

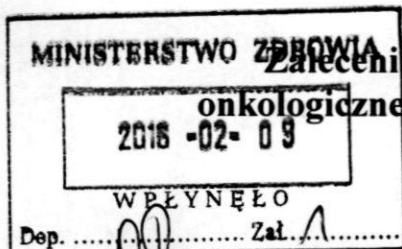


RPW/19866/2016 P
Data: 2016-02-09
ID: 00890201000812

KONSULTANT KRAJOWY
DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO
dr n. med. Anna Koper

Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka
85-796 Bydgoszcz ul. dr I. Romanowskiej 2, kopera@co.bydgoszczpl, tel. 052/3743204

Bydgoszcz, dnia 5.I.2016



Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego na temat postępowania pielęgniarstwa w przypadku wynacznienia leku cytostaticznego.

Leczenie systemowe niesie za sobą ryzyko wystąpienia wielu objawów niepożądanych. Z punktu widzenia pielęgniarstwa najbardziej niepożądane są odczyny miejscowe po wynacznieniu leku. Ważnym elementem w pracy zawodowej personelu pielęgniarstwa jest nadzór nad prawidłowym i bezpiecznym podaniem leków przeciwnowotworowych. Wiele objawów ubocznych wywołanych przez toksyczne działanie leków cytostaticznych sprawia, że opieka pielęgniarstwa nastawiona jest na ich kontrolę i systematyczne łagodzenie. Odpowiednie postępowanie personelu pielęgniarstwa może w znacznym stopniu poprawić jakość życia zapewniając chorym bezpieczeństwo w trakcie leczenia. Według danych opublikowanych w Medycynie Praktycznej do wynacznień dochodzi nawet w 8% podawanych leków cytostaticznych, ale wywołują one tylko 1% poważnych komplikacji.

Wynacznienie polega na przypadkowym, niezamierzonym przedostaniu się leku cytostaticznego poza naczynie żyłne do otaczających tkanek lub bezpośrednie nacieczenie tkanek poprzez błędne podanie preparatu cytostaticznego.

Konsekwencje wynacznienia leku cytostaticznego mogą być różne od niewielkiego zaczerwienienia i bólu w okolicy podania leku, aż do głębokich owrzodzeń bądź martwicy tkanek, które wymagają leczenia chirurgicznego. Obrzęk i bolesne zaczerwienienie występuje w ciągu kilku godzin, a zniszczenie tkanek w ciągu kilku dni. Duże wynacznienie np. Doksorubicyny, Winkrystyny, Winblastyny powoduje martwicę, uszkodzenie mięśni, nerwów, głębokie owrzodzenia, zaburzenia funkcji kończyny. Martwica i głębokie owrzodzenie rozwijają się w ciągu od 7 do 28 dni. Pacjenci otrzymujący leki cytostaticzne są narażeni na wynacznienie ze względu na: częste wstrzyknięcia dożyłne, procesy zapalne w obrębie naczyń, obrzęki limfatyczne, ogólne wyniszczenie organizmu. U pacjentów z grup podwyższonego ryzyka należy wdrożyć postępowanie profilaktyczne np. założenie portu naczyniowego. Lecz należy pamiętać, że przy podawaniu leków cytostaticznych przez port naczyniowy również może wystąpić zjawisko wynacznienia.

1. Czynniki powodujące wzrost ryzyka wynaczynienia:

- wiek pacjenta;
- drobne, kruche, twarde naczynia żyłne;
- naczynia żyłne uszkodzone podczas poprzednich podań leków;
- żyły ruchome;
- zaburzenia krążenia w miejscu podania (naczynia żyłne po stronie mastektomii lub wycięcia węzłów chłonnych, obrzęk limfatyczny);
- zespół żyły głównej górnej (zwiększone ciśnienie w naczyniach żylnych);
- czynniki współistniejące (cukrzyca, zaburzenia krążenia obwodowego jak zespół Raynaud'a, uszkodzenia po radioterapii, zaburzenia krzepnięcia);
- otyłość;
- uszkodzenia tkanek miękkich po radioterapii;
- problemy z wczesnym zgłoszeniem objawów wynaczynienia (splątanie, wpływ leków działających na ośrodkowy układ nerwowy, choroby psychiczne, strach, obniżona zdolność odczuwania bodźców w wyniku neuropatii obwodowych, zażywanych leków lub współistniejących schorzeń, np. cukrzyca);
- wielokrotne próby kaniulacji naczynia;
- podanie w bolusie;
- niekorzystne miejsce kaniulacji (np. drobne żyły grzbietu dłoni);
- nieprawidłowe założenie portu naczyniowego;
- duża prędkość wlewu / wysokie ciśnienie przepływu.

2. Podział leków cytotoksycznych z uwagi na konsekwencje wynaczynienia

(na podstawie: Mader I., Furst – Weger P.R., Mader R.M., Nogler – Semenitz E., Wassertheurer S., Extravasation of Cytotoxic Agents, Wyd. Springer Wien New York, 2010, str. 8)

- **silnie uszkadzające (kategoria: „S.U.”)** – wynaczynienie może doprowadzić do martwicy przyległych tkanek, głębokich owrzodzeń, zaburzenia funkcji kończyny,
- **drażniące (kategoria: „D”)** – lek może powodować zapalenie żyły, wynaczynienie może powodować miejscową reakcję zapalną, rumień, obrzęk, ból, pieczenie,
- **nieuszkadzające (kategoria: „N”)** – wynaczynienie nie niesie ze sobą ryzyka groźnych powikłań.

S.U. - Leki o silnym działaniu uszkadzającym

- Chlormetyna / CHMT
- Daktynomycyna / ACT-D
- Daunorubicyna
- Doksorubicyna / ADR/DOX
- Epirubicyna / FRB
- Idarubicyna
- Mitomycyna C / Mit-C
- Winblastyna / VBL
- Winkrystyna / VCR
- Windezyna
- Winorelbina / NVB

D - Leki o działaniu drażniącym

- Bendamustyna /
- Cisplatyna / CDDP
- Cyklofosfamid / CTX

- Dakarbazyna /DTIC
- Docetaksel / DCL
- Doksorubicyna liposomalna
- Etopozyd / VP-16
- Fluorouracyl / 5-FU
- Ifosfamid / IFO
- Irinotekan / CAMPTO
- Kabazitaksel
- Karboplatyna / CBDCA
- Karmustyna
- Melfalan
- Mitoksantron / DHAD
- Oksaliplatyna / L-OHP
- Paklitaksel / PCL
- Romidepsyna
- Streptozocyna /STZ
- Temsyrolimus
- Topotekan / TPT
- Trabektedyna
- Winflunina

3. Ogólne zasady podawania leków silnie uszkadzających (S.U.)

- 1) unikać wielu wkłuć;
- 2) żyła po wkłuciu nie powinna być używana do podawania leków co najmniej 24 h od zakończenia podawania leku;
- 3) używać kaniul o niewielkich rozmiarach (21 G – 23 G);
- 4) miejsce wkłucia powinno być widoczne (nie zasłaniać), zaleca się stosowanie przezroczystych opatrunków;
- 5) unikać długich wlewów drogą żył obwodowych;
- 6) leki silnie uszkadzające należy stosować, o ile to możliwe przez wkłucia centralne (bezwzględna konieczność w przypadku wlewów ciągłych);
- 7) nie używać pomp infuzyjnych do podania drogą żył obwodowych (wyjątek stanowią schematy, w których lek silnie uszkadzający musi być podany we wlewie ciągłym np. Doksorubicyna w schematach EPOCH w leczeniu chłoniaka nieziarniczego);
- 8) w przypadku polichemioterapii leki silnie uszkadzające należy podać w pierwszej kolejności;
- 9) w przypadku podawania kilku różnych leków silnie uszkadzających w pierwszej kolejności należy podać lek o najmniejszej objętości;
- 10) po podaniu leku należy przepłukać kaniulę zgodnym płynem infuzyjnym;
- 11) zaleca się podawanie leków silnie uszkadzających pod ścisłym nadzorem personelu pielęgniarskiego.

Żyły obwodowe u pacjentów onkologicznych charakteryzują się dużym wyniszczeniem. W celu zmniejszenia ryzyka wynacznienia w doborze odpowiedniego miejsca kaniulacji zaleca się stosowanie danego kryterium.

4. Kryteria wyboru miejsca dostępu do żył obwodowych:

Kryteria wyboru naczynia żylnego		Odpowiednie miejsce wkłucia
Najbardziej wskazane	IDEALNA ŻYŁA /NAJLEPSZA LOKALIZACJA duże, miękkie, elastyczne żyły przedramienia	Przedramię

Najmniej wskazane	IDEALNA ŻYŁA /MNIJ ZADOWALAJĄCA LOKALIZACJA duże miękkie, elastyczne żyły grzbietu ręki	Grzbiet ręki
	ZADOWALAJĄCA ŻYŁA /NAJLEPSZA LOKALIZACJA drobne, wąskie żyły przedramienia	Przedramię
	ZADOWALAJĄCA ŻYŁA /NIEDOGODNA LOKALIZACJA drobne, wąskie żyły grzbietu ręki; żyły przedramienia niedające się wyczuć lub zauważyć	Grzbiet dłoni
	NIEZADOWALAJĄCA ŻYŁA / NIEDOGODNA LOKALIZACJA drobne, kruche, łatwo pękające żyły przedramienia/grzbietu ręki żyły przedramienia /grzbietu ręki niedające się wyczuć lub zauważyć	Rozważyć dostęp do żyły centralnej

5. Różnicowanie wynaczynienia od innych miejscowych reakcji związanych z dożylnym

podaniem preparatów cytostatycznych (na podstawie: Mader I., Furst – Weger P.R., Mader R.M., Nogler – Semenitz E., Wassertheurer S., Extravasation of Cytotoxic Agents, Wydawnictwo Springer Wien New York, 2010, str. 33- 38),

Charakterystyka	Wyrzut histaminy	Podrażnienie żyły	Skurcz żyły*	Wynaczynienie
Prezentowane objawy	Swędzące plamy lub pokrzywka, rzadko ból i pieczenie	Ból i uczucie ucisku	Skurcz mięśniówki naczynia	Zazwyczaj ból i pieczenie w miejscu wkłucia, podczas wlewu może wystąpić kłucie
Zabarwienie	Wypukła czerwona smuga, plamy, krostki lub rumień przypominający pokrzywkę wzdłuż naczynia, rozmyty lub nieregularny wzór	Rumień lub ciemne przebarwienie wzdłuż naczynia		Rumień wokół miejsca wkłucia
Czas wystąpienia	Zazwyczaj pojawia się nagle i zanika w ciągu 30 – 90 min.	Zwykle pojawia się w ciągu pierwszych minut podania. Przebarwienie może pojawić się dopiero później	Zazwyczaj pojawia się natychmiast po rozpoczęciu podania	Objawy zaczynają się pojawiać zaraz po/w trakcie podania i narastają
Obrzęk	Mało prawdopodobny	Mało prawdopodobny		Częsty, nie zanikający przez kilkanaście dni

Powrót krwi żyłnej	Zazwyczaj (lecz nie zawsze) bez zmian	Zazwyczaj (lecz nie zawsze) bez zmian	Często nieobecny	Zazwyczaj nieobecny lub utrudniony
--------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------	------------------------------------

*) Może być spowodowany zbyt chłodnym lekiem lub zbyt szybkim podaniem

W komórkach organizacyjnych, w których podawane są leki cytostatyczne powinny znajdować się zestawy awaryjne na wypadek wynaczynienia preparatu cytostatycznego zawierające antidotum (Deksrazoksan, Hialuronidaza):

1. DEKSRAZOKSAN (SAVENE, CARDIOXANE)

- podanie preparatu należy rozpocząć najpóźniej 6 godzin od wystąpienia wynaczynienia antracykliny;
- lek podaje się we wlewie dożylnym trwającym 1 -2 godzin przez 3 kolejne dni;
- dawki w dniach 2 i 3 należy podać o tej samej godzinie, co dawkę podaną dnia 1 (+/- 3 h);
- **co najmniej 15 minut przed podaniem należy usunąć z miejsca wynaczynienia zimny okład, o ile był stosowany.**

2. HIALURONIDAZA (HYLASE)

- zawartość fiolki z preparatem Hylase dessau rozpuścić w 1 ml 0,9 % roztworu chlorku sodu do iniekcji;
- strzykawką 2 ml pobrać 0,1 – 0,2ml przygotowanego roztworu (150 j.m. – 300 j.m) i uzupełnić 0,9 % roztworu chlorku sodu do objętości 1 – 1,8 ml;
- zaopatrzyć strzykawkę w igłę nr 5 i wokół obszaru wynaczynienia wykonać od 4 do 5 wstrzyknięć podskórnych roztworu hialuronidazy (ok. 0,2 ml roztworu na każde wstrzyknięcie) **nie później niż 30 minut od wystąpienia wynaczynienia.**

Postępowanie w przypadku wynaczynienia preparatu cytostatycznego:

- Pielęgniarka natychmiast zatrzymuje wlew lub podawanie wstrzyknięcia.
- Odłącza aparat do przetoczeń lub strzykawkę z podawanym preparatem cytostatycznym i podłącza w to miejsce 5 mililitrową pustą strzykawkę. Za pomocą strzykawki podejmuje próbę zaaspirowania wynaczynionego preparatu.
- Usuwa wkłucie dożylnie.
- Przygotowuje zestaw awaryjny na wypadek wynaczynienia preparatu cytostatycznego oraz odpowiedni okład.
- Fakt wynaczynienia zgłasza lekarzowi prowadzącemu.
- Lekarz zleca w zależności od rodzaju wynaczynionego preparatu cytostatycznego zastosowanie antidotum, ewentualnie podanie leków przeciwbólowych, przeciwzapalnych i/lub przeciwhistaminowych.
- Dalsze postępowanie zależy od rodzaju wynaczynionego preparatu cytostatycznego oraz zlecenia lekarza:

- ✓ **w przypadku leków wymagających dyspersji** – wokół obszaru wynacznienia za pomocą strzykawki 2 ml z igłą nr 5 pielęgniarka wykonuje od 4 do 5 wstrzyknięć podskórnych roztworu hialuronidazy (ok. 0,2 ml roztworu na każde wstrzyknięcie) nie później niż 30 min. od wystąpienia wynacznienia; następnie na obszar wynacznienia przykładana się **ciepły kompres** (4 x dziennie po 20 min. przez 1 do 2 dni).
- ✓ **w przypadku leków wymagających ograniczenia rozprzestrzenia** – na obszar wynacznienia pielęgniarka przykładana **zimny okład** (4 x dziennie po 20 min. przez 1 do 2 dni); jeżeli występuje rumień na zlecenie lekarza na obszar wynacznienia pielęgniarka aplikuje niewielką ilość 1% Hydrocortyzonu w maści (4 x dziennie przez 7 dni).
- W każdym przypadku wynacznienia pacjentowi zaleca się utrzymanie kończyny dotkniętej wynacznieniem w pozycji uniesionej co najmniej dwie doby.
- Wynacznienie leku cytostatycznego należy odnotować w dokumentacji jako zdarzenie niepożądane.

6. Metody minimalizacji skutków wynacznienia

3. Ograniczenie rozprzestrzeniania, izolacja wynacznienia:
 - **Zimny okład** (4 x dziennie po 20 min. przez 1 do 2 dni)
 - Opakowanie zewnętrzne oznaczone **niebieską** etykietą
 - np. Cisplatyna, Endoxan, Dakarbazyna, Etopozyd.
4. Dyspersja i ułatwienie wchłaniania wynacznionego leku:
 - **Ciepły kompres** (4 x dziennie po 20 min, przez 1 do 2 dni), zastosowanie hialuronidazy
 - Opakowanie zewnętrzne oznaczone **czerwoną** etykietą
 - Docetaksel, Kabazitaksel, Paklitaksel
 - Winblastyna, Winkrystyna, Winorelbina
 - Viflunina (bez hialuronidazy)
5. Leki niewymagające stosowania ciepłego bądź zimnego kompresu w razie wynacznienia:
 - Opakowanie zewnętrzne oznaczone **zieloną** etykietą,
 - Kategoria wynacznienia „N” (**leki niepowodujące groźnych powikłań po wynacznieniu**)
 - Opcjonalnie, na zlecenie lekarza, możliwe zastosowanie zimnego okładu
 - Asparaginaza, Bleomycyna, Bortezomid, Cytarabina, Fludarabina, Gemcytabina, Kladrybina, Metotreksat, Pemetreksed
 - Przeciwciała monoklonalne
 - Okasliplatyna (UWAGA, kat. D) – nie stosować kompresów

7. W celu zwiększenia bezpieczeństwa podawania leków cytostatycznych i zmniejszenia liczby wynacznień należy wdrożyć następujące działania takie jak:

- a) regularne szkolenia dla personelu pielęgniarskiego w zakresie:

- działań niepożądanych (w tym wynikających z wynacznień),
 - „Kaniulacji żył obwodowych i terapii płynami infuzyjnymi” – praktyczne z fantomem;
- b) wprowadzenie etykietowania podawanych leków;
- c) stosowanie zamkniętego systemu podawania leków cytostatycznych:
- wprowadzenie do stosowania łącznika bezigłowego rekomendowanego przez organizację CDC co wpływa na zmniejszenie manipulacji przy kaniuli;
 - stosowanie strzykawek fabrycznie napełnionych roztworem NaCl 0,9% (wskazanych w leczeniu pacjentów z obniżoną odpornością).
- d) zwiększenie implantacji portów naczyniowych;
- e) systematycznie i szczegółowo prowadzona dokumentacja zdarzeń niepożądanych (wynacznienie leku cytostatycznego) stanowi źródło informacji o przyczynach i okolicznościach wydarzenia;
- f) system zgłaszania zdarzeń niepożądanych (wynacznienie leku cytostatycznego) polegający na braku stygmatyzacji zachęca pracowników do zgłaszania ZN i wnikliwej analizy przyczynowo – skutkowej.

Najważniejsze jest zapobieganie wynacznieniu, przede wszystkim poprzez kontrolę miejsca wkłucia (kontrola wizualna, próba aspiracji), podczas podawania leków cytostatycznych. W sytuacjach trudnego dostępu do żył obwodowych leki cytostatyczne podaje się przez cewnik do dużych naczyń lub do portu naczyniowego. Przestrzeganie reguł prawidłowego podawania leków cytostatycznych może znacznie ograniczyć objawy związane z wynacznieniem. Cytostatyki mają z założenia działanie cytotoksyczne i w związku z tym są lekami, których podawanie wymaga szczególnej ostrożności, uwagi i wysokiego poziomu wykształcenia ze strony personelu pielęgniarskiego. Personel podający preparaty cytostatyczne jest systematycznie szkolony i zna instrukcję postępowania w przypadku wynacznienia leku. Każdy przypadek wynacznienia leku cytostatycznego jest rejestrowany i monitorowany, a kryterium mierzalności jest zapis w rejestrze zdarzeń niepożądanych.

Piśmiennictwo:

1. Jędrusik Z., Koper A., Kaźmierczak B., Tujakowski J.: Opieka pielęgniarska w chemioterapii w: Koper A. (red.), Pielęgniarstwo onkologiczne, PZWL, Warszawa 2011: 234-261.
2. Rubach M.: Wynacznienia leków stosowanych u chorych na nowotwory w: Krzakowski M., Podemski P., Warzocha K., Wysocki P., (red.), Onkologia kliniczna, Via Medica, Gdańsk 2014: 317-326.

3. Rubach M.: Wynacznienia leków przeciwnowotworowych w: Krzakowski M. (red.), Onkologia kliniczna, Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2006: 550–555.
4. Kaźmierczak B.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów w trakcie chemioterapii w: Koper A., Wrońska I. (red.), Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003: 1–19.
5. Jędrusik Z., Koper A.: Opieka pielęgniarstwa w trakcie podawania cytostatyków w: Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2007; 1–2: 46–47.
6. Koper A., Jędrusik Z.: Opieka pielęgniarstwa nad pacjentami leczonymi cytostatykami w: Biuletynie OIPiP, Bydgoszcz. 8/2008.
7. Mader I., Furst – Weger P.R., Mader R.M., Nogler – Semenitz E., Wassertheurer S., Extravasation of Cytotoxic Agents, Wydawnictwo Springer Wien New York, 2010.
8. Medycyna Praktyczna Onkologia 2015/04.
9. Medycyna Praktyczna Onkologia 2013/3.
10. Bahyrycz J., Pityński K., Ludwin A., Ludwin I., Gawlik M.: Aktualne zalecenia dotyczące profilaktyki i postępowania w przypadku wynacznienia cytostatyków, Przegląd Lekarski 2012/69/12.

KRAJOWY KONSULTANT
w dziedzinie
Pielęgniarstwa onkologicznego

dr n. med. Anna Koper

Prof. dr hab. med. MIROSLAW J. WYSOCKI
 Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia
 Publicznego PZH

Sądzę, że głównym wyzwaniem w roku 2016 będzie sprawna realizacja planów Ministra Konstantego Radziwiła, w tym m.in. zapewnienie bezpłatnego dostępu do leków dla osób 75+, przywrócenie stażu dyplomowego, odwrócenie tendencji komercjalizacyjnych oraz inicjacja budżetowego finansowania zdrowia. Niezwykle ważnym wyzwaniem będzie dostrzeżenie i realizowanie kluczowej roli zdrowia publicznego, a zwłaszcza trzech jego elementów: zapobiegania chorobom, promocji sprzyjających zdrowiu stylów życia i wspierania badań naukowych w tej dziedzinie przy pomocy odpowiedniego wdrażania „Ustawy o zdrowiu publicznym” i Narodowego Programu Zdrowia.

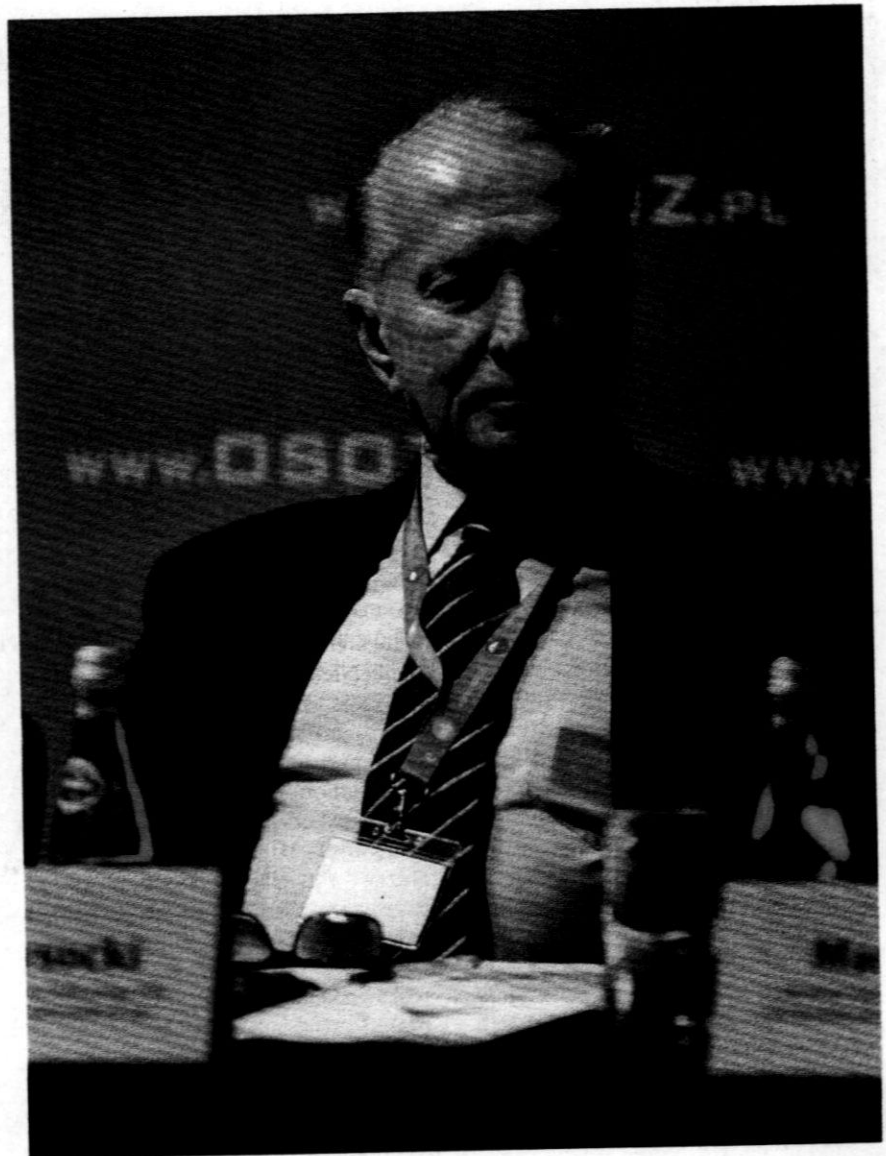
W dalszej kolejności wymieniałbym korektę pakietu onkologicznego, nie tylko przez zniesienie biurokracji i limitów w leczeniu, ale także stworzenie warunków wczesnego rozpoznawania nowotworów (edukacja zdrowotna i poprawa prowadzonych badań skriningowych) oraz poprawę przejrzystości systemu. Sądzę, że tzw. konsylium nie jest tu niezbędne, natomiast każdy pacjent z wstępnym rozpoznaniem nowotworu złośliwego powinien pozostawać pod opieką jednego lekarza onkologa – koordynatora diagnostyki i terapii, który będzie prowadził pacjenta „za rękę” przez meandry systemu. Powinno to być obwarowane odpowiednimi terminami. Należy pamiętać o dobrze udokumentowanym, choć rzadko przypominanym fakcie, że Polska – mimo dużych inwestycji w onkologię – należy do krajów o najniższych w Europie odsetkach 5-letniej przeżywalności pacjentów onkologicznych, co dobitnie świadczy o małej skuteczności działań terapeutycznych. Wynika to na ogół z późnego rozpoznawania choroby

»W Polsce zaczyna powoli brakować pielęgniarek i to ostatni moment, by coś zmienić.«

i niesprawnego, powolnego działania algorytmu diagnostycznego i terapeutycznego.

Polska charakteryzuje się najniższym w Europie wskaźnikiem liczby pielęgniarek na 1000 osób. Wynosi on nieco ponad 5/1000. Błędem okazała się likwidacja maturalnych i pomaturalnych szkół pielęgniarskich, a pielęgniarki obecnie kończące wyższe studia rzadko chcą pracować w polskich szpitalach czy poradniach na „szeregowych” stanowiskach. Sądzę, że ugoda Ministra Mariana Zembali z pielęgniarkami i położnymi i wynikające stąd Rozporządzenie z dnia 15.10.15 powinno być w pełni realizowane. W przeciwnym razie system służby zdrowia, działający w szybko starzejącym się i wymagającym opieki oraz pielęgnacji społeczeństwie, „wy-

łoży się” w najbliższych latach właśnie na braku pielęgniarek. Obecna sytuacja jest niepokojąca. Główna aktywność niektórych szpitali w tym zakresie polega nie na realizacji rozporządzenia, ale szukaniu pretekstów, jak go nie realizować. W niektórych dużych szpitalach stołecznych pielęgniarki otrzymują po sto kilkadziesiąt złotych miesięcznie, jako okresowe dodatki do pensji. Pełna realizacja ugody Ministra Zembali z pielęgniarkami i położnymi w obecnym lub treściowo równorzędym kształcie jest właściwie jedynym narzędziem, jakie mamy dzisiaj w rękę dla zapobieżenia katastrofie w tym obszarze. Oczywiście nie da się tego zrobić bez dodatkowych pieniędzy przeznaczonych na te działania i przypisanym do poprawy poborów pielęgniarek i położnych. ●



dr MAREK JĘDRZEJCZAK
Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

Polska ochrona zdrowia roku 2016 otrzyma spadek po 2015 r. w postaci bagażu wielu zaniechań i niezalutwionych problemów. Na pierwsze miejsce wysuwa się nierozwiązany problem z zaopatrzeniem aptek ogólnodostępnych w leki refundowane. Do Naczelnej Izby Aptekarskiej nadal docierają z aptek informacje dotyczące braków, zwłaszcza heparyn drobnocząsteczkowych.

Kolejne niepokojące zjawisko, z którym poprzednie rządy nie chciały się zmierzyć, to nieuzasadnione otwieranie nowych aptek. 31 500 farmaceutów nie jest w stanie zagwarantować pełnej usługi farmaceutycznej w około 15 600 placówkach farmaceutycznych (apteki ogólnodostępne, szpitalne, działy farmacji). Konieczne są regulacje, obowiązujące już w większości krajów zachodniej Unii Europejskiej, oparte na czynnikach demograficznych i geograficznych, które zapewnią równy dostęp społeczeństwa polskiego do produktów leczniczych. Dzięki tym regulacjom można rozwiązać również problem dyżurów nocnych i świątecznych aptek ogólnodostępnych. Obecnie obowiązujące przepisy dopuszczają możliwość obciążenia podmiotu prowadzącego aptekę obowiązkiem pracy w porze nocnej, w niedzielę, święta i inne dni wolne od pracy. Równocześnie nie przewiduje się żadnej formy pokrycia wydatków i nakładów ponoszonych w celu realizacji uchwał rad powiatu w sprawie rozkładu godzin pracy aptek, co nie jest zgodne z Konstytucją RP. W polskim prawie obowiązuje zasada, że każdy podmiot, zarówno publiczny, jak i tym bardziej prywatny, który realizuje zadania publiczne, otrzymuje z tego tytułu stosowne wynagrodzenie lub co najmniej zwrot poniesionych kosztów.

Specjalistyczna, dobrze wykształcona kadra farmaceutyczna w naszym kraju nie jest w pełni wykorzystywana. Problemy lekowe pacjentów powinny być rozwiązywane właśnie w aptekach. Wprowadzenie refundowanej opieki farmaceutycznej jest kolejnym wyzwaniem dla rządu w roku 2016.

Łamanie prawa antykoncentracyjnego przez przedsiębiorców działających na rynku aptecznym to następny problem, z którym nie chciał się zmierzyć poprzedni rząd. Celem podmiotów sieciowych jest dążenie do monopolizacji

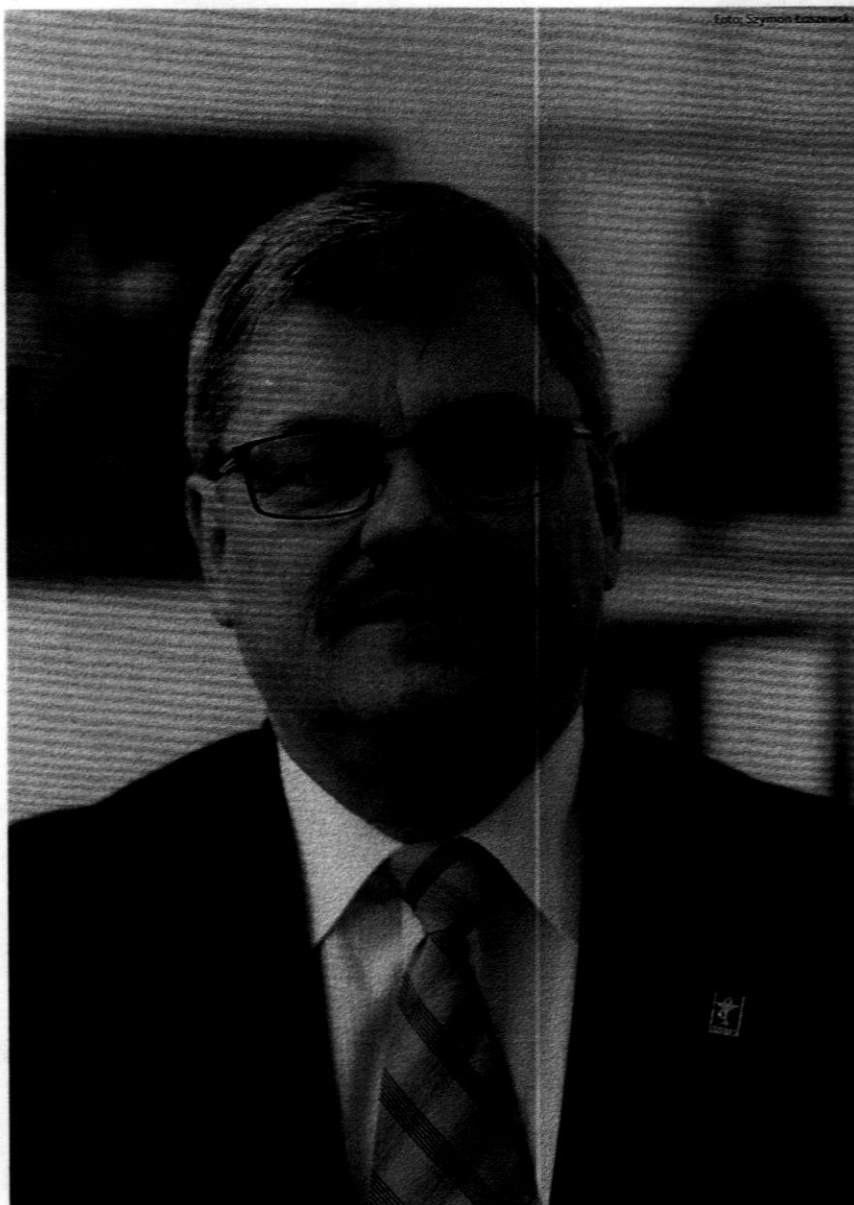


Foto: Szymon Kozłowski

działalności gospodarczej na danym terenie. Nie ulega wątpliwości, że monopolizacja usług świadczonych na rynku aptecznym pozbawia pacjenta możliwości wyboru apteki i niejako uzależnia go od podmiotu posiadającego dostatecznie wysoki udział w rynku aptek ogólnodostępnych. Ustawa – Prawo farmaceutyczne już dzisiaj (art. 99 ust. 3 pkt 2 i 3 w zw. z art. 37ap ust.1 pkt 2) przy zastosowaniu wykładni celowościowo-funkcjonalnej (przepisy antykoncentracyjne wprowadzono w celu demonopolizacji rynku) i systemowej (wykładnia odwołuje się w tym przypadku do aptek) wyraźnie i racjonalnie powinna ograniczać do 1% ilość aptek, jaką może posiadać przedsiębiorca w danym województwie.

Natomiast badaniu powinny podlegać nie tylko relacje kontroli czy zależności pomiędzy podmiotami wskazanymi w tych przepisach, ale również wszelkie powiązania o charakterze finansowym i ekonomicznym.

Jak najszybciej należy zrealizować koncepcję „apteki dla aptekarza”. Od dawna, jako samorząd aptekarski wskazujemy, iż jedyną efektywną gwarancją prawidłowego funkcjonowania aptek jest zasada, że apteka może być prowadzona przez farmaceutę lub spółkę, w skład której wchodzi ponad 50% farmaceutów. Farmaceuta wykonujący zawód zaufania publicznego wypełnia swoje obowiązki zawodowe zgodnie

»Specjalistyczna,
dobrze wykształcona
kadra farmaceutyczna
w naszym kraju
nie jest w pełni
wykorzystywana.«

posiadaną wiedzą i Kodeksem Etyki Aptekarza RP. Gwarantuje jakość świadczonych usług farmaceutycznych, co w konsekwencji zapewnia bezpieczeństwo pacjentowi apteki. Podnoszony od wielu lat postulat środowiska aptekarskiego znalazł uznanie Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej, który w wyroku z dnia 19 maja 2009 r. stwierdził, że państwa członkowskie UE mogą wymagać, aby produkty lecznicze były dystrybuowane przez apteki korzystające z rzeczywistej niezależności zawodowej farmaceuty.

W 2016 r. należy pilnie uchwalić ustawę o zawodzie farmaceuty. Obecny brak norm prawnych regulujących zasady wy-

konywania zawodu farmaceuty powoduje, że prawa i obowiązki farmaceutów wynikają pośrednio z innych przepisów, w tym przede wszystkim z przepisów ustawy – Prawo farmaceutyczne. Odrebną ustawą, poprzez jasne zdefiniowanie treści i zakresu poszczególnych praw i obowiązków farmaceuty, zapewni mu konieczną niezależność oraz samodzielność w wykonywaniu zawodu. Tylko precyzyjnie ustalone prawa i obowiązki gwarantują pewność i bezpieczeństwo w trakcie wykonywania pracy. Świadomość swojej sytuacji prawnej i ram, w jakich może poruszać się farmaceuta, daje komfort wykonywania zawodu, a także może stanowić skuteczne narzędzie w sytuacjach konfliktu interesów. Posiadając jasno określone prawa i obowiązki farmaceuta może przeciwstawić się naciskom ze strony właściciela niebędącego farmaceutą oraz innych podmiotów zainteresowanych wpływaniem na postępowanie osób wydających leki pacjentom. Farmaceuta, który wprost z ustawy wywodzi swoje prawa, może podejmować nawet ryzykowne działania na rzecz pacjenta i stawiać jego dobro ponad inne interesy, chociażby ponad formalizm narzucany przez płatnika.

Rząd PO – PSL nie podjął się przeprowadzenia obiecanej od 2012 r. no-

welizacji ustawy refundacyjnej. W Polsce marża w aptece ogólnodostępnej nie jest liczona od wartości zakupu przez aptekę, ale od limitu. To sytuacja kuriozalna. Bardzo drogie leki refundowane mają niską marżę, a na dodatek na zwrot kosztów apteka czeka nawet miesiąc. Skomplikowany system odpłatności za leki to kolejny problem wymagający zmiany. Przyzwyczailiśmy się do obecnie funkcjonującego, nietransparentnego i trudnego do zrozumienia przez pacjenta systemu, który poza Polską nie jest stosowany. Uważam, że powinno się wprowadzić prosty sposób odpłatności, na przykład ryczałtowy. Nie może też być tak, że podstawą limitu jest jeden z najtańszych produktów w grupie nazwy międzynarodowej, którego najczęściej nie można dostać, a obniżanie się limitu zmniejsza marżę detaliczną, co znów obniża limit. To jest błędne koło.

Jesteśmy za systemową zmianą odpłatności za leki. W Europie są nawet takie rozwiązania, które uwzględniają możliwość pacjentów czy też stan ich zdrowia. Można naprawdę zaczerpnąć z tych systemów, które już latami funkcjonują i dostosować je do naszych warunków. Nie będzie to oczywiście łatwe, ale jest możliwe. Nikt jak dotąd nie chciał się podjąć wprowadzenia takich zmian. ●

dr n. med. GRAŻYNA ROGALA-PAWELCZYK
Przes Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Trudny, pracowity i pełen wyzwań rok – tak w skrócie można scharakteryzować to, co działo się w opiece zdrowotnej w roku 2015. Dla środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych jedną z najistotniejszych zmian były nowelizacje ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, związane z prawem ordynowania niektórych leków, zmianą w kształceniu podyplomowym oraz uregulowaniem kwestii wyposażenia gabinetów pielęgniarskich w placówkach oświatowych. Trudno nie wspomnieć także o podpisaniu rekomendacji, które są efektem pracy zespołu ds. zabezpieczenia społeczeństwa polskiego w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne. Rekomendacje te są przejawem troski polskich pielęgniarek i położnych o los zdrowotny obywateli. Ważnym wydarzeniem były negocjacje

i podpisanie z Ministrem Zdrowia porozumienia dotyczącego podwyżek dla pielęgniarek i położnych. Porozumienie to wzbudziło wiele kontrowersji w środowisku medycznym. Nie satysfakcjonuje też pielęgniarek i położnych, które mają świadomość, że było aktem politycznym. Samorząd zawodowy stoi na stanowisku, że płace wszystkich pielęgniarek i położnych muszą być uregulowane ustawowo, zgodnie z kwalifikacjami i adekwatnie do wykonywanej pracy u wszystkich pracodawców.

Liczymy, że w 2016 roku będą kontynuowane prace nad warunkami płacy oraz pracy pielęgniarek i położnych, które oczekują nie tylko dobrych warunków pracy, ale i zarobków na odpowiednim poziomie, proporcjonalnie do rosnących wymagań, jakim muszą sprostać. Kolejnym wyzwaniem, jakie postawiło przed nimi MZ, jest wystawianie recept i kierowanie pacjentów na badania diagnostyczne. Dotyczy to pielęgniarek i położnych z wyższym wykształceniem

i ukończonym specjalistycznym kursem. Oczekujemy, że będzie to uprawnienie dobrowolne, a w placówkach zostaną stworzone warunki, w jakich pielęgniarki i położne będą mogły przeprowadzić badania oraz otrzymają wynagrodzenie za wykonywanie nowych zadań, do czego niezbędne jest jak najszybsze określenie zasad kontraktowania dodatkowych świadczeń z NFZ.

Mamy nadzieję, że nowe kierownictwo resortu zdrowia rozpocznie z nami pracę nad strategią rozwoju pielęgniarstwa zgodnie z potrzebami społeczeństwa. Żyjemy coraz dłużej i mamy coraz większe problemy zdrowotne. Tymczasem pielęgniarek i położnych jest coraz mniej. Staraliśmy się w minionym roku to uświadomić nie tylko decydentom, ale przede wszystkim społeczeństwu. Służyła temu Ogólnopolska Kampania Społeczna „Ostatni dyżur”. Zależało nam na poinformowaniu Polaków o ogromnym zagrożeniu społecznym, związanym z tym, iż za niespełna 5 lat zоста-



»Od dobrych kilku lat zainteresowanie zawodem pielęgniarki spada. Trzeba zatroszczyć się o dobre warunki płacy i pracy oraz zbudować prestiż zawodu.«

niemy pozbawieni profesjonalnej opieki pielęgniarskiej i położniczej. Nie tylko z powodu emigracji zarobkowej, a również w związku z przechodzeniem na

szczych koleżanek i kolegów na emeryturę (średnia wieku pielęgniarek i położnych w Polsce wynosi 48 lat). Te dane statystyczne znajdują się w Raporcie Naczel-

nej Rady Pielęgniarek i Położnych pt. „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych” (dostępnym na stronie internetowej www.nipip.pl). Obrazuje on aktualną sytuację demograficzną pielęgniarek i położnych oraz przedstawia zapotrzebowanie na świadczenia pielęgniarskie i położnicze w Polsce, a także na tle krajów Unii Europejskiej.

Od dobrych kilku lat zainteresowanie zawodem pielęgniarki spada. Jedyną szansą zmian w tym zakresie jest podjęcie przez władze właściwych działań legislacyjnych, które przyczynią się do tworzenia dobrych warunków pracy i płacy, budowania, a nie obniżania prestiżu zawodu, bo to może przyciągnąć młodych ludzi.

Pamiętając, że sukcesywnie rośnie liczba osób, które będą potrzebowały stałej, specjalistycznej opieki, nieustannie apelujemy także o to, by pielęgniarki i położne były zwolnione z płacenia podatku od dofinansowania kształcenia, które uzyskują ze środków Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych – do wysokości składki złożonej we wcześniejszym roku (takie dofinansowanie jest udzielane ze środków pochodzących z opłacanych składek, które wcześniej są już opodatkowane).

Nad czym jeszcze planujemy pracować w 2016 roku? Samorząd pielęgniarski na pewno będzie uczestniczył w pracach nad przygotowywaną przez MZ ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Zależy nam na precyzyjnym określeniu w ustawie miejsca i zakresu kompetencji pielęgniarki i położnej w podstawowej opiece zdrowotnej. Naszym zdaniem zasadne jest rozdzielenie funkcji pielęgniarki pracującej w gabinecie i w środowisku domowym, bo poprawi to jakość i dostępność świadczeń.

Będziemy walczyć o utworzenie rezydentur dla pielęgniarek w obszarach deficytowych opieki medycznej. Część środków przeznaczonych na wsparcie kształcenia pielęgniarek i położnych powinna być przeznaczona na finansowanie miejsc rezydenckich dla absolwentów kierunków pielęgniarskich i położniczych, co pomoże wprowadzić polskie pielęgniarstwo w XXI wiek. Ale nie tylko sprawy wykonywania zawodu absorbowwały pielęgniarki i położne. Z uwagą śledziliśmy postęp prac nad ustawą o zdrowiu publicznym, mając świadomość jej znaczenia dla zdrowia Polaków i funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce. ●