



# BIULETYN

## INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

3 /2015  
WAŁBRZYCH  
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA  
PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH  
W WAŁBRZYCHU

## SPIS TREŚCI

- 1 ◆ SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY
  - 2 ◆ DOLNOŚLĄSKIE POROZUMIENIE NA RZECZ  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
  - 9 ◆ KAMPANIA SPOŁECZNA „OSTATNI DYŻUR”
  - 11 ◆ OPINIA KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO W DZIEDZINIE  
PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO DLA  
WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO
  - 13 ◆ XIX OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWO-  
SZKOLENIOWA PSPO PT.: „WIELOASPEKTOWOŚĆ  
ONKOLOGICZNEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ”
  - 23 ◆ ROZPOZNANIE I DIAGNOSTYKA CUKRZYCY
- Z PRAC NACZELNEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**
- 28 ◆ PROCEDURA POSTĘPOWANIA PIELĘGNIARKI /  
POŁOŻNEJ OBJĘTEJ OCHRONĄ PRZEWIDZIANĄ DLA  
FUNKCJONARIUSZA PUBLICZNEGO W PRZYPADKU  
AGRESYWNEGO ZACHOWANIA PACJENTA / RODZINY

### KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

#### PIELĘGNIARSTWA

– mgr JOLANTA KOLASIŃSKA, UM Wydział Nauk o Zdrowiu,  
ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław,  
e-mail: jolanta.kolasinska@am.wroc.pl, tel. 71 784 18 45;

#### PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

– mgr DOROTA MILECKA Akademicki Szpital Kliniczny,  
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław,  
tel. 71 733 11 90, 733 11 95, 662 23 25 95;

#### PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

– mgr KATARZYNA SALIK,  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1,  
ul. M. Skłodowskiej-Curie 58, 50-368 Wrocław,  
e-mail: kasiatolik1@wp.pl,  
tel. 71 327 09 30, 71 784 21 75, 606 99 30 95;

#### PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE

– mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny  
im. A. Falkiewicza, ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław,  
tel. 71 342 86 31 wew. 344, 604 93 94 55, 667 97 77 35

#### KONSULTANT W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

– mgr ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR  
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu  
pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław  
tel. 71/36-89-260, e-mail: e.garwacka@gmail.com

#### KONSULTANT W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ANESTE- ZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI

– mgr EWA PIELICHOWSKA,  
4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP  
ZOZ ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław, tel. 71 76 60 207,  
608 309 310; e-mail: naczelnia.pielegniarka@4wsk.pl

#### PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO

– mgr BEATA MARIA ŁABOWICZ, Wojewódzki Szpital  
Specjalistyczny, ul. Iwazkiewicza 5, 59-220 Legnica  
e-mail: beata.labowicz@szpital.legnica.pl, tel. 76 72 11 401

### OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

58-300 Wałbrzych,  
ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)  
tel./fax: 74 842-33-25  
tel.: 74 842 56 05  
godziny pracy biura:  
7:30-15:30

#### e-mail:

oipipsekretariat@webmedia.com.pl  
www.oipip.walbrzych.pl

Kredyt Bank S.A. O/Wałbrzych  
46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

#### Przewodnicząca:

Maria Pałeczka  
oipipwch@webmedia.com.pl

#### Sekretarz:

Małgorzata Hrycak

#### BIURO

#### Sekretariat:

Łukasz Płaczkowski  
oipipsekretariat@webmedia.com.pl

#### Rejestr prawa wyk. zawodu:

Izabela Arendarczyk  
oipiprejestr@webmedia.com.pl

#### Księgowość:

Jolanta Kopacka  
oipipksiegowosc@webmedia.com.pl

#### Obsługa administracyjno-prawna:

Kancelaria Prawna §  
mgr Dorota Pakuła  
Radca Prawny  
mgr Michał Krajczar

#### Dyżur prawny:

w siedzibie izby: pon. 13-15  
lub telefonicznie do kancelarii:  
tel.: 74 666 00 02

#### Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

Irena Wydrzyńska

#### Dyżury w siedzibie OIPIP:

w każdy ostatni wtorek miesiąca od 10:00–14:00  
Szczegóły na stronie internetowej  
w zakładce Kontakt. W innym terminie po  
wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym  
z biurem OIPIP w Wałbrzychu

#### Projekt, skład i druk:

Tereny Weny Agencja Reklamowa  
Justyna Szafran-Dziewiecka  
justyna@terenowyeny.pl

# SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY

W pierwszym numerze biuletynu informowałam o podjętej uchwałę nr 73/VI/2014 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu z dnia 16 grudnia 2014 r. w sprawie: zawarcia porozumienia o współpracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych Regionu Dolnośląskiego do działania na rzecz poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych. Informowałam również o Dolnośląskim Porozumieniu na Rzecz Pielęgniarek i Położnych, które zawarte zostało w trosce o pacjenta, jego bezpieczeństwo.

## Nadszedł czas by wspólnie działać.

**25 lutego 2015 r.** w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim odbyło się spotkanie z Wojewodą Dolnośląskim- Panem Tomaszem Smolarzem z przedstawicielkami Dolnośląskiego Porozumienia na Rzecz Pielęgniarek i Położnych, Przewodniczącym Konwentu Powiatów Dolnego Śląska, a także Panią Genowefą Ulman – Zastępcą Dyrektora ds. medycznych DOW NFZ.

**9 marca 2015 r.** w siedzibie Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu odbyła się debata poświęcona problemom zawodowym pielęgniarek i położnych.

**22 kwietnia 2015 r.** pod Urzędem Wojewódzkim we Wrocławiu odbyła się pikietą zorganizowana przez Sygnatariuszy Dolnośląskiego Porozumienia na Rzecz Pielęgniarek i Położnych. Protestowały pielęgniarki i położne z całego Dolnego Śląska. Zależało nam na tym, aby społeczeństwo poznało nasze żądania, które przecież kierowane są w obronie całego społeczeństwa. Chcemy pracować bezpiecznie zapewniając tym samym bezpieczeństwo naszym pacjentom.

**27 maja 2015 r.** w Warszawie odbyła się konferencja prasowa, która uroczystie rozpoczęła Ogólnopolską Kampanię Społeczną pt. „Ostatni dyżur”. W konferencji prasowej uczestniczyli - Pani Prezes NRPIP – dr n.med. Grażyna Rogala Pawelczyk, Członkowie Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Przewodniczące/y Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych i Położnych oraz Przewodniczące Organów Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Każde spotkanie ma jeden cel- muszą być podjęte natychmiastowe działania w celu opracowania, następnie wdrożenia programu zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne.

To wydanie Biuletynu Informacyjnego w znacznej części poświęcone będzie właśnie tym wydarzeniom, w których obojście uczestniczyłam.

Puentą niech będą słowa jednej z Koleżanek, które bardzo mocno utkwiły mi w pamięci:

... „Współczuję tylko nam wszystkim, gdy jesteśmy niewdzięczną częścią systemu, którego zmiana będzie długa a zaczyna się chyba od nas samych”

OIPiP w Wałbrzychu zadeklarowała czynny udział w dość nowatorskim przedsięwzięciu, tj. Ogólnopolskich Warsztatach Szkoleniowych zatytułowanych „Sztuka żywienia-Piramida SED©. Dobrze kupić – zdrowo jeść”, udostępniając salę konferencyjną do przeprowadzenia spotkania z chorymi. Projekt będzie realizowany w 50 miastach w Polsce i skierowany jest do pacjentów z cukrzycą typu 2. W ramach projektu edukatory będą prowadzić warsztaty żywieniowe. Formuła warsztatów przewiduje innowacyjne rozwiązania, m. in. wspólne zakupy z pacjentami. Spotkanie w Wałbrzychu zaplanowane jest na 03 lipca br. Edukatorem prowadzącym warsztaty jest Pani Violetta Rzepka, która wyraziła zgodę na współpracę i współtworzenie Biuletynu Informacyjnego.

Współczesna opieka diabetologiczna wymaga właściwych kompetencji personelu medycznego. Wychodząc naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom środowiska pielęgniarek/położnych rozpoczynamy cykl tematycznie związanych artykułów, zawierających aktualne wytyczne z zakresu codziennej praktyki i pielęgniarstwa diabetologicznego.

Przed nami wakacje, urlopy.

Jest nadzieja, że zwolnimy, znajdziemy czas na tradycyjne rozmowy, bo przecież na co dzień, jakże często jesteśmy w kilku miejscach jednocześnie a kontakty wirtualne zastępują nam osobiste spotkania.

Życzę takiej urlopowej „inności”, która pozwoli nam rozładować napięcia, osiąść umiejętność porozumiewania się w takim stopniu, aby się nawzajem zrozumieć.

*Maria Pałeczka  
Przewodnicząca ORPIP*



# DOLNOŚLĄSKIE POROZUMIENIE NA RZECZ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



Pismo o takiej samej treści otrzymał Pan Cezary Przybylski Marszałek Województwa Dolnośląskiego

Wrocław, 03.02.2015 r.

Szanowny Pan

Tomasz Smolarz

Wojewoda Dolnośląski

*Szanowny Panie Wojewodo,*

Informujemy, że Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Regionu Dolnośląskiego oraz Samorząd Zawodowy Pielęgniarek i Położnych tj. Okręgowe Izby z Wrocławia, Wałbrzycha i Jeleniej Góry zawiązały „Dolnośląskie Porozumienie na Rzecz Pielęgniarek i Położnych”. Celem porozumienia jest stworzenie warunków umożliwiających efektywne poprawienie sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych. Podobnie jak w wielu innych regionach Polski jest to reakcja naszego środowiska na radykalne pogorszenie warunków pracy, realny spadek płac i coraz częstsze deprecjonowania zawodów pielęgniarki i położnej przez rządzących i pracodawców.

W niedługim czasie na Dolnym Śląsku odejdzie od zawodu ponad 6 tys. pielęgniarek i położnych, natomiast pracę podejmuje rocznie nie więcej niż 40 – 50 absolwentów. Niestety tej luki pokoleniowej nie da się już zastąpić, mimo wielokrotnych apeli naszego środowiska zawodowego do władz.

Coraz więcej dobrze wykształconych pielęgniarek i położnych wyjeżdża do pracy za granicę, znajdując tam z powodzeniem dobrze płatne zatrudnienie. Jak powszechnie wiadomo społeczeństwo polskie starzeje się, wydłuża się wiek Polaków, ale przybywa też liczba osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych, co skutkuje olbrzymim wzrostem zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską. Tymczasem zawód pielęgniarki i położnej jest niedoceniany, nisko opłacany, obciążony nadmiernymi obowiązkami przy zbyt małej obsadzie. Wspomnieć tu należy, że wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek na 1000 mieszkańców w Polsce wynosi 5,4 i jest najniższy w Europie! i niestety będzie spadał.

Panie Wojewodo najwyższa pora rozmawiać o tych problemach i podejmować wszelkie próby i sposoby ich rozwiązywania. Brak od wielu lat efektywnej polityki Rządu i samorządów lokalnych może doprowadzić do pozbawienia nas Polaków dostępu do profesjonalnej opieki pielęgniarskiej. Dlatego też apelujemy do Państwa odpowiedzialnych za funkcjonowanie ochrony zdrowia w Regionie do podjęcia rozmów i działania na rzecz realnej poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.

Z poważaniem,

PRZEWODNICZĄCA  
Dolnośląskiej Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu  
*Urzędowa*  
mgr Urszula Olechowska

OKRĘGOWY ZWIĄZEK PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
Dolnośląskiej Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
ul. Karłowicza 11/132  
50-124 Wrocław, tel. 71 73 11 11  
tel. 32 70 171

Przewodnicząca  
Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
*h*  
Maria Polczka

PRZEWODNICZĄCA  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Jeleniej Górze  
*Syrenki*  
Elżbieta Słojewska-Poznańska



## 25 lutego 2015 r. – Spotkanie stron

25 lutego 2015 r. w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim odbyło się spotkanie z przedstawicielkami Dolnośląskiego Porozumienia na Rzecz Pielęgniarek i Położnych, Przewodniczącym Konwentu Powiatów Dolnego Śląska, starostą wrocławskim Romanem Potockim, starostą strzelińskim Markiem Warcholińskim oraz Genowefa Ulman – Zastępca Dyrektora ds. medycznych DOW NFZ.

Reprezentując grupę zawodową zwróciliśmy uwagę, że problemy występują od dawna, w zasadzie od kiedy istnieje

samorząd zawodowy. Najważniejsze z nich to dramatycznie niskie płace pielęgniarek i położnych, niedoszacowanie usług pielęgniarskich w NFZ, złe zarządzanie jednostkami ochrony zdrowia, uprzywilejowanie placowe tylko jednej grupy zawodowej w ochronie zdrowia.

Wojewoda Dolnośląski Pan Tomasz Smolarz zaproponował cykliczne spotkania z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych.



### CZŁONEK ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Jerzy Michałak

D. Z-Z II 1283/02/15

Wrocław, 20.02.2015

### Dolnośląskie Porozumienie na rzecz pielęgniarek i położnych

*Wielce Szanowne Panie Przewodniczące,*

bardzo dziękuję za przekazanie Dolnośląskiego Porozumienia na rzecz pielęgniarek i położnych oraz za przewodnie pismo z informacją o jego zawarciu.

Uprzejmie Panie informuję, że sytuacja pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych, dla których organem założycielskim jest Samorząd Województwa Dolnośląskiego jest monitorowana.

**Średniomiesięczne wynagrodzenie brutto** i przeciętne zatrudnienie w przeliczeniu na pełne etaty pielęgniarek i położnych w okresie od stycznia do grudnia 2014 r. w grupie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wynosi 3 671 zł. przy zatrudnionych 4 811 pielęgniarek i położnych.

**Szanowne Panie Przewodniczące,**

ze swojej strony, jak zawsze podkreślam, jestem otwarty nie tylko na rozmowy o problemach, które powinny być rozwiązywane bezpośrednio przez Dyrektorów w ramach ich obowiązków i kompetencji.

Jeżeli są podmioty, w których są nie rozwiązane problemy zgodnie z obowiązującym prawem, proszę o ich wskazanie i wówczas jako przedstawiciel właściciela podmiotu będę wpływał na ich rozwiązanie.

Wyrażam nadzieję, że postulaty Sygnatariuszy również Dolnośląskiego Porozumienia na rzecz pielęgniarek i położnych kierowane do Rządu RP i Parlamentarzystów przyczynią się do wprowadzenia zmian systemowych określonych prawem, a tym samym zobowiązującym do jego przestrzegania przez wszystkie podmioty lecznicze.

*2 parałten*

Członek Zarządu  
Województwa Dolnośląskiego  
Jerzy Michałak

**DOLNY  
ŚLĄSK**

URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO  
Wybrzeże Juliusza Słowackiego 12-14  
50-411 Wrocław

www.umwd.dolnyslask.pl  
umwd@dolnyslask.pl  
www.bip.dolnyslask.pl





Sygnatariusze Porozumienia :

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu,  
 Wałbrzyska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych,  
 Jeleniogórska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych,  
 Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Regionu Dolnośląskiego,

z a p r a s z a j ą

na krótką debatę poświęconą problemom zawodowym pielęgniarek i położnych, która odbędzie się 09 marca 2015 r. o godz.11.00 w siedzibie Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu przy ul. Powstańców Śl.50

Powodem naszej wspólnej inicjatywy jest uporczywa indolencja kolejnych władz w rozwiązywaniu problemów naszego środowiska. Od kilkunastu lat pielęgniarki i położne protestują i zwracają uwagę na nierozwiązane trudne kwestie wykonywania zawodów. Zagrożenia, o które były od wielu lat zgłaszane przez reprezentantów środowiska stały się faktem, a w tym przede wszystkim:

- „luka pokoleniowa” co oznacza że z systemu ochrony zdrowia odchodzi zdecydowanie więcej pielęgniarek niż do niego wchodzi, a średnia wieku osób wykonujących ten zawód rośnie i wynosi obecnie 48 lat.,
- brak chętnych do nauki w tych zawodach,
- niskie i bardzo niskie wynagrodzenia pielęgniarek i położnych;
- deprecjonowanie zawodów przez odpowiedzialnych za politykę zdrowotną i pracodawców to główne przyczyny zapaści naszych zawodów.

Nadszedł ostatni moment na wspólne działanie, gdyż:

„Szlachetne zdrowie

Nikt się nie dowie,

Jako smakujesz,

Aż się zepsujesz...” (Jan Kochanowski "Na zdrowie")

Z poważaniem,

*Ma. Porozumienie,*

Dolnośląskiej Okręgowej  
 Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu  
*Wrocławskie*  
 mgr Urszula Olechowska

OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY  
 PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
 Dolnośląski Region  
 ul. Świdnicka 17  
 51-124 Wrocław  
 tel. 32 70 171



## 9 marca 2015 r. – Debata

**9 marca 2015 r.** w siedzibie Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu odbyła się debata poświęcona problemom zawodowym pielęgniarek i położnych.

Na spotkanie zaproszeni zostali: Wojewoda Dolnośląski, Marszałek Województwa Dolnośląskiego, Parlamentarzyści, konsultanci wojewódzcy w dziedzinach pielęgniarstwa.

Pani Lilianna Pietrowska – Przewodnicząca OZZPiP Regionu Dolnośląskiego wprowadzając zebranych w temat zaplanowanego spotkania przedstawiła przyczynę zawartego Porozu-

mienia, zagrożenia podkreślając indolencję kolejnych władz w rozwiązywaniu problemów pielęgniarek i położnych, które nierozwiązane z roku na rok pogłębiają się.

Dane statystyczne z rejestru pielęgniarek i położnych, wybrane problemy zawodowe pielęgniarek i położnych na Dolnym Śląsku przedstawiła Pani Urszula Olechowska-Przewodnicząca DOR-PiP we Wrocławiu. Następnie specyfikę Regionu Wałbrzyskiego i Regionu Jeleniogórskiego przedstawiły kolejno –Pani Maria Pałeczka –Przewodnicząca ORPiP w Wałbrzychu oraz Pani Elżbieta Słojewska Poznańska –Przewodnicząca ORPiP w Jeleniej Górze.





## 22 kwietnia 2015 r. – Pikieta

22 kwietnia 2015 r. pod Urzędem Wojewódzkim we Wrocławiu protestowały pielęgniarki i położne z Dolnego Śląska. Organizatorzy pikiety:

Sygnatariusze Dolnośląskiego Porozumienia na Rzecz Pielęgniarek i Położnych

– Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

– Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze

– Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu  
– Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Regionu Dolnośląskiego.

Do protestujących pielęgniarek i położnych wyszedł Wojewoda Dolnośląski – Pan Tomasz Smolarz.

NA JEGO RĘCE ZOSTAŁ PRZEKAZANY LIST SKIEROWANY DO PREMIER RZĄDU – PANI EWY KOPACZ I MINISTRA ZDROWIA – PANA BARTOSZA ARŁUKOWICZA.



Wrocław, 22 kwietnia 2015r.

Pani

Ewa Kopacz

Prezes Rady Ministrów

Informujemy, że Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Regionu Dolnośląskiego oraz Samorząd Zawodowy Pielęgniarek i Położnych tj. Okręgowe Izby z Wrocławia, Wałbrzycha i Jeleniej Góry zawiązały „Dolnośląskie Porozumienie na Rzecz Pielęgniarek i Położnych”. Celem porozumienia jest poprawienie sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych. Podobnie jak w wielu innych regionach Polski jest to reakcja naszego środowiska na:

- brak reakcji Rządu RP na stale zmniejszającą się liczbę pielęgniarek,
- brak działań ze strony Rządu RP w celu zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze,
- uporczywe marginalizowanie przez Rząd katastrofalnej sytuacji zawodowej polskich pielęgniarek i położnych.

Skutkiem tego jest radykalne pogorszenie warunków pracy, realny spadek płac i coraz częstsze deprecjonowania zawodów pielęgniarki i położnej przez rządzących i pracodawców.

W niedługim czasie na Dolnym Śląsku odejdzie z zawodu ok. 6 tys. pielęgniarek i położnych, natomiast pracę podejmuje rocznie nie więcej niż 40 – 50 absolwentów. Niestety tej luki pokoleniowej nie da się już zastąpić, mimo wielokrotnych apeli naszego środowiska zawodowego do władz.

Coraz więcej dobrze wykształconych pielęgniarek i położnych wyjeżdża do pracy za granicę, znajdując tam z powodzeniem dobrze płatne zatrudnienie. Jak powszechnie wiadomo społeczeństwo polskie starzeje się, wydłuża się wiek Polaków, ale przybywa też liczba osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych, co skutkuje olbrzymim wzrostem zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską. Tymczasem zawód pielęgniarki i położnej jest niedoceniany, nisko opłacany, obciążony nadmiernymi obowiązkami przy zbyt małej obsadzie dyżurowej. Wspomnieć tu należy, że wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek na 1000 mieszkańców w Polsce wynosi 5,4 i jest najniższy w Europie! i niestety będzie spadał.

„Dolnośląskie Porozumienie na Rzecz Pielęgniarek i Położnych” zważywszy na dramatyczną sytuację w polskim pielęgniarstwie i położnictwie żąda:

1. Określenia liczby pielęgniarek i położnych niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach przy kontraktowaniu świadczeń z NFZ celem zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom oraz pielęgniarkom i położnym.
2. Wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych jako niezbędnego czynnika powstrzymującego emigrację zarobkową i zachętę dla młodych osób do studiowania na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i podejmowania pracy w zawodzie.
3. Odciążenie pielęgniarek i położnych od obowiązków spoza kompetencji tj. administracyjnych, gospodarczych, transportowych itp. na rzecz bezpośredniej opieki nad pacjentami.
4. Zabezpieczenie czasu pracy pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych w umowach o pracę, jako gwarancji ciągłości opieki nad pacjentem.

Popieramy działania Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych ukierunkowane na poprawę sytuacji zawodowej polskich pielęgniarek i położnych.

**Dolnośląska Okręgowa Izba  
Pielęgniarek i Położnych**  
53-333 Wrocław, ul. Powstańców Śl. 50  
tel. 71/333 57 02, tel./fax 71/373 20 56  
NIP 896-10-03-222

**OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**  
*Elżbieta Słowicka*  
01-124 Warszawa, ul. Komienkowska 41/43  
tel. 32 70 171

**PRZEWODNICZĄCA**  
Dolnośląskiej Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu  
*Urszula Olechowska*  
mgr Urszula Olechowska

**Przewodnicząca**  
Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
*Maria Pałeczka*  
Maria Pałeczka

**PRZEWODNICZĄCA**  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Jeleniej Górze  
*Elżbieta Słowicka*  
Elżbieta Słowicka-Poznańska

# KAMPANIA SPOŁECZNA „OSTATNI DYŻUR”



27 maja 2015 roku w Hotelu „GROMADA” w Warszawie odbyła się Konferencja prasowa, w trakcie której zaprezentowane zostały krótkie spoty reklamowe, mediom przybliżona została Kampania Społeczna „OSTATNI DYŻUR”. Zaprezentowane zostały problemy dotyczące samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych w oparciu o sporządzone wcześniej raporty w formie werbalnej jak i w postaci interaktywnej aplikacji Oculus.

Konferencja prasowa rozpoczęła Ogólnopolską Kampanię Społeczną „OSTATNI DYŻUR”.

W konferencji prasowej uczestniczyli Przewodniczące/y Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych, Członkowie Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Przewodniczące Organów Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Uruchomiona została strona internetowa kampanii [www.ostatnidyzur.pl](http://www.ostatnidyzur.pl), na której można podpisać Receptę (apel) kierowaną do polskich decydentów o podjęcie natychmiastowych działań w celu opracowania, a także programu zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne.

**Bardzo proszę o wsparcie przedsięwzięcia poprzez podpisywanie Recept i pozyskiwanie podpisów osób niebędących pielęgniarką lub położną.**

Jednocześnie informuję, że zamówione zostały recepty, które będą przekazywane Państwu za pośrednictwem Członków Okręgowej Rady lub do odbioru w biurze OIPIP w Wałbrzychu (po 10.06.2015 r.)

Zamówione zostały również plakietki z napisem „Ostatni dyżur”, które należy mieć przypięte do mundurków.

Do dyrektorów, prezesów, kierowników podmiotów leczniczych skierowane zostaną pisma w sprawie noszenia plakietek przez pielęgniarki, pielęgniarzy i położne, a także wyrażenia zgody na umieszczanie plakatów związanych z kampanią i zbieraniem podpisów pod petycją w formie recepty.

Plakat i recepta dołączona jest do każdego biuletynu.

Proszę zamieszczać w miejscach, do których mają dostęp pacjenci i ich rodziny.

Bardzo proszę o aktywne włączenie się w kampanię, do wspierania akcji.

Działania kampanii prowadzone będą w całej Polsce. Konferencje Prasowe w ramach działań Kampanii Społecznej „OSTATNI DYŻUR” będą organizowane przez Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych w poszczególnych województwach. Termin konferencji zostanie podany do wiadomości w najbliższym czasie ( po uzgodnieniu z DOIPIP we Wrocławiu, OIPIP w Jeleniej Górze).

Proszę śledzić zapisy na stronie internetowej, które będą uzupełniane w nowe informacje na bieżąco zakładka OSTATNI DYŻUR

Tam również można obejrzeć relację wideo z konferencji prasowej dotyczącej Raportu NRPIP pt. „zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych”



# OPINIA KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO DLA WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Opinia z dnia 10 marca 2015 roku w sprawie powołania koordynatora procesu leczenia pacjentów onkologicznych spośród osób personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w podmiocie leczniczym jakim jest szpital

Z dniem 1 stycznia 2015 r. weszły w życie nowe przepisy (art. 32a i 32b) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008.164.1027, z późn. zm.), które wprowadziły tzw. „szybką terapię onkologiczną” lub inaczej „pakiet onkologiczny”. W polskim systemie ochrony zdrowia są to nowe rozwiązania organizacyjne, mające na celu poprawę dostępności do diagnostyki i terapii onkologicznej oraz zapewnienie pacjentom z chorobą nowotworową kompleksowej opieki na każdym etapie leczenia. Podobne rozwiązania istnieją już w innych krajach Europy, np. Norwegii, Czechach, Anglii.

Przy okazji wprowadzenia wspomnianych zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zmieniono rozporządzenia wykonawcze do tej ustawy w tym w szczególności : 1) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. póź. 1520 ; zm. Dz.U z 2014r. póź. 1441) oraz 2) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. póź. 1413; zm. Dz.U. z 2014r. póź. 1442). Pierwsze z wymienionych rozporządzeń nakłada na świadczeniodawców udzielających świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej. realizujących leczenie

*Szybka terapia onkologiczna obejmuje pacjentów, u których lekarze podejrzewają lub stwierdzą nowotwór złośliwy. Jednym z kluczowych elementów pakietu jest karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DILO), którą wydają: 1) lekarz PÓZ, 2) lekarz specjalista w poradni ambulatoryjnej (AOS), 3) także w szpitalu – jeśli w wyniku hospitalizacji zostanie u pacjenta wykryty nowotwór złośliwy. Świadczenia związane z diagnostyką i leczeniem nowotworów złośliwych w ramach karty DILO mają być rozliczane bez limitów.*

onkologiczne m.in. obowiązek wyznaczenia koordynatora do którego zadań należeć będzie w szczególności udzielanie pacjentowi informacji o organizacji procesu leczenia oraz jego koordynacja, w tym zapewnienie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem.

Szybka terapia onkologiczna obejmuje pacjentów, u których lekarze podejrzewają lub stwierdzą nowotwór złośliwy. Jednym z kluczowych elementów pakietu jest karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DILO), którą wydają: 1) lekarz PÓZ, 2) lekarz specjalista w poradni ambulatoryjnej (AOS), 3) także w szpitalu – jeśli w wyniku hospitalizacji zostanie u pacjenta wykryty nowotwór złośliwy. Świadczenia związane z diagnostyką i leczeniem nowotworów złośliwych w ramach karty DILO mają być rozliczane bez limitów.

Drugi ważny element tych rozwiązań to powoływanie wielodyscyplinarnych zespołów specjalistów, tzw. konsyliów. Konsylium jest niezbędne do rozpoczęcia leczenia. Na konsylium pacjenci zgłaszają się z kartą DILO, wykonaną pogłębioną diagnostyką, badaniem histopatologicznym potwierdzającym rozpoznanie nowotworu złośliwego i określonym stopniem zaawansowania klinicznego procesu chorobowego. Zadaniem tych zespołów jest 1) ustalenie optymalnego programu i planu leczenia pacjenta onkologicznego, czyli następujących po sobie etapów leczenia, zgodnego ze standardami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz 2)

wyznaczenie koordynatora (*ang. keyworkera*), który jest przewodnikiem pacjenta. Pacjent i koordynator pozostają w bezpośrednim kontakcie podczas całego procesu leczenia.

Koordynator jest doradcą pacjenta, służy mu wsparciem informacyjno-organizacyjnym i administracyjnym i jest ogniwem łączącym pacjenta ze specjalistami innych dziedzin. Koordynatorem może, ale nie musi zostać lekarz, może nim być pielęgniarka. Również we wspomnianych już innych systemach ochrony zdrowia koordynatorami są najczęściej pielęgniarki, jako osoby dobrze przygotowane do takiej roli. W pełnieniu tej funkcji niezbędna jest podstawowa wiedza z zakresu onkologii oraz umiejętność nawiązywania terapeutycznego kontaktu z pacjentem. Koordynator odbiera od pacjentów pytania i wątpliwości, udziela informacji i pomocy w kryzysowych chwilach diagnostyki i terapii. Ma więc zapewnić sprawne przechodzenie chorego przez poszczególne etapy onkologicznej terapii.

Zasady i tryb powoływania koordynatorów nie zostały określone w przywołanej na wstępie ustawie, jak również w innych aktach prawnych. Koordynatorem powinna zostać osoba, która spełnia określone powyżej wymagania oraz wykazuje wolę podjęcia się wskazanych obowiązków. Wyznaczenie takiej osoby może nastąpić w drodze zarządzenia wewnętrznego wydanego przez dyrektora szpitala, w ramach posiadanych przez niego kompetencji. Wiąże się to z opracowaniem opisu stanowiska pracy, które będzie identyfikować miejsce koordynatora w strukturze organizacyjnej szpitala oraz określeniem zakresu zadań, uprawnień, odpowiedzialności i obiegu informacji.

Należy zaznaczyć, że powołane wyżej przepisy nakładają na świadczeniodawców realizujących leczenie onkologiczne nie tylko wyznaczenie wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych (konsyliów) i koordynatorów, ale przede wszyst-

kim nakazują opracowanie procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń z tego zakresu. Jednym z istotnych elementów tej procedury jest właśnie koordynator. Dlatego też w mojej ocenie najbardziej odpowiednim miejscem zamieszczenia tej procedury w tym określenie zadań i obowiązków koordynatora oraz konsyliów jest regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z2013r. , póź. 217 zpóźn. zm.).

Łączenie funkcji koordynatora z innymi wydaje się być niemożliwe ze względu na duży zakres zadań i odpowiedzialności koordynatora. Dodatkowe obciążanie, bez zgody (np. w trybie polecenia) takimi obowiązkami pielęgniarek pracujących w oddziałach szpitalnych w mojej ocenie będzie trudne, a nawet niemożliwe do pogodzenia. Poza tym pielęgniarki realizujące świadczenia pielęgnacyjne w oddziałach szpitalnych mają zupełnie inny zakres zadań, niż koordynatorzy procesu leczenia onkologicznego. Narzucenie im takich obowiązków jako dodatkowych, będzie się odbywało ze szkodą dla pacjentów, którzy przebywają w szpitalu, jak i tych, którzy do takiego leczenia się przygotowują. Jestem przekonana, że osoby odpowiedzialne za powodzenie szybkiej terapii onkologicznej, w tym wysoką jakość świadczonych usług i zadowolenie pacjenta, nie brały pod uwagę takich rozwiązań.

Wrocław, 10.03.2015r.

*Konsultant wojewódzki w dziedzinie  
pielęgniarstwa onkologicznego  
dla województwa dolnośląskiego  
mgr Elżbieta Garwacka-Czachor*



# XIX OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWO- -SZKOLENIOWA PSPO PT.: „WIELOASPEKTOWOŚĆ ONKOLOGICZNEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ”

W dniach 13–15.05.2015 r. w Wiśle odbyła się konferencja naukowo – szkoleniowa zorganizowana przez Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych pod patronatem honorowym Prof. dr n. med. Bogusława Maciejewskiego

W ciągu 3 dni konferencji odbyło się 6 sesji naukowych oraz warsztaty szkoleniowe, na których poruszane były problemy związane z pielęgnacją chorych onkologicznie, przedstawione zostały najnowsze doniesienia naukowe oraz postępowanie w codziennej praktyce klinicznej oparte o obowiązujące standardy.

Wykład inauguracyjny wygłosiła dr n. med. Anna Koper Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Onkologicznego pt.: „Pielęgniarstwo Onkologiczne – Zawód z Przyszłością”.

... „Zawód pielęgniarki, zarówno w Europie, jak i w Polsce cieszy się dużym zaufaniem społeczeństwa. Starzejące się społeczeństwo oraz wzrastająca liczba chorób nowotworowych będzie wymagała zwiększonego zapotrzebowania na opiekę – nie tylko, tą profesjonalną, ale także na opiekę podstawową. Pielęgniarki w ciągu całego swojego życia zawodowego nieustannie się dokształcają i podnoszą kwalifikacje zawodowe co nadaje im tytuł profesjonalisty i nienuknione bycie na rynku pracy. To też wzorzec osoby, która jest ceniona i poważana.

Pielęgniarki XXI wieku:

- stale podnoszą swoją wiedzę i umiejętności
- podążają za rozwojem medycyny i pielęgniarstwa
- aktywnie włączają się w ich rozwój, biorąc udział w badaniach naukowych i wdrażaniu ich do praktyki
- są nieobojętne innowacjom, a jednocześnie swój zawód wykonują w bezpieczny sposób
- czują się dobrze w swojej profesji
- dbają o zachowanie zdrowia własnego oraz współpracowników
- są partnerem w działaniu i dyskusji klinicznej.

**I SESJA PT.: INTERDYSCYPLINARNA OPIEKA NAD PACJENTEM W RADIOTERAPII OBEJMOWAŁA NASTĘPUJĄCE TEMATY:**

**JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH NA RAKA STERCZA W TRAKCIE RADYKALNEJ RADIOTERAPII** – dr hab. n. med. Wojciech Majewski, lek. med. Kamil Tabor, lek. med. Elżbieta Prokop, Roland Kulik Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach

Jakość życia chorych po leczeniu onkologicznym staje się coraz bardziej istotnym aspektem współczesnej onkologii. Ponieważ rak gruczołu krokowego jest jednym z najczęściej występujących nowotworów u mężczyzn, a u wielu z nich stosowana jest radykalna radioterapia, zbadanie jakości życia w tej populacji pacjentów jest szczególnie ważne.

Jakość życia chorych na raka gruczołu krokowego poddanych radykalnej radioterapii nie zmienia się znacząco w trakcie radioterapii, co świadczy o dobrej tolerancji leczenia. W czasie radioterapii można spodziewać się istotnego nasilenia dolegliwości dyzurycznych, a w przypadku elektrywnego napromieniania węzłów chłonnych miednicy również wzrostu częstości i nasilenia biegunek.

**PROBLEMY PIELĘGNACYJNE CHORYCH Z RAKIEM PIERSI LEZONYCH METODĄ BRACHYTERAPII** – lic. piel. Izabela Wierzbicka, Aleksandra Łuczycka, Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach

Brachyterapia jest metodą radioterapii polegającą na umieszczeniu źródła promieniotwórczego bezpośrednio w guzie lub w jego pobliżu. Ma ona duże zastosowanie w leczeniu raka piersi. Jest metodą uzupełniającą w leczeniu radykalnym po oszczędzającym zabiegu operacyjnym. Jest również łączona z teleradioterapią, chemioterapią i hormonoterapią.

Działania jakie podejmuje pielęgniarka mają istotny wpływ na przebieg leczenia. Prawidłowo rozpoznane problemy pielęgnacyjne pozwalają na przygotowanie planu opieki i jego realizację adekwatną do założonych celów. Współczesna pielęgniarka zapewnia człowiekowi możliwie



najlepszą jakością opieki traktując go jak całość bio-psycho-społeczno-duchową. Najważniejsze jest zbudowanie komunikacji opartej na szczerości i zaufaniu. Stworzenie życzliwej atmosfery umożliwia nawiązanie kontaktu terapeutycznego. Ból w miejscu założonego implantu występuje zazwyczaj w pierwszej dobie po zabiegu. Na zlecenie lekarza pielęgniarka podaje środki p/bólowe dożylnie, domięśniowo lub doustnie. Regularnie mierzy tętno, ciśnienie tętnicze krwi i temperaturę ciała. Monitoruje również ból wg wizualnej skali analogowej, jego natężenie i rodzaj. Wczesna edukacja pacjentki ma bardzo duży wpływ na przebieg leczenia. Pielęgniarka przybliży pacjentkom pojęcia tj. brachyterapia irydem, promieniowanie jonizujące, izolacja w pracowni HDR. Powinna rozmawiać z chorą w ciszy i spokoju. Najważniejsze jest wsparcie fizyczne i psychiczne w trakcie przygotowania do napromieniowania, a także przekazanie podstawowych informacji na temat planowanej terapii.

**WSPÓŁPRACA ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO WYZNACZNIKIEM JAKOŚCI LECZENIA METODĄ BRACHYTERAPII NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI** - mgr Beata Zasada, mgr Magdalena Bertrand-Łasińska Wielkopolskie Centrum Onkologii, Zakład Brachyterapii

Brachyterapia, inaczej curietherapia (brachy, z greckiego – z bliska) wykorzystuje energię fotonów lub cząstek pochodzących z rozpadu izotopów promieniotwórczych umieszczonych w guzie lub w jego bezpośrednim sąsiedztwie.

Zespół terapeutyczny to grupa profesjonalistów biorąca udział w procesie leczenia. Celem zadań zespołu jest ustalenie planu leczenia, zatrzymanie lub złagodzenie procesu chorobowego poprawa jakości życia pacjenta. Cele wyznaczają obszary działania poszczególnych osób w zespole. Praca zespołu interdyscyplinarnego jest na wyższym poziomie niż ta sprawowana indywidualnie. Pielęgniarka w nowoczesnym zespole terapeutycznym staje się równorzędnym partnerem dla pozostałych jego członków. Efektywny podział poszczególnych zadań i właściwa ich synchronizacja wpływa wymiennie na jakość leczenia i opieki nad pacjentem, a także na jego dalsze funkcjonowanie. Liderem w zespole terapeutycznym w brachyterapii jest lekarz, to on koordynuje działaniami pozostałych członków zespołu. Leczenie metodą brachyterapii pacjenta ze zdiagnozowanym nowotworem głowy i szyi wymaga ścisłej współpracy całego zespołu, w skład którego wchodzi: lekarz, pielęgniarka zabiegowa, pielęgniarka odcinkowa, fizyk medyczny i technicy elektroradiologii. Wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego są pojedynczymi elementami składowymi, połączenie ich wiedzy i umiejętności staje się gwarancją powodzenia procesu leczenia w brachyterapii.

## II SESJA PT.: WIELOWYMIAROWE ASPEKTY OPIEKI ONKOLOGICZNEJ

**JAKOŚĆ BADANIA CYTOLOGICZNEGO, JAKO GŁÓWNY PROBLEM PREWENCJI RAKA SZYJKI MACICY** – dr n. med. Andrzej Wojcieszek











## PAKIET ONKOLOGICZNY

W ramach pakietu powstanie odrębna kategoria pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu onkologii. Zmiany zapewnią pacjentom z nowotworami złośliwymi kompleksową opiekę na każdym etapie choroby. Pakiet wchodzi w życie od 1 stycznia 2015 r.

### KORZYŚCI DLA PACJENTÓW Z PODEJRZENIEM CHOROBY NOWOTWOROWEJ

 <p><b>Diagnoza w 9 tygodni</b> – czas od zgłoszenia się pacjenta do specjalisty do rozpoznania nowotworu (docelowo od 2017 r. 7 tygodni)</p>	 <p><b>Dokładny wywiad, ocena dolegliwości pacjenta i ew. zlecenie wykonania niezbędnych badań</b> podczas pierwszej wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej</p>	 <p>„Zielona karta” możliwa do wystawienia przez lekarza na podstawie rozmowy – dzięki niej pacjent będzie traktowany priorytetowo przez placówki medyczne</p>
 <p><b>Konsylium</b> – wielodyscyplinarny zespół specjalistów – zbiera się w ciągu 2 tygodni od zgłoszenia się pacjenta do szpitala i opracowuje plan leczenia</p>	 <p><b>Koordinator</b> wyznaczony przez konsylium będzie nadzorował leczenie pacjenta onkologicznego (zapewni to przepływ informacji na wszystkich etapach terapii)</p>	 <p><b>Zniesienie limitów</b> – szpitale i przychodnie nie będą odsyłały pacjentów z powodu przekroczenia limitów z NFZ</p>

### KORZYŚCI DLA POZOSTAŁYCH PACJENTÓW

 <p>Odrębna lista pacjentów onkologicznych <b>skróci kolejki</b> pacjentów oczekujących na inne świadczenia specjalistyczne</p>	 <p><b>Szybszy dostęp do lekarzy specjalistów</b> – jedna lista oczekujących zlikwiduje zjawisko sztucznego wydłużania kolejek</p>	 <p><b>Łatwiejszy dostęp do większej liczby badań</b> (zleczanych przez lekarza rodzinnego)</p>
 <p>Możliwość otrzymania <b>recepty</b> na kontynuację farmakoterapii <b>bez osobistej wizyty u lekarza</b>, przez osobę upoważnioną przez pacjenta</p>	 <p>Łatwy dostęp do aktualnych <b>informacji</b>, które placówki mają <b>najkrótsze terminy oczekiwania</b> na dane świadczenie</p>	 <p>Elektronicznie listy oczekujących aktualizowane raz w tygodniu. Pacjent może na stronie NFZ lub telefonicznie sprawdzić, gdzie najszybciej przyjmie go specjalista</p>

Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Gliwiczach.

Jedną z częstszych uwag, które wygłaszają chore na raka szyjki macicy, jest informacja, że wykonywały regularnie badania cytologiczne, a ich wynik był prawidłowy. W wykładzie omówiono sposoby pobierania materiału do badania cytologicznego, sposób transportu i przygotowania do badania mikroskopowego i wskazano na możliwe błędy, na tych etapach postępowania. Przykładowo jeszcze nie tak dawno w każdym gabinecie ginekologicznym pobierano rozmaz przy pomocy patyczka z nawiniętą na jednym z końców watą. Dziś standardem jest szczoteczka cytologiczna. Przedstawiono zasady klasyfikacji wg Papanicolaou znanej pod skrótem Pap oraz system Bethesda obowiązujący obecnie. Przekazana wiedza ma służyć nie tylko pielęgniarkom, ale również chorym. Znacznie częściej i dłużej rozmawiają one z chorymi, a to chore kobiety stanowią grupę opiniotwórczą, która ma wpływ na jakość badań, a tym samym na unikanie błędów w postępowaniu profilaktycznym i diagnostycznym. Doświadczenia własne wykazały, że tylko w taki sposób możemy wygrać z rakiem szyjki macicy jako społeczeństwo.

**REALIZACJA PAKIETU ONKOLOGICZNEGO NA PODSTAWIE DOŚWIADCZENIA WŁASNEGO KOORDYNATORA PAKIETU** - mgr Adriana Pawlas Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Jastrzębiu Zdroju

Od 1 stycznia 2015 r. weszły w życie zapisy Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisy wykonawcze, nazwane skrótnie „pakietem onkologicznym”. Wprowadzono nowe zasady usprawniające procesy diagnostyczno – terapeutyczne w zakresie leczenia nowotworów złośliwych tzw. pakiet onkologiczny oraz pakiet porad specjalistycznych tzw. pakiet kolejkowy. Podmioty lecznicze, które zawarły umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresach dedykowanych diagnostyce onkologicznej już w pierwszych dniach funkcjonowania nowych wytycznych zaczęły borykać się z „teorią”. Problem, który dostrzegali wszyscy świadczeniodawcy to brak dostępności do elektronicznej wersji kart DİLO, a tym samym brak możliwości generowania kart i rozpoczęcia prowadzenia pacjenta w Skróconej Ścieżce Onkologicznej (SSO).

Abymieć możliwość zakładania „zielonych kart” i wypełniania poszczególnych etapów realizacji lekarzom należało udzielić uprawnień do Systemu Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego oraz Krajowego Rejestru Nowotworów. Pojawił się kolejny problem: infrastruktura, dostępność do systemu informacyjnego i warunki lokalowe. Wymagania i wytyczne postawione podmiotom realizującym „Pakiet Onkologiczny”

w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dotyczyły m.in. zapewnienia realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, TK, RM, PET, medycyny nuklearnej i badań endoskopowych.

Realizacja pakietu z pozycji „leczenie szpitalne” wymaga od świadczeniodawców powołania wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego zwanego Konsylium. Skład Konsylium został określony w Ustawie, a zadaniem jego jest opracowanie indywidualnego toku leczenia. Dla większości podmiotów leczniczych zorganizowanie Konsylium stało się również problemem wynikającym z braku w swojej strukturze kompetentnej kadry.

Te wszystkie problemy stały się powodem wydłużającego się dla pacjentów czasu oczekiwania i trwania porady w dniu jej obowiązywania jak również wydłużone zostały kolejki oczekujących dla pozostałych pacjentów nie objętych pakietem onkologicznym.

Trudno jest przełamać przekonanie do zasadności realizacji pakietu borykając się z ogromem problemów organizacyjnych, biurokratycznym zamieszaniem niedopracowanego systemu i stale trudnym problemem ekonomicznym kontraktu w NFZ.

Wielu placówkom udało się pokonać te wszystkie trudności i znaleźć korzyść dla pacjentów objętych Pakietem Onkologicznym.

**ROLA PIELĘGNIARKI W PROFILAKTYCE LECZONYCH W KLINICE CHIRURGII GŁOWY, CZYLI I ONKOLOGII LARYNGOLOGICZNEJ W ZAKRESIE CZYNNIKÓW RYZYKA NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI** - mgr Ewa Szukała, mgr Jowita Kasprzyk, mgr Anita Szymańska, lic. piel. Anna Szermiotta Klinika Chirurgii Głowy i Szyi i Onkologii Laryngologicznej Wielkopolskie Centrum Onkologii

Nowotwory głowy i szyi stanowią 5–6% wszystkich zachorowań na raka. W etiologii tych nowotworów zdecydowane znaczenie mają następujące czynniki: dym tytoniowy, nadużywanie alkoholu, nieregularny tryb życia. Szczególnie brak właściwej higieny jamy ustnej i nieregularne kontrole stomatologiczne.

W chwili obecnej wyniki przeprowadzonych badań jednoznacznie wskazują na karcynogeny udział wirusa HPV typ 16 i 18 w procesie nowotworzenia w obrębie jamy ustnej i gardła środkowego. Nowotwory regionu głowy i szyi charakteryzuje niski stopień uleczalności. Pacjenci w większości przypadków zgłaszają się do poradni laryngologicznej w zaawansowanym procesie nowotworowym.

Celem badania było sprawdzenie efektywności edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarki wśród chorych leczonych w klinice.

Wnioski: nadal występuje znaczny deficyt wiedzy na temat podstawowych przyczyn powstawania nowotworów

*Jedną z częstszych uwag, które wygłaszają chore na raka szyjki macicy, jest informacja, że wykonywały regularnie badania cytologiczne, a ich wynik był prawidłowy. W wykładzie omówiono sposoby pobierania materiału do badania cytologicznego, sposób transportu i przygotowania do badania mikroskopowego i wskazano na możliwe błędy, na tych etapach postępowania. Przykładowo jeszcze nie tak dawno w każdym gabinecie ginekologicznym pobierano rozmaz przy pomocy patyczka z nawiniętą na jednym z końców watą. Dziś standardem jest szczoteczka cytologiczna.*



głowy i szyi wśród pacjentów. Mniej niż połowa ankietowanych osób jest pod kontrolą stomatologa. Wiedza na temat infekcji wirusem HPV jest znikoma. Przekazane informacje na temat czynników powstawania nowotworów szyi i głowy nie dla wszystkich pacjentów były wystarczające. Pielęgniarki pracujące w Klinice Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej UM w Poznaniu pełnią znaczącą rolę edukatora w zakresie czynników ryzyka powstawania nowotworów szyi i głowy. Większość osób chce się dzielić z najbliższymi zdobytą wiedzą na temat powstawania nowotworów szyi i głowy.

### III SESJA PT.: INTERDYSCYPLINARNA OPIEKA NAD PACJENTEM W HEMATOLOGII

**TRANSPLANTACJA MACIERZYSTYCH KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH** - prof. Sebastian Giebel Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej – Curie w Gliwicach

Szpik kostny jest tkanką, produkującą krwinki. Powstają one wskutek namnażania i dojrzewania z krwiotwórczej komórki macierzystej. Po osiągnięciu pełnej dojrzałości opuszczają szpik i przechodzą do krwi jako krwinki czerwone, białe i płytki krwi.

W określonych sytuacjach, takich jak narażenie na promieniowanie jonizujące, może dojść do trwałego uszkodzenia szpiku. Zachodzi wtedy konieczność zastąpienia go szpikiem od osoby zdrowej. Istnieje też druga znacznie częstsza grupa

wskazań do transplantacji, jaką jest leczenie nowotworów. Wiele z nich cechuje się wrażliwością na chemio i radioterapię, ale nie zawsze pozwalają na wyleczenie.

Transplantacja szpiku od drugiej osoby może dodatkowo wywołać efekt immunologiczny. Białe krwinki od dawcy mogą rozpoznać w organizmie biorcy resztki nowotworu i niszczyć je, co jest nazwane reakcją przeszczep – przeciw – nowotworowi.

Mówiąc o transplantacji szpiku mamy na myśli przeszczepienie obecnych w nim macierzystych komórek krwiotwórczych. Szpik jest tkanką niezwykle szybko regenerującą się i nawet kilkukrotne jego oddawanie nie pozostawia trwałych ubytków. Dawcą może być sam pacjent. Mówimy wtedy o transplantacji autologicznej. Takie zabiegi wykonuje się najczęściej u chorych na chłoniaki, w tym szpiczaka mnogiego. Są one obarczone względnie małym ryzykiem zagrażających życiu powikłań. Liczba transplantacji w Polsce systematycznie się zwiększa, wciąż jednak nie dorównuje statystykom dla Europy zachodniej. Stale zwiększająca się pula dawców niespokrewnionych, a także poprawa dostępności poprzez zapewnienie odpowiedniego finansowania oraz powstawanie nowych ośrodków przeszczepowych daje nadzieje na szybki rozwój tej dziedziny medycyny.

**UDZIAŁ PIELĘGNIARKI W POBIERANIU I PRZESZCZEPIANIU SZPIKU** - mgr Ewa Baluch Centrum Onkologii, Instytut im.



M. Skłodowskiej – Curie, Klinika Transplantacji Szpiku i Onkematologii w Gliwicach

Transplantacja jest coraz częściej stosowaną metodą leczenia chorób, które do niedawna uważano za nieuleczalne, zwłaszcza chorób układu krwiotwórczego. Jest często jedynym sposobem przedłużenia pacjentom życia i szansą na całkowite wyleczenie.

Pielęgniarka asystuje zarówno przy pobieraniu szpiku do badań diagnostycznych, jak i przy zabiegu pobierania szpi-

ku na sali operacyjnej. Duże zaangażowanie pielęgniarki obserwuje się również w pobieraniu komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej metodą leukaferozy.

**WPŁYW IZOLACJI OCHRONNEJ NA SAMOPOCZUCIE I PROCES ZDROWIENIA PACJENTA PO PRZESZCZEPIE SZPIKU** - lic. piel. Ewa Wichniarek Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej – Curie, Klinika Transplantacji Szpiku i Onkematologii w Gliwicach

Po transplantacji zachodzi konieczność izolacji pacjentów zapewniając warunki wysokiego reżimu sanitarnego. Chory w okresie okotoprzeszczepowym przebywa w sterylnej izolacji, odizolowany od zewnętrznego otoczenia. Procedura ta ma na celu zabezpieczenie pacjenta pozbawionego odporności przed otoczeniem. Pacjenci objęci izolacją ochronną często odczuwają ją, jako okres odosobnienia, samotności do której dołączają się niepożądane powikłania po leczeniu kondycjonującym (chemio i radioterapii). Chorzy, którzy są w złej formie fizycznej często nie radzą sobie emocjonalnie z całą sytuacją i tracą nadzieję na powodzenie leczenia.

Wnioski: po przeprowadzonych badaniach największą niedogodnością dla pacjentów objętych izolacją po przeszczepie szpiku jest ograniczony kontakt z bliskimi, zmniejszona aktywność fizyczna, problemy z zasypianiem, zmęczenie, depresyjny nastrój, niepokój. Jednak odpowiednie warunki higieniczne, przestrzeganie zaleceń dietetycznych, samoobserwacja mają wpływ na przebieg procesu zdrowienia i polepszają jakość życia.

**INDUKOWANE CHEMIO/RADIOTERAPIĄ ZMIANY ZAPALNE BŁON ŚLUZOWYCH JAMY USTNEJ U PACJENTÓW PO AUTOLOGICZNYM PRZESZCZEPIENIU MACIERZYSTYCH KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH** - lic. piel. Jacek Wieczorek Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej – Curie, Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii w Gliwicach

Aplikacja wysokich dawek chemio/radioterapii przed autologicznym przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych jest szeroko stosowaną metodą leczenia nowotworów układu limfoidalnego. Przeprowadzenie procedury wiąże się jednak z ryzykiem wystąpienia powikłań będących następstwem toksyczności leczenia i wystąpieniem pancytopenii. Do najczęstszych powikłań należy zapalenie błony śluzowej jamy ustnej.

Ścisłe przestrzeganie indywidualnego protokołu kontroli zapalenia błon śluzowych jamy ustnej oraz utrzymanie odpowiedniego poziomu higieny jamy ustnej przyczyniają się do spadku częstotliwości oraz czasu trwania mucositis. Pacjenci płukali jamę ustną 3x dziennie roztworem soli fizjologicznej z dodatkiem wodorowęglanu sodu w stężeniu 0,32%.

#### IV SESJA PT.: INTERDYSCYPLINARNA OPIEKA NAD PACJENTEM W CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ

**JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z NOWOTWOREM ŻOŁĄDKA PRZED ZABIEGIEM OPERACYJNYM** – lic. piel. Jolanta Kobylewska – Błońska, lic. piel. Grażyna Sowińska Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej – Curie, Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej w Gliwicach

Pacjenci z nowotworem żołądka, żyją nie tylko ze świadomością, że konieczny jest zabieg operacyjny, ale również walczą z bólem, borykają się z psychologicznym aspektem choroby, z lękiem patrzą w przyszłość. Chorzy zmieniają swój stosunek do życia, tracą poczucie bezpieczeństwa, rezygnują z wyjazdów rekreacyjnych i wczasów, martwią się o swoją pozycję zawodową oraz sytuację materialną. Unikają spotkań towarzyskich i izolują się od reszty społeczeństwa. Wszystkie te czynniki wpływają na pogorszenie się jakości życia. Świadomość śmiertelnej choroby może całkowicie zmienić stosunek chorego do życia oraz zachwiać równowagę psychiczną.

**WCZESNA ADAPTACJA PSYCHOLOGICZNA PACJENTÓW Z WYŁONIONĄ STOMIĄ Z POWODU NOWOTWORU JELITA GRUBEGO** – mgr piel. Małgorzata Cisek, Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Gliwicach, Przychodnia Przykliniczna

Rak jelita grubego jest najczęstszym nowotworem układu pokarmowego, a zachorowalność na niego dynamicznie wzrasta, zajmuje drugie miejsce pod względem zachorowania na nowotwory złośliwe. Mimo rozwoju metod i technik medycznych, liczba wykonywanych operacji z wytworzeniem stomii jest nadal bardzo duża. Zabiegi wytworzenia stomii jelitowej stanowią dla pacjentów krytyczne wydarzenie życiowe i dają poczucie dużego inwalidztwa oraz stres o dużym nasileniu emocjonalnym.

Adaptacja do choroby jest procesem złożonym i rodzajem przystosowania się do „innego” obrazu samego siebie jako osoby okaleczonej i niepełnosprawnej. Znaczącą rolę w procesie adaptacji do życia ze stomią odgrywają inni pacjenci z tym samym problemem, którzy stanowią cenną i autorytatywną grupę wsparcia dla chorych.

**OPIEKA PIELĘGNIARSKA WOBEC PACJENTA Z ROZPOZNANIEM RAKA BRODAWKI VATERA PODDANEGO OPERACJI PANCREATODUODENKETOMII SPOSOBEM WHIPPLE'A - STUDIUM PRZYPADKU** - Ewa Ceglarska, mgr Maciej Krajewski

Wielkopolskie Centrum Onkologii, Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej

Rak brodawki Vatera, który rozrasta się w miejscu potężnego złączenia dróg żółciowych z XII-tnicą i obejmuje okolice około brodawkową, jeśli myśleć o radykalnym leczeniu i dobrych wynikach odległych, nie pozwala na ograniczenie się jedynie do miejscowej resekcji brodawki tzw. ampulektomii, ale zmusza do zastosowania bardzo rozległego zabiegu pancreatoduodenektomii (usunięcie głowy trzustki, odcinka XII-tnicy, pęcherzyka żółciowego, przewodu żółciowego wspólnego oraz części odzwernikowej żołądka). Operacja obciążona jest dużym ryzykiem powikłań i wysoką śmiertelnością.

*Transplantacja szpiku od drugiej osoby może dodatkowo wywołać efekt immunologiczny. Białe krwinki od dawcy mogą rozpoznać w organizmie biorcy resztki nowotworu i niszczyć je, co jest nazwane reakcją przeszczep – przeciw – nowotworowi.*

*Mówiąc o transplantacji szpiku mamy na myśli przeszczepienie obecnych w nim macierzystych komórek krwiotwórczych.*

*Szpik jest tkanką niezwykle szybko regenerującą się i nawet kilkukrotne jego oddawanie nie pozostawia trwałych ubytków.*

*Dawcą może być sam pacjent. Mówimy wtedy o transplantacji autologicznej. Takie zabiegi wykonuje się najczęściej u chorych na chłoniaki (...)*

Przyjrzenie się studium przypadku leczenia pacjenta podanego pancreatoduodenektomii, jako metodzie koniecznego, agresywnego podejścia chirurgicznego, może pozwolić na dostrzeżenie i pogłębioną refleksję, ile trudów zmuszeni są znosić oraz pokonywać pacjenci podczas współczesnej, onkologicznej terapii.

**METODY REKONSTRUKCJI PIERSI** – mgr piel. Małgorzata Kłusak, Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski Bielsko-Biała, Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej

Odtworzenie piersi pozwala pacjentce uporać się z problemami fizycznymi i psychicznymi, jakie niesie za sobą zabieg amputacji gruczołu. We współczesnej chirurgii onkologicznej, w erze specjalistycznych ośrodków zwanych Breast Unit, rekonstrukcja piersi staje się integralnym elementem kompleksowego leczenia raka piersi. Najważniejszym wskazaniem do zabiegu rekonstrukcji jest silna motywacja oraz brak ogólnych p/wskazań. Zabieg może być wykonywany w trybie jednoczasowym lub odroczone.

Każdej pacjentce można zaproponować różne, indywidualne sposoby rekonstrukcji piersi, dostosowane w zależności od stopnia zaawansowania nowotworu, ewentualnego leczenia uzupełniającego, stanu zdrowia, budowy anatomicznej i preferencji pacjentki.

Z punktu widzenia techniki zabiegu, rekonstrukcje możemy podzielić na rekonstrukcje z wykorzystaniem materiałów sztucznych (ekspandery, protezy, ekspanderoprotezy) lub tkanek własnych pacjentki, bądź połączyć obie wymienione metody.

**SPECYFIKA OKOŁOOPERACYJNEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W CHIRURGII REKONSTRUKCYJNEJ U CHORYCH NA MIEJSCOWO ZAAWANSOWANEGO RAKA REGIONU GŁOWY I SZYI** – lic. piel., mgr psychologii Małgorzata Lochmajer, mgr piel. Małgorzata Wyduba, Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Gliwicach

Celem pracy jest przybliżenie specyfiki wielozadaniowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z chorobą nowotworową w obrębie twarzoczaszki, gdyż warto podnosić rangę i ukazywać jakość jej pracy. Do zadań pielęgniarki w opiece pooperacyjnej należą: osłuchiwanie, oglądanie i ocena obrzęku wczepionego płata, ocena dolegliwości bólowych i ich niwelowanie. U każdego pacjenta stosowana jest profilaktyka pozakrzepowa od operacji do dnia wypisu, polegająca na podawaniu heparyny drobnocząsteczkowej w ilości 40mg na dobę oraz pentozifyliny w ilości 300mg na dobę.

**OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW PO LECZENIU OPERACYJNYM RAKA KRTANI** – mgr piel. Grażyna Mazurkiewicz,

Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Gliwicach, Przychodnia Przyklinikzna

We współczesnej onkologii ocena jakości życia u chorych leczonych z powodu choroby nowotworowej staje się równie istotnym wykładnikiem sukcesu leczenia jak czas całkowitego przeżycia czy przeżycia wolnego od nowotworu. Badania wskazują na powszechny wśród chorych na raka krtani nałóg palenia i picia alkoholu. Ich ocena zagrożenia chorobą jest niedostateczna. W chwili stwierdzenia choroby świadomość zagrożeń i nagannego stylu życia wzrasta. Leczenie wpływa na pogorszenie jakości i warunków życia chorych na raka krtani. Konfrontacja z chorobą u ponad połowy leczonych wywołuje krytyczną ocenę stylu życia sprzed choroby. Badania nad jakością życia są wyzwaniem dla medycyny. Zmuszają do zainteresowania się nie tylko objawami choroby, zastosowaniem właściwych metod leczenia, ale także ich wpływem na życie pacjenta, czyli niesomatycznymi problemami życia, takimi jak samopoczucie psychiczne czy relacje społeczne.

**V SESJA PT: WIELOWYMIAROWE ASPEKTY OPIEKI ONKOLOGICZNEJ II**

**PRZERZUTY DO KOŚCI W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ PIERSI** – lic. piel. Ewa Leśnik, Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej – Curie w Gliwicach, Przychodnia Przyklinikzna

W Polsce nowotwory piersi są wciąż rozpoznawane zbyt późno. Zaawansowanie choroby ogranicza możliwości jej wyleczenia, ale coraz lepsze metody terapeutyczne pozwalają uzyskać wieloletnie przeżycia. W tej grupie chorych, kości stanowią jedno z najczęstszych miejsc, w którym lokalizują się przerzuty raka piersi.

**ZMIANY SKÓRNE SPOWODOWANE NADWRAŻLIWOŚCIĄ NA TAKSANY U KOBIET SYSTEMOWO Z POWODU RAKA PIERSI** – mgr piel. Katarzyna Moritz, mgr pedagogiki zdrowia, Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii w Katowicach

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym. W praktyce klinicznej jest stosowana chemioterapia oparta na wielolekowych schematach zawierających antracykliny oraz taksany, które powodują szereg skutków ubocznych. Celem pracy była ocena częstotliwości występowania reakcji nadwrażliwości skórnej u pacjentek poddanych leczeniu systemowemu opartemu na taksanach i wskazanie w jakim stopniu zaistniała sytuacja wpłynęła na życie pacjentek. Przedmiotem pracy była ocena częstotliwości występowania reakcji nadwrażliwości skórnej u pacjentek leczonych systemowo z powodu raka piersi z zastosowaniem taksanów. Wykazano, że u około 30% pacjentek zaobserwowano znaczną nadwrażliwość skórą z zaczerwienieniem, świądem,

*Rak brodawki Vatera, który rozrasta się w miejscu połączenia dróg żółciowych z XII-tnicą i obejmuje okolicę około brodawkową, jeśli myśleć o radykalnym leczeniu i dobrych wynikach odległych, nie pozwala na ograniczenie się jedynie do miejscowej resekcji brodawki tzw. ampulektomii, ale zmusza do zastosowania bardzo rozległego zabiegu pancreatoduodenektomii (usunięcie głowy trzustki, odcinka XII-tnicy, pęcherzyka żółciowego, przewodu żółciowego wspólnego oraz części odźwiernikowej żołądka). Operacja obarczona jest dużym ryzykiem powikłań i wysoką śmiertelnością.*



nadmiernym tuczeniem się i wysychaniem skóry, przebarwieniami wzdłuż naczyń żylnych. Nie zauważono powiązania między założonym wkłuciem do naczynia żylnego, a osobnicza nadwrażliwością skórą u pacjentek poddanych leczeniu systemowemu z zastosowaniem taksanów.

**ROLA PIEŁĘGNIARKI W PREWENCJI POWIKŁAŃ KARDIOLOGICZNYCH U PACJENTA ONKOLOGICZNEGO** - mgr pedagogiki. med. Jadwiga Zapata, mgr piel. Marzena Pyk, mgr psychologii/psychoonkolog Mirosława Tekiel, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

Kardioonkologia jest dziś szybko rozwijającą się dziedziną medycyny, jednoczącą w swych wysiłkach na rzecz dobra pacjenta specjalistów z zakresu onkologii i kardiologii. Wśród wielu przyczyn leczenie chemio i radioterapią stanowi istotny czynnik ryzyka powikłań kardiologicznych. Pielęgniarka onkologiczna powinna na każdym etapie terapii prowadzić obserwację i edukację pacjenta pozwalającą na ograniczenie ryzyka nagłego zgonu sercowego poprzez skuteczną interwencję. Stała i celowa obserwacja pozwala na wczesne wykrycie sygnałów ostrzegawczych, mogących świadczyć o powikłaniach kardiologicznych. W eliminacji psychicznych uwarunkowań powikłań kardiologicznych istotne jest wsparcie zarówno psychoonkologa, jak i pielęgniarki, która często jest pierwszym powiernikiem chorego.

**POWIKŁANIA W TRAKCIE LECZENIA RAKA SZYJKI MACICY** - mgr piel. Joanna Kiwic – Szmuc, Centrum Onkologii, Instytut im. M. Skłodowskiej – Curie w Gliwicach, III Klinika Radioterapii i Chemioterapii

Rak szyjki macicy jest jednym z najczęściej występujących nowotworów u kobiet w Polsce. Rozwija się bezboleśnie i długo. Przez wiele lat może nie dawać żadnych objawów. Nie jest chorobą dziedziczną czy też uwarunkowaną genetycznie. Za rozwój raka szyjki macicy odpowiedzialny jest powszechnie występujący wirus brodawczaka ludzkiego, zwany HPV. Istotnym problemem medycznym jest wysokie zaawansowanie choroby w momencie zgłoszenia się do lekarza specjalisty. Leczenie opiera się na radioterapii i chemioterapii, są to metody, które bardzo poważnie osłabiają organizm, często powodując liczne powikłania. Wystąpienie oraz zwalczanie objawów niepożądanych wpływa na cały proces leczenia. W takiej sytuacji duży nacisk nakłada się na uświadomienie kobiet na temat stosowanego leczenia, zaleceń dietetycznych oraz pielęgnacyjnych w trakcie terapii. Nudności i wymioty to powikłania, które pacjentki odczuwały sporadycznie albo dopiero na koniec prowadzonego leczenia. Gorączka to problem, który prawie w ogóle nie dotyczy pacjentek. Natomiast do najczęstszych powikłań należą: krwawienia z dróg rodnych, zaburzenia mikcji oraz zmęczenie, osłabienie.

**ZMĘCZENIE W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ**  
– mgr piel. Małgorzata Przywarta, Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie w Poznaniu

Zmęczenie w przebiegu choroby nowotworowej jest objawem powszechnie zgłaszanym przez pacjentów. Przez niektórych uważane jest za najbardziej dokuczliwy symptom związany z tą chorobą. Współczesna medycyna nie wyjaśniła jeszcze przyczyn tego zaburzenia. Wiadomo, że pojawienie się zmęczenia związane jest zarówno z obecnością samej choroby nowotworowej, jak i z jej leczeniem. Bardzo ważne jest to, by pamiętać, że zmęczenie związane z terapią choroby nowotworowej jest typowym skutkiem ubocznym leczenia i wcale nie musi być związane z progresją choroby. To, że podczas chemioterapii osoba czuje się coraz słabsza niekoniecznie oznacza, że leczenie jest nieskuteczne i choroba postępuje. Zmęczenie nie powinno prowadzić do rezygnacji z leczenia. Wielowymiarowość zmęczenia w przebiegu choroby nowotworowej sprawia, że wymaga ona leczenia prowadzonego przez zespół wielodyscyplinarny złożony z lekarza, pielęgniarki, psychologa, fizjoterapeuty, dietetyka a czasem też psychiatry. W tym przypadku takie holistyczne podejście do pacjenta sprawdzi się najlepiej.

#### VI SESJA PT: EDUKACJA W PRAKTYCE ZAWODOWEJ PIELĘGNIARKI ONKOLOGICZNEJ

Podczas VI sesji odbyły się warsztaty szkoleniowe m.in. na temat: Ługa portu dożylnego – procedura rekomendowana przez PSPO.

Zastosowanie zróżnicowanych systemów do bezpiecznej podaży leku cytostatycznego.

Opieka i pielęgnacja portów dożylnych.

Poprawa jakości życia pacjenta z raną przewlekłą.

Żywność kliniczne chorych onkologicznie.

Żywność w chorobach nowotworowych.

**NOWE PROGRAMY KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO DLA  
PIELĘGNIAREK ONKOLOGICZNYCH** - dr Małgorzata Pasek,  
Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie w Krakowie

Celem pracy jest zaprezentowanie programów szkolenia specjalizacyjnego oraz kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego dla pielęgniarek. Poszczególne moduły programu szkolenia specjalizacyjnego i kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego zawierają: nazwę modułu, cel kształcenia, wykaz efektów kształcenia zdefiniowany jako wiedza, umiejętności i kompetencje społeczne, kwalifikacje kadry dydaktycznej, liczbę godzin ogółem i formę zajęć, liczbę ECTS ogółem wraz z nakładem pracy uczestnika szkolenia, treści kształcenia, sposób sprawdzania efektów kształcenia, wykaz lektury podstawowej i uzupełniającej. Program kształcenia zawiera również wykaz świadczeń zdrowotnych, do których uprawniona jest pielęgniarka po ukończeniu szkolenia. Łączna liczba godzin przeznaczonych na realizację szkolenia specjalizacyjnego wynosi 695 godzin dydaktycznych, kursu kwalifikacyjnego – 240 godzin.

Udział w konferencji dał możliwość wystuchania znakomych wykładów, był okazją do wymiany pomysłów, do podzielenia się własnymi doświadczeniami oraz zapoznania się z innowacyjnymi rozwiązaniami w zakresie pielęgnacji chorych onkologicznie.

Wiedza zdobyta podczas konferencji pozwoli nam na podwyższenie jakości opieki nad pacjentem onkologicznym.

Dziękujemy Prezydium OIPIP w Wałbrzychu za umożliwienie udziału w konferencji.

*Agnieszka Biel  
Katarzyna Woźnicka  
Małgorzata Kowalik*





# ROZPOZNANIE I DIAGNOSTYKA CUKRZYCY

Współczesna opieka diabetologiczna wymaga właściwych kompetencji personelu medycznego. Wychodząc naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom środowiska pielęgniarek/położnych rozpoczynamy cykl tematycznie związanych artykułów, zawierających aktualne wytyczne z zakresu codziennej praktyki i pielęgniarstwa diabetologicznego. W bieżącym numerze umieszczamy informacje dotyczące rozpoznania choroby, zlecanych badań diagnostycznych i ich interpretacji. W kolejnym omówimy zasady insulinoterapii.

Pielęgniarka opiekująca się chorym na cukrzycę, ze względu na częsty i bliski kontakt z pacjentem oraz dzięki swoim kompetencjom zawodowym, jest dla diabetyka, osób z jego środowiska rodzinnego i społeczno – zawodowego podstawowym źródłem wiedzy na temat cukrzycy i sposobów radzenia sobie z chorobą.

Cukrzyca stanowi jeden z największych problemów współczesnej medycyny. Jest schorzeniem cywilizacyjnym o charakterze przewlekłym, od wielu lat rozpatrywanym w kategoriach epidemii. Dotyczy pacjentów ze wszystkich grup wiekowych, bez względu na płeć, rasę i rejon zamieszkania. Według danych WHO w 2025 roku liczba chorych przekroczy 330 milionów, w tym w Europie 58 mln. Rozpowszechnienie cukrzycy w ostatnim czasie przybrało rozmiary pandemii.

Z danych Międzynarodowej Federacji Cukrzycy (IDF) wynika, że w Polsce w 2011 roku ponad 3 miliony osób cierpiało na cukrzycę, z czego co najmniej 1/3 wciąż pozostawała niezdiagnozowana. Liczba chorujących ma stale tendencję wzrostową, co stanowi przesłanie do intensyfikacji działań profilaktycznych oraz leczniczych.

Cukrzyca jest podstępą chorobą, której pacjenci na początku nie dostrzegają, a pierwsze objawy są zazwyczaj ignorowane lub bagatelizowane. W tym czasie choroba niszczy organizm i nieleczona lub leczona niewłaściwie sprzyja rozwojowi powikłań. „Przekleństwem” diabetologii jest jej progresywny charakter i fakt, że inwestycje w nią poczynione przynoszą efekty dopiero w perspektywie wielu lat.

Lepiej zapobiegać niż leczyć... Prewencja cukrzycy powinna mieć charakter wielopoziomowy. Działania profilaktyczne powinny mieć miejsce już w edukacji dzieci i młodzieży, aby jak najwcześniej kształtować prozdrowotne nawyki w zakresie zalecanego żywienia, systematycznej aktywności fizycznej i utrzymania należytej masy ciała. Należy propagować w społeczeństwie znaczenie regularnych badań kontrolnych i przesiewowych, znajomość czynników ryzyka choroby oraz informacje na temat rozpoznawania wczesnych jej objawów.

Pielęgniarka/położna pracująca z pacjentem chorym lub zagrożonym cukrzycą musi być wyposażona w aktualną wiedzę, dotyczącą zarówno kryteriów rozpoznawania jak i farmakologicznych i niefarmakologicznych metod leczenia choroby. Cytując Annę Marię Felton, przewodniczącą Fundacji Europejskich Pielęgniarek Diabetologicznych (FEND), żeby przygotować pacjenta do samoopieki w cukrzycy pielęgniarka/położna powinna pełnić funkcję: edukatora, klinicysty, badacza, menadżera, źródła opinii i informacji, innowatora, adwokata, doradcy.

Wychodząc naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom środowiska pielęgniarek/położnych rozpoczynamy cykl artykułów

*Cukrzyca stanowi jeden z największych problemów współczesnej medycyny. Jest schorzeniem cywilizacyjnym o charakterze przewlekłym, od wielu lat rozpatrywanym w kategoriach epidemii. Dotyczy pacjentów ze wszystkich grup wiekowych, bez względu na płeć, rasę i rejon zamieszkania. Według danych WHO w 2025 roku liczba chorych przekroczy 330 milionów, w tym w Europie 58 mln. Rozpowszechnienie cukrzycy w ostatnim czasie przybrało rozmiary pandemii.*

*Z danych Międzynarodowej Federacji Cukrzycy (IDF) wynika, że w Polsce w 2011 roku ponad 3 miliony osób cierpiało na cukrzycę, z czego co najmniej 1/3 wciąż pozostawała niezdiagnozowana.*

związanych z opieką diabetologiczną, począwszy od rozpoznania cukrzycy przez jej terapię, skuteczną edukację, wytyczne związane z samokontrolą w chorobie, mającą na celu zapobieganie ostrym i przewlekłym powikłaniom.

#### ROZPOZNANIE I DIAGNOSTYKA CUKRZYCY

Cukrzyca jest definiowana jako grupa chorób metabolicznych, których wspólną cechą jest podwyższone stężenie glukozy we krwi oraz predyspozycja do odległych powikłań.

Hiperglikemia jest wynikiem zaburzeń w wydzielaniu insuliny, działaniu insuliny lub też współistnienia obu tych zaburzeń (każde z nich o różnym stopniu nasilenia).

Cukrzyca upośledza zdolność organizmu do pozyskiwania z pożywienia energii niezbędnej do życia. Jest nie tylko zaburzeniem metabolizmu węglowodanów (glukozy i skrobi), ale również tłuszczów i białek. Przewlekła hiperglikemia prowadzi do uszkodzenia, zaburzenia czynności i niewydolności

różnych narządów, szczególnie oczu, nerek, naczyń krwionośnych i nerwów.

Objawy wskazujące na możliwość występowania cukrzycy:

- zwiększona częstotliwość i ilość oddawanego moczu - poliuria (w dzień i w nocy);

- duże pragnienie i suchość w ustach - polidypsja;
- nadmierny apetyt;
- osłabienie i wzmożona senność;
- wysuszona skóra i błony śluzowe, świąd skóry;
- utrata masy ciała, osłabienie;
- pogorszenie widzenia;
- nudności, wymioty, ból brzucha;
- ciężki oddech o zapachu acetonu lub kwaśnych jabłek;
- pojawienie się zmian ropnych na skórze oraz stanów zapalnych narządów moczowo - płciowych, opóźnione gojenie się ran;
- częste infekcje, drętwienie stóp i dłoni;
- śpiączka cukrzycowa.

#### ZASADY ROZPOZNAWANIA ZABURZEŃ GOSPODARKI WĘGLOWODANOWEJ (WG PTD 2014)

**GLIKEMIA PRZYGDODNA  
— OZNACZONA W PRÓBCE KRWI  
POBRANEJ O DOWOLNEJ PORZE DNIA.  
NIEZALEŻNIE OD PORY  
OSTATNIO SPOŻYTEGO POSIŁKU**

**GLIKEMIA NA CZCZO — OZNACZONA  
W PRÓBCE KRWI POBRANEJ 8-14 GODZIN  
OD OSTATNIEGO POSIŁKU**

**GLIKEMIA W 120. MINUCIE  
DOUSTNEGO TESTU  
TOLERANCJI GLUKOZY (OGTT)  
WEDŁUG WHO**

**≥ 200 MG/DL (11,1 MMOL/L) –  
CUKRZYCA\*  
(GDY WYSTĘPUJĄ OBJAWY  
HIPERGLIKEMII,  
TAKIE JAK: WZMOŻONE PRAGNIENIE,  
WIELOMOCZ, OSŁABIENIE)**

**STĘŻENIE GLUKOZY W OSOCZU  
KRWI ŻYLNEJ:**

**70–99 MG/DL (3.9–5.5 MMOL/L) –  
PRAWIDŁOWA GLIKEMIA NA  
CZCZO (NGT)**

**100–125 MG/DL (5,6–6,9 MMOL/L) –  
NIEPRAWIDŁOWA GLIKEMIA NA  
CZCZO (IFG)**

**≥ 126 MG/DL (7.0 MMOL/L) – CUKRZYCA\***

**< 140 MG/DL (7.8 MMOL/L) –  
PRAWIDŁOWA TOLERANCJA  
GLUKOZY (IGT)**

**140–199 MG/DL (7.8–11.1 MMOL/L) –  
NIEPRAWIDŁOWA TOLERANCJA  
GLUKOZY (IGT)**

**≥ 200 MG/DL (11.1 MMOL/L) –  
CUKRZYCA\***

IFG (IMPAIRED FASTING GLUCOSE) — NIEPRAWIDŁOWA GLIKEMIA NA CZCZO; NGT (NORMAL GLUCOSE TOLERANCE) — PRAWIDŁOWA TOLERANCJA GLUKOZY; IGT (IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE) — NIEPRAWIDŁOWA TOLERANCJA GLUKOZY; WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) — ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA

\*DO ROZPOZNANIA CUKRZYCY KONIECZNE JEST STWIERDZENIE JEDNEJ Z NIEPRAWIDŁOWOŚCI, Z WYJĄTKIEM GLIKEMII NA CZCZO, GDY WYMAGANE JEST 2-KROTNE POTWIERDZENIE ZABURZEŃ; PRZY OZNACZANIU GLIKEMII NALEŻY UWZGLĘDNIĆ EWENTUALNY WPŁYW CZYNNIKÓW NIEZWIĄZANYCH Z WYKONYWANIEM BADAŃ (PORA OSTATNIO SPOŻYTEGO POSIŁKU, WYSIŁEK FIZYCZNY, PORA DNIA)

### DIAGNOSTYKA/BADANIA PRZESIEWOWE

– Jeżeli u chorego nie występują opisane objawy hiperglikemii, badanie w kierunku cukrzycy należy przeprowadzić u każdej osoby w wieku powyżej 45 roku życia raz na 3 lata;

– Ponadto, niezależnie od wieku, badanie to należy wykonać co roku u osób z następujących grup ryzyka:

- z nadwagą lub otyłością (BMI > 25 kg/m<sup>2</sup> i/lub obwód w talii > 80 cm u kobiet, > 94 cm u mężczyzn);
- z cukrzycą występującą w rodzinie (rodzice bądź rodzeństwo);
- mało aktywnych fizycznie;
- z grupy środowiskowej lub etnicznej częściej narażonej na cukrzycę (Afroamerykanie, Latynosi, rdzenni Amerykanie);
- u których w poprzednim badaniu stwierdzono nieprawidłową glikemię na czczo (> 100 mg/dl; > 5,6 mmol/l) lub nietolerancję glukozy;
- z przebytą cukrzycą ciążową;
- kobiety, które urodziły dziecko o masie ciała > 4 kg;
- z nadciśnieniem tętniczym >140/90 mm Hg; (pacjenci z nadciśnieniem tętniczym chorują dwukrotnie częściej na cukrzycę, jednocześnie obecność nadciśnienia predysponuje do rozwoju powikłań choroby);
- z dyslipidemią stężenie cholesterolu frakcji HDL 40 mg/dl (< 1,0 mmol/l) i/lub triglicerydów > 150 mg/dl (> 1,7 mmol/l);
  - a) u kobiet z zespołem policystycznych jajników;
  - b) z chorobą układu sercowo-naczyniowego.

### ZASADY ROZPOZNAWANIA ZABURZEŃ GOSPODARKI WĘGLOWODANOWEJ (WG PTD 2014)

Wartości podane w tabeli dotyczą badania krwi żyłnej metodą

laboratoryjną. Nie należy stosować do celów diagnostycznych oznaczeń glikemii wykonywanych przy użyciu glukometrów. Glukometr – służy do monitorowania cukrzycy a nie do jej diagnozowania. Normy glikemii oznaczanej w samokontroli są różne od laboratoryjnych.

#### Wynik na glukometrze ≠ wynik w laboratorium

Nazewnictwo stanów hiperglikemicznych:

- **glikemia** – stężenie glukozy we krwi;
- **normoglikemia/prawidłowa glikemia na czczo** – prawidłowe stężenie glukozy we krwi: 60–99 mg/dl (3,4–5,5 mmol/l); glikemia mmol/l x 18 = glikemia mg % (mg/dl);
- **hipoglikemia** – zbyt niskie stężenie glukozy we krwi;
- **hiperglikemia** – zbyt wysokie stężenie glukozy we krwi;
- **próg nerkowy dla glukozy** – zazwyczaj około 180 mg% (10 mmol/l) - poziom glukozy (zwykle 170–200 mg%), powyżej którego nerki nie mogą już ponownie wchłoniąć całej ilości glukozy przechodzącej do tak zwanego moczu pierwotnego i dlatego część glukozy przechodzi do moczu ostatecznego, powodując cukromocz (obecność cukru w moczu);
- **nieprawidłowa glikemia na czczo** (IFG, impaired fasting glucose) – 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l);
- **nieprawidłowa tolerancja glukozy** (IGT, impaired glucose tolerance) – w 2 godzinie testu tolerancji glukozy wg WHO glikemia 140–199 mg/dl (7,8–11 mmol/l);
- **stan przedcukrzycowy (prediabetes)** – nieprawidłowa glikemia na czczo lub nieprawidłowa tolerancja glukozy; (jest etapem na drodze do rozwoju cukrzycy typu 2 – u wielu osób ze stanem p/cukrzycowym w ciągu 10 lat rozwija się cukrzyca t. 2);
- **cukrzyca** – objawy hiperglikemii i glikemia przygodna  $\geq$  200 mg/dl (11,1 mmol/l) lub 2-krotnie glikemia na czczo  $\geq$  126 mg/dl (7,0 mmol/l) lub glikemia w 2 godzinie po ob-





ciążeniu glukozą według zaleceń WHO  $\geq 200$  mg/dl (11,1 mmol/l).

**Badania laboratoryjne wykonywane w diagnostyce cukrzycy:**

- OGTT doustny test tolerancji glukozy (oral glucose tolerance test);
- oznaczenie peptydu C/ oznaczenie poziomu insuliny;
- obecność autoprzeciwciał w diagnostyce cukrzycy typu 1 (ICA, IAA, GAD65, IA-2, Ia-2 $\beta$ );
- oznaczenie hemoglobiny glikowanej HbA1C.

**Przeprowadzenie badania OGTT**

- to badanie polegające na podaniu pacjentowi glukozy i monitorowaniu reakcji organizmu na nią (wydzielenia insuliny, szybkości regulacji poziomu cukru we krwi);

- pobranie wyjściowej próbki żyłnej w celu wykonania oznaczenia stężenia glukozy w osoczu (w laboratorium);

- obciążenie glukozą – pacjent wypija 75g (dzieci 1,75g/kg m.c. do 75g.) glukozy rozpuszczonej w 250–300 ml wody w ciągu 5 minut;

- po obciążeniu pacjent pozostaje w spoczynku, w pozycji siedzącej;

- po 120 minutach po wypiciu glukozy należy pobrać drugą próbkę krwi żyłnej w celu oznaczenia stężenia glukozy w osoczu.

Norma < 140 mg/dl;

Nietolerancja glukozy  $\geq 140$  < 200 mg/dl;

Cukrzyca  $\geq 200$  mg/dl.

**Oznaczenie peptydu C**

- peptyd C jest substancją wytwarzaną przez nerki w ilościach odpowiadających produkowanej przez organizm insuliny;

– pomiar stężenia C-peptydu służy ocenie ilości tej insuliny; badanie wykonuje się u pacjentów ze świeżo rozpoznaną cukrzycą typu 1 lub 2, aby ocenić resztkową zdolność trzustki pacjenta do wytwarzania insuliny. Osoby nie wytwarzające insuliny (na przykład chore na cukrzycę typu 1) nie wytwarzają też peptydu C;

– badanie polega na pomiarze poziomu peptydu C w próbce krwi lub moczu; próbka krwi pobierana jest z żyły. Jedynym wymogiem jest pozostanie na czczo!!!;

– jeśli badanie ma być wykonane w dobowej zbiórce moczu, pacjent powinien zachować wszystkie porcje moczu oddane w ciągu 24 godzin;

– w celu dokładnej oceny rezerw trzustkowych insuliny można wykonać oznaczenie peptydu C sześć minut po dożylnym podaniu 1 mg glukagonu. Glukagon stymuluje trzustkę do uwolnienia zmagazynowanych w ziarnistościach cząsteczek insuliny. Test przeprowadza się dwuetapowo. Najpierw pobiera się krew żylną na czczo do oznaczenia wyjściowego poziomu C-peptydu. Następnie podaje się dożylnie glukagon. Po sześciu minutach ponownie pobiera się krew na oznaczenie C-peptydu.

#### Oznaczenie hemoglobiny glikowanej HbA1C

– hemoglobina glikowana jest produktem nieenzymatycznego przyłączenia cząsteczki glukozy do wolnych grup aminowych globiny;

– błona komórkowa erytrocytów jest przepuszczalna dla glukozy, zatem ilość zawartej w nich GHB odzwierciedla stężenie glukozy we krwi w ciągu poprzednich 100 dni (prawidłowy okres życia krwinek czerwonych ~ 120 dni);

– hemoglobina glikowana jest retrospektywnym wskaźnikiem glikemii oraz czynnikiem ryzyka rozwoju przewlekłych powikłań cukrzycy; badanie wykorzystywane częściej w ocenie skuteczności leczenia.

#### Oznaczenie fruktozaminy

– oznaczenie w surowicy krwi przydatne w monitorowaniu wyrównania glikemii u chorych na cukrzycę;

– fruktozamina jest to produkt łączenia białek, głównie albumin z glukozą;

– w związku z okresem półtrwania albumin wynoszącym 14–20 dni badanie pozwala na retrospektywną ocenę stężenia glukozy w okresie trzech 2 - 3 tygodni przed pobraniem próbki krwi;

– badanie stanowi alternatywę w przypadkach, gdy oznaczenie HbA1C jest niewiarygodne, np. w przebiegu chorób wpływających na czas życia erytrocytów (żółtaczkę hemolityczną, hemoglobinopatie);

– badanie jest przydatne także w diagnostyce cukrzycy ciężarnych;

– na stężenie fruktozaminy wpływają natomiast stany i choroby oddziałujące na stężenie białek w surowicy, dlatego oznaczenie fruktozaminy jest niewiarygodne u chorych na zespół nerczycowy, marskość wątroby lub w przebiegu ostrej fazy;

– badania nie należy wykonywać, gdy stężenie albumin w surowicy jest mniejsze niż 30 g/l.;

– badanie wykonuje się z próbki krwi pobranej z żyły lub opuszki palca.

– wysoki poziom witaminy C, lipemia, hemoliza i nadczynność tarczycy mogą wpływać na wyniki badania fruktozaminy.

*Edukator cukrzycy  
mgr Violetta Rzepka*

#### Bibliografia (u autora)

Cukrzyca –ukryta pandemia. Sytuacja w Polsce – edycja 2014 (PTD, ...)

Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2014 (PTD)

Zalecenia w opiece diabetologicznej PFED, konsultantów krajowych w dziedzinie pielęgniarstwa i pielęgniarstwa epidemiologicznego, 2014 (NRPiP, PFED)

Pielęgniarstwo diabetologiczne PZWL 2013



# PROCEDURA POSTĘPOWANIA PIEŁĘGNIARKI / POŁOŻNEJ OBJĘTEJ OCHRONĄ PRZEWIDZIANĄ DLA FUNKCJONARIUSZA PUBLICZNEGO W PRZYPADKU AGRESYWNEGO ZACHOWANIA PACJENTA / RODZINY

USTAWA z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z dnia 23 sierpnia 2011 r.)

## Rozdział 2

### Zasady wykonywania zawodów

**Art. 4. 1.** Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- 1) rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- 2) rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- 3) planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- 4) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

**Art. 5. 1.** Wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- 1) rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
- 2) kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- 3) prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- 4) przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku ko-

nieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;

5) podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;

6) sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;

7) badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;

8) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

9) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

**Uchwała 206/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny.**

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038



ze zm.) w zw. z art. 4 ust 1 pkt 1-5 i art. 5 ust 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przyjmuje procedurę postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny, która stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Ustala się również wzór wniosku zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa wobec funkcjonariusza publicznego, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander*

*Prezes NRPiP  
Grażyna Rogala-Pawelczyk*

**Załącznik nr 1 do Uchwały nr 206/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny.**

## PROCEDURA POSTĘPOWANIA PIELĘGNIARKI / POŁOŻNEJ OBJĘTEJ OCHRONĄ PRZEWIDZIANĄ DLA FUNKCJONARIUSZA PUBLICZNEGO W PRZYPADKU AGRESYWNego ZACHOWANIA PACJENTA / RODZINY

Procedura dotyczy zasad postępowania pielęgniarki, położnej w przypadku zachowania osoby agresywnej podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust 1 pkt 1-5 i art. 5 ust 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) korzystających z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych zgodnie z art. 11 ust 2 ww. ustawy.

### CEL

Zapewnienie ochrony pielęgniarkom i położnym, stworzenie bezpiecznych warunków pracy oraz prawidłowe i niezakłócone wykonywanie przez nich obowiązków służbowych podczas oraz w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych wobec pacjenta.

### OKREŚLENIE POJĘĆ

**Agresja** [łac. *aggressio* ‘napaść’; natarcie’], *psychol.* działanie (fizyczne, słowne,) zmierzające do spowodowania szkody, wyrządzenia krzywdy fizycznej lub psychicznej, skierowane na inną osobę, także zamiar takiego działania lub względnie trwała tendencja do takich działań.

1. **Agresja fizyczna** – atak skierowany na inną osobę, w którym atakujący posługuje się określonymi częściami ciała lub narzędziami przyjmującym formę uderzenia, potrącenia, kopnięcia, pobicia itp. powodującym zadanie bólu lub uszkodzenia ciała.

2. **Agresja słowna (werbalna)** – posługiwanie się sformułowaniami werbalnymi, szkodliwymi dla atakowanej osoby, wywołując w niej strach, poczucie krzywdy lub odrzucenie emocjonalne.

**Pobudzenie** – to stan psychicznego podniecenia i wzmożonej aktywności.

**Osoba agresywna** – pacjent, rodzina pacjenta, opiekun itp.

**Naruszenie nietykalności cielesnej** - to każda umyślna czynność osoby agresywnej oddziałująca na ciało pielęgniarki, położnej, która nie jest przez nią akceptowana. Każde bezprawne dotknięcie, upokorzenie lub inny krzywdzący kontakt fizyczny (umyślne sprawienie bólu np. kopnięcie, szarpanie za włosy, spoliczkowanie, popchnięcie itp.) lub czynności, które są dla niej obraźliwe, krzywdzące, kłopotliwe.

**Czynna napaść** – każde działanie zmierzające bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej i wyrządzenia w ten sposób dolegliwości fizycznej. Staje się więc przestępstwem

dokonywanym w chwili przedsięwzięcia działania zmierzającego bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej, które w rzeczywistości nie musi nastąpić.

**Znieważenie** – to każde zachowanie osoby agresywnej, uwłaczające godności osobistej pielęgniarki, położnej, stanowiące przejaw lekceważenia, pogardy, mające obelżywy, obraźliwy charakter (obraźliwe słowa, gesty). W praktyce jest to używanie w stosunku do pielęgniarki i położnej słów wulgarnych, powszechnie uznanych za obelżywe, gesty.

### OPIS ZASAD ZASTOSOWANIA PROCEDURY

#### Warunki:

• Objęcie pielęgniarki i położnej szczególną ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego możliwe jest dopiero po zaistnieniu przesłanek zawartych w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, które muszą wystąpić

**podczas i w związku** z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną wskazanych w ww. przepisach prawnych czynności.

• Zaistnienie zdarzenia „**podczas i w związku**” z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną świadczenia zdrowotnego oznacza zbieżność czasową i miejscową zachowania osoby agresywnej i wykonywania obowiązków służbowych przez funkcjonariusza publicznego niezależnie od miejsca pracy i formy zatrudnienia.

• Pełnienie obowiązków służbowych przez pielęgniarkę i położną może mieć miejsce również poza godzinami pracy, jeśli w tym czasie podejmuje czynności związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jednak musi zaistnieć związek czasowo – przyczynowy pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a udzielanym rodzajem świadczeń.

• W świetle art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka i położna wykonująca czynności, o których mowa poniżej jest traktowana w taki sposób przez prawo, w jaki sposób kodeks karny traktuje funkcjonariuszy publicznych. Na przykład: naruszenie jej nietykalności cielesnej, zniewaga czy czynna napaść na

nią będzie kwalifikowana jako przestępstwo, o którym mowa w przepisach kodeksu karnego.

#### Przesłanki:

1. **Ochrona prawna przystępująca pielęgniarkie objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego podczas wykonywania czynności zawodowych polegających na:**

- rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;

*Pielęgniarka i położna objęta ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w myśl art. 11 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej podczas i w związku z wykonywaniem przez niego świadczeń zdrowotnych chroniony jest przez odrębne przepisy Kodeksu Karnego w przypadku naruszenia nietykalności cielesnej, czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego oraz znieważenia funkcjonariusza publicznego. Przepisy ustawy karnej odnoszące się do ochrony prawnokarnej funkcjonariusza publicznego mają za zadanie chronić godność i nietykalność cielesną pielęgniarek i położnych.*



- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

## 2. Ochrona prawna przysługująca położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego podczas wykonywania czynności zawodowych polegających na:

- rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej
- kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
- sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;
- badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

### PROCEDURA POSTĘPOWANIA PIEŁĘGNIARKI, POŁOŻNEJ

#### 1. W przypadku agresywnych zachowań ze strony osoby agresywnej, pielęgniarka, położna podejmuje działania w zakresie:

- wyciszenia agresji poprzez rozmowę w celu wyjaśnienia powodu jej powstania,
- zachowania bezpiecznej odległości wobec osoby agresywnej,
- informowania ww. osoby o przysługującej pielęgniarce, położnej ochronie prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego i konsekwencjach prawnych z tym związanych,

#### 2. W przypadku zaistnienia zachowań, jakich dopuściła się osoba agresywna wobec funkcjonariusza publicznego należy:

- w przypadku zaistnienia przesłanek przestępstwa zawiadomić organa ścigania składając zawiadomienie stanowiące załącznik nr 1 o przestępstwie uwzględniając:



- okoliczności ze wskazaniem, że do zdarzenia doszło w czasie i w związku z wykonywaniem czynności służbowych podczas udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - wskazać w trakcie, jakich czynności (udzielnego świadczenia) doszło do zdarzenia,
- odnotować powyższy fakt w obowiązującej dokumentacji medycznej, uwzględniając, powyższe przesłanki,
  - wskazać świadków zdarzenia, jeśli to możliwe z imienia i nazwiska,
  - poinformować niezwłocznie kierownika oddziału / placówki, lekarza dyżurnego, przełożonego o zaistniałej sytuacji,
  - w przypadku doznanych obrażeń przez pielęgniarkę, położną, poddanie się badaniu przez biegłego lekarza medycyny sądowej.

### OCHRONA PRAWOKARNA NALEŻNA FUNKCJONARIUSZOWI PUBLICZNEMU

Pielęgniarka i położna objęta ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w myśl art. 11 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej podczas i w związku z wykonywaniem przez niego świadczeń zdrowotnych chroniony jest przez odrębne przepisy Kodeksu Karnego w przypadku naruszenia nietykalności cielesnej, czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego oraz znieważenia funkcjonariusza publicznego. Przepisy ustawy karnej odnoszące się do ochrony prawnokarnej funkcjonariusza publicznego mają za zadanie chronić godność i nietykalność cielesną pielęgniarek i położnych. O naruszenie nietykalności cielesnej funkcjonariusza można oskarżyć tylko kogoś, kto zrobił to podczas pełnienia przez funkcjonariusza obowiązków służbowych lub w związku z nimi i będzie podlegał odpowiedzialności prawnokarnej.

1. Przesłpstwa popełnione przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu ścigane są z urzędu, a skierowanie aktu oskarżenia, inicjowanie dowodów, występowanie przed sądem to obowiązek prokuratora,

2. Sprawca przestępstwa przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu odpowiada surowiej, i zagrożony jest karami: grzywny, kary ograniczenia wolności, kary pozbawienia wolności,

3. Organy ścigania po wpłynięciu zawiadomienia winny podjąć działania zmierzające do ukarania sprawcy, nie jest tu

konieczne uzyskanie wniosku o ściganie od pokrzywdzonego (pielęgniarki, położnej)

4. Odpowiedzialność za napaść na funkcjonariusza została uregulowana odrębnymi przepisami.

#### PODSTAWA PRAWNA

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)

2. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)

Załącznik nr 2 do Uchwały nr 206/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny

.....  
dane pokrzywdzonej pielęgniarki, położnej

.....  
miejsowość, data

**DO**

.....  
(dane jednostki Policji lub prokuratury)

#### ZAWIADOMIENIE O POPEŁNIENIU PRZESTĘPSTWA WOBEC FUNKCJONARIUSZA PUBLICZNEGO

Na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej zawiadamiam, że w dniu

.....  
(data, godzina)

w .....  
(miejsce popełnienia przestępstwa)

.....  
(imię, nazwisko sprawcy, ewent. adres lub w przypadku braku danych osobowych opis wyglądu sprawcy)

podczas i w związku z .....  
(rodzaj wykonywanych świadczeń zdrowotnych)

dokonał:

.....  
.....  
.....  
.....

(opis zachowania przestępnego – opisać zwięźle stan faktyczny oraz zachowanie sprawcy, które zdaniem zawiadamiającego nosi cechy przestępstwa i ewentualnie podać dowody i świadków na poparcie swoich twierdzeń).

W związku z powyższym wnoszę o wszczęcie w powyższej sprawie postępowania przygotowawczego.

Świadek: imię i nazwisko, adres / stanowisko.

.....  
.....

.....  
(podpis pokrzywdzonej pielęgniarki, położnej)

.....  
(czytelny podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)



OKRĘGOWA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
w Wałbrzychu

# ETYKA

## PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

**SPRAWIEDLIWOŚĆ**  
**BEZINTERESOWNOŚĆ**  
**RÓWNOŚĆ**  
profesjonalizm

**GODNOŚĆ**  
**ODPOWIEDZIALNOŚĆ**  
**KOMPETENCJA**  
doradzaj  
informuj  
edukuj  
podnoś kwalifikacje

**CIERPLIWOŚĆ**  
**ŻYCZLIWOŚĆ**  
**SZACUNEK**  
uśmiechnij się

**PRAWDA**  
**ODWAGA**  
nade wszystko

**ZAUFANIE**  
zrób coś dobrego,  
nie krzywdź



Czasami można wyleczyć.  
Często złagodzić dolegliwości,  
pielęgnować trzeba zawsze.

Edward L. Trudeau

