu medycznego zatrudnionego w domach pomocy społecznej ze środków dedykowanych finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej.

Przewodniczący
XXII Zgromadzenia Ogólnego
Związku Powiatów Polskich


Ludwik Węgrzyn

SAMODZIELNE WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ

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

- ciąg dalszy

Pielęgniarka zatrudniona lub pełniąca służbę w jednostkach budżetowych, w tym państwowych jednostkach budżetowych tworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz w jednostkach wojskowych jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zdrowotnych w zakresie, o którym mowa w PUNKCIE IV, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarstwa kardiologicznego, lub pielęgniarstwa chirurgicznego.

1. Pielęgniarka zatrudniona lub pełniąca służbę w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, i jednostkami wojskowymi jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego - pod warunkiem ukończenia przez pielęgniarkę kursów dokształcających wojsko-medycznych przeznaczonych dla żołnierzy zawodowych oraz pracowników cywilnych resortu obrony narodowej, świadczeń zapobiegawczych i leczniczych obejmujących:

- 1) wykonanie konikotomii;
- 2) wykonanie intubacji dotchawiczej w laryngoskopii bezpośredniej przez usta lub przez nos, z użyciem lub bez użycia środków zwiotczających oraz prowadzenie wentylacji zastępczej w zależności od wskazań terapeutycznych;
- 3) wykonanie drobnych zabiegów chirurgicznych;
- 4) wykonanie fasciotomii ratunkowej;
- 5) wykonanie blokady obwodowej nerwów kończyn;
- 6) wykonanie badania USG u pacjenta urazowego;
- 7) odbarczenie tamponady osierdzia u pacjenta urazowego;
- 8) wykonanie drenażu jamy opłucnowej ze wskazań życiowych;
- 9) tamowanie krwotoków z użyciem środków hemostaticznych oraz opasek zaciskowych;
- 10) płukanie żołądka, po zabezpieczeniu drożności dróg oddechowych;
- 11) podawanie krwi, składników krwi i preparatów krwiozastępczych pacjentom z objawami wstrząsu hipowolemicznego, jeżeli ukończyła szkolenie tego z zakresu;
- 12) ocenę prezentowanych przez pacjenta symptomów zaburzeń zachowania lub zaburzeń psychicznych ze szczególnym uwzględnieniem symptomów reakcji na ciężki stres (zaburzenia nerwicowe związane ze

stressem), w związku z procesem diagnostyczno-leczniczym;

- 13) podejmowanie czynności w ramach osłony epidemiologicznej i epizootycznej stanów osobowych wojsk oraz w zakresie medycznej ochrony przed czynnikami chemicznymi, biologicznymi, radiologicznymi, nuklearnymi (Chemical Biological Radiological Nuclear – CBRN), według obowiązujących instrukcji i standardów;
- 14) podawanie produktów leczniczych oznaczonych symbolem OTC, wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, wydawanych bezpłatnie na podstawie art. 69b ust. 4 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1534 i 2138 oraz z 2017 r. poz. 60), leków w autostrzykawkach stanowiących indywidualne wyposażenie żołnierza oraz produktów leczniczych zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 2 do rozporządzenia.
2. Przepis ust. 1 stosuje się oraz szkolenia w przypadku wykonywania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 11.
3. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1, realizowane są w warunkach sytuacji kryzysowych i przy zabezpieczeniu medycznym działań jednostek podległych Ministrowi Obrony Narodowej.
4. Pielęgniarka może nie podjąć lub odstąpić od wykonania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, w przypadku:

- 1) rozerwania ciała, dekapitacji;
- 2) rozległego zniszczenia czaszki i mózgu, masywnego urazu uniemożliwiającego prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
- 3) oznak rozkładu gnilnego ciała lub stężenia pośmiertnego, zweglenia, asystolii utrzymującej się powyżej 30 minut pomimo prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej wszystkimi metodami przyrządowymi i bezprzyrządowymi, przy szerokich, niereagujących na światło źrenicach.

[Świadczenia wykonywane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przez położną

POŁOŻNA jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego:

- 1) świadczeń diagnostycznych obejmujących:
 - a) wykonywanie badania fizykalnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa uzyskany po 2001 r., lub posiada dyplom ukończenia studiów pierwszego stopnia na kierunku położnictwo, 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 elektrokardiograficznych 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;
- 2) świadczeń 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 położnictwa,
- b) wykonywanie intubacji dotchawiczej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii,
- c) podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- d) modyfikacja doraźnie dawki leku przeciwbólowego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu.

Załącznik nr 1

WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH PODAWANYCH PACJENTOWI PRZEZ PIELĘGNIARKĘ SYSTEMU W RAMACH WYKONYWANIA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	2	3
1	Acidum acetylsalicylicum (Kwas acetylosalicylowy)	tabletki
2	Adenosinum (Adenozyna)	roztwór do wstrzykiwań
3	Amiodaroni hydrochloridum (Amiodaronu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
4	Atropini sulfas (Atropiny siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
5	Isosorbidi mononitras (Izosorbidu monoazotan)	tabletki
6	Budesonidum (Budezonid)	zawiesina do nebulizacji
7	Captoprilum (Kaptopryl)	tabletki
8	Clemastinum (Klemastyna)	roztwór do wstrzykiwań
9	Clonazepamum (Klonazepam)	roztwór do wstrzykiwań
10	Clopidogrelum (Klopidogrel) (po teletransmisji EKG i konsultacji z lekarzem oceniającym zapis EKG)	tabletki
11	Dexamethasoni phosphas (Deksametazonu fosforan)	roztwór do wstrzykiwań
12	Diazepamum (Diazepam)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań, wlewka doodbytnicza

WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH, DO STOSOWANIA KTÓRYCH SĄ UPRAWNIONE PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE SAMODZIELNIE BEZ ZLECENIA LEKARSKIEGO, OKREŚLA ZAŁĄCZNIK NR 3 DO ROZPORZĄDZENIA.

WYKAZ ŚRODKÓW POMOCNICZYCH, DO STOSOWANIA KTÓRYCH SĄ UPRAWNIONE PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE SAMODZIELNIE BEZ ZLECENIA LEKARSKIEGO, OKREŚLA ZAŁĄCZNIK NR 4 DO ROZPORZĄDZENIA.

W PRZYPADKU BRAKU MOŻLIWOŚCI INTERWENCJI LEKARSKIEJ, GDY ZWŁOKA W ICH PODANIU MOGLĄBY SPOWODOWAĆ STAN NAGŁEGO ZAGROŻENIA ŻYCIA LUB ZDROWIA MATKI LUB DZIECKA, POŁOŻNA JEST UPRAWNIONA DO PODANIA PACJENTOWI BEZ ZLECENIA LEKARSKIEGO PRODUKTÓW LECZNICZYCH ZAMIESZCZONYCH W WYKAZIE STANOWIĄCYM ZAŁĄCZNIK NR 5 DO ROZPORZĄDZENIA.

UPRAWNIENIE DO POBIERANIA MATERIAŁU DO BADANIA

Pielęgniarka i położna może pobierać do celów diagnostycznych bez zlecenia lekarskiego każdy rodzaj materiału do badania, którego pobieranie wynika z uprawnień zawodowych nabytych w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, w szczególności krew żylną, mocz, ślinę, kał, włosy, wyskrobiny z paznokci, wymaz z górnych dróg oddechowych, wymaz z rany, wymaz z dróg moczowych i narządów płciowych, wymaz z odbytu, wymaz z oka, wymaz z policzka i wymazy cytologiczne.

WYKAZ BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH DO SAMODZIELNEGO PRZEPROWADZANIA PRZEZ PIELĘGNIARKĘ I POŁOŻNĄ OKREŚLA ZAŁĄCZNIK NR 6 DO ROZPORZĄDZENIA.

13	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
14	Epinephrinum (Epinefryna)	roztwór do wstrzykiwań
15	Fentanylum (Fentanyl)	roztwór do wstrzykiwań
16	Flumazenilum (Flumazenil)	roztwór do wstrzykiwań
17	Furosemidum (Furosemid)	roztwór do wstrzykiwań
18	Glyceroli trinitras (Glicerolu triazotan)	tabletki, aerozol do stosowania podjęzykowego
19	Glucagoni hydrochloridum (Glukagonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
20	Glucosum 5% (Glukoza 5%)	roztwór do wlewu dożylnego
21	Glucosum 20% (Glukoza 20%)	roztwór do wstrzykiwań
22	Heparinum natricum (Heparyna sodowa)	roztwór do wstrzykiwań
23	Hydrocortisonum (Hydrokortyzon)	roztwór do wstrzykiwań
24	Hydroxyzinum (Hydroksyzyna)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
25	Ibuprofenum (Ibuprofen)	tabletki
26	Ketoprofenum (Ketoprofen)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
27	Lidocaini hydrochloridum (Lidokainy chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań, żel
28	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
29	Mannitolum – 15% (Mannitol – 15%)	roztwór do wlewu dożylnego
30	Metamizolum natricum (Metamizol sodowy)	roztwór do wstrzykiwań
31	Metoclopramidum (Metoklopramid)	roztwór do wstrzykiwań
32	Metoprololi tartras (Metoprololu winian)	roztwór do wstrzykiwań
33	Midazolamum (Midazolam)	roztwór do wstrzykiwań
34	Morphini sulfas (Morfiny siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
35	Naloxoni hydrochloridum (Naloksonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
36	Natrii chloridum 0,9% (Sodu chlorek 0,9%)	roztwór do wlewu dożylnego
37	Natrii hydrogenocarbonas 8,4% (Sodu wodorowęglan 8,4%)	roztwór do wstrzykiwań
38	Papaverini hydrochloridum (Papaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
39	Paracetamolum (Paracetamol)	czopki, tabletki, roztwór do wstrzykiwań
40	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	roztwór do wlewu dożylnego
41		roztwór do wlewu dożylnego
42	Salbutamolum (Salbutamol)	
43	Solutio Ringeri/zbilansowany roztwór elektrolitowy	roztwór do wlewu dożylnego
44	Thiethylperazinum (Tietylperazyna)	czopki, roztwór do wstrzykiwań
45	Ticagrelorum (Tikagrelor) (po teletransmisji EKG i konsultacji z lekarzem oceniającym zapis EKG)	tabletki
46	Oxygenium medicinalis (Tlen medyczny)	gaz
47	Urapidilum (Urapidyl)	roztwór do wstrzykiwań

Załącznik nr 2

WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH PODAWANYCH PACJENTOWI PRZEZ PIELĘGNIARKI ZATRUDNIONE LUB PEŁNIĄCE SŁUŻBĘ W PODMIOTACH LECZNICZYCH BĘDĄCYCH JEDNOSTKAMI BUDŻETOWYMI, DLA KTÓRYCH PODMIOTEM TWORZĄCYM JEST MINISTER OBRONY NARODOWEJ, I JEDNOSTKAMI WOJSKOWYMI W WARUNKACH SYTUACJI KRYZYSOWYCH I PRZY ZABEZPIECZENIU MEDYCZNYM DZIAŁAŃ JEDNOSTEK PODLEGŁYCH MINISTROWI OBRONY NARODOWEJ

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	2	3
1	Acidum tranexamicum (Kwas traneksamowy)	roztwór do wstrzykiwań

2	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum (Amoksycylina)	roztwór do wstrzykiwań
3	Ciprofloxacinum (Ciprofloksacyna)	roztwór do wstrzykiwań
4	Clindamycinum (Klindamycyna)	roztwór do wstrzykiwań
5	Cefotetan (Cefotetan)	roztwór do wstrzykiwań
6	Cloxacillinum (Kloksacylina)	roztwór do wstrzykiwań
7	Etomidate (Etomidat)	roztwór do wstrzykiwań
8	Ertapenem (Ertapenem)	roztwór do wstrzykiwań
9	Fentanylum (Fentanyl)	doustna – lizak
10	Ketaminum (Ketamina)	roztwór do wstrzykiwań
11	Mannitolum (Mannitol – 5%, 10%, 20%)	roztwór do wlewu dożylnego
12	Moxifloxacin (Moksyflokscyna)	tabletki
13	Neostigmine methilsulphate (Neostygmina)	roztwór do wstrzykiwań
14	Propofol (Propofol)	roztwór do wstrzykiwań
15	Vecuronium bromide (Wekuronium)	roztwór do wstrzykiwań
16	Suxamethonii chloridum (chlorsuccilin) (Sukcynocholina)	roztwór do wstrzykiwań
17	Bacitracinum (Bacytracyna)	krople do oczu
18	Proxymetacaine hydrochloride (Proksymetakaina)	krople do oczu
19	Sulfacetamidum natricum (Sulfacetamid)	krople do oczu

Załącznik nr 3

WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH, DO STOSOWANIA KTÓRYCH SĄ UPRAWNIONE PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE SAMODZIELNIE BEZ ZLECENIA LEKARSKIEGO

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	2	3
1	Acidum acetylsalicylicum (Kwas acetylosalicylowy)	tabletki
2	Budesonidum (Budezonid)	zawiesina do nebulizacji
3	Captoprilum (Kaptopryl)	tabletki
4	Clemastinum (Klemastyna)	tabletki, syrop
5	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowodorek)	tabletki,
6	Furosemidum (Furosemid)	tabletki
7	Glyceroli trinitras (Glicerolu triazotan)	tabletki,
8	Glucagoni hydrochloridum (Glukagonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
9	Glucosum 5% (Glukoza 5%)	roztwór do wlewu dożylnego
10	Glucosum 20% (Glukoza 20%)	roztwór do wstrzykiwań

11	Hydrocortisonum (Hydrokortyzon)	roztwór do wstrzykiwań,
12	Hydroxyzinum (Hydroksyzyna)	tabletki, syrop
13	Hyoscini butylbromidum (Hioscyny butylobromek)*	tabletki, czopki
14	Ibuprofenum (Ibuprofen)	tabletki
15	Ketoprofenum (Ketoprofen)	tabletki
16	Lidocaini hydrochloridum (Lidokainy chlorowodorek)	żel,
17	Loperamidi hydrochloridum (Loperamidu chlorowodorek)	tabletki
18	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
19	Metamizolum natricum (Metamizol sodowy)	tabletki, czopki
20		czopki
21	Metoclopramidum (Metoklopramid)	tabletki
22	Metoprololi tartras (Metoprololu winian)	tabletki
23	Natrii chloridum 0,9% (Sodu chlorek 0,9%)	roztwór do wlewu dożylnego
24	Papaverini hydrochloridum (Papaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
25	Paracetamolum (Paracetamol)	czopki,
26	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	roztwór do wlewu dożylnego
27	Salbutamolum (Salbutamol)	roztwór do nebulizacji
28	Suppositoria Glyceroli (Czopki glicerolowe)	czopki
29	Solutio Ringeri/zbilansowany roztwór elektrolitowy	roztwór do wlewu dożylnego
30	Thiethylperazinum (Tietylperazyna)	czopki, tabletki
31	Oxygenium medicinalis (Tlen medyczny)	gaz
32	Epinephrinum (Epinefryna)	roztwór do wstrzykiwań
33	Produkty lecznicze oznaczone symbolem OTC	wszystkie dostępne

Załącznik nr 4

WYKAZ ŚRODKÓW POMOCNICZYCH, DO STOSOWANIA KTÓRYCH SĄ UPRAWNIONE PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE SAMODZIELNIE BEZ ZLECENIA LEKARSKIEGO

Lp.	Nazwa środka pomocniczego
1	2
1	Zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej
2	Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych
3	Cewniki zewnętrzne
4	Cewniki urologiczne
5	Cewniki jednorazowe urologiczne lub hydrofilowe cewniki urologiczne
6	Worki do zbiórki moczu z odpływem
7	Worki do zbiórki moczu w przypadku nefrostomii
8	Worki stomijne samoprzylepne jednorazowego użycia w systemie jednoczęściowym lub worki i płytki w systemie dwuczęściowym
9	Środki absorpcyjne (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady, wkłady anatomiczne)
10	Pończochy kikutowe kończyn górnych i dolnych
11	Majteczki po wyłuszczeniu lub w przypadku wrodzonego braku w stawie biodrowym
12	Poduszka przeciwoleżynowa pneumatyczna

13	Materac przeciwodleżynowy
14	Opatrunki (emplastrii)
15	Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi
16	Nebulizator (generator aerozolu)
17	Maska tlenowa

Załącznik nr 5

WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH PODAWANYCH PACJENTOWI PRZEZ POŁOŻNĄ BEZ ZLECENIA LEKARSKIEGO W PRZYPADKU BRAKU MOŻLIWOŚCI INTERWENCJI LEKARSKIEJ, GDY ZWŁOKA W ICH PODANIU MOGLĄBY SPOWODOWAĆ STAN NAGŁEGO ZAGROŻENIA ŻYCIA LUB ZDROWIA MATKI LUB DZIECKA

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	2	3
1	Demoxytocinum (Demoksytocyna)	tabletki
2	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowodorek)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
3	Hyoscini butylbromidum (Hioscyny butylobromek)	roztwór do wstrzykiwań, tabletki, czopki
4	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
5	Methyleergometrini maleas (Metyloergometryny maleinian)	roztwór do wstrzykiwań
6	Oxytocinum (Oksytocyna)	roztwór do wlewu dożylnego, roztwór do wstrzykiwań
7	Papaverini hydrochloridum (Papaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań

Załącznik nr 6

WYKAZ BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH DO SAMODZIELNEGO PRZEPROWADZANIA PRZEZ PIELĘGNIAR-KĘ I POŁOŻNĄ

Lp.	Nazwa badania diagnostycznego
1	2
1	Badania przeprowadzane z zastosowaniem analizatorów: – morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, – sód, – potas, – wapń, – kreatynina, – glukoza, – mleczały, – czas protrombinowy (INR), – TSH, – gazometria z krwi żyłnej, – gazometria z krwi tętniczkowej
2	Badania przeprowadzane za pomocą szybkich testów diagnostycznych: – białko C-reaktywne (CRP), – troponina, – hemoglobina glikowana (HbA1c), – badanie moczu (białko, ciała ketonowe, cukier, test ciążowy)
3	Badania przeprowadzane z zastosowaniem innych urządzeń pomiarowych: – przezskórny pomiar bilirubiny, – pomiar glikemii za pomocą glukometru

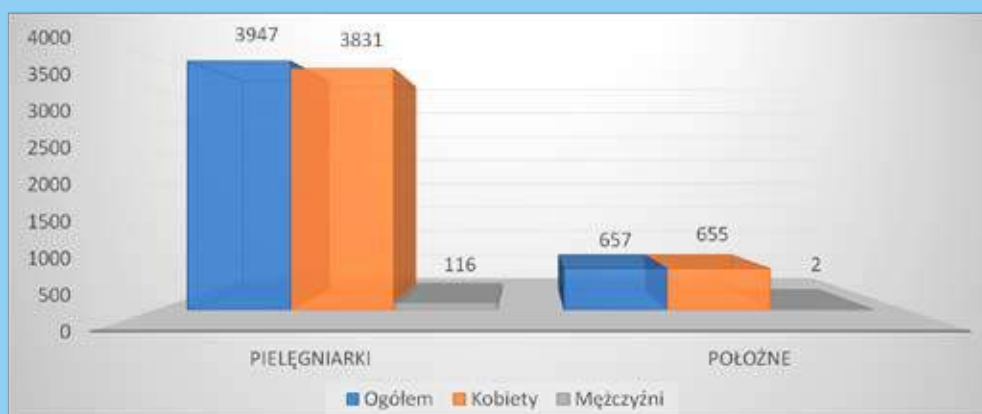
Przygotowała Danuta Wieczorek

Samorząd zawodowy a problemy pielęgniarek i położnych w realizacji świadczeń zdrowotnych

mgr Marek Przybył

Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu

Osoby zarejestrowane w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu



Wydane prawa wykonywania zawodu w zestawieniu do absolwentów PWSZ w Kaliszu



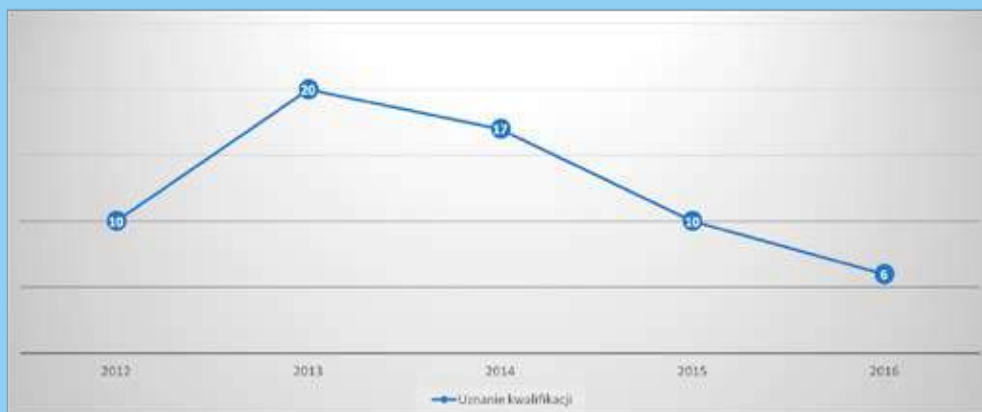
Osoby „wchodzące do zawodu” i „wychodzące z zawodu”



Osoby nabywające uprawnienia emerytalne



Uznanie kwalifikacji na unijny rynek pracy



NOWOTWORY – PROFILAKTYKA**RAK PIERSI**

Nowotwór złośliwy gruczołu sutkowego – potocznie nazywany rakiem piersi – jest nowotworem wywodzącym się z nabłonka przewodów lub zrazików gruczołu sutkowego, który początkowo rozwija się miejscowo w piersi, dając przerzuty za pośrednictwem naczyń chłonnych czy krwionośnych do węzłów chłonnych i narządów odległych.

RAK PIERSI: ŚWIAT

Rak piersi jest uznawany za najczęściej występujący rodzaj agresywnego raka u kobiet na świecie. W roku 2010 został on zdiagnozowany u blisko 1,5 miliona kobiet. W skali globalnej przewiduje się, że na raka piersi zachoruje w pewnym momencie życia jedna na dziesięć kobiet. Liczba ta wzrasta do jednej na osiem kobiet w krajach Ameryki Północnej, Polsce, Wielkiej Brytanii, Australii i Nowej Zelandii. Częstość występowania raka piersi wykazuje tendencję wzrostową zwłaszcza w krajach rozwiniętych lub o wysokiej dynamice rozwoju. Przyczyn tego zjawiska upatruje się w stylu życia, a także stosowaniu bardziej czułych metod wykrywania nowotworu piersi [1].

RAK PIERSI: POLSKA

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce. W ostatnich latach — według Krajowego Rejestru Nowotworów — liczba zachorowań przekroczyła 16 500 rocznie (standaryzowany współczynnik zachorowalności około 52/100 000) i wzrosła w ostatnich dwóch dekadach o około 10 000. Rak piersi u mężczyzn występuje bardzo rzadko — w ostatnich latach rejestrowano około 120 przypadków nowych zachorowań rocznie. W Polsce rak piersi jest od kilku lat drugą — po raku płuca — przyczyną zgonów spowodowanych przez nowotwory złośliwe wśród kobiet (liczba zgonów — około 5500 rocznie, standaryzowany współczynnik umieralności — około 14,5/100 000).

Rosnąca liczba zachorowań na raka piersi oraz negatywne następstwa choroby upośledzają nie tylko fizyczne i społeczne funkcjonowanie chorych i ich bliskich, ale także — ze względu na skalę zachorowań i znaczenie tego nowotworu — wpływają negatywnie na ekonomikę systemu ochrony zdrowia i zjawiska gospodarcze w szerszym ujęciu. Dlatego też działania ukierunkowane na zapobieganie i leczenie raka piersi stały się jednym z największych wyzwań w dziedzinie opieki zdrowotnej w skali całego świata.

CZYNNIKI RYZYKA ZACHOROWANIA NA RAKA PIERSI

Przyczyny rozwoju raka piersi nie są jeszcze do końca poznane, ale na podstawie prowadzonych badań udało się już zidentyfikować wiele czynników zwiększających prawdopodobieństwo rozwoju tego nowotworu, co pozwala oceniać ryzyko jego wystąpienia u poszczególnych osób. Kwalifikacja do grupy wysokiego ryzyka nie oznacza automatycznie pewności zachorowania na raka piersi, ale stanowi powód do podjęcia wzmocnionych działań profilaktycznych, obejmujących także eliminację lub zmianę niekorzystnych

zachowań związanych ze stylem życia. Analogicznie, brak czynników ryzyka zachorowania na raka piersi nie jest gwarancją niewystąpienia tej choroby.

Do najważniejszych czynników ryzyka zachorowania na raka piersi zaliczane są:

- płeć i wiek,
- czynniki dziedziczne,
- niektóre zmiany rozrostowe uważane za łagodne,
- przebyty nowotwór piersi,
- wiek w momencie wystąpienia pierwszej i ostatniej miesiączki,
- późne macierzyństwo i bezdzietność,
- antykoncepcja i hormonalna terapia zastępcza,
- brak aktywności fizycznej,
- spożywanie alkoholu,
- otyłość, zwłaszcza w wieku pomenopauzalnym,
- dieta bogata w tłuszcze nasycone,
- ekspozycja na czynniki rakotwórcze tj. promieniowanie jonizujące i pole magnetyczne.

Najważniejszym czynnikiem ryzyka jest starszy wiek, a w dalszej kolejności: nosicielstwo mutacji niektórych genów (przede wszystkim BRCA1 i BRCA2), rodzinne występowanie raka piersi, zwłaszcza w młodszym wieku, pierwsza miesiączka we wczesnym wieku, menopauza w późnym wieku, późny wiek pierwszego porodu zakończonego urodzeniem żywego dziecka, długotrwała hormonalna terapia zastępcza (HTZ), ekspozycja na działanie promieniowania jonizującego i niektóre łagodne choroby rozrostowe piersi. Indywidualne ryzyko zachorowania na raka piersi można oszacować na podstawie różnych metod statystycznych, spośród których najbardziej znana jest skala ryzyka według Gaila. Uwzględnia ona następujące czynniki: wiek, w którym wystąpiła pierwsza miesiączka, liczba wcześniej wykonanych biopsji piersi, obecność atypowej hiperplazji w materiale z biopsji, wiek, w którym nastąpił pierwszy żywy poród, zachorowania na raka piersi u krewnych pierwszego stopnia oraz wiek. Głównym zastosowaniem tej metody jest kwalifikacja do działań zapobiegawczych u kobiet z wysokim ryzykiem zachorowania na raka piersi (2).

Najstarsze doniesienie o rodzinnym raku piersi datuje się na około 100 rok naszej ery i pochodzi z literatury medycznej Starożytnego Rzymu. Pierwsza dokumentacja rodzinnej agregacji raka piersi pochodząca z czasów nowożytnych została opublikowana przez Broca w 1866 roku, który opisał 10 przypadków raka piersi w 4 pokoleniach rodziny swojej żony. W połowie lat dziewięćdziesiątych

udowodniono również na poziomie molekularnym, że znacząca część raków piersi i jajnika ma dziedziczną etiologię jednogenową. Badania oceniające częstość występowania cech rodowodowo-klinicznych charakterystycznych dla silnych agregacji raków piersi/jajnika wśród kolejnych raków tych narządów jak i analizy zgodności zachorowań wśród bliźniaków jednojajowych wskazują, że w około 30% raków piersi i jajnika zachorowania te powstają wskutek silnej genetycznej predyspozycji. Do niedawna w pozostałych tzw. sporadycznych rakach piersi/jajnika znaczenie czynników genetycznych było pomijane. W ostatnich latach udało się jednak wykazać, że u pacjentów z rakami sporadycznymi również jest wykrywalne charakterystyczne podłoże konstytucyjne sprzyjające rozwojowi tych nowotworów. Dlatego obecnie uważa się, że u niemal wszystkich pacjentów z nowotworami powinno występować odpowiednie podłoże genetyczne, oczywiście w różnym stopniu wpływające na ryzyko rozwoju nowotworu. Zmiany genetyczne silnie związane z występowaniem nowotworu określa się jako zmiany (geny) wysokiego ryzyka, natomiast zmiany powiązane z rozwojem danego nowotworu w mniejszym stopniu nazywa się zmianami (genami) umiarkowanie zwiększonego ryzyka. Klinicznie silna genetyczna predyspozycja do raka piersi/jajnika jest na ogół powiązana z mutacjami w genach *BRCA1* lub *BRCA2* i ujawnia się najczęściej jako zespoły tzw. dziedzicznego raka piersi specyficznego narządowo, dziedzicznego raka piersi-jajnika i dziedzicznego raka jajnika specyficznego narządowo (3).

OBJAWY RAKA PIERSI

Objawem raka piersi jest guz różniący się od otaczających go tkanek lub nieostro odgraniczone zgrubienie nieobecne w drugiej piersi. Rak piersi może powodować zmianę kształtu lub powiększenie się sutka. Zaawansowanym zmianom nowotworowym mogą towarzyszyć zmiany w wyglądzie piersi. U części pacjentek chorych na raka piersi stwierdza się powiększenie pachowych węzłów chłonnych po tej samej stronie co guz. Objawem większego zaawansowania raka jest obecność przerzutów w węzłach chłonnych w okolicach obojczyków. Masywnemu zajęciu regionalnych węzłów chłonnych może towarzyszyć obrzęk chłonny ręki. W najbardziej zaawansowanym stadium raka piersi, tzw. stadium uogólnionym (rozsiałym) mogą występować objawy związane z rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych z pierwotnego guza w piersi na inne, odległe narządy, w których tworzą się przerzuty. Objawy przerzutów zależą od ich lokalizacji i mogą to być np. bóle kostne (przerzuty do kości), silne bóle i zawroty głowy (przerzuty do mózgu) czy brak apetytu lub ból brzucha (przerzuty do wątroby) (4).

POSTĘPY W DIAGNOSTYCE RAKA PIERSI

Dobre znane metody stosowane w diagnostyce raka piersi, takie jak kliniczne badanie piersi, mammografia i USG, nie gwarantują wykrycia każdego przypadku raka, jeśli są stosowane pojedynczo. Istnieje jednak coraz więcej metod diagnostycznych o zwiększonej czułości i nieinwazyjnych technik, które zwiększają dokładność diagnostyczną i wykry-

walność raka, gdy są stosowane w połączeniu z istniejącymi już metodami. Mogą to być zarówno bardzo zaawansowane metody komputerowe (CAD) wspomagające badanie mammograficzne lub mniej rozwinięte metody, takie jak obrazowanie optyczne i diagnostyczne techniki molekularne. Ze względu na zwiększoną czułość CAD zmniejsza szanse fałszywie ujemnych wyników, a specjalne oprogramowanie ostrzega specjalistów o wykrytych zmianach. Inne zaawansowane metody wykrywania raka piersi, takie jak mammografia z kontrastem i trójwymiarowa technika skriningu raka piersi, tzw. tomosynteza, mają zdolność różnicowania guzów rosnących szybko i zmian łagodnych. Coraz większa wiedza na temat molekularnej różnorodności raka piersi, a także postępy w badaniach molekularnych otworzyły nowe możliwości wczesnego wykrywania zmian nowotworowych. Z rakiem piersi zostało powiązanych wiele biomarkerów (*BRCA1*, *BRCA2*, *HER2*, *ER* i *PR*). Zostały także opracowane nowatorskie metody wykrywania krążących we krwi komórek nowotworowych. W rezultacie tak zaawansowanego rozwoju możliwa jest stratyfikacja nowotworów na podstawie występujących pomiędzy nimi różnic molekularnych, a także indywidualne leczenie dostosowane do potrzeb pacjenta. Metoda mikromacierzy umożliwiła wgląd w funkcje genów i ich uczestnictwo w rozwoju i progresji raka. Technologia ta jest szeroko stosowana do monitorowania ekspresji tysięcy genów jednocześnie. Przy jej użyciu opracowano jedne z najbardziej nowoczesnych testów służących do diagnozy i prognozy raka piersi. Test *BCtct* został opracowany do wykrywania specyficznych zmian w aktywności 96 genów z krwi pobranej od pacjentki. Służy on do szybkiego wykrywania raka piersi. Test *Oncotype DX*, który jest wykonywany na próbkach nowotworowych pobranych podczas biopsji. Wykrywa on zmiany w 21 kluczowych biomarkerach i pomaga przewidzieć korzyści z chemioterapii, a także oszacować ryzyko nawrotu raka piersi. Test *MammaPrint* jest używany do określenia prawdopodobieństwa nawrotu raka piersi na podstawie zmieniającego się poziomu ekspresji tysięcy genów, co czyni identyfikację podtypów raka piersi bardziej precyzyjną. Duży wpływ na rozwój badań nad biomarkerami raka piersi, a także na zrozumienie patogenezy chorób nowotworowych miała również szybko rozwijająca się epigenetyka. Zmiany epigenetyczne są kontrolowane poprzez ścieżki sygnałowe w odpowiedzi na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne. Kontrola epigenetyczna wpływa na dostęp do materiału genetycznego w komórce w ramach kontroli ekspresji genów. Zaburzenia tej kontroli zaobserwowano w różnych chorobach, w tym u pacjentek z rakiem piersi, gdy wyniki ich badań porównano z wynikami zdrowych kobiet. W konsekwencji specyficzne zmiany epigenetyczne zaproponowano jako nową i wydajną metodę diagnostyczną. Opracowano testy diagnostyczne *Epi proColon* i *Epi proLung*. Testy te wykrywają zmiany w metylacji w okrężnicy lub w tkance płucnej. Metylacja jest jednym ze sposobów epigenetycznej regulacji ekspresji genów, która jest często deregulowana u chorych na raka. Opracowano nieinwazyjne badanie krwi – test *EpiSwitchTM* przeznaczony do wczesnego wykrywania raka piersi. Test

jest oparty na różnicach epigenetycznych w 18 biomarkerach pomiędzy pacjentami z nowotworem i osobami zdrowymi. Jest to pierwsza tego rodzaju technologia, która z wysoką czułością i dokładnością wykrywa raka piersi niezależnie od stadium jego rozwoju czy rodzaju, np. rak piersi Luminal A: ER(+) i/lub PR(+), HER2(-), Luminal B: ER(+) i/lub PR(+), HER2(+), ER(+)/PR(-)/HER2(-) i ER(-)/PR(-)/HER2(+). EpiSwitch™ jest przewidziany do stosowania w połączeniu z mammografią oraz USG i zalecany w przypadku klinicznie niejednoznacznych wyników mammografii.

Rak piersi jest najczęściej występującym rodzajem raka inwazyjnego u kobiet, a częstość jego występowania stale rośnie. Istnieje ogromna potrzeba opracowania skutecznych i łatwo dostępnych metod wczesnego wykrywania tego schorzenia. Pomimo że mammografia nie jest metodą dostatecznie czułą, aby wykryć wszystkie przypadki raka piersi, nadal jest to badanie standardowe i najczęściej stosowane w diagnostyce tego nowotworu. Główne ograniczenia tej techniki to występowanie fałszywie dodatnich i ujemnych wyników, które mogą prowadzić do opóźnienia leczenia lub błędnej diagnozy, co może mieć istotny wpływ na pogorszenie stanu pacjentki w sensie fizycznym i psychicznym. Dowodzi to, jak wielka jest potrzeba rozwoju bardziej dokładnych, nieinwazyjnych i przyjaznych technik diagnostycznych, które mogłyby poprawić wczesne wykrywanie raka piersi, a przez to zwiększyć szanse na przeżycie przy jednoczesnym zminimalizowaniu urazów psychicznych chorych kobiet.

Postępy w diagnostyce raka piersi dowodzą, że nowoczesne techniki diagnostyczne wspomagają mammografię i w dużym stopniu poprawiają jej czułość. Intensywne prace firm i zespołów badawczych nad rozwinięciem badań diagnostycznych w kierunku raka piersi doprowadziły do znaczących osiągnięć w tej dziedzinie. Do najważniejszych należą bardzo wrażliwa technologia obrazowania i nowe techniki molekularne, które pomagają rozróżnić nowotwory agresywne od niezłośliwego raka piersi wcześniej i z dużo większą precyzją. Wydaje się jednak, że w przyszłości największy wpływ na wczesne wykrywanie raka piersi będą miały postępy w biologii molekularnej i epigenetyce. Już teraz pozwalają one na szczegółowe i szybkie rozróżnienie guzów, zanim zostaną wykryte jakiegokolwiek widoczne zmiany przy użyciu techniki obrazowania. W konsekwencji wpłynie to w znaczący sposób na zmniejszenie obciążenia psychicznego kobiet poddanych diagnostycznym badaniom przesiewowym w kierunku raka piersi, co wiąże się z wyraźnymi korzyściami dla pacjentek i systemów opieki zdrowotnej, oraz będzie stanowiło wsparcie zarówno dla prywatnych, jak i państwowych inicjatyw (1).

Profilaktyka I fazy (pierwotna) – zapobieganie nowotworom złośliwym poprzez ogół działań mających na celu obniżenie ryzyka zachorowania na nowotwór. Jej zadaniem jest zmniejszenie umieralności oraz zapadalności na nowotwory złośliwe dzięki określeniu czynników mających wpływ na: powstanie choroby, poznanie mechanizmów jej działania oraz promowanie zachowań prozdrowotnych. Profilaktyka wtórna (II fazy) – działania mające na celu wczesne wykrywanie. Polega na badaniach osób niemających objawów choroby

nowotworowej w celu jej rozpoznania jeszcze w okresie bezobjawowym.

Wykrycie raka piersi w jak najwcześniejszym stadium rozwoju znacznie zwiększa odsetek wyleczeń i wpływa na obniżenie o około 25% wskaźnika umieralności. Wczesne wykrycie zmiany nowotworowej umożliwia także zastosowanie oszczędzającego zabiegu chirurgicznego z zachowaniem piersi. Niestety, długi okres bezobjawowego rozwoju nowotworów złośliwych oraz jeszcze wciąż niski poziom wiedzy onkologicznej w polskim społeczeństwie powodują, że wiele (wg niektórych źródeł nawet około 50%) przypadków raka piersi wykrywanych jest w stadium wysokiego zaawansowania, na skutek czego najczęściej wykonywanym leczniczo zabiegiem chirurgicznym jest amputacja piersi.

Skuteczna walka z chorobą nowotworową opiera się zarówno na skutecznych środkach leczenia choroby (wyleczenie), jak i na działaniach zapobiegających wystąpieniu czy też umożliwiających wczesne jej wykrycie – profilaktyce.

Pierwotna profilaktyka raka piersi opiera się przede wszystkim na podnoszeniu świadomości prozdrowotnej dotyczącej udowodnionych naukowo czynników ryzyka zachorowania na raka piersi. Propagowanie wczesnego macierzyństwa, karmienia piersią, nawyków żywieniowych eliminujących otyłość i nadwagę lub aktywności fizycznej, jako czynników chroniących przed nowotworem, szczególnie w grupach pacjentek obciążonych dziedzicznie, skutkuje spadkiem zachorowań na raka piersi.

Formą profilaktyki pierwotnej jest obustronna prewencyjna mastektomia (amputacja piersi), która obniża ryzyko wystąpienia raka piersi o 90–95% u osób, u których wykryto mutacje predysponujące do tego nowotworu. Zgodnie z szacunkami, u 100 tys. Polek występuje mutacja BRCA1, która zwiększa ryzyko zachorowania na raka piersi oraz raka jajnika. Dotąd jednak wykryto ją u 5 tys. kobiet. Spośród nich jedynie około 10% zdecydowało się na zabieg prewencyjnego usunięcia piersi. U nosicieli mutacji w genie BRCA1 lub BRCA2 znacząca redukcja ryzyka raka piersi oraz jajnika następuje po przeprowadzeniu zabiegu profilaktycznej ovariectomii (usunięcia jajników). Barierami ograniczającymi stosowanie tych metod są, z jednej strony, możliwe powikłania pooperacyjne i psychologiczne związane z usunięciem piersi lub jajników, z drugiej zaś ograniczenia w dostępie do badań i finansowania testów genetycznych.

Celem profilaktyki wtórnej raka piersi jest przede wszystkim wykrycie choroby we wczesnej fazie klinicznej (fazie przedinwazyjnej). Poszukiwanie zmiany nowotworowej u osób, u których nie wystąpiły jeszcze objawy choroby, prowadzone jest przez wykonanie badania przesiewowego (skriningu), w tym głównie mammografii (MMG) lub mammografii i badania fizykalnego. Udział w badaniach mammograficznych zmniejsza ryzyko zgonu z powodu raka piersi. W przypadku kobiet w wieku 50. – 69. lat udział w badaniach przesiewowych powoduje zmniejszenie ryzyka śmierci z powodu raka piersi o 30%. U kobiet młodszych nie zaleca się wykonywania przesiewowych badań mammograficznych, ze względu na budowę ich gruczołu piersiowego (dużo tkanki gruczołowej) i związaną z nią obniżoną czułość

MMG. W ramach działań profilaktycznych u kobiet przed 40. rokiem życia bez objawów nowotworu oraz bez dodatkowych czynników ryzyka wystąpienia raka piersi zaleca się wykonywanie co 3 lata lekarskich badań kontrolnych.

Profilaktyka raka piersi w istotny sposób wpływa na efektywność terapii, gdyż wykrycie nowotworu w jak najwcześniejszym stadium rozwoju istotnie poprawia wyniki leczenia. Coraz popularniejsze w Polsce badania przesiewowe, mimo olbrzymich nakładów finansowych na ich prowadzenie, nadal obejmują jedynie mniejszość kobiet o największym ryzyku zachorowania, w wieku od 50. do 69. roku życia. Od lat prowadzonych jest w Polsce wiele akcji społecznych ukierunkowanych na wzrost świadomości i wczesną diagnostykę

raka piersi, dzięki czemu rak piersi przestaje być tematem tabu, a wiedza o nim i wysokie prawdopodobieństwo jego wyleczenia przy wczesnym zdiagnozowaniu, stają się coraz bardziej powszechne (4).

Jeznach M., Jordan P., Akoulitchew A.: Rak piersi – rozwój wczesnej diagnostyki nieinwazyjnej w celu ograniczenia umieralności i złagodzenia konsekwencji psychologicznych choroby. *Psychoonkologia* 2/2013,

Jassem J., Krzakowski M.: Rak piersi

Gronwald J., Byrski T., Huzarski T., Oszurek O., Janicka A., Szymańska-Pasternak J., Górski B., Menkiszak J., Rzepka-Górska I., Lubiński J.: *Genetyka kliniczna raka piersi i jajnika. Postępy Nauk Medycznych* 7/2008

Smaga A., Mikułowska M., Komorowska M., Falkiewicz B.: *Rak piersi w Polsce, leczenie to inwestycja. Warszawa 2014.*

PIELĘGNIARSTWO NEUROLOGICZNE

STWARDNIENIE ROZSIANE – CHOROBA DEMIELINIZACYJNA

Stwardnienie rozsiane (łac. sclerosis multiplex — SM) jest przewlekłą, demielinizacyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego o podłożu immunologicznym. SM najczęściej rozpoczyna się u osób pomiędzy 20. a 40. rokiem życia i jest to w większości przypadków postać rzutowo-remisyjna choroby. Stwardnienie rozsiane jest chorobą powodującą plamkowate zniszczenie mieliny otaczającej nerwy w postaci osłonki rdzennej w wielu miejscach układu nerwowego, która jest nieodczuwalna w celu zaopatrywania w substancje odżywcze lub przewodzenia impulsów nerwowych. Uszkodzenia spowodowane przez SM mogą występować w różnych miejscach mózgu i rdzenia. Przebieg kliniczny stwardnienia rozsianego jest różny, a leczenie skomplikowane ze względu na postępujący proces chorobowy. W konsekwencji u chorego występują różnorodne problemy dotyczące wszystkich sfer jakości życia.

W immunopatogenezie stwardnienia rozsianego istotną rolę odgrywają czynniki środowiskowe, genetyczne, jak i złożona reakcja autoimmunologiczna prowadząca do uszkodzenia układu nerwowego.

Wśród czynników środowiskowych istotną rolę odgrywają zakażenia o charakterze wirusowym. Geny w SM warunkują podatność na chorobę, typ przebiegu i ciężkość objawów. W złożonym procesie autoimmunologicznym, jaki zachodzi w SM, początek choroby związany jest z aktywacją krążących autoreaktywnych limfocytów T, które przedostają się przez barierę krew – mózg i wnikają do ośrodkowego układu nerwowego. Obok cytokin prozapalnych na terenie ognisk demielinizacji wykrywa się cytokiny o właściwościach antyzapalnych uwalniane przez limfocyty Th2. W obrębie ognisk demielinizacji wykrywa się także cząsteczki adhezyjne, które umożliwiają przezłączenie się z odpowiadającymi im ligandami – przechodzenie limfocytów przez ścianę naczyń krwionośnych. U chorych z SM rozpuszczalne cząsteczki adhezyjne wykrywa się w płynie mózgowo-rdzeniowym i w surowicy krwi. Istotną rolę w patogenezie SM przypisuje się również metaloproteinazom, enzymom powodującym m.in. uszkodzenie bariery krew-mózg i ułatwiającym przejście limfocytów do ośrodkowego układu nerwowego. Metaloproteinazy także biorą udział w degradacji białka zasadowego mieliny, wchodzącego

w skład osłonki mielinowej. W immunopatologii SM istotną rolę odgrywa nieprawidłowa regulacja procesu apoptozy, prowadząca do zaburzeń eliminacji cytotoksycznych limfocytów T, mogąca zarazem przyczynić się do utraty oligodendrocytów w ośrodkowym układzie nerwowym. Uszkodzenie aksonów jest najprawdopodobniej rezultatem aktywności enzymów proteolitycznych, cytokin i wolnych rodników.

Jednym słowem na obraz immunopatologiczny w SM składa się wiele procesów, tj: demielinizacja, utrata oligodendrocytów, uszkodzenie aksonalne, remielinizacja, a także astroglioza. Zmiany te zachodzą na podłożu zapalnym z udziałem limfocytów T, B, komórek mikrogleju oraz makrofagów.

Objawy

W związku z pojawiającymi się w przebiegu SM uszkodzeniami dotyczącymi układu nerwowego u pacjentów pojawiać się mogą takie dolegliwości, jak:

- zaburzenia czucia (np. parestezje)
- zaburzenia równowagi
- upośledzenie chodu
- dolegliwości bólowe
- jednostronne zaburzenia ostrości wzroku
- objaw Lhermitte'a (polegający na tym, że po przygięciu głowy do klatki piersiowej pacjent doznaje odczucia, jakby prąd elektryczny przechodził przez jego ramiona i do dolnej połowy ciała, ku plecom)

- neuralgia nerwu trójdzielnego
- wzmożenie napięcia mięśniowego i związane z nim skurcze mięśniowe
- przewlekłe zmęczenie
- zaburzenia oddawania moczu i stolca
- dysfunkcje seksualne (np. zaburzenia erekcji u mężczyzn czy spadek libido u pacjentów obojga płci)
- upośledzenie pamięci, koncentracji i uwagi
- drżenia mięśniowe
- dyzartria
- zawroty głowy
- czasami objawy poprzecznego zapalenia rdzenia kręgowego

Jednym z najwcześniejszych objawów SM są zaburzenia widzenia będące efektem pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego i zmian, jakie zachodzą w nerwie wzrokowym. Objawiają się niewyraźnym i zamazanym widzeniem, a nawet nagłym zaniewidzeniem lub ślepotą oka. Objawy mogą wystąpić nagle, mieć postać nawracającą lub narastającą w ciągu kilku dni. Chorzy skarżą się wtedy na bóle gałki ocznej, obraz staje się wyblakły, mniej jaskrawy. Często towarzyszy temu podwójne widzenie, także utrata kontrastu oraz zaburzenia widzenia kolorów. Jeśli odpowiednio wcześniej wprowadzi się leki, jest szansa na uratowanie wzroku.

Nie należy lekceważyć także uczucia przewlekłego osłabienia, bólu lub kurczów mięśni, które są najczęstszymi objawami wczesnego stadium choroby. Niepokojące są powtarzające się i bolesne uczucia sztywności oraz skurcze mięśni, a ból występuje zwykle na nogach. Pojawiają się także zmęczenie i osłabienie. Część chorych jako pierwsze objawy zgłasza zawroty głowy oraz problemy z utrzymaniem równowagi.

Aż 80% chorych skarży się na poważne problemy z pęcherzem moczowym. Chorzy na SM odczuwają silną konieczność częstego oddawania moczu i parcie na pęcherz. Chorobie towarzyszy także NTM, czyli mimowolne i nieświadome nietrzymanie moczu.

Jednym z wczesnych objawów SM są również zaburzenia poznawcze, częste są problemy z pamięcią i koncentracją, występują też zaburzenia nastroju – od rozdrażnienia po euforię, a także gwałtowne napady płaczu oraz śmiechu.

Diagnostyka

SM rozpoznaje się na podstawie charakteru dolegliwości występujących u pacjentów oraz poprzez przeprowadzenie licznych badań, wśród których można wymienić:

- analizę parametrów płynu mózgowo-rdzeniowego uzyskanego drogą punkcji lędźwiowej,
- badania obrazowe (w rozpoznawaniu stwardnienia rozsianego znaczenie odgrywa przede wszystkim obrazowanie struktur układu nerwowego metodą rezonansu magnetycznego),
- badania elektrofizjologiczne (np. badanie wzrokowych potencjałów wywołanych).
- Ostatecznie rozpoznanie stwardnienia rozsianego stawiane jest na podstawie wykrytych w powyżej wymienionych badaniach odchyłań. Chorobę rozpoznaje się w oparciu o tzw. kryteria McDonald.

Rodzaje SM

Stwardnienie rozsiane nie jest ma jednorodnego przebiegu klinicznego – wyróżnia się wiele postaci tej choroby. Jako najczęstsze rodzaje stwardnienia rozsianego wymieniane są:

- **postać rzutowo-remisyjna** - najczęstsza, przebiegająca z epizodami rzutów choroby oraz z okresami remisji, czyli stanami, w których u pacjentów nie występują odchylenia neurologiczne lub obecne są tylko pojedyncze objawy choroby,
- **postać wtórnie postępująca** - rozpoznawana u pacjentów, u których po okresie występowania rzutów i remisji stwardnienia rozsianego dochodzi do stałej progresji choroby,
- **postać pierwotnie postępująca** - w której od początku zachorowania dolegliwości stopniowo, ale stale zwiększają swoje natężenie,
- **postać pierwotnie postępująca z rzutami** - charakteryzująca się tym, że poza stałym wzrostem intensywności objawów stwardnienia rozsianego dochodzi u chorych do pojawiania się epizodów rzutowych.

U około 80% pacjentów z SM początek choroby jest rzutowo-remisyjny. Częstość rzutów wynosi od 0,8 do 1,2 na rok. W miarę upływu czasu częstość rzutów maleje. Postać rzutowo-remisyjna może przejść w postać wtórnie postępującą. Odrębną postacią kliniczną jest pierwotnie postępujące SM, która stanowi 10 – 20% chorych. Postać ta przypada później, ok. 35 – 40 rż. i częściej występuje u mężczyzn. Rzadziej występuje zapalenie nerwów wzrokowych, a dominującym objawem neurologicznym jest postępujący spastyczny niedowład kończyn dolnych od początku choroby. U niektórych chorych występuje zapalenie rdzenia kręgowego oraz nerwów wzrokowych – ta postać określana jest mianem zespołu Devica. Inną postacią SM jest choroba Marburga - szybko postępująca choroba, prowadząca do ciężkiej niepełnosprawności, a nawet zgonu w ciągu pierwszego roku trwania choroby.

Leczenie

W leczeniu stwardnienia rozsianego wyróżniamy cztery kierunki postępowania: leczenie rzutu choroby, leczenie immunomodulacyjne, leczenie objawowe i postępowanie rehabilitacyjne.

Leczenie ostrego rzutu choroby

Glikokortykosteroidy (GKS) są pierwszą grupą leków, które znajdują zastosowanie u chorych na SM. Preparaty te podaje się w przypadku rzutów stwardnienia rozsianego – wykorzystanie znajduje m.in. działanie przeciwobrzękowe i przeciwzapalne tych preparatów. Dzięki GKS możliwe jest skrócenie czasu utrzymywania się objawów neurologicznych rzutu SM. Te leki podawane mogą być pacjentom zarówno dożylnie, jak i doustnie. GKS dożylnie stosuje się zwykle przez kilka dni, w przypadku farmakoterapii doustnej może być ona zalecana chorym na okres kilkunastu dni, a czasem na kilka (3-4) tygodni. Zastosowanie znajdują przede wszystkim takie leki z tej grupy, jak metyloprednizolon, prednizon czy deksametazon. Glikokortykosteroidy są lekami, których zażywanie może być związane z wieloma różnymi zagrożeniami i dlatego stosuje się je ostrożnie. Preparaty te mogą doprowadzić

do nadciśnienia tętniczego, zaburzeń węglowodanowych, problemów dermatologicznych (takich jak trądzik), a nawet do zaburzeń psychicznych (w postaci obniżenia nastroju, ale i epizodów psychotycznych). GKS mogą również podrażniać struktury przewodu pokarmowego, dlatego u pacjentów obciążonych (np. tych ze zwiększonym ryzykiem choroby wrzodowej żołądka) stosowane bywa osłonowe podawanie leków z grupy inhibitorów pompy protonowej.

Leczenie modyfikujące przebieg choroby o postaci z rzutami i remisjami

Celem leczenia immunomodulacyjnego jest modyfikacja naturalnego przebiegu choroby i zmniejszenie ilości rzutów, co w efekcie przyczynia się do spowolnienia rozwoju trwałej niesprawności neurologicznej. Leczenie to możliwe jest do zastosowania tylko w postaci rzutowo–remisyjnej stwardnienia rozsianego. W Polsce leczenie immunomodulacyjne w ramach programu lekowego refundowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) trwa pięć lat. Lekami zarejestrowanymi w leczeniu immunomodulacyjnym są: interferony, octan glatirameru, natalizumab i fingolimod. Lekami pierwszego rzutu stosowanymi w programach terapeutycznych refundowanych przez NFZ są interferony i octan glatirameru.

Interferon beta jest naturalną cytokiną o właściwościach przeciwwirusowych i immunoregulacyjnych. W terapii SM stosuje się interferon beta 1A i interferon beta 1B. Octan glatirameru, inaczej kopolimer-1 to syntetyczny peptyd zbudowany z czterech aminokwasów, którego budowa zbliżona jest do budowy białek mielinowych. Na podstawie przeprowadzonych licznych badań farmakologicznych nad skutecznością stosowaniu interferonów i kopolimeru w leczeniu rzutowo-remisyjnej postaci SM wykazano, że leki te zmniejszają częstość rzutów choroby, zmniejszają liczbę zmian aktywnych Gd(+) w obrazie rezonansu magnetycznego (MRI) i zmniejszają tempo rozwoju niesprawności neurologicznej, mierzonej w skali EDSS. Pacjent w okresie przyjmowania interferonu lub kopolimeru jest monitorowany w zakresie skuteczności leczenia oraz występowania skutków ubocznych zastosowanego leku. U tych pacjentów raz na trzy miesiące wykonywane są badania laboratoryjne (morfologia, próby wątrobowe), raz na rok wykonywane jest badanie rezonansu magnetycznego (MRI) oraz w czasie kontrolnych wizyt lekarskich badany jest również stan funkcjonalny chorego za pomocą skali EDSS. W przypadku nieprawidłowości w wynikach laboratoryjnych lekarz prowadzący może zdecydować o zmniejszeniu stosowanej dawki leku lub o okresowym odstawieniu leczenia, do chwili uzyskania poprawy w zakresie parametrów laboratoryjnych. O braku odpowiedzi na leczenie interferonem lub kopolimerem świadczą następujące kryteria: ilość rzutów choroby, progresja stanu funkcjonalnego chorego wyrażona w skali EDSS oraz ilość zmian w obrazie rezonansu magnetycznego w okresie rocznego cyklu przyjmowania leku. W takiej sytuacji należy rozważyć możliwość włączenia leków drugiego rzutu lub zmianę sposobu leczenia. Warunkiem efektywności terapii immunomodulacyjnej jest również przestrzeganie

przez chorego zasad postępowania podczas całego okresu leczenia.

Rola pielęgniarki w leczeniu interferonem lub octanem glatirameru

Pielęgniarka, obejmując swoją opieką chorego rozpoczynającego leczenie interferonem lub octanem glatirameru ocenia stopień sprawności chorego (dysfunkcje neurologiczne), poziom wiedzy chorego w zakresie leczenia immunomodulacyjnego, określa obszary wsparcia, jakie chory może uzyskać od rodziny oraz planuje postępowanie pielęgniarskie ukierunkowane na indywidualnego pacjenta. Zadaniem pielęgniarki na tym etapie jest przygotowanie chorego do samodzielnego podawania leku w warunkach domowych.

Postępowanie pielęgniarskie obejmuje:

1. Edukację pacjenta i jego rodziny w zakresie: — nauki prawidłowego przygotowania i podania leku, — prawidłowego wyznaczania miejsca podania leku, — umiejętności radzenia sobie z objawami niepożądanymi zastosowanego leczenia.

2. Monitorowanie i wspieranie chorego od rozpoczęcia do zakończenia terapii.

Nauka prawidłowego przygotowania i podania leku polega na wykonywaniu przez pacjenta, pod nadzorem pielęgniarki, poszczególnych etapów tej procedury, aż do całkowitego ich opanowania. Leki te podawane są w iniekcji podskórnej: codziennie, co drugi dzień, lub trzy razy w tygodniu oraz w iniekcji domięśniowej raz w tygodniu. Podczas tego instruktażu zwracamy uwagę na prawidłową technikę wkłucia pod kątem 90° oraz na to, aby chory od pierwszej iniekcji używał specjalnych aparatów do wstrzyknięć (autoiniekatorów). Ważnym elementem pozytywnie wzmacniającym chorego na tym etapie edukacji jest to, aby już pierwsza iniekcja była wykonana przez chorego samodzielnie lub tylko przy niewielkiej pomocy pielęgniarki. Powoduje to, że chory nabiera przekonania, co do swoich umiejętności w zakresie wykonywania iniekcji. Zmniejsza to również jego obawy, czy na pewno poradzi sobie w warunkach domowych z samodzielnym podaniem leku. Jeżeli ocenimy, że chory nie będzie mógł samodzielnie wykonywać iniekcji lub będzie wymagał przy niej pomocy, wówczas edukacją obejmujemy osoby z najbliższego otoczenia chorego. W następnym etapie edukacji uczymy chorego prawidłowego wyznaczania miejsca podania leku. Wstrzyknięcia podskórne wykonujemy w brzuch, pośladki, uda i ramiona, natomiast iniekcje domięśniowe wykonujemy w przednią lub boczną część uda lub okolice ramienia. Zwracamy uwagę chorego na to, aby miejsce podania leku było prawidłowo wyznaczone, bez zmian skórnych (np. zmiany ropne, blizny, znamiona, miejsca zaczerwienione). Leki przyjmowane przez chorego, które przed podaniem wymagają rozpuszczenia, należy podać niezwłocznie po przygotowaniu. Jeżeli po przygotowaniu nie nastąpiło podanie leku, rozpuszczony lek należy przechować w lodówce, pamiętając że przydatność roztworu do iniekcji obejmuje czas do 3 godzin od jego przygotowania. Po tym czasie należy lek wyrzucić i użyć nowe opakowanie leku. Kolejnym etapem edukacji cho-

rego i jego rodziny jest nauka radzenia sobie z objawami niepożądanymi, które mogą wystąpić po podaniu leku. Objawy te, to objawy ogólne i objawy występujące w miejscu podania leku. U pacjentów przyjmujących interferon objawy ogólne mają charakter objawów grypopodobnych (gorączka, dreszcze, pocenie się, bóle mięśni, ogólne złe samopoczucie) i występują przeważnie na początku leczenia. Objawy te mogą wystąpić w ciągu od 4 do 6 godzin po iniekcji. Wystąpienie objawów grypopodobnych ulega z czasem przyjmowania kolejnych dawek zmniejszeniu i ustąpieniu, jednak czas ich utrzymywania się u każdego chorego jest inny. U pacjentów przyjmujących kopolimer objawy ogólne mają charakter tzw. reakcji systemowej (zaczerwienienie twarzy, duszność, tachykardia, uczucie ciężaru w klatce piersiowej). Objawy te mogą wystąpić w kilka minut po podaniu kopolimeru na każdym etapie leczenia. Drugą grupą objawów niepożądanych są reakcje w miejscu wstrzyknięcia (rumień, świąd, ból, miejscowo podwyższona temperatura ciała, owrzodzenia). Edukując chorego przyjmującego interferon, w zakresie radzenia sobie z objawami grypopodobnymi, pielęgniarka powinna wskazać możliwe do podjęcia działania, które minimalizują wystąpienie objawów niepożądanych. Do działań tych zaliczamy: — przyjmowanie interferonu w godzinach wieczornych, — przyjmowanie pół godziny przed wykonaniem iniekcji 2 tabletek Paracetamolu lub 1 tabletki Ibupromu. — stosowanie tzw. miareczkowania leku, czyli rozpoczynanie leczenia od ½ lub ¼ dawki leku (w zależności od rodzaju przyjmowanego preparatu) i z upływem czasu trwania leczenia jej zwiększanie, aż do osiągnięcia dawki zalecanej. Chorych przyjmujących kopolimer należy poinformować o możliwości wystąpienia reakcji systemowej po podaniu leku. Pielęgniarka informuje chorego, że objawy te utrzymują się kilka minut i samoistnie ustępują, a chory podczas ich wystąpienia powinien zachować spokój. W przypadku, gdy objawy reakcji systemowej gwałtownie nasilają się i nie ustępują, należy skontaktować się z lekarzem. Jeśli chodzi o reakcje w miejscu podania leku to już podczas nauki wykonywania iniekcji pielęgniarka powinna szczególną uwagę pacjenta zwrócić na prawidłową technikę wykonywania iniekcji z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki. Ważne jest, aby chory rozumiał, że jego staranność w zakresie przygotowania i podania leku w istotny sposób wpływa na ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych związanych z miejscem podania leku. Pielęgniarka powinna nauczyć chorego, aby wyznaczając miejsce wykonania iniekcji, omijał miejsca bolesne lub przebarwione, dopóki te objawy nie ustąpią. Chory powinien również każdorazowo zmieniać miejsce podania leku. Pielęgniarka powinna również zwrócić uwagę chorego na konieczność stosowania chłodzącego kompresu żelowego w czasie około 4–5 minut po każdym podaniu leku. Dla lepszej oceny procesu edukacyjnego i możliwości monitorowania pacjenta w trakcie terapii, pielęgniarka zaleca choremu prowadzenie dzienniczka wstrzyknięć. W dzienniczku tym chory zapisuje datę i miejsce podania leku, czy wystąpiły objawy niepożądane,

i czy dodatkowo chory przyjmował z tego powodu inne leki (należy odnotować dawkę i nazwę leku).

Pielęgniarka monitoruje chorego w trakcie terapii i udzielanie mu wsparcia podczas prowadzonego leczenia. Omawia z pacjentem sposób przechowywania leków w warunkach domowych. Niektóre leki muszą być przechowywane w temperaturze od 2 do 8°C, dlatego chory powinien zapoznać się z informacją o leku załączoną przez producenta. W trakcie przygotowania chorego do rozpoczęcia terapii pielęgniarka omawia również sposób postępowania z wytworzonym odpadem medycznym. Chory otrzymuje specjalne pojemniki na odpady medyczne, które po wypełnieniu przywozi do utylizacji do ośrodka realizującego program lekowy. W przypadku kobiet chorych na SM, u których ma zostać włączone leczenie immunomodulacyjne, bardzo istotne jest wykonanie testu ciążowego przed jego rozpoczęciem. Pozytywny wynik testu wyklucza możliwość włączenia leczenia. Pacjenci przed rozpoczęciem leczenia powinni zostać poinformowani, że przez cały okres trwania terapii nie powinni planować posiadania potomstwa. Do ważnych zadań realizowanych przez pielęgniarkę w czasie trwania leczenia immunomodulacyjnego zaliczamy także monitorowanie stanu funkcjonalnego i emocjonalnego pacjenta. Podczas wizyt kontrolnych pielęgniarka obserwuje stan funkcjonalny chorego. Należy zadać pytania dotyczące samopoczucia chorego pomiędzy wizytami, pod kątem występowania przemijających objawów neurologicznych. Wszelkie niepokojące informacje uzyskane od chorego należy przekazać lekarzowi. Pielęgniarka powinna zwrócić uwagę na stan emocjonalny pacjentów przyjmujących w terapii interferon, ponieważ przyjmowanie tych leków może spowodować wystąpienie depresji. Niepokojące objawy mogące świadczyć o zaburzeniu depresyjnym u chorego to: obniżony nastrój, płaczliwość, lęki lub chwiejność emocjonalna. W przypadku zaobserwowania tych objawów przez pielęgniarkę lub zgłaszania ich przez pacjenta, o fakcie tym również należy poinformować lekarza. Objawy te nie zawsze zostaną zauważone przez zespół terapeutyczny lub samego chorego, dlatego istotne są także informacje uzyskiwane od rodziny/najbliższych. W przypadku zdiagnozowania zaburzeń depresyjnych lekarz podejmuje decyzję o odstawieniu interferonu i zastosowaniu np. kopolimeru lub leku immunomodulacyjnego drugiego rzutu. U chorego okresowo może pojawić się poczucie bezradności i osamotnienia, lęk i obawa o przyszłość, co może być przyczyną przerwania stosowanej terapii, pomimo braku wskazań medycznych do jej zaprzestania. Stosowanie przez pielęgniarkę niestresujących technik edukacyjnych, okazywanie empatii i udzielanie wsparcia podczas trwania procesu leczenia ma pozytywny wpływ na współpracę chorego i jego rodziny z członkami zespołu terapeutycznego oraz zmniejsza ryzyko zaniechania przez chorego leczenia z powodów innych niż medyczne. Ważnym elementem udzielanego przez pielęgniarkę wsparcia są wizyty kontrolne i możliwość konsultacji z pielęgniarką (telefonicznie lub na wizycie dodatkowej) występującego problemu. W trakcie całego okresu terapii różne formy udzielanego przez pielęgniarkę wsparcia mogą się wzajemnie

przenikać i uzupełniać. Holistyczne podejście przez cały zespół terapeutyczny do pojawiających się problemów pacjenta i szybkie wdrażanie odpowiednich działań, zwiększa szanse skuteczności stosowanej terapii oraz opóźnia proces postępu choroby.

Leczenie stwardnienia rozsianego: terapia objawowa

U chorych na SM istotne jest nie tylko leczenie skierowane ku samym potencjalnym przyczynom SM, ale również odpowiednie oddziaływania służące do łagodzenia lub eliminowania pojawiających się u pacjentów różnych problemów. Jednym z nich jest spastyczność, czyli stan, w którym u pacjentów dochodzi do wzmożonej sztywności i nadmiernego napięcia mięśni. Towarzyszyć temu zaburzeniu mogą problemy z poruszaniem się, ale i znacznego stopnia dolegliwości bólowe. W leczeniu spastyczności zastosowanie znajduje zarówno farmakoterapia (polegająca np. na podawaniu choremu baklofenu), jak i techniki zabiegowe (np. przycinanie korzeni przednich rdzenia kręgowego).

Duże korzyści pacjentom ze stwardnieniem rozsianym może przynieść regularna rehabilitacja. Ćwiczenia mogą pozwolić choremu na jak najdłuższe utrzymanie sprawności, a oprócz tego dzięki nim możliwe jest uzyskanie poprawy u osób, u których doszło do osłabienia siły mięśniowej.

Specyficznego podejścia terapeutycznego wymagać mogą również inne problemy, które występują u niektórych chorych na SM. Jako ich przykłady można wymienić:

- zaparcia (w celu zapobiegania im pacjentom zaleca się dbałość o odpowiednie nawodnienie organizmu, a także spożywanie pokarmów zawierających błonnik),
- zaburzenia czynności pęcherza moczowego (mogą one polegać zarówno na nietrzymaniu moczu, jak i na trudnościach z samym oddawaniem moczu, w celu ich opanowania pacjentom podaje się odpowiednie leki, czasami może też zachodzić konieczność przeprowadzania przez pacjenta samocewnikowania),
- zaburzenia seksualne (leczone zarówno farmakologicznie, jak i – w razie potrzeby – zabiegowo),
- znacznego stopnia ból (w przypadku tzw. bólów neuropatycznych u chorych na SM stosowane są np. trójcykliczne leki przeciwdepresyjne, czasami wykorzystanie znajdują również takie preparaty, jak pregabalina czy gabapentyna),
- zespół zmęczenia (bywa on leczony farmakologicznie przy pomocy takich leków, jak np. amantadyna oraz modafinil),
- zaburzenia psychiatryczne (u chorych na SM występować może np. depresja, w przypadku której zastosowanie znajdują leki antydepresyjne z różnych grup).

Rola pielęgniarki w terapii objawowej

Podstawowym celem opieki pielęgniarskiej nad chorem z SM jest pomoc w czynnościach samoopiekuńczych, zapobieganie powikłaniom ruchowym oraz współudział w leczeniu.

Ponadto przygotowanie do funkcjonowania w środowisku pozaszpitalnym, głównie przez edukację dotyczącą radzenia sobie z objawami choroby oraz zapobiegania nasilaniu się symptomów SM.

Sprawując opiekę nad chorem z SM pielęgniarka po rozpoznaniu problemów podejmuje działania:

- pomoc choremu w poruszaniu się (asekuracja, prowadzenie lub przewożenie chorego),
- niepozostawianie chorego bez nadzoru drugiej osoby,
- zapewnienie choremu odpowiedniego sprzętu ortopedycznego (kule łokciowe, balkonik, wózek inwalidzki).
- pomoc choremu przy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego (mycie się, golenie, ubieranie, przygotowanie posiłków).
- unikanie przez chorego wysokiej temperatury powietrza,
- stosowanie ćwiczeń, na przykład rozciągania mięśni poprzez delikatny ucisk lub głaskanie mięśnia,
- zaopatrzenie chorego w ortezy,
- podawanie leków zmniejszających napięcie mięśniowe na zlecenie lekarskie,
- edukacja chorego na temat czynników wywołujących nasilenie objawów mięśniowych, takich jak: wzrost temperatury ciała, zakażenia, kolejny rzut choroby, noszenie zbyt obcisłej odzieży, wypełniony pęcherz moczowy, stres, trudności z utrzymaniem prostej postawy ciała
- obserwacja pacjenta w celu określenia zaburzeń wydalania moczu: czy jest to trudność w opróżnieniu pęcherza, czy niemożność utrzymania moczu w pęcherzu,
- stosowanie prowokacji do opróżnienia pęcherza moczowego (np. poprzez odkręcenie kranu z wodą),
- zapobieganie infekcjom układu moczowego poprzez właściwe nawadnianie pacjenta — picie przynajmniej 1,5 do 2 litrów płynów na dobę, stosowanie preparatów doustnych zawierających żurawinę, ochronę organizmu przed przemarznięciem — stosowanie wygodnej bawełnianej odzieży, stosowanie płynów odkażająco-myjących do higieny intymnej,
- w przypadku nietrzymania moczu zalecenie choremu wstrzymywanie rozpoczęcia oddawania moczu, przerywanie strumienia moczu w czasie mikcji, co poprawia funkcje zwieraczy cewki moczowej,
- zalecenie choremu unikania picia płynów moczopędnych, takich jak kawa, mocna herbata,
- zapewnienie choremu szybkiej możliwości skorzystania z toalety lub podanie basenu w przypadku niepowstrzymanego nagłego parcia na pęcherz,
- w razie potrzeby stosowanie przez chorego pieluchomajtek lub założenie cewnika,
- podawanie choremu leków na zlecenie lekarskie,
- regularne wykonywanie badań moczu,
- w przypadku pojawienia się objawów infekcji pobranie moczu do badania bakteriologicznego,
- systematyczne wizyty u lekarza urologa w celu oce-

ny funkcjonowania układu moczowego.

- w przypadku występowania zaparć, polecenie choremu stosowania diety bogatoresztkowej,
- zalecenie choremu przyjmowania posiłków z dużą zawartością błonnika,
- polecenie choremu picia przynajmniej 2 litrów płynów na dobę, takich jak: sok z jabłek, winogron, pomarańczy, zsiadłe mleko, siemię lniane,
- polecenie choremu spożywania suszonych śliwek, jabłek itp.
- spożywanie przez chorego posiłków o regularnych porach,
- w razie potrzeby podawanie choremu leków zmiękczających kał lub przeczyszczających, takich jak laktuloza, czopki glicerynowe,
- konsultacja z lekarzem w celu ustalenia, czy zaparcia nie są spowodowane przyjmowaniem leków przez chorego. Leki, które mogą wywoływać zaparcia to leki do leczenia nadaktywności pęcherza moczowego w SM, leki przeciw spastyczności, a także leki przeciwdepresyjne. Problem 6. Występowanie u chorego zespołu zmęczeniowego. Działania:
- w sytuacji zespołu zmęczeniowego - edukacja chorego w zakresie czynników, które powodują nasilenie zmęczenia: infekcje, przeziębienia, działania niepożądane przyjmowanych leków, lęk, obniżenie nastroju, depresja, brak snu,
- polecenie choremu stosowania drzemek w ciągu dnia, które poprawiają funkcjonowanie chorego w ciągu dnia, poprawiają samopoczucie, zmniejszają napięcie, wpływają korzystnie na koncentrację i lepszą pamięć,
- zalecenie choremu wykonywania codziennych ćwiczeń, w miarę jego możliwości, ponieważ pomagają one w walce ze zmęczeniem u chorych na SM,
- unikanie przez chorego przebywania w pomieszczeniach, gdzie jest zbyt gorąco, ponieważ wzmacnia to zmęczenie u chorego,
- nauka chorego radzenia sobie ze stresem,
- zmiana umeblowania, oświetlenia, które ma wpływ na zmęczenie chorego
- edukacja chorego i rodziny na temat przebiegu choroby,
- uświadomienie choremu, że wahania stanu fizycznego związanego z przebiegiem choroby powodują nawroty przygnębienia, smutku i depresji,
- nauka chorego radzenia sobie z emocjami, takimi jak nietracenie kontroli nad swoim życiem, ocenianie swojej choroby w sposób realistyczny i elastyczny; chory powinien starać się utrzymywać bliskie relacje z rodziną i przyjaciółmi, wytyczać sobie cele w życiu i dążyć do nich,
- nakłanianie chorego do rozmowy o swoich obawach i odczuciach,
- nauka chorego walki ze stresem i rozpoznawania objawów i sposobów reagowania na stres,
- obserwacja chorego w kierunku depresji i objawów

wskazujących na pojawienie się u niego depresji: bezsenność lub nadmierna senność, utrzymujące się przygnębienie, drażliwość lub płaczliwość, wzrost lub utrata apetytu, brak zainteresowania wykonywanymi dotychczas zajęciami, nadpobudliwość lub spowolnienie ruchowe, poczucie braku własnej wartości, zmniejszona zdolność koncentracji, nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie,

- zapoznanie chorego z zaburzeniami mogącymi występować w sferze seksualnej i intymnej, takimi jak: problemy z osiągnięciem lub utrzymaniem wzwodu, zmniejszenie siły lub zupełna utrata zdolności wytrysku, zmniejszenie lub utrata popędu płciowego, zmniejszenie intensywności doznań, występowanie nieprzyjemnych odczuć w obrębie narządów płciowych,
- konsultacja z seksuologiem,
- edukacja chorego na temat szkodliwego wpływu palenia tytoniu na zdrowie (ryzyko wystąpienia wielu chorób, np. nadciśnienie tętnicze, nowotwór płuc, krtani),
- wskazanie choremu sposobów, które pomagają w rzuceniu palenia (np. zastosowanie nikotyny w postaci plastrów, tabletek do żucia
- wyjaśnienie choremu i rodzinie, że choroba, jaką jest SM, niesie za sobą zmiany emocjonalne i finansowe,
- rozmowa z chorym na tematy: zmiany ról w rodzinie oraz o wpływie choroby na życie członków rodziny,
- motywacja chorego do rozmów o chorobie, o samopoczuciu, objawach choroby, zmęczeniu; brak rozmów zakłóca komunikację w rodzinie,
- wskazanie choremu i rodzinie źródeł wsparcia dla osób ze stwardnieniem rozsianym, np. Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, pomoc społeczna, wsparcie finansowe, np. korzystanie z pomocy Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),
- nauka rodziny chorego, jak można uniknąć „zespołu wypalenia opiekunów”: bycie asertywnym, korzystanie z pomocy innych, szukanie i akceptowanie oferowanej pomocy, wykorzystywanie czasu wolnego dla siebie, gdy chory przebywa np. na rehabilitacji, korzystanie z kursów i poradników, szukanie informacji o chorobie i opiece nad chorymi z SM. Bardzo istotnym problemem u chorych na SM jest dostosowanie własnego domu do nowej sytuacji, a także zakup sprzętu ortopedycznego ułatwiającego choremu funkcjonowanie w życiu społecznym

Podsumowanie

Problemy pielęgnacyjne w SM uzależnione są od objawów chorobowych, do których zaliczyć można m.in.: problemy ruchowe, tj. zaburzenia równowagi ciała, unieruchomienie, problemy wzrokowe (osłabienie ostrości wzroku, oczopląs, podwójne widzenie), zaburzenia czynności pęcherza moczowego (nietrzymanie moczu, zatrzymanie moczu), zaparcia, dysfagia (zaburzenia w połykaniu), zaburzenia

poznawcze (zaburzenia pamięci, osłabienie myślenia, zaburzenia uwagi), depresja. Objawy, na które trzeba zwrócić uwagę w pielęgnacji chorego to: obniżony nastrój, brak zainteresowania w życiu codziennym, spadek lub wzrost masy ciała, nadmierna senność lub bezsenność, uczucie zmęczenia, bądź utrata energii, zmniejszenie sprawności myślenia, zaburzenia uwagi, koncentracji, niemożność podjęcia decyzji, nawracające myśli o śmierci, myśli samobójcze, podejmowanie prób samobójczych. Bardzo ważne jest, aby chory miał dostęp do profesjonalnej opieki psychologicznej i medycznej, korzystał z nowoczesnego leczenia SM, które może spowolnić postęp choroby, myślał pozytywnie i był pozytywnie nastawiony do życia, realizował swoje marzenia, był szczęśliwy. Aktywnie uczestniczył w życiu społecznym. Jak najdłużej mógł pracować zawodowo. Wraz ze swoją rodziną otrzymywał wsparcie od osób bliskich, a przede wszystkim od personelu medycznego.

Opracowała J. Soińska na podstawie piśmiennictwa:

Jacek Losy: Podstawy kliniczne chorób demielizacyjnych – stwardnienie rozsiane. Pielęgniarstwo Neurologiczne pod redakcją Krystyny Jaracz i Wojciecha Kozubskiego. PZWL 2008.

Maria Wilkiewicz: Diagnostyka Pielęgniarska i plan opieki nad chorym ze stwardnieniem rozsianym. Pielęgniarstwo Neurologiczne pod redakcją Krystyny Jaracz i Wojciecha Kozubskiego. PZWL 2008.

Tomasz Nęcki: Stwardnienie rozsiane (SM): przyczyny, rodzaje, objawy, leczenie. WWW.poradnikzdrowie.pl

Maria Wilkiewicz: Opieka pielęgniarska nad pacjentem z SM w trakcie leczenia immunomodulacyjnego. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne 2013

Postępowanie z chorym na stwardnienie rozsiane w opiece domowej — studium przypadku.

Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne THE JOURNAL OF NEUROLOGICAL AND NEUROSURGICAL NURSING eISSN 2299-0321 ISSN 2084-8021 www.pnn.wshe.pl

Krystyna Staszewska: Problemy pielęgnacyjne pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Klinika Neurologii SPSK1 w Szczecinie

Paweł Dobrakowski: Stwardnienie rozsiane – objawy, diagnostyka, postacie i przebieg choroby. WWW.opiekanadchorym.pl

Małgorzata Kamińska, Angelika Ciuraj Stwardnienie rozsiane - objawy, leczenie. portal.abcdzrowie.pl,

INFORMACJE POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIAREK

W POLSKIM TOWARZYSTWIE PIELĘGNIARSKIM - WYBORY

W dniu 30.05.2017 odbyły się wybory Zarządu Koła PTP w Kaliszu na kadencję 2017 – 2021.

Skład Zarządu Koła PTP przy PWSZ w Kaliszu :

Przewodnicząca Koła PTP dr Violetta Jachimowicz	Vice Przewodnicząca mgr Joanna Strzelczyk	Sekretarz mgr Violetta Kraszkiewicz
Skarbnik mgr Beata Dębowska	Członek dr Katarzyna Juszcak	

Komisja Rewizyjna:

Przewodniczący mgr Ewa Walasz	Sekretarz mgr Danuta Brykowska	Członek mgr Michalina Górna
---	--	---------------------------------------

W dniu 19.09.2017 odbył się Zjazd Delegatów Oddziału PTP w Poznaniu oraz zebranie sprawozdawczo-wyborcze na którym został wybrany nowy Zarząd Oddziału PTP na lata 2017-2021.

Skład Zarządu Oddziału PTP im. Stefanii Wołynki w Poznaniu:

Przewodnicząca Oddziału PTP dr Katarzyna Głodowska	Vice Przewodnicząca dr Violetta Jachimowicz	Sekretarz mgr Alla Rejniak	Skarbnik mgr Beata Dębowska
Członek mgr Aleksandra Kopińska	Członek mgr Małgorzata Przywarta		Członek mgr Joanna Wiśniewska

Komisja Rewizyjna:

Przewodnicząca mgr Teresa Kruczkowska	Sekretarz mgr Jolanta Zgrabczyńska	Członek mgr Beata Czekala
---	--	-------------------------------------

W październiku w Katowicach odbędzie się Krajowy Zjazd Delegatów Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego na którym zostanie wybrany zarząd Główny PTP.

INFORMACJA DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Na stronie internetowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu jest zamieszczona instrukcja dotycząca sposobu zapisywania się na kształcenie w SMK.

KONDOLENCJE

*Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,
A wspomnień nikt nam nie odbierze, zawsze będą z nami*

Wyrazy głębokiego współczucia oraz słowa
wsparcia i otuchy dla

Roberta Wypycha

z powodu śmierci Ojca

składają Pielęgniarki Wojewódzkiego Zakładu
Opieki Psychiatrycznej Sp. z o.o w Sokotówce

*Ludzie odchodzą, ale wspomnienia o nich pozostają na
zawsze w naszych sercach*

Wyrazy głębokiego współczucia Koleżance

Małgorzacie Marucha

z powodu śmierci Mamy

składają
Pielęgniarki i Pielęgniarze Wojewódzkiego
Zakładu Opieki Psychiatrycznej w Sokotówce

Wyrazy żalu i szczerego współczucia naszej
Koleżance, pielęgniarce

Ulce Mikołajczyk

z powodu śmierci Mamy

składają pielęgniarki ze szpitala w Wolicy

Pozostaniesz na zawsze w sercach tych, którzy Cię kochali

Wyrazy współczucia z powodu śmierci Męża
dla naszej Koleżanki

Małgorzacie Banaś

składają
Pielęgniarki i Położne Pleszewskiego Centrum
Medycznego w Pleszewie

Wspomnień nikt nam nie odbierze, zawsze będą z nami

Wyrazy szczerego współczucia dla koleżanki

Joli Ciesielskiej

z powodu śmierci Ojca

składają: kierownik d/s pielęgniarek Wanda
Olesińska, koleżanki i koledzy Szpitalnego Oddziału
Ratunkowego oraz pielęgniarki i położne Szpitala
Powiatowego w Jarocinie.

Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek

Składamy kondolencje i wyrazy współczucia

Gosi Skalskiej

z powodu śmierci Mamy

Łączą się w żalobie i smutku:
kierownik ds. pielęgniarek Wanda Olesińska,
Koleżanki z Oddziału Wewnętrznego oraz pielę-
gniarki i położne Szpitala Powiatowego w Jarocinie.

Ostatniego dnia września odeszła od nas na wieczny dyżur

Basia Serafin

wieloletnia, ceniona pielęgniarka z Oddziału Urazowo-Ortopedycznego Wojewódzkiego Szpitala
Zespolonego im.L.Perzyny w Kaliszu.

Basiu uczyłaś nas pokory, pięknie walczyłaś, dziękujemy, że byłaś z nami.

Z-ca Dyrektora ds.pielęgniarnstwa, Naczelną Pielęgniarką z zespołem pielęgniarek
i położnych Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im.L.Perzyny w Kaliszu.



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