

ISSN 1640-7679

# Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

5/2018



1 maja

Światowy  
Dzień Astmy

Komunikat  
o aplikacji składkowej

4

Komunikat o konferencji  
„Aktualne zagadnienia  
we współczesnym  
pielęgniarstwie  
z perspektywy  
Konsultantów  
Wojewódzkich”

9

Sprawozdanie z konferencji  
„Zmienamy pielęgniarstwo  
– kontrowersje i wyzwania”

10

Czerniak

16



# W zdrowym radnym MĄDRY DUCH

28 marca 2018 r., Urząd Miasta Łodzi

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

**Przewodnicząca ORPiP w Łodzi**  
Agnieszka Kałużna

**Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi**  
Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

**Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi**  
Bożena Pawłowska (położna)

**Sekretarz ORPiP w Łodzi**  
Maria Kowalczyk

**Skarbnik ORPiP w Łodzi**  
Maria Cianciara

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej**  
Małgorzata Pniak  
dyżuruje w II i IV wtorek miesiąca  
w godz. 13.00–15.00  
tel. 42 633 23 94

**Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych**  
Edyta Ziemkiewicz  
dyżuruje w I i III czwartek miesiąca  
w godz. 15.00–17.00

**Redaktor Naczelny „Biuletynu”**

Joanna Gąsiorowska  
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 10

**Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

ul. Emilii Plater nr 34, 91-762 Łódź  
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74  
czynne: wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;  
**poniedziałek – dzień bez interesantów**  
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl

**Konto bieżące OIPiP**

Bank Zachodni WBK SA, ul. Sienkiewicza 24, 11 Oddział w Łodzi  
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

**Prawo wykonywania zawodu**

poniedziałek: dzień bez interesantów; wtorek: 10.00–17.45  
środa, czwartek 8.00–15.45; piątek: dzień bez interesantów  
tel. 42 633 32 13

**Kształcenie podyplomowe**

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00  
tel. 42 639 92 62

**Biblioteka OIPiP**

**– przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału  
w kształceniu podyplomowym**

poniedziałek: 8.00–16.00; wtorek, środa, czwartek: 10.00–18.00;  
piątek: 11.00–19.00  
e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl, tel. 42 633 92 98

**Pośrednictwo pracy i dział socjalny**

wtorek: 11.00–18.00; czwartek: 9.00–16.00  
tel. 42 633 23 94

**Mecenas**

wtorek: 14.00–18.00, czwartek: 12.00–14.00  
tel. 42 633 71 06

**Kasa**

poniedziałek: nieczynna  
wtorek: 12.00–17.00; środa: 8.30–12.00, czwartek: 12.00–15.00;  
piątek: nieczynna  
tel. 42 639 92 76

## W NUMERZE:

**SERWIS INFORMACYJNY** 2

**DZIAŁ PRAWNY** 6

**SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE** 9

**PRAKTYKA ZAWODOWA** 15

**PODZIĘKOWANIA** 23

**POŻEGNANIA** 24

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34  
tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;  
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl  
Redaktor Naczelny: Joanna Gąsiorowska  
Bank Zdjęć Photogenica: © FrolovaElena – okładka,  
© Artmim – s. 2, © ia\_\_64 – s. 15, © AndreyBezuglov – s. 20  
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.  
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych  
materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów  
niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.  
ISSN: 1640-7679  
Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych  
Nakład: 3700 egzemplarzy  
Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

*Szanowni Państwo  
Koleżanki i Koleżki*



Jak co roku w maju obchodzimy Dzień Matki, ale przede wszystkim Dzień Położnej i Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki.

Dzień 12 maja 2014 r. był dniem, w którym Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi otrzymała klucze do nowej siedziby. A w dniu 6 listopada 2017 r. został podpisany Akt Notarialny, na mocy którego staliśmy się właścicielami nieruchomości przy ul. Emilii Plater 34.

Był to czas przemyśleń, podsumowań i analiz. Ten okres nasunął wiele refleksji – jak szybko upływa czas, jak bezpowrotnie ucieka i jak ważne niesie ze sobą decyzje. Decyzje, które podejmuje samorząd zarówno w kwestii realizacji zadań ustawowych, ale przede wszystkim w kwestii braku zastępowalności w zawodzie pielęgniarki i położnej.

W Polsce na jeden tysiąc mieszkańców w 2015 r. przypadało 5,4 pielęgniarki, co w Europie plasowało nasz kraj na ostatniej pozycji. Tak w 2017 r. sytuacja jest tym bardziej niepokojąca, gdyż podkreślenia wymaga fakt, że do roku 2022 roku uprawnień emerytalne w kraju uzyska 32 proc. obecnie zatrudnionych a w województwie łódzkim tych praw nabędzie 39 proc. pielęgniarek i położnych.

Środowisko zawodowe odczuwa problem niedoborów kadrowych ale i finansowych. Dopóki nie zwrócimy uwagi na lukę pokoleniową i związaną z nią sytuację pielęgniarek i położnych w Polsce, tak długo będziemy kształcić nasze koleżanki i kolegów na poziomie studiów wyższych dla innych krajów unijnych. Te i inne pytania nadal pozostają bez odpowiedzi. Jednak przy podjętych wspólnych działaniach, w szeroko pojętym interesie społecznym, jest możliwa realizacja wytyczonych planów.

Te wyjątkowe dni, Dzień Położnej oraz Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki, są okazją do podziękowań i życzeń. W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz własnym wszystkim Pielęgniarkom, Pielęgniarzom i Położnym serdecznie dziękuję za troskę i wsparcie, które dzięki Waszej pracy nasi pacjenci mogą doświadczać każdego dnia.

A wszystkim Mamom w dniu ich święta życzę zadowolenia z życia rodzinnego.

Życzę Państwu zdrowia, wytrwałości i realizacji planów tych osobistych jak i zawodowych.

Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

*Agnieszka Kałużna*  
Agnieszka Kałużna

## Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

### XXX Prezydium ORPiP w dniu 23 marca 2018 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarzy OIPiP w Łodzi – 10 pielęgniarek i 2 pielęgniarzy.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono położne z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Wydano nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarsce.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 11 praktyk pielęgniarek i 2 praktyki położnych wykonywanych w podmiotach leczniczych.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 8 praktyk pielęgniarki i 1 praktyki pielęgniarsza w zakresie miejsca wykonywania praktyk.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek/pielęgniarzy OIPiP w Łodzi – 13 praktyk pielęgniarek i 1 pielęgniarsza, zgodnie z wnioskami.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą położnych OIPiP w Łodzi – 2 praktyki położnych, zgodnie z wnioskami.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi, w zakresie 1 kursu specjalistycznego, zgodnie z wnioskiem organizatora.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, położnej, zgodnie z Program przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
  - skierowano na przeszkolenie – 3 pielęgniarki i 1 położną,
  - wydano zaświadczenia o odbyciu przeszkolenia – 3 pielęgniarkom.
- ▶ Przyznano 1 członkowi OIPiP w Łodzi zapomogę losową, w wysokości 1000 zł.
- ▶ Zatwierdzono:
  - kadre dydaktyczną dla 8 szkoleń specjalizacyjnych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi

- oraz ze środków publicznych zgodnie z zawartą umową z Ministrem Zdrowia, realizowanych w OIPiP w Łodzi, 1 kursu kwalifikacyjnego i 9 kursów specjalistycznych, realizowanych z budżetu OIPiP;
- składy osobowe 3 komisji kwalifikacyjnych i 4 komisji egzaminacyjnych dla 7 kursów specjalistycznych realizowanych w zakładach i OIPiP w Łodzi;
- sfinansowanie udziału 3 trzech przedstawicieli OIPiP w Łodzi w Ogólnopolskiej Konferencji „Zabezpieczenie mieszkańców domów pomocy społecznej w świadczenia pielęgniarskie” organizowanej przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, w dniu 18 kwietnia 2018;
- honoraria dla 4 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP nr 3/2018;
- objęcie patronatem honorowym OIPiP w Łodzi konferencji szkoleniowo-naukowej „Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce. Pielęgniarstwo jako zawód, profesja i powołanie” organizowanej przez Prodziekana kierunku Pielęgniarstwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi we współpracy z OIPiP w Łodzi, w dniu 18 maja 2018 roku oraz dofinansowanie 1000 zł;
- zakup nowego obiektywu do aparatu fotograficznego OIPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnej dla 8 kursów specjalistycznych i 1 kursu kwalifikacyjnego u 4 organizatorów kształcenia podyplomowego.

### XXXI Prezydium ORPiP w dniu 17 kwietnia 2018 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położna.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 7 pielęgniarek.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki/pielęgniarsza z rejestru pielęgniarek/pielęgniarzy OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki i 1 pielęgniarsza.
- ▶ Wykreślono położne z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 4 praktyki pielęgniarek wykonywanych w podmiotach leczniczych.

- ▶ Dokonano zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 praktyk pielęgniarek w zakresie miejsca wykonywania praktyk.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarek, zgodnie z wnioskami.
- ▶ Dokonano wpisu i wpisu zmiany danych do rejestru organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi, dotyczące: 2 szkoleń specjalizacyjnych – zmiany miejsca zajęć praktycznych i 1 kursu specjalistycznego – wpis w SMK, zgodnie z wnioskami 2 organizatorów.
- ▶ Przyznano 1 członkowi OIPiP w Łodzi zapomogę losową, w wysokości 2000 zł.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w:
  - kursie kwalifikacyjnym – 5 osobom.

Odmówiono 3 osobom przyznania dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek, udziału w 2 kursach specjalistycznych, zgodnie z regulaminem – wnioski dotyczyły kursów, które były/są organizowane z budżetu OIPiP w danym roku kalendarzowym.

▶ Zatwierdzono:

- honorarium dla 1 autora artykułu opublikowanego w Biuletynie OIPiP nr 4/2018;
- zakup czepków – symboli zawodowych pielęgniarki i położnej;
- odnowienie usługi na korzystanie z programów kadrowo-płacowych i finansowo-księgowych przez dział księgowości OIPiP w Łodzi.

oprac. mgr Maria Kowalczyk  
Sekretarz ORPiP

## KOMUNIKAT

W związku z wprowadzeniem aplikacji dotyczącej opłacania składek członkowskich na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w Łodzi zachęcamy pielęgniarki/pielęgniary oraz położne/położnych, którzy indywidualnie opłacają składkę do korzystania z tej formy płatności.

**Wpłaty dokonać można poprzez stronę internetową [www.oipp.lodz.pl](http://www.oipp.lodz.pl) logując się w zakładkę – w górnym prawym rogu:**

- użytkownik indywidualny – dotyczy wpłat indywidualnych oraz wpłat osób prowadzących indywidualną praktykę
- podmiot grupowy – dotyczy składek członkowskich opłacanych przez pracodawcę

Pytania dotyczące aplikacji prosimy kierować pod numer telefonu 42 639 92 76 (kasa – składki) lub bezpośrednio w Biurze OIPiP – Łódź, ul. Emilii Plater 34

W związku z zakupem od Miasta Łodzi placówki przeznaczonej na siedzibę Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz na bazę dydaktyczną do prowadzenia działalności realizowanej przez organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych zadań ustawowych, Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zorganizowała dla Radnych Miasta Łodzi akcję profilaktyczną w zakresie edukacji zdrowotnej „W zdrowym Radnym – mądry duch”, która odbyła się w dniu 28 marca 2018 r. w Urzędzie Miasta Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 104.

Akcja miała na celu wyrażenie podziękowania wszystkim, którzy przyczynili się do tak ważnego dla całego środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych przedsięwzięcia, jakim jest posiadanie własnej siedziby. W ramach akcji przeprowadzono działania w zakresie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, pomiaru stężenia poziomu



## W zdrowym radnym MĄDRY DUCH



glukozy we krwi, badanie EKG, badanie profilaktyczne w zakresie profilaktyki czerniaka – dermatoskopię, naukę samobadania piersi oraz naukę zasad udzielania pierwszej pomocy.

W związku z powyższym w imieniu ORPiP w Łodzi składamy serdeczne podziękowania dla wszystkich za zaangażowanie i pomoc niezbędną do przeprowadzenia akcji „W zdrowym radnym – mądry duch” w szczególności dla Pani dr Joanny Sieniawskiej oraz Pana dr Marcina Kacprzyka, Pań pielęgniarek: Jolanty Kowalskiej, Iwony Świątczak, Beaty Blewaska, Danuty Gavrilenko, Klaudii Świątek, Jolanty Łoś oraz członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.



# Nowe akty prawne

IX 2017 – IV 2018

Dz. U. 2017 poz. 1724

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 8 września 2017 r.

w sprawie określenia kwalifikacji oraz stażu pracy wymaganych od osób zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi oraz wykazu stanowisk w poszczególnych działach i pracowniach tych jednostek  
Na podstawie art. 14 ust. 1 i ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2017 r. poz. 1371)

Dz. U. 2017 poz. 1922

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 października 2017 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie rezerwy szczepionek oraz innych immunologicznych produktów leczniczych, stosowanych w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii

Na podstawie art. 18a ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, 2003 i 2173)

Dz. U. 2017 poz. 1975

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 5 października 2017 r.

w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi

Na podstawie art. 33 ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2016 r. poz. 1987 i 1954 oraz z 2017 r. poz. 785 i 1566)

Dz. U. 2017 poz. 2051

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 16 października 2017 r.

w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

Na podstawie art. 21 ust. 8 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2017 r. poz. 1371)

Dz. U. 2017 poz. 2111

## USTAWA

z dnia 15 września 2017 r.

o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium

Dz. U. 2017 poz. 2220

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 19 listopada 2017 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie wzoru karty zgonu

Na podstawie art. 144 ust. 7 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 2064 oraz z 2017 r. poz. 1524).

Dz. U. 2017 poz. 2217

## USTAWA

z dnia 27 października 2017 r.

o podstawowej opiece zdrowotnej

Dz. U. 2017 poz. 2305

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 7 grudnia 2017 r.

w sprawie wzorów karty urodzenia i karty martwego urodzenia

Na podstawie art. 144 ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 2064 oraz z 2017 r. poz. 1524)

Dz. U. 2017 poz. 2439

## USTAWA

z dnia 24 listopada 2017 r.

o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw

Dz. U. 2017 poz. 2435

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 18 grudnia 2017 r.

w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260 oraz z 2017 r. poz. 2110 i 2217).

Dz. U. 2017 poz. 2423

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 15 grudnia 2017 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, 2110, 2217 i 2361)

Dz. U. 2017 poz. 2404

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 15 grudnia 2017 r.

zmieniające rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, 2110, 2217 i 2361)

Dz. U. 2018 poz. 21

## OBWIESZCZENIE MARSZAŁKA SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

z dnia 8 grudnia 2017 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o odpadach

Na podstawie art. 16 ust. 1 zdanie pierwsze ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1523) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2016 r. poz. 1987)

Dz. U. 2018 poz. 123

## OBWIESZCZENIE MARSZAŁKA SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

z dnia 24 listopada 2017 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach pielęgniarzy i położnej

Na podstawie art. 16 ust. 1 zdanie pierwsze ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1523) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251)

Dz. U. 2018 poz. 108

## OBWIESZCZENIE MARSZAŁKA SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

z dnia 8 grudnia 2017 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Kodeks pracy

Na podstawie art. 16 ust. 1 zdanie pierwsze ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1666)

Dz. U. 2018 poz. 188

## OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 29 grudnia 2017 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych

Dz. U. 2018 poz. 187

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 5 stycznia 2018 r.

w sprawie Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego

Na podstawie art. 10g ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195)

Dz. U. 2018 poz. 299

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 18 stycznia 2018 r.

w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne

Na podstawie art. 15a ust. 8 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123)

Dz. U. 2018 poz. 281

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 18 stycznia 2018 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie

Na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844)

Dz. U. 2018 poz. 275

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 18 stycznia 2018 r.

w sprawie umieszczania informacji o zakazie udostępniania solarium osobom, które nie ukończyły 18. roku życia oraz treści informacji o ryzyku związanym z korzystaniem z solarium

Na podstawie art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 15 września 2017 r. o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium (Dz. U. poz. 2111)

Dz. U. 2018 poz. 393

## OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 1 lutego 2018 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą

Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1523) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U.

poz. 182), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. poz. 1957).

#### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 8 lutego 2018 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.)

Dz. U. 2018 poz.

#### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 27 lutego 2018 r.

w sprawie priorytetów zdrowotnych

Na podstawie art. 31a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.)

Dz. U. 2018 poz. 465

#### OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 30 stycznia 2018 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1523) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

Dz. U. 2018 poz. 623

#### OBWIESZCZENIE MARSZAŁKA SEJMU

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

z dnia 6 marca 2018 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowej Inspekcji Pracy

Na podstawie art. 16 ust. 1 zdanie pierwsze ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1523) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 786)

Dz. U. 2018 poz. 617

#### OBWIESZCZENIE MARSZAŁKA SEJMU

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

z dnia 1 marca 2018 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry

Na podstawie art. 16 ust. 1 zdanie pierwsze ustawy z 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1523) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2017 r. poz. 125)

Dz. U. 2018 poz. 700

#### USTAWA

z dnia 8 lutego 2018 r.

o zmianie ustawy o pomocy społecznej

Dz. U. 2018 poz. 697

#### USTAWA

z dnia 1 marca 2018 r.

o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty

Dz. U. 2018 poz. 657

#### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 28 marca 2018 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.)

Dz. U. 2018 poz. 745

#### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 13 kwietnia 2018 r.

w sprawie recept

Na podstawie art. 96a ust. 12 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211 oraz z 2018 r. poz. 650 i 697)

Dz. U. 2018 poz. 742

#### OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 28 marca 2018 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej

Dz. U. 2018 poz. 734

#### OBWIESZCZENIE MINISTRA RODZINY,

PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

z dnia 23 marca 2018 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej

Dz. U. 2018 poz. 753

#### OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 28 marca 2018 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia MZ w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych

## Konferencja Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinach pielęgniarstwa, położnictwa i ginekologii w Łodzi organizowana przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

### „Aktualne zagadnienia we współczesnym pielęgniarstwie z perspektywy Konsultantów Wojewódzkich”

7 czerwca 2018 roku, Urząd Miasta Łodzi, ul. Piotrkowska 104 (duża sala obrad)

BEZPŁATNA  
KONFERENCJA

9.00–9.15 ↻ Rozpoczęcie konferencji  
mgr Agnieszka Kałużna – Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

9.15–9.45 ↻ Co zrobić, aby badania fizykalne uatrakcyjnić w praktyce  
dr hab Ewa Borowiak – prof. UM w Łodzi

9.45–10.15 ↻ Analiza ankiety dotyczącej braków kadrowych w zawodzie  
pielęgniarki  
mgr spec. Bogusława Dolecka  
– Konsultant Woj. w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego

10.45–10.10 ↻ Przerwa

10.10–10.40 ↻ Standardy okołoporodowe  
dr n. med. Bogusława Rudnicka  
– Konsultant Woj. w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego

10.40–11.10 ↻ Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród  
dzieci i młodzieży

11.10–11.40 ↻ Ręce, rękawice, zakażenia  
Joanna Krawczyńska – Przedstawiciel firmy Braun

11.40–12.10 ↻ Niespodzianka

12.10–12.40 ↻ Przerwa

12.40–13.10 ↻ Rodzice nie chcą szczepić – jak sobie radzić?  
mgr Agnieszka Drązkiewicz

13.10–13.40 ↻ Zarządzanie emocjami w sytuacji kontroli  
prowadzonej przez konsultanta”  
mgr Jolanta Kałużna – psycholog

13.40–14.00 ↻ Dyskusja, zamknięcie konferencji



#### Karta zgłoszenia uczestnictwa na konferencję

### „Aktualne zagadnienia we współczesnym pielęgniarstwie z perspektywy Konsultantów Wojewódzkich”

Kartę należy wypełnić drukowanymi literami. Karta z nieczytelnymi lub niepełnymi danymi nie podlega kwalifikacji. Liczba miejsc ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń. Zgłoszenia przyjmowane będą do 5 czerwca 2018 r. w biurze OIPIP w Łodzi

Dane uczestnika:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi ul. E. Piłater 34

Imię i nazwisko		
Zawód	Stanowisko	
Miejsce pracy/nazwa zakładu Adres		
e-mail	Tel. kontaktowy	
Adres zamieszkania		

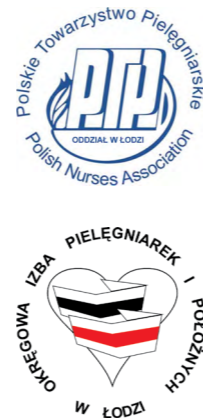
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w celu realizacji zgłoszenia.

.....  
data i podpis uczestnika

Data wpływu zgłoszenia do biura OIPIP: .....

Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie: .....

## Sprawozdanie z konferencji naukowo-szkoleniowej „Zmieniamy pielęgniarstwo – kontrowersje i wyzwania”



W dniu 13 kwietnia 2018 r. odbyła się Konferencja Naukowo-Szkoleniowa zorganizowana przez Komisję Kształcenia Promocji i Rozwoju Zawodu działającą przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Oddział w Łodzi na temat „Zmieniamy pielęgniarstwo – kontrowersje i wyzwania”.

Konferencja odbyła się w siedzibie OIPiP w Łodzi przy ul. Emilii Plater 34.

Prelegentów oraz uczestników spotkania przywitała mgr Agnieszka Kałużna – Przewodnicząca OIPiP. W części oficjalnej wręczone zostały również dyplomy uznania pielęgniarcom, które wzięły udział w konkursie Pielęgniarka Roku 2017.

Tematem pierwszego wystąpienia była transkulturowość w praktyce pielęgniarstwa będąca dla nas bez wątpienia dużym wyzwaniem. Dr Krystyna Frydrysiak, adiunkt UM w Łodzi, przybliżyła uczestnikom konferencji aspekty wielokulturowości opierając się na doświadczeniach własnych z pobytu w Libii. Migracja ludności z innych krajów oraz odmiennych kulturowo obszarów geograficznych doprowadziła do sytuacji w której każdy pracownik ochrony zdrowia, musi postrzegać pacjenta nie tylko przez pryzmat potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych, ale także pod kątem potrzeb duchowych związanych z religią oraz wierzeniami. Także możliwość podejmowania pracy przez polskie pielęgniarki i położne w innych krajach powoduje, że muszą być wyposażone w wiedzę pozwalającą na poszanowanie wyznawanych przez pacjenta wartości moralnych, praktyk religijnych oraz wartości kulturowych. Podejmowanie działań zawodowych poza granicami swojego kraju wymaga również umiejętności współpracy z pracownikami medycznymi z różnych regionów świata.

Drugim prelegentem był mgr farmacji Paweł Stelmach, Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Łodzi. Tematem wystąpienia były prawne aspekty wypisywania recept przez pielęgniarki i położne. Uprawnienia w tym zakresie, uzyskane od stycznia 2016 r. regulowane są kilkoma niżej wymienionymi aktami prawnymi:

1. Ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej – Art. 15a. (DZ.U.2011, Nr 174 poz 1039 z późniejszymi zmianami).

2. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept (DZ.U.2018 poz 745).

3. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (DZ.U. 2018 poz. 299).

Zwiększenie zakresu uprawnień wiąże się z podniesieniem kwalifikacji – ukończeniem kursu specjalistycznego poparte certyfikatem oraz ze zwiększeniem odpowiedzialności zawodowej.

Prelegent powołując się na dane z dnia 30 czerwca 2017 r. wykazał, iż stosowne szkolenie uprawniające do wypisywania recept odbyło 8 tys. pielęgniarek i położnych (na 288 tys. zatrudnionych pielęgniarek i 37 tys. położnych w Polsce), do NFZ wystąpiło o przyznanie numerów recept 890 osób, natomiast wypisanych faktycznie recept przez te grupy zawodowe na dzień 31 grudnia 2016 było 25 200 szt.

Istotą podjętych działań w tym obszarze jest poprawa dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, ułatwienie kontynuacji oraz jak najszybsze podjęcie leczenia przez pacjenta i rozpoczęcie diagnostyki bez konieczności oczekiwania na wizytę lekarską.

Celem zapewnienia lepszych standardów opieki pacjentom, ze szczególnym uwzględnieniem miejsca udzielania świadczeń w obszarach wiejskich i społeczności lokalnej powierzono pielęgniarkom/położnym szersze uprawnienia związane z możliwością zlecenia określonego pakietu badań diagnostycznych, zlecenia leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Nie bez znaczenia jest również poprawa statusu zawodowego pielęgniarek i położnych potwierdzonego uzyskaniem szerszych uprawnień i kompetencji zawodowych.

Następną prezentację w sposób bardzo interesujący przedstawiła dr hab. Ewa Borowiak, prof. UM w Łodzi, Prodziekan Oddziału ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydziału Nauk o Zdrowiu. Przedstawienie przyczyn braku wykonywania



całościowych badań fizykalnych u pacjentów przez pielęgniarki i położne oraz poszukiwanie recepty na to w jaki sposób uatrakcyjnić wykonywanie ich w praktyce, było wiodącą myślą wystąpienia pani Profesor.

Zgodnie z rozporządzeniem MZ z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego: „pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń diagnostycznych obejmujących wykonywanie badania fizykalnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa uzyskany po 2001, lub ukończyła studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, które rozpoczęły się w roku akademickim 2012/2013, lub posiada zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego Advanced Physical Assessment” (§ 3, pkt 2a.).

Zgodnie z wyżej wymienionymi regulacjami legislacyjnymi mamy coraz więcej pielęgniarek/położnych, które nabyły kompetencje do wykonywania badań fizykalnych. Co więcej z danych ankietowych wynika, że zarówno studenci pielęgniarstwa/położnictwa jak i uczestnicy szkolenia specjalistycznego są zainteresowani wykonywaniem badań fizykalnych w praktyce.

Znane są również realne korzyści z przeprowadzania badania fizykalnego przez te grupy zawodowe:

- łatwiejszy dostęp do badania fizykalnego,
- zadowolenie pacjenta i jego bliskich,
- wczesna diagnostyka i leczenie chorób,
- ograniczenie wizyt lekarskich,
- skrócenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu,
- zwiększona satysfakcja pielęgniarek/położnych z wykonywanej pracy,
- zmniejszenie kosztów opieki nad społeczeństwem.

Dlaczego więc ich nie wykonujemy? Najważniejsze przyczyny to: brak czasu, brak sprzętu, brak pomieszczeń gwarantujących intymność, obawy przed reakcją pacjentów, ale i reakcji współpracowników (lekarzy i pielęgniarek) oraz przełożonych. Istotną blokadą jest również obawa przed odpowiedzialnością

oraz oczekiwanie na dodatkowe wynagrodzenia za poszerzenie obowiązków zawodowych. Prawdopodobnie, która powinna zaistnieć w tej sytuacji to: większe kompetencje – większa odpowiedzialność – większe wynagrodzenie.

Co zrobić żeby wykonywanie badań fizykalnych było możliwe w znacznie większym zakresie? Konieczne jest usuwanie przyczyn blokujących wykorzystanie nabytych kompetencji w praktyce, potrzebni są liderzy pielęgniarstwa będący drogowskazem dla innych, potrzebne są szybkie i satysfakcjonujące rozwiązania systemowe.

Kolejny prelekcja została przedstawiona przez dr Beatę Wieczorek-Wójcik, Dyrektor ds. Pielęgniarstwa i Organizacji Opieki Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy w Wejherowie. Uczestnicy konferencji z ogromnym zainteresowaniem wysłuchali wystąpienia przedstawiającego propozycję w jaki sposób należy obliczać normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Myślą przewodnią prezentacji było motto: „Mierzenie jest istotne, a jeśli nie można czegoś zmierzyć, nie można tym zarządzać”, którego autorem jest Robert Kaplan, profesor Harvard Business School.

Fakty mówią jednoznacznie – redukcja zdarzeń niepożądanych daje większe oszczędności niż wcześniej sądzono – a poprawa obsad pielęgniarstwa, okazała się bardziej opłacalna, niż wcześniej informowano. Stąd od wielu lat próbuje się określić równowagę między interwencjami pielęgniarstwowymi a wynikami leczenia pacjentów.

Rynek opieki zdrowotnej ulega dynamicznej zmianie, wchodzi nowe technologie, co wiąże się z większymi oczekiwaniami kompetencyjnymi. Szpitale zmieniają formy własności, pacjent staje się klientem. Pracodawcy coraz chętniej sięgają po certyfikaty jakości, pojawiają się wymogi płatnika w tym zakresie a jednocześnie na rynku jest coraz większy deficyt pracowników – pielęgniarek i są one coraz starsze.

Obsady pielęgniarstwa są elementem konkurencji. Instytucje opieki zdrowotnej próbują znaleźć sposób przetrwania w warunkach silnej konkurencji wewnętrznej i zewnętrznej. Jednym ze sposobów jest poprawa jakości opieki – co nie jest możliwe bez zrównoważenia potencjału kadrowego i obciążenia pracą.

Pielęgniarki stanowią co najmniej 1/3 pracowników szpitalnych i wpływają znacząco na jakość opieki (np. poprzez bezpośredni kontakt z pacjentami). Zarządzanie tą grupą zawodową jest podstawowym elementem strategii przetrwania placówek ochrony zdrowia.

Powtarzając za ICN (International Council of Nurses) – „Safe staffing save lives” odpowiednia obsada to:

- odpowiednia liczba i rodzaj personelu,
- zróżnicowane kwalifikacje i umiejętności,
- odpowiednie warunki udzielania świadczeń,
- przyjazne środowisko pracy,
- wysoka jakość opieki (bezpieczeństwo pacjentów).

względu ta to, że tak naprawdę na świecie nie ma optymalnego rozwiązania problemu obsad pielęgniarek wprowadza się systemy oceny ryzyka np. Projekt „RED FLAG”.

Umożliwia on zgłaszanie „alertów” dotyczących jakości opieki. Zgłoszenia może dokonać każdy uczestnik systemu ochrony zdrowia – pielęgniarka, pacjent, rodzina, itp. Precyzyjnie określono także sytuacje, w których „alert” może być zgłoszony:

- nieplanowe opóźnienie w podaniu leku przeciwbólowego powyżej 30 min.,
- niezgodne z planem opieki monitorowanie parametrów życiowych,

Obowiązujące w Polsce prawo jest bardzo zbliżone do rozwiązań prawnych stosowanych na całym świecie. Ustawy i rozporządzenia regulują funkcjonowanie Państwowej Inspekcji Sanitarnej, nadzorującej zakup, dostarczanie i wykonywanie bezpłatnych szczepień obowiązkowych. Również obowiązek zgłaszanie chorób zakaźnych jest regulowany ustawowo.

Aktami prawnymi nakazującymi konieczność dopełnianie tego obowiązku są m.in.:

- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (DZ.U. 2008 nr 234 poz. 1570).

Dyrektorów ENRF, pod kontrowersyjnym tytułem „Kierunek XIX wiek?” to bardzo ciekawe przedstawienie wizji pielęgniarstwa kiedyś, dziś i w przyszłości.

Wizja przedstawiona przez dr H. Mahler, Sekretarza Generalnego WHO w 1985 r:

- role pielęgniarek ulegną zmianie, więcej z nich odejdzie ze szpitala do środowiska;
- pielęgniarki staną się bardziej zasobami dla pacjentów niż dla lekarzy, będą bardziej aktywne w edukowaniu pacjentów na temat zdrowych zachowań;
- coraz więcej pielęgniarek będzie liderami „zespołów POZ” i będzie to oznaczało bycie nadzorowanie nieprofesjonalnych pracowników ochrony zdrowia w środowisku;



**„Można zainwestować w nowy sprzęt, można zainwestować w nowe metody leczenia, można zainwestować w nowe szpitale, ale jeśli nie zainwestuje się w pielęgniarki, które są potrzebne do wykorzystania nowego sprzętu, do stosowania nowych metod leczenia i do pracy w tych nowych szpitalach, nigdy nie będzie można dostarczyć jakościowo dobrej opieki skoncentrowanej na pacjencie”.**

Czy obsady pielęgniarskie to standard minimum, czy optimum? Czy warto inwestować w pielęgniarstwo?

Prelegentka opierając się na aktualnych międzynarodowych wynikach badań oraz dostępnej literaturze udowodniła, że inwestowanie w pielęgniarki i położne, zapewnienie odpowiedniej liczby etatów, ma ogromny wpływ na szeroko pojęte bezpieczeństwo pacjentów.

Rozwiązanie problemu obsad pielęgniarskich jest poważnym wyzwaniem, wobec tego powstają różne publikacje wskazujące możliwe do wprowadzenia działania m.in.: normy zatrudnienia pielęgniarek i położonych na oddziałach szpitalnych – propozycja sposobu regulacji w Polsce; CEESTAHC & BCC, Kraków, marzec 2013 r.

Ponieważ istnieje potrzeba wdrażania długoterminowych działań, w grudniu 2017 r. powstała „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”. Takie długofalowe rozwiązanie powstało wskutek zaistniałej trudnej i ciągle nierozwiązanej sytuacji w obszarze pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, dotyczącej braków kadrowych w tych zawodach, trudnych warunków pracy, w tym warunków placowych. Strategia wprowadza jednak w dalszym ciągu standard minimum. Ze

- brak możliwości regularnej oceny ryzyka odleżyn i zmiany pozycji.

Zarządzający opieką są zobowiązani do monitorowania sytuacji krytycznych i podejmowania działań zapobiegających opieko-zależnym zdarzeniom niepożądanym.

Na zakończenie swojego wystąpienia dr B. Wiczorek-Wójcik zacytowała słowa Maury Buchanan, Prezydent Royal College of Nursing: „Można zainwestować w nowy sprzęt, można zainwestować w nowe metody leczenia, można zainwestować w nowe szpitale, ale jeśli nie zainwestuje się w pielęgniarki, które są potrzebne do wykorzystania nowego sprzętu, do stosowania nowych metod leczenia i do pracy w tych nowych szpitalach, nigdy nie będzie można dostarczyć jakościowo dobrej opieki skoncentrowanej na pacjencie”.

Kolejna problematyka poruszona podczas konferencji przez mgr Agnieszkę Drażkiewicz z Poradni Szczepień Ochronnych dla Dzieci i Grup Wysokiego Ryzyka z Ośrodka Pediatrycznego im. dr J. Korczaka w Łodzi jest dużym wyzwaniem dla personelu medycznego. Dotyczy ona coraz większej niechęci rodziców do przeprowadzania szczepień ochronnych u swoich dzieci.

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (DZ.U. 2011 nr 182 poz. 1086).

- Komunikat GIS w sprawie Programu Szczepień Ochronnych. Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia.

Stan wyszczepienia w Polsce jest jeszcze bardzo wysoki (około 99 proc.), ale biorąc pod uwagę tendencję wzrastającą osób uchylających się od obowiązku szczepień możliwe, że dojdzie do zjawiska utraty odporności zbiorowskiej (źródło: <http://www.szczepienia.info>). Szczegółowe informacje dotyczące tematyki szczepień, faktów i mitów dotyczących tej tematyki znajdziemy na stronie: <http://szczepienia.pzh.gov.pl/>

- Należy pamiętać, że:
- wprowadzono obowiązek szczepień w celu zapobiegania powikłaniom, ale też w celu ochrony osób najbardziej narażonych na powikłania,
- wiele umocowanych ustawowo instytucji działa w Polsce na rzecz poprawy profilaktyki, w tym na rzecz poprawy bezpieczeństwa szczepień.

Wystąpienie kolejnego prelegenta, dr Doroty Kilańskiej, Przewodniczącej ZO PTP Oddział w Łodzi, członka Rady

- pielęgniarki będą brały na siebie coraz większą odpowiedzialność w podejmowaniu decyzji w zespołach.

Czy ww. założenia są realizowane? Jak wygląda pielęgniarstwo dziś?

Zbyt mała liczba pielęgniarek, coraz większe obciążenie pracą, brak umiejętności kierowania zasobami ludzkimi, zbyt mała liczba liderów utrudnia wprowadzanie założonej wizji.

Dopiero w kwietniu br. ruszył nabór placówek do programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Celem tego pilotażu jest stopniowe tworzenie systemu ukierunkowanego na pacjenta, w którym zamiast koncentracji na świadczeniu usług medycznych, kładzie większy nacisk na stosowanie narzędzi zapobiegawczych. System ma być lepiej dostosowany do obecnej sytuacji w środowisku opieki zdrowotnej i procesów demograficznych.

NFZ realizuje projekt systemowy od listopada 2017 r. Więcej informacji o projekcie można znaleźć stronach internetowych NFZ, OW NFZ i Akademii NFZ.

Obecnie jesteśmy zaangażowani w realizację Celów Zrównoważonego Rozwoju, które zostały przyjęte przez wszyst-



kie 193 państwa członkowskie ONZ Rezolucją Zgromadzenia Ogólnego 25 września 2015 r. w Nowym Jorku. Przyjęto dokument „Przekształcanie naszego świata: Agenda na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju – 2030”, który zawiera 17 Celów Zrównoważonego Rozwoju. Cele obejmują szeroki zakres wyzwań, takich jak: ubóstwo, głód, zdrowie, edukacja, równość płci, zmiany klimatu, zrównoważony rozwój, pokój, sprawiedliwość społeczna. Zastąpiły one Milenijne Cele Rozwoju, które zrealizowane miały być do 2015 r. Więcej na stronie: <http://www.un.org.pl>

Wizja przyszłość w pielęgniarstwie? Program eZdrowie – zmiana pielęgniarstwa dzięki technologiom informacyjnym i komunikacyjnym, telepielęgniarstwo, wdrażanie założeń „Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”, dokumentu określającego kierunki działań, jakie należy podjąć, aby zapewnić wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostęp do opieki pielęgniarskiej dla pacjentów.

Przedostatnim prelegentem była mgr Sylwia Czajka, adwokat ORZOS w Łodzi. Przybliżyła uczestnikom konferencji problematykę zdarzeń niepożądanych w kontekście odpowiedzialności zawodowej pielęgniarki i położnej.

Według standardów akredytacyjnych PJ 5 zdarzenie niepożądane to „szkoda wywołana w trakcie/efekcie leczenia nie związana z naturalnym przebiegiem choroby, stanem zdrowia pacjenta lub ryzyko jej wystąpienia”. Przyczyny zdarzeń niepożądanych z punktu widzenia rzecznika to:

- zbytne obciążenie pracą,
- zła organizacja pracy,
- brak motywacji,
- przestarzałe/niekompletne procedury,
- brak nawyku zwracania sobie uwagi,
- brak wsparcia ze strony doświadczonych współpracowników,
- brak edukacji/szkolenia, prewencji.

Należy pamiętać o tym, że:

- wszyscy odpowiedzialnie wykonują swoją pracę i nikt nie ma zamiaru wyrządzać umyślnej szkody pacjentom,
- zdarzenie niepożądane wynika z określonych braków lub niedomogów systemowych połączonych z konkretnymi uwarunkowaniami i okolicznościami środowiska pracy,
- istotą znaczenia będą działania naprawcze podjęte w celu przyszłego powtórzenia się podobnego zdarzenia niepożądanego.

Aby zapobiegać występowaniu zdarzeń niepożądanych należy m.in.:

- przestrzegać procedur,
- wprowadzić system nadzoru nad bezpieczeństwem pacjenta,
- umiejętnie zarządzać ryzykiem,
- zapewnić odpowiednią liczbę personelu medycznego o wysokich kwalifikacjach,
- dbać o bezpieczeństwo środowiska opieki,
- opracować system rejestracji i wewnętrznego katalogu zdarzeń,
- monitorować zdarzenia niepożądane i wdrażać profilaktykę zdarzeń niepożądanych,
- zwiększać świadomość personelu,

- eliminować mit doskonałości dotyczący braku występowania błędów.

Odpowiedzialność prawna, jakiej może podlegać pielęgniarka jest różnorodna. Wynika to z okoliczności – zawód pielęgniarki może być wykonywany w różnych formach zatrudnienia, czynności podejmowane przez pielęgniarkę oceniane są na różnych płaszczyznach prawa (prawo pracy, prawo cywilne, prawo karne, prawo samorządu zawodowego, kodeks etyki zawodowej). Wobec powyższego pielęgniarka może podlegać odpowiedzialności pracowniczej, cywilnej, karnej, zawodowej. Musimy mieć świadomość, że odpowiedzialność jest niezbędna, aby podnieść rangę zawodu, aby zyskać szacunek społeczny, zwiększyć komfort pracy w zespole, zdobyć zaufanie kierownictwa i zwiększyć wynagrodzenia. Na zakończenie prelegentka przedstawiła jakie wyzwania czeka współczesny system ochrony zdrowia w Polsce. Jest to wypracowanie i stworzenie odpowiedniego systemu oraz prawodawstwa w zakresie jakości usług medycznych i bezpieczeństwa pacjenta.

Na koniec konferencji mgr Edyta Ziemkiewicz z Centrum Rehabilitacyjno-Opiekuńczego, DPS dla Przewlekłe Somatycznie Chorych w Łodzi nakreśliła jak wygląda koordynacja i współpraca w opiece nad pacjentem w XXI wieku. Opierając się na doświadczeniach własnych w pracy z pacjentami przewlekłe somatycznie chorymi podkreśliła, że pracownik pierwszego kontaktu (lekarz, pielęgniarka, opiekun) współpracuje z zespołem terapeutycznym na bazie dokumentacji indywidualnej zawierającej m.in. diagnozę socjalną, pielęgniarstwa i psychologiczną. Ogromnie ważna jest współpraca wszystkich członków zespołu terapeutycznego w tym opiekunów medycznych m.in. w aktywizowaniu podopiecznych. Współpraca z opiekunem medycznym to przede wszystkim korzyści dla pacjenta – zapewnienie dobrostanu (dobrej komunikacji, dobrych relacji oraz przyjaznej atmosfery) i zapewnienie wykwalifikowanej pomocy dla pielęgniarki. Z deficytów współpracy prelegentka wymieniła brak praktycznego przygotowania do zawodu na poziomie szkoły oraz występującą w niektórych relacjach sztuczną rywalizację opiekunów z innym pracownikami zajmującymi się pacjentami.

Podsumowując konferencję należy stwierdzić, że wszystkie prezentacje były bardzo interesujące, dostarczyły wielu ważnych informacji, myślę że dały odpowiedź na niektóre nurtujące naszą grupę zawodową pytania, czy warto podnosić swoje kwalifikacje, czy warto poszerzać swoją wiedzę i wykorzystywać w praktyce zawodowej, aby podnieść rangę zawodu w społeczeństwie. Myślę, że konferencja naukowo-szkoleniowa spełniła oczekiwania uczestników.

Każdy uczestnik otrzymał certyfikat potwierdzający uczestnictwo w konferencji.

Serdeczne podziękowania składam członkom Komisji Kształcenia, Promocji i Rozwoju Zawodu, członkom Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek oraz Pani Agnieszce Krzysztofik za duże zaangażowanie w organizację konferencji.

Jolanta Łoś  
Przewodnicząca Komisji KPiRZ

mgr AGNIESZKA BROŃCZYK

## Profilaktyka próchnicy a karmienie

**N**a pierwszy plan najsilniejszych czynników kariogennych wysuwa się nieprawidłowa dieta dziecka, a mianowicie duży odsetek dzieci karmionych sztucznie. Za przyczynę rozwoju próchnicy uznaje się ilość namnażających się bakterii *Streptococcus Mutans* oraz obecność w diecie węglowodanów, które są pożywką dla tych bakterii. Im młodsze dziecko będzie na nie narażone, tym większe ryzyko rozwoju próchnicy. Karmienie piersią poprzez wspomaganie optymalnego mikrobionu jamy ustnej noworodka, chroni przed wzrostem bakterii próchnicogennych. Mleko matki predysponuje do rozwoju bakterii probiotycznych z gatunku *Lactobacillus* i *Bifidobacterium*.

Podczas kolejnego ważnego etapu w rozszerzaniu diety dziecka problem stanowią nieprawidłowo dobrane produkty stałe, stan higieniczny jamy ustnej matki oraz zachowania profilaktyczne wobec dziecka lub ich brak. Bakterie kariogenne przenoszą się przez np. całowanie, oblizywanie smoczka, łyżeczki, ale zasiedlenie przez nie jamy ustnej zależy od skłonności osobniczej dziecka. Mleko kobiece zawiera laktozę, która jest mniej kariogenna niż sacharoza, znajdująca się w produktach dedykowanych dzieciom.

Na skłonność do próchnicy ma wpływ konsystencja spożywanych pokarmów, np. ich lepkość, w skład których wchodzi sacharoza, skrobia, mają tendencję do adhezji na powierzchni zębów. Dlatego przedstawione stanowisko ESPGHAN (2017 r.) kładzie nacisk na eliminację z diety sacharozy, soków, napojów dosładzających i usypianie z butelką.

Po 12 miesiącu życia odsetek dzieci karmionych piersią znacznie maleje, a pojawiają się dodatkowe czynniki ryzyka rozwoju próchnicy, dieta dziecka jest bogatsza w każdy rodzaj pokarmu, wyrzynają się kolejne zęby. Od tego momentu czynniki ryzyka wystąpienia próchnicy kumulują się.

Szukanie przyczyn próchnicy u dzieci długo karmionych piersią nie przynosi jednoznacznych wniosków. Z badań wynika, że połowa matek długokarmiących nie karmi piersią w nocy/lub przed snem nocnym. W ciągu doby matki długokarmiące karmią rzadko, nie używają butelki, nie podają mleka modyfikowanego, co jest prawidłowym zachowaniem profilaktycznym.

Można zwracać uwagę na nieprzedłużanie karmienia ponad czas jedzenia, można dyskutować na temat ograniczenia karmień nocnych po 12 miesiącu życia, ale w oczekiwaniu na dalsze szczegółowe analizy tematu.

Aby ograniczyć transmisję bakterii kariogennych zaleca się stałą opiekę stomatologiczną w czasie ciąży. Ponadto prawidłowa higiena jamy ustnej matki w okresie ząbkowania jej dziecka.

Zaleca się prowadzenie higieny jamy ustnej od pojawienia się pierwszych ząbków. ESPGHAN podkreśla, że jeden instruktaż matki o pielęgnacji jamy ustnej u dziecka, przez specjalistę redukuje zakażenia bakteriami próchnicogennymi o 25 proc. u 2-latków. A jako niezbędną uznaje się pastę do zębów z niską zawartością fluoru, już od wyrżnięcia pierwszych zębów. Do 3 roku życia należy używać minimalnej ilości pasty do zębów i nie płukać jamy ustnej po umyciu.

Należy dążyć do tego, aby higiena jamy ustnej była rutyną w codziennej opiece nad dzieckiem, a prawidłowe nawyki żywieniowe, przede wszystkim unikanie słodzonych potraw, stosowano już od początku rozszerzania diety niemowląt.

Matki, które karmią ponad 12 miesiąc życia stosują się do profilaktyki próchnicy, więc mogą być stawiane za wzór zachowań prozdrowotnych.



mgr DOROTA MARCHEWA

# Czerniak

## (melanoma malignum)



Czerniak na podłożu plamy soczewicowatej złośliwej



Czerniak guzkowaty skóry pleców



Owrzodziały czerniak guzkowaty

Złośliwe rozrosty skóry są najczęstszymi nowotworami ludzi rasy białej i obserwuje się stały wzrost zapadalności na nie. Wyleczenie możliwe jest poprzez najwcześniejsze rozpoznanie i wdrożenie radykalnego leczenia.

Powłoki skórne są największym narządem organizmu o najbardziej złożonej budowie. Nowotwór może rozwinąć się z każdego jej składnika: naskórka, gruczołów, aparatu włosowego, mięśni, nerwów, komórek układu immunologicznego.

Czerniak (*melanoma malignum*) – to najbardziej złośliwy nowotwór skóry i błon śluzowych, wywodzący się z melanocytów, czyli komórek barwnikowych skóry, które pod wpływem promieniowania ultrafioletowego (UV) powodują, że skóra zaczyna ciemnieć.

Może powstawać na bazie znamion barwnikowych lub w niezmienionej skórze czy w śluzówce. Jest to jeden z najbardziej niebezpiecznych rodzajów nowotworów, ponieważ większość przypadków rozpoznawana jest już w zaawansowanej fazie rozwoju, jest odporny na leczenie i daje liczne przerzuty.

### Epidemiologia

W ciągu ostatnich lat wzrasta systematycznie zachorowalność na czerniaka i dotyczy to coraz młodszych ludzi. Największa zachorowalność odnotowana jest w Australii i Nowej Zelandii oraz krajach skandynawskich i Stanach Zjednoczonych. W Polsce współczynnik zachorowalności wynosi około 6,6 na 100 000 osób, co odpowiada w ostatnich latach ponad 3000 zachorowań rocznie tj. około 1400 mężczyzn i około 1700 kobiet. W ciągu ostatnich trzech dekad w naszym kraju liczba zachorowań zwiększyła się o 300 proc. Chorują osoby w każdym wieku. Średnia wieku zachorowania jest zbliżona dla obu płci i wynosi około 50 lat.

Pod względem liczby zgonów z powodu czerniaka Polska zajmuje 5 miejsce wśród krajów unijnych. Wskaźnik przeżycia 5-letniego w Polsce osiąga około 70 proc., w krajach Europy Zachodniej ponad 85 proc., zaś w USA ponad 90 proc. Nowotwór ten odpowiada za 75 proc. zgonów spowodowanych wszystkimi złośliwymi nowotworami skóry.

### Etiologia

Najczęstszą postacią jest czerniak skóry (90 proc.), może on powstawać w obrębie błony śluzowej przewodu pokarmowego lub gałki ocznej. Czynniki ryzyka rozwoju czerniaka można podzielić na:

- genetyczne – rodzinny zespół znamion atypowych (minimum 50 znamion), olbrzymie znamiona wrodzone, zaburzenia genetyczne w chromosomach, rodzinne zachorowania na nowotwory. Występowania czerniaka w rodzinie w pierwszym pokoleniu zwiększa ryzyko około 200-krotnie;
  - środowiskowe – promieniowanie ultrafioletowe, ekspozycja na substancje chemiczne;
  - choroby ułatwiające – immunosupresja np. chłoniaki, transplantacje.
- Dokonując analizy czynników zwiększających ryzyko zachorowania na czerniaka można posłużyć się wzorem MMRISK
- M (moles) – obecność znamion dysplastycznych
  - M (moles) – obecność zwykłych znamion melanocytowych
  - R (red hair) – rude włosy, piegi
  - I (inability to tan) – brak skłonności do opalania (osoby z fototypem skóry I lub II)
  - S (sunburn) – oparzenie słoneczne, ciężkie przebyte w dzieciństwie
  - K (kindered) – rodzinne występowanie czerniaka

Do rozwoju czerniaka predysponują: nadmierna ekspozycja na promieniowanie ultrafioletowe, jasne włosy, niebieskie oczy (najbardziej narażone są osoby z fototypem I i II). Niezwykle groźne okazuje się promieniowanie UV emitowane w solariach. Promieniowanie w solariach jest 10–15-krotnie silniejsze niż promieniowanie słoneczne. Opalanie w solariach zwiększa ryzyko zachorowania na czerniaka skóry dwukrotnie (zwłaszcza u osób młodych). Dlatego niektóre kraje wprowadziły zakaz opalania w solariach przez osoby niepełnoletnie w tym również Polska.

### Objawy

W celu określenia czy znamię jest zmienione chorobowo na skórze czy nie, przydatna jest reguła ABCDE. System ten opracowany został przez Amerykańskie Towarzystwo Nowotworowe.

- A (asymetry) – asymetria kształtu
- B (borders) – nieregularność brzegu zmiany
- C (color) – niejednolity kolor (od beżowego, jasnobrązowego, po czarny)
- D (diameter) – średnica wg różnych autorów powyżej 6 mm
- E (elevation) – zmiany w rzeźbie powierzchni (uwypuklenie, powierzchnia nierówna, owrzodzenia)

Do oceny klinicznej służy również siedmiopunktowa skala Glasgow.

Do wstępnego rozpoznania czerniaka wystarczy stwierdzenie trzech z następujących cech:

- powiększenie się znamienia
- zmiana kształtu
- zmiana koloru
- obecność stanu zapalnego
- obecność sączenia lub krwawienia

- obecność objawów subiektywnych np. świądu
- średnica zmiany wg różnych autorów powyżej 7 mm – 1 cm.

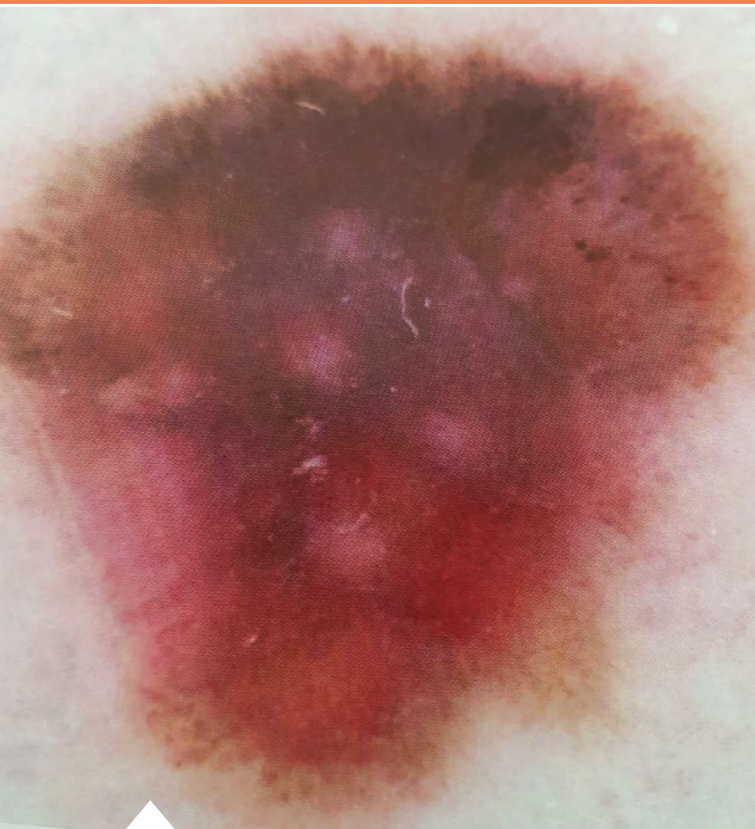
### Diagnostyka

Obecnie uważa się, że dla zwiększenia czułości rozpoznania, szczególnie we wczesnych stadiach rozwojowych czerniaka jest przeprowadzenie badania dermatoskopowego (dermoskopowego) lub wideodermoskopowego. Polega ono na obserwacji znajdujących się na ciele człowieka znamion za pomocą specjalistycznego urządzenia zwanego dermatoskopem, wideodermoskopem. Badanie to wykonywane jest przez lekarza dermatologa i jest ono bezinwazyjne. Dzięki temu badaniu uzyskuje się kilkunastokrotne powiększenie zmiany, dokonuje się dokładnej oceny takich elementów jak: siatka barwnikowa, charakter brzegu czy symetria zmiany. Badanie to jest pomocne w różnicowaniu zmian łagodnych i dysplastycznych, które mogą być punktem wyjścia czerniaka. Podstawą rozpoznania czerniaków skóry jest histopatologiczne badanie całej wyciętej zmiany barwnikowej. Po uzyskaniu rozpoznania histopatologicznego wdrażane jest leczenie w zależności od stopnia zaawansowania. Badaniami dodatkowymi są: podstawowe badania krwi, zdjęcie RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej i regionalnych węzłów chłonnych. Przy rozpoznaniu czerniaka w znacznym stopniu (III stopień) rozważane jest badanie tomografii komputerowej i pozytonowej tomografii emisyjnej (PET-TK).

### Postacie kliniczne czerniaka

Do najważniejszych postaci klinicznych czerniaka należą:

- czerniak wywodzący się ze złośliwej plamy soczewicowatej



Czerniak szerzący się powierzchownie (zaawansowanie wg Clarka II stopień, wg. Breslawa 0,3 mm, asymetria koloru, struktury, liczne grudki i kropki nieregularnie rozmieszczone)



Czerniak szerzący się powierzchownie (asymetryczna, wyniosła, lekko brodawkująca zmiana barwnikowa, obwodowo przebarwiona w kolorze ciemnobrązowym i czarnym, w części centralnej w kolorze czerwono-brunatnym)

tej – stanowi od 5 do 20 proc. przypadków, najczęściej dotyczy osób starszych (po 70 r.ż.), głównie kobiet. Jest to nieregularnie zabarwiona plama, która powoli powiększa się w ciągu kilku lat i zwykle lokalizuje się na twarzy (policzek), skroni lub szyi. Nagłe pojawienie się silnie zabarwionego wykwitu grudkowego lub guzkowego wskazuje na inwazję skóry właściwej przez złośliwe melanocyty,

- czerniak guzkowy – stanowi od 10 do 30 proc. przypadków, jest to gwałtownie powiększający się, często wrzodzący niebieskoczerwony guzek. Charakteryzuje się szybkim przebiegiem, naciekaniem i jest najcięższą postacią czerniaka. Najczęściej występuje na karku, głowie i tułowiu. Występuje częściej u mężczyzn w wieku od 40 do 60 lat,
- czerniak szerzący się powierzchownie – jest to najczęściej występujący czerniak (70 proc. wszystkich czerniaków), powstaje ze znamion barwnikowych i częściej dotyczy osób młodszych,
- czerniak umiejscowiony na kończynach wywodzący się z plamy soczewicowatej – występuje głównie wśród mieszkańców Bliskiego Wschodu i u Afroamerykanów w wieku ok. 70 lat. Zlokalizowany jest najczęściej na podeszwach stóp, dłoni. Należy do czerniaków, które szybko rosną i dają przerzuty. Jego podtypem jest czerniak podpaznokciowy, który doprowadza do zniszczenia płytki paznokciowej, dotyczy on kciuka lub palucha,

- czerniak z objawami samoistnej regresji – pozornie zdrowa skóra w obrębie zmiany skórnej (czerniaka). Cechy regresji są efektem niszczenia komórek nowotworowych przez pobudzony układ immunologiczny,
- czerniak oka – najczęstszy nowotwór złośliwy gałki ocznej u dorosłych (po 40 r.ż.). Rozwija się na bazie znamienia barwnikowego lub jako transformacja de novo. Wywodzi się z neuroektodermalnych melanocytów, które w okresie embriogenezy wędrują do spojówki, tęczówki i naczynek.
- czerniak błon śluzowych – stanowi od 5 proc. przypadków czerniaka. Zlokalizowany w obrębie błon śluzowych jamy ustnej lub narządów płciowych. Występuje u osób dorosłych.

## Leczenie

Podstawowym leczeniem czerniaka jest wykonanie zabiegu chirurgicznego polegającym na usunięciu całości zmiany z zachowaniem odpowiednich marginesów bezpieczeństwa. Zakres ten zależy głównie od grubości nacieku, owrzodzenia i obecności bądź braku przerzutów do węzłów chłonnych lub odległych narządów. W przypadku zmiany o grubości do 2 mm, margines bezpieczeństwa wynosi 1 cm, 2 cm w przypadku zmiany o grubości od 2 do 4 mm oraz co najmniej 2 cm w przypadku zmian grubszych. Usunięcia węzłów chłonnych dokonuje się tylko w przypadku wcześniejszego stwierdzenia w nich przerzutów. W czerniaku około lub podpaznokciowym dokonuje się amputacji danego palca.

Pobrany materiał podczas badania histopatologicznego oceniany jest według klasyfikacji Clarka (pięciostopniowa klasyfikacja obejmująca lokalizację komórek nowotworowych) oraz w skali Breslawa (głębokość nacieczenia skóry przez złośliwe melanocyty określana od warstwy ziarnistej).

Biopsja może być pobrana w przypadku dużych zmian, w których rozpoznanie nie jest oczywiste, w celu uniknięcia niepotrzebnego wycięcia zmiany łagodnej np. brodawki łojotokowej.

W przypadku rozszanych przerzutów wykorzystywana jest radioterapia, perfuzja izolowana czy chemioterapia jako leczenie paliatywne. Do leczenia przerzutowych czerniaków zarejestrowany został w Polsce w 2014 roku lek ipilimumab. Leczenie to stanowi rodzaj nieswoistej immunoterapii polegającej na blokowaniu antygenu CTLA-4, co pozwala na niszczenie komórek czerniaka przez limfocyty cytotoksyczne. Wykazano, że znaczenie wydłuża on okres przeżycia u pacjentów leczonych tym lekiem z wyżej wspomnianymi metodami.

Po zastosowanym leczeniu istnieje konieczność obserwacji pacjenta. Częstość i rodzaj badań oraz długość obserwacji zależy od wyjściowego stopnia zaawansowania choroby. Ryzyko nawrotu jest największe w ciągu 3 lat po leczeniu. należy pamiętać, że nawrót choroby może być po 10 latach.

## Profilaktyka

W ramach profilaktyki pierwotnej zalecanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) należy:

- ograniczyć przebywanie na słońcu w godzinach południowych (unikanie opalania pomiędzy godziną 10 a 16),
- stosować podczas opalania kremy ochronne z filtrami UVA i UVB o współczynniku protekcji zależnym od fototypu skóry,
- możliwie długo przebywać w miejscach osłoniętych i zacienionych,
- nosić odzież chroniącą przed słońcem, stosować nakrycia głowy i okulary przeciwsłoneczne,
- unikać nadmiernego korzystania z solarium (zakaz dla osób w wieku poniżej 18 r.ż., maksymalnie korzystać 2 razy w miesiącu),
- chronić dzieci przed słońcem (odpowiednie ubrania, zacienione place zabaw, unikanie przybywania w słońcu w godzinach południowych)
- usuwać znamiona umiejscowione w okolicach narażonych na stałe drażnienie,
- przeprowadzać samobadanie – poznanie własnej skóry, błon śluzowych, oczu. Takie badanie należy przeprowadzać 2–3 razy w roku,
- przynajmniej raz do roku rutynowa profilaktyczna kontrola skóry i znamion u lekarza specjalisty połączona z badaniem wideodermatoskopowym.

W ramach profilaktyki wtórnej wczesne rozpoznanie i leczenie czerniaków skóry powinno mieć wpływ na zmniejszenie odsetka zgonów. Dokładnymi badaniami należy objąć chorych narażonych na zwiększone ryzyko zachorowania, osoby z rodzinnym zespołem znamion atypowych (FAMS), leczone lekami immunosupresyjnymi, po przeby-

tych zachorowaniach na czerniaki i z czerniaki rodzinnymi w wywiadzie.

Każdą podejrzaną o czerniaka zmianę powinno się zakwalifikować do chirurgicznej biopsji wycinającej.

W razie wystąpienia przynajmniej jednej cechy tzw. niepokoju onkologicznego w obrębie istniejącej lub nowo powstałej zmiany, do których należą: powiększanie się, zmiana kształtu, koloru, powierzchni, owrzodzenie, bolesność, krwawienie, zanik barwnika, utrata owłosienia, zaczerwienie skóry wokół zmiany, tworzenie się małych guzków w sąsiedztwie zmiany, powiększenie okolicznych węzłów chłonnych – należy natychmiast zgłosić się do lekarza chirurga onkologa lub dermatologa.

W zespole znamion atypowych dostępną i dobrą praktyką dla wszystkich jest gromadzenie dokumentacji fotograficznej zmian lub całej powierzchni skóry i porównywanie wykonywanych zdjęć obserwowanych zmian skórnych w kolejnych sekwencjach czasowych. Warto polecać pacjentom samodzielny pomiar zmian za pomocą linijki w regularnym odstępie czasu np. co 3 miesiące. Obserwacja taka pozwala na prostą obiektywną ocenę zmiany w tym przypadku jej powiększania się.

W Polsce świadomość onkologiczna społeczeństwa odnośnie wczesnego wykrywania czerniaka jest jeszcze niewystarczająca. Pielęgniarka mająca do czynienia z odsłoniętą skórą pacjenta powinna zwrócić szczególną uwagę na jej stan, zebrać informacje o zmianach w obrębie istniejących znamion na skórze lub o wystąpieniu nowych znamion. Dzięki wczesnej reakcji na zmiany jest możliwość wczesnego zapobiegania wystąpieniu zachorowania na złośliwy nowotwór skóry.

## Literatura:

1. Adamski Z., Kapała W., Pielęgniarstwo w chorobach skóry, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Warszawskiego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2010, s. 261–266.
2. Kaszuba A., Maj J., Praktyka Dermatologiczna wyd. 1, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2016, s. 179–212.
3. Kaszuba A., Szepietowski J., Adamski Z., Dermatologia geriatryczna, t.3, wyd. 1, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2016, s. 417–427.
4. Rutkowski P., Wysocki J., Czerniaki skóry – zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w 2016 roku, Przegląd Dermatologiczny (103) 1/2016, s. 1–18.
5. Rycroft R. J. G., Robertson S. J., Wakelin S. H., Dermatologia, Wyd. PZWL, Warszawa 2014, s. 194–195.
6. Wąsik F., Baran E., Szepietowski J., Zarys dermatologii klinicznej, Wyd. Volumed, Wrocław 1995, s. 379–383.
7. Woźniak L., Zieliński K.W., Kaszuba A., Atlas patologii złośliwych nowotworów skóry, wyd. PZWL, Warszawa 2014, wydanie 1, s. 46–78, 121–127.

Dorota Marchewa  
mgr piel., specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego,  
członek Komisji Pielęgniarek Dermatologicznych  
przy OIPiP w Łodzi,  
WSS im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi,  
Oddział Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej,  
Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej

mgr AGATA WĘŻYK

## Komunikacja w praktyce, czyli jak rozmawiać z dziećmi i pacjentami w podeszłym wieku



**K**omunikacja stanowi podstawę nawiązywania i utrzymywania pozytywnych relacji między pacjentem a zespołem leczącym. Dobre relacje są z kolei jednym z istotnych czynników sprzyjających dobrostanowi zarówno pacjenta, jak i personelu medycznego. Pielęgniarki odgrywają tutaj ogromną rolę – jeśli dysponują odpowiednimi umiejętnościami (np. aktywnego słuchania): okazują troskę, zrozumienie i zainteresowanie – mogą dać pacjentowi okazję do „wygadania się” (podzielenia się obawami i nadziejami) i wspólnie znaleźć rozwiązanie problemów. Ponadto skuteczna komunikacja może pomóc w zmianie postawy pacjenta. Udzielanie informacji na temat choroby i leczenia w odpowiednim czasie, miejscu i we właściwy sposób oraz ukazywanie dalszych perspektyw pozwala wyposażyć pacjenta w odpowiednią wiedzę i zmodyfikować jego ewentualne błędne przekonania. Rozmowa pomaga też zredukować napięcie i niepokój, a zatem poprawia nastrój. Może także mieć charakter motywujący i wzmacniać prawidłowe zachowania prozdrowotne (np. regularne pomiary ciśnienia, cukru, wizyty kontrolne itd.). Innymi słowy, skuteczna komunikacja i pozytywne relacje mają charakter terapeutyczny i mogą wpływać na efektywność procesu leczenia, kształtowanie postaw prozdrowotnych, satysfakcję z opieki (w przypadku pacjenta) i z pracy (w wypadku pracowników ochrony zdrowia).

W swojej pracy zawodowej pielęgniarki spotykają się z różnymi sytuacjami trudnymi i mają do czynienia z bardzo

różnymi ludźmi. Czasem wynika to ze specjalizacji (np. pediatria, geriatryczna, psychiatryczna), ale nawet w codziennej praktyce w szpitalu czy przychodni można trafić np. na dzieci czy osoby wyjątkowo wymagające, nieprzyjemne lub agresywne (niekoniecznie w roli pacjenta). Praca pielęgniarki jest trudna i zasługuje na szacunek, jednak nie zawsze można na niego liczyć. Ludzie chorzy, cierpiący, pozostający pod wpływem silnego stresu mogą zapomnieć o pewnych normach społecznych – są skupieni na sobie i swoim bólu. Ponadto, trzeba pamiętać, że szacunek do pielęgniarek i ich pracy nie może wynikać wyłącznie z ich pozycji i swoistej władzy czy przewagi nad pacjentem – trzeba sobie na niego „zapracować” okazując pacjentom szacunek i empatyczne zrozumienie. Wydaje się, że z perspektywy pacjenta jedną z najważniejszych bolączek w opiece zdrowotnej jest brak informacji o tym, co się będzie dalej z nim działo. Często zdarza się, że jedyny komunikat, który otrzymują to: „Proszę czekać”. Jednak tego typu informacja sprawia, że pacjent traci poczucie kontroli nad czymkolwiek – nie może nic zaplanować, nie może w zasadzie ruszyć się z miejsca, nie wie, czego się spodziewać, jak długo ma czekać. Nie każdy potrafi sobie dobrze radzić z taką niepewnością i poczuciem bezradności. Nic więc dziwnego, że rośnie napięcie, niepokój, czasem rodzi się złość i agresja. Oczywiście problem ten ma charakter systemowy – pielęgniarka nie zawsze może przewidzieć,

kiedy pojawi się lekarz czy też jakie metody leczenia zostaną zastosowane. Bywa, że w natłoku różnych obowiązków po prostu nie ma czasu wyjaśnić różnych zawiłości czy szczegółów danej procedury. Niemniej jednak nawet drobne zmiany w zachowaniu, poświęcenie chwili pacjentowi, wykorzystanie sygnałów niewerbalnych czy udzielenie bardziej konkretnej informacji może zdziałać cuda. Warto również pamiętać o indywidualnym podejściu do pacjenta i dostosowaniu komunikatów do jego poziomu, potrzeb i możliwości, np. wynikających z wieku.

### Mali pacjenci i ich rodzice

Dzieci stanowią bardzo zróżnicowaną grupę pacjentów i oczywiście nieco inaczej musimy podejść do niemowlaka, inaczej do przedszkolaka, a jeszcze inaczej do dziecka w wieku szkolnym. W zależności od wieku małego pacjenta i dziecko, i pielęgniarka dysponują różnymi narzędziami i możliwościami. W przypadku niemowląt w procesie komunikacji i nawiązywania relacji szczególną rolę odgrywa szybka reakcja na płacz. Płacz to jeden z nielicznych sposobów, w jaki dziecko może pokazać, że czegoś potrzebuje, że coś jest nie w porządku, jakieś potrzeby są niespełnione. Oczywiście, powody płaczu mogą być różne (głód, ból, zmęczenie, nuda, potrzeba uwagi/zainteresowania, dyskomfort), więc

naturalne jest, że zarówno rodzice, jak i inni opiekunowie, np. pielęgniarka, popełniają błędy i nie można się tym zrażać. W relacjach z takim malutkim pacjentem warto wykorzystywać sygnały werbalne (mówienie do dziecka, wokalizacja, gruchanie/gaworzenie, prychnięcie, gwizdanie i inne dźwięki, np. uspokajające, rozśmieszające), jak i niewerbalne (nawiązanie i utrzymywanie kontaktu wzrokowego, tzw. „robienie min”, różne grymasy, uśmiech, gesty (także angażujące dziecko, np. poruszanie jego rączką, nóżką, wspólne klaskanie itd.).

Pamiętajmy też, że dziecko potrzebuje czasu, aby przyzwyczaić się do nowego środowiska i osób (w wypadku opieki szpitalnej – regularnych wizyt). Personel medyczny musi zdobyć zaufanie pacjenta – warto np. towarzyszyć rodzicom i włączać się w ich zabawy z dzieckiem (oczywiście nie zabierając całego ich czasu z dzieckiem). Rodzice mogą dostarczyć nam wielu różnych informacji na temat dziecka, np. czego się boi, jakie warunki może gorzej znosić, a co poprawia mu nastrój. Dobrze jest też ich obserwować w kontaktach z dzieckiem, żeby wiedzieć jak niemowlak się zachowuje i jak rodzice się z nim kontaktują, jakich słów używają, np. nazywając różne czynności, części ciała itd. Stosowanie znajomych słów i zwrotów może być pomocne szczególnie wobec dzieci nieśmiały, cichych, wycofanych. Nawet starsze dzieci mogą czuć się niepewnie w nowym środowisku i wykazywać pewną nieufność w stosunku do obcych osób. Ważne zatem jest opanowanie (brak gwałtownych ruchów), spokojny, kojący głos, wykorzystywanie znanych dziecku sformułowań, szczególnie takich, które ono samo używa – to dla dziecka sygnał, że uważnie go słuchamy i je rozumiemy. Dzieciom trzeba też wyjaśnić w prosty, przystępny sposób poszczególne etapy czekających je zabiegów. Maluchom najlepiej tłumaczyć, co i dlaczego będziemy następnie robić przed wykonaniem kolejnego kroku. Przedszkolakom, które mają już lepiej rozwinięte zdolności poznawcze, można wyjaśnić procedury nieco wcześniej, kilka godzin (a nawet dni w przypadku starszych dzieci) przed zabiegiem. Jeśli mamy do czynienia z pacjentami w wieku przedszkolnym lub szkolnym, możemy spodziewać się wielu pytań typu „a dlaczego?”. Dzieci zwykle są ciekawe świata i bardzo chcą zrozumieć, co dzieje się z nimi i wokół nich. To niezwykle ważne dla ich rozwoju, dlatego nie zabraniajmy zadawania pytań, starajmy się cierpliwie szczerze i zrozumiale na nie odpowiadać. Jeśli sami zadajemy pytania, musimy dać dziecku wystarczającą ilość czasu na zastanowienie się i odpowiedź.

Zabawa to jeden z zasadniczych sposobów przekazywania różnych informacji i doskonała okazja do uczenia się, a jednocześnie droga do lepszego samopoczucia. Ta zasada działa niezależnie od wieku dziecka, zmieniają się tylko rodzaje zabawy. Na przykład niemowlaki zwykle zafascynowane są ludzką twarzą i często się na niej koncentrują. Dobrze reagują na uśmiech, a także na „przesadzoną” mimikę (np. szeroko otwarte oczy w zdziwieniu) oraz na głos dorosłych nucenie/gwizdanie melodii. Warto zatem mówić do nich, jeśli tylko jesteśmy na tyle blisko, żeby dziecko mogło nas

usłyszeć. Kilkumiesięczne dziecko zaczyna używać bardziej zróżnicowanych sygnałów (np. wyciąga ręce, jeśli chce, żeby go podnieść do góry), jest też już w stanie wydawać i naśladować niektóre dźwięki (w wieku 6 miesięcy nawet sylaby ma-ma, ga-ga itd.) i jest to dla niego świetna zabawa. W przypadku starszych dzieci (począwszy od dwulatków) warto z kolei wykorzystywać różnego rodzaju opowiadania i opowiadki terapeutyczne. Wspomniałbym narzędziem są też maskotki i pacynki, które można wykorzystać, żeby pokazać małemu pacjentowi jak np. wyglądają różne procedury medyczne. W ten sposób dziecko może oswoić się z tym, co je czeka. Dzieci w wieku szkolnym mogą chcieć być traktowane jak dorośli, co może stanowić niełatwe zadanie. W ich wypadku, zamiast zabawek można używać ilustracji, diagramów, książeczek z obrazkami, aby wyjaśnić różne kwestie związane ze zdrowiem, chorobą i procesem leczenia (np. aby pokazać jak będzie wyglądać po operacji). Nie bójmy się też rozmawiać z dziećmi o ich odczuciach i emocjach, wręcz przeciwnie – zachęcajmy je do tego. Dzieci nie zawsze są w stanie zrozumieć, co się z nimi dzieje, co czują, ale umiejętna rozmowa pomoże zidentyfikować ewentualne obawy, znaleźć rozwiązanie lub wyjaśnienie i usmierzyć niepokój małego pacjenta.

Rodzice odgrywają niezwykle istotną rolę w procesie leczenia i kształtowania zachowań prozdrowotnych, ważne jest więc, aby wyposażyć ich w odpowiednią wiedzę na temat danej choroby. Stanowią oni także nieocenione źródło informacji na temat dziecka-pacjenta. Dlatego, z perspektywy personelu medycznego oprócz dobrego kontaktu z dzieckiem kluczowa jest również relacja z jego rodzicami. Już przed rozmową musimy wiedzieć, czego konkretnie od nich potrzebujemy. Choroba dziecka to dla rodziców ogromny stres. W efekcie mogą oni przeżywać silny niepokój, być podenerwowani, zmęczeni i w związku z tym niezbyt chętni do udzielania informacji. Ich stan emocjonalny może również negatywnie wpływać na ich możliwości przetwarzania (rozumienia, zapamiętywania) informacji, które im przekazujemy, np. dotyczących diagnozy stanu dziecka.

W procesie komunikacji z rodzicami najlepiej sprawdza się bezpośredni osobisty kontakt. Obowiązuje zasada unikania niepotrzebnego żargonu medycznego – używajmy prostego, zrozumiałego języka (chyba, że akurat zdarzy się, iż rodzice małego pacjenta mają wykształcenie medyczne), a w razie potrzeby wyjaśniamy specjalistyczną terminologię i – w miarę możliwości – wszelkie wątpliwości. Chcąc uzyskać niezbędne informacje, warto stosować kombinację pytań zamkniętych i otwartych, nie zapominajmy też o technikach aktywnego słuchania (np. klaryfikacji, parafrazy). Używajmy również sygnałów niewerbalnych: potakiwania, pochylania się w kierunku rozmówcy, utrzymywania kontaktu wzrokowego. W ten sposób zachęcamy do dzielenia się informacjami i odczuciami, okazujemy, że jesteśmy gotowi wysłuchać i wspierać rodziców w procesie leczenia dziecka. Pamiętajmy jednak, że skuteczna komunikacja wymaga czasu, odpowiednich warunków i umiejętności.

## Osoby starsze

Ogólne zasady skutecznej komunikacji obowiązują niezależnie od wieku naszego rozmówcy, ale zawsze musimy wziąć pod uwagę konkretne potrzeby i możliwości drugiej strony. Jedną z ważnych kwestii w wypadku starszych pacjentów jest czas – starsze osoby mogą nie nadążać za tokiem naszego rozumowania i wypowiedzi. Oczywiście nie dotyczy to wszystkich. Sam wiek pacjenta niewiele nam mówi (możemy spotkać 60-latkę z poważnymi problemami i żwawą 80-latkę z umysłem jak brzytwa), a może uruchomić szkodliwe stereotypy na temat osób starszych. Niemniej jednak musimy być przygotowani na to, że starszemu pacjentowi trzeba poświęcić więcej czasu. Warto również zadbać o ciche, spokojne pomieszczenie, tak aby nic (bodźce wzrokowe, słuchowe) nie rozpraszało uwagi pacjenta. Osoby starsze mogą mieć problemy ze wzrokiem i słuchem (nawet jeśli mają okulary czy włączony aparat słuchowy), a także z koncentracją i pamięcią. Ponadto osoby starsze mogą cierpieć z powodu zaburzeń równowagi, problemów ze strony układu ruchu. Dlatego w razie potrzeby pomożmy pacjentowi przemieścić się z pomieszczenia do pomieszczenia, a jeśli pacjent musi poczekać, zadbajmy w miarę możliwości o jego komfort i bezpieczeństwo. Posadźmy lub połóżmy go w cichym wygodnym miejscu i zaglądamy często sprawdzając, czy wszystko w porządku. Pomóżmy również pacjentowi w wypełnianiu dokumentów – formularze często mają małą czcionkę, a instrukcje i pytania nie zawsze są jasne i zrozumiałe, nawet dla przeciętnego zdrowego i sprawnego dorosłego.

W sytuacji bezpośredniego kontaktu starajmy się przestrzegać podstawowych zasad uprzejmości, np. przedstawiając się na początku rozmowy i wyjaśniając naszą rolę. To nie tylko pozwala nam nawiązać porozumienie i stworzyć pozytywną atmosferę, ale daje pacjentowi czas na oswojenie się z sytuacją i pomaga mu poczuć się pewniej i bezpieczniej. Podczas rozmowy powinniśmy siedzieć lub stać na wprost pacjenta (twarzą w twarz) – jeśli nasz rozmówca ma problemy ze słuchem, to być może czytanie z ruchu warg ułatwi mu zrozumienie. Pamiętajmy również o nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktu wzrokowego. Przyjmuje się, że kontakt wzrokowy powinien być utrzymywany przez około 50 proc. czasu, aby obie strony czuły się komfortowo. Ze względu na ewentualne deficyty słuchu u pacjenta, starajmy się mówić powoli wyraźnie, dość głośno i raczej niskim tonem (krzyk i wysokie dźwięki są nieprzyjemne także dla osób z problemami ze słuchem). Używajmy krótkich prostych i zrozumiałych zdań – bez niepotrzebnego żargonu – oraz unikajmy pośpiechu i przeskakiwania z tematu na temat. Omawiajmy tylko jedną sprawę na raz, aby pacjent nie stracił wątku. W razie potrzeby warto wspomagać się ilustracjami, modelami czy wykresami, aby wyjaśnić bardziej skomplikowane kwestie. Wszelkie instrukcje i zalecenia powinny być jasne i konkretne. Jeśli np. pacjent powinien przyjmować więcej płynów, lepiej powiedzieć „Proszę wypijać dziennie przynajmniej 6 szklanek wody i soków” niż po prostu: „Proszę więcej pić”.

Bardzo ważną rolę w podczas komunikacji z osobami starszymi odgrywają umiejętności aktywnego słuchania i empatii. Kontakt wzrokowy i sygnały werbalne („mhm”, „tak”, „oczywiście”) oraz niewerbalne (potakiwanie, uśmiech) – potwierdzające, że słuchamy z uwagą i rozumiemy komunikat – mogą działać cuda. Stosowanie parafrazy i klaryfikacji pomaga nam dokładnie zrozumieć, co pacjent ma na myśli i upewnić się, że on sam dobrze nas zrozumiał. Zadawajmy pytania otwarte, by uzyskać różne informacje, a pytania zamknięte, by doprecyzować szczegóły. Warto również często podsumowywać to, co już zostało omówione – dzięki temu pacjent będzie lepiej pamiętał treść rozmowy. Czasem lepiej powtórzyć daną informację kilka razy niż ryzykować, że pacjent jej nie zapamięta. W czasie komunikacji ze starszymi pacjentami warto także rozważyć zaangażowanie rodziny pacjenta zarówno jako źródła informacji, jak i jako wsparcia dla pacjenta w procesie leczenia (co wymaga przekazania bliskim niezbędnej wiedzy na temat choroby i stanu chorego).

Słuchajmy, nie przerywając. Dajmy też pacjentowi czas na zastanowienie się nad tym, co chce powiedzieć, nawet jeśli będzie potrzebował na to dłuższej chwili. To nie tylko kwestia grzeczności, ale skuteczności procesu komunikacji. Przerywanie czy kończenie wypowiedzi za pacjenta może spowodować, że nie uzyskamy istotnych informacji, a pacjent nie będzie w stanie ponownie skoncentrować się na temacie (i np. przypomnieć sobie, co chciał przed chwilą powiedzieć). Z kolei czas na zastanowienie się nad odpowiedzią pozwala pacjentowi zebrać myśli i znaleźć odpowiednie słowa, aby opisać daną kwestię. Pozwólmy również pacjentowi wyrażać jego emocje i reagujmy na nie. Chodzi tutaj przede wszystkim o empatyczne zrozumienie sytuacji pacjenta – używajmy takich zwrotów i sformułowań, jak „To musi być dla pani trudne”, „Przykro mi, że ma pan takie trudności. Możemy spróbować razem jakoś temu zaradzić” itp. Nie zajmuje to wiele czasu, a znacznie poprawia jakość relacji z pacjentem.

Na koniec rozmowy upewnijmy się, że pacjent pamięta najważniejsze kwestie: jaki jest jego główny problem ze zdrowiem, co powinien zrobić, dlaczego to, co ma robić jest ważne.

Można np. poprosić pacjenta o podsumowanie tego, co usłyszał – tak, jakby miał nas nauczyć tego, czego się właśnie dowiedział. Warto też zapytać o ewentualne bariery, które mogą przeszkadzać w wypełnianiu zaleceń. Dobrym pomysłem jest również zanotowanie najważniejszych informacji i rekomendacji. Jeśli dajemy pacjentowi jakiegokolwiek wskazówki na piśmie, upewnijmy się, że są one czytelne i zrozumiałe – w przypadku osób starszych najlepiej pisać dużymi wyraźnymi literami, ewentualnie dużą czcionką na komputerze.

### Literatura:

1. S. Kraszewski, A. Mc Ewen, Communication skills for adult nurses, 2010
2. T. Long, V. Lambert, D. Kelleher, Communication skills for children's nurses, 2012.

mgr Agata Wężyk  
psycholog  
Instytut Medycyny Pracy

Serdeczne podziękowanie Panu dr n. med. **Ryszardowi Wlazłowskiemu** – ordynatorowi pododdziału kardiologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Zgierzu za fachową opiekę nad całym oddziałem.

Szczególne podziękowanie składam Pani dr **Annie Czekałskiej-Antczak** za profesjonalizm, życzliwość, okazaną troskę i dużo serca oddawanego wszystkim pacjentom.

Na ręce pielęgniarki oddziałowej Pani **Anety Wodarczyk** kieruję podziękowania dla wszystkich pielęgniarek za serdeczność, zrozumienie i życzliwe podejście do pacjentów.

Podziękowania składam również paniom salowym – Pani Małgosi i Pani Izie, które na każdą prośbę pacjentów, niosą pomoc i mają dla wszystkich dobre słowo.

Wszystkim przyszłym pacjentom życzę, jeżeli znajdą się w szpitalu, aby trafili na tak wspinały oddział, jakim jest kardiologia WSS w Zgierzu.

Z poważaniem  
Mirosława Kłosińska z rodziną

W dniu 16 marca 2018 r. odbyło się Łódzkie Spotkanie Pielęgniarek Operacyjnych „Drugie życie pacjentów z perspektywy pielęgniarki operacyjnej”. Spotkanie zorganizowane było na bardzo wysokim poziomie, ciekawi goście, przedstawiający pracę pielęgniarki operacyjnej z innej perspektywy.

Nareszcie ma ukazać się opracowanie norm zatrudnienia dla pielęgniarek operacyjnych – wiedza nie do przecenienia. Prawnik bardzo jasno przybliżył nam aspekty prawne dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej na bloku operacyjnym.

A prawdziwą wisienką na torcie było spotkanie z koordynatorami różnego szczebla i uzyskanie wiedzy na temat jego pracy, ile wysiłku różnych osób jest niezbędne do zorganizowania transplantacji (zwłaszcza wielonarządowej), ciekawie został przedstawiony temat opieki nad zmarłym dawcą narządów oraz jak przebiega pobranie wielonarządowe i jak my osoby biorące w nim udział musimy radzić sobie ze stresem.

Niezwykle emocjonujące było też spotkanie z pacjentem po przeszczepie nerki oraz matki dawcy, która powiedziała nam, z jakimi emocjami musiała sobie radzić podczas podejmowania tej najtrudniejszej decyzji i teraz po kilku latach od podarowania narządów własnego dziecka innym potrzebującym.

Pragnę bardzo podziękować organizatorom tej konferencji za bardzo ciekawy dobór tematów, wykładowców i doskonałą organizację.

Z poważaniem  
Dorota Bartnik

Oddziałowa Bloku Operacyjnego Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Wyszyńskiego w Warszawie



## Wspomnienie o pielęgniarce Alinie Warzesze

W listopadzie 2017 r. na cmentarzu św. Anny przy ul. Lodowej na Zarzewie pożegnaliśmy Alę Warzechę, urodzoną 7 maja 1931 r., a która odeszła od nas na zawsze 2 listopada 2017 r.

Ala była naszą Przyjaciółką i Koleżanką – te dwa określenia są jak najbardziej adekwatne.

Truizmem jest stwierdzenie, że śmierć jest etapem naszego życia, etapem, który dotyka nas wyjątkowo boleśnie, niezależnie od wieku odejścia z tego świata – czy w wieku młodszym czy w późnej starości. Banałem jest również stwierdzenie, że nasi zmarli żyją tak długo, jak długo o nich pamiętamy. Tutaj trzeba koniecznie dodać: Jak ich pamiętamy.

I tak będzie z Alą, której grób za jakiś czas będą mijać ludzie, którzy powiedzą: W jakim ładnym wieku odeszła... Ale czy dla nas znaczy to – to samo?

Ala Warzecha była świetną pielęgniarką, kompetentną i odpowiedzialną. Czy tylko? Była wspaniałym człowiekiem, pełnym taktu, kultury i uroku osobistego. O ile wiem, całe swoje życie pracowała z chorymi dziećmi, ale nigdy nie była czulostkowa – natomiast była niezwykle czułą dla małych pacjentów i taktowną, pełną zrozumienia dla ich rodziców.

Ala pracowała w „Szpitalu na Spornej” (celowo tak nazywam ten Szpital). Ale powiedzieć: „pracowała” – to stanowczo za mało: Ala była wizytówką tego Szpitala, jego twarzą. Tak to już jest, że każdą instytucję tworzą ludzkie twarze i ich osobowości. Szpital przy Spornej miał i chyba ma nadal to wielkie szczęście, że reprezentowali go i reprezentują ludzie o ludzkich twarzach i o odpowiednich osobowościach.

U Ali było to niezwykle ważne, bo pracowała w izbie przyjęć, gdzie zawsze następuje zderzenie między przerażonymi rodzicami i przerażonym dzieckiem a chłodnym zawodowo personelem. Ala, dzięki swojej osobowości, kulturze i taktowi, potrafiła ten dystans złągodzić.

Podsumowując: Ala Warzecha była przez wiele, wiele lat jedną z bardzo ważnych Twarzy Szpitala przy Spornej. I znów pytanie: Czy tylko? Używając dzisiejszej polszczyzny, była dla wielu z nas fantastyczną super kumpelą, potrafiącą złągodzić stres dyżurów – zwłaszcza w tak szczególne dni, jak Święta Bożego Narodzenia lub Wielkiej Nocy.

Ja taką Ją będę pamiętać – i myślę, że wielu z nas również.

Żegnaj Alu, a w moim wieku mogę powiedzieć: Do zobaczenia...

dr n. med. Jerzy Jeske  
Kierownik Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii w latach 1981–1987  
Centralnego Szpitala Klinicznego UM,  
Ośrodka Pediatrycznego im. M. Konopnickiej przy Spornej w Łodzi

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

### Przynależność pielęgniarek i położnych do samorządu jest obowiązkowa.

Na wniosek osoby posiadającej dyplom ukończenia studiów na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo okręgowa rada pielęgniarek i położnych stwierdza lub przyznaje prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz dokonuje wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych.

Pielęgniarka i położna stają się członkami samorządu z dniem wpisania do rejestru prowadzonego przez właściwą izbę.

Członkami Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi są pielęgniarki i położne, które mają stwierdzone lub przyznane prawo wykonywania zawodu i pozostają wpisane do rejestru prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi jest jednostką organizacyjną samorządu, obejmującą zakresem swojego działania miasto Łódź oraz powiaty: bełchatowski, kutnowski, łęczycki, łódzki wschodni, opoczyński, pabianicki, pajęczański, piotrkowski, radomszczański, rawski, skierniewicki, tomaszowski, wieluński, zgierski.

### Przypominamy o obowiązku dokonania wpisu do rejestru:

- ▶ w razie zgłoszenia zamiaru wykonywania zawodu na obszarze działania dwóch lub więcej okręgowych izb pielęgniarka i położna są obowiązane dokonać wyboru okręgowej izby, której będą członkami
- ▶ w przypadku zamiaru rozpoczęcia wykonywania zawodu na obszarze innej okręgowej izby, a także w przypadku wykonywania zawodu na obszarze działania dwóch lub więcej okręgowych izb, jeżeli w wyniku tego miałyby dojść do zmiany dotychczasowej okręgowej izby, pielęgniarka i położna składają wniosek o wykreślenie ich z rejestru dotychczasowej okręgowej izby wraz z informacją o dokonanym wyborze okręgowej izby, której chcą zostać członkami
- ▶ po otrzymaniu uchwały o wykreśleniu z rejestru z dotychczasowej okręgowej izby pielęgniarka i położna składają wniosek o wpis do rejestru wybranej przez siebie okręgowej izby
- ▶ w przypadku wykonywania zawodu wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka i położna składają wniosek o wykreślenie z rejestru wraz z informacją o miejscu wykonywania zawodu

### Członkowie samorządu są obowiązani:

- ▶ postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu
- ▶ sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe
- ▶ przestrzegać uchwał organów izby
- ▶ regularnie opłacać składkę członkowską
- ▶ aktualizować dane w rejestrze pielęgniarek i rejestrze położnych – w ciągu 14 dni od dnia powstania zmian. Dotyczy to w szczególności: danych osobowych, adresu zamieszkania, informacji o ukończeniu kształcenia podyplomowego, miejsca zatrudnienia



## UPRAWNIENIA CZŁONKÓW OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁODZI

### Członkowie samorządu mają prawo:

- ▶ wybierać i być wybierani do organów OIPIP w Łodzi
- ▶ korzystać z pomocy izby w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz ochrony właściwych warunków wykonywania zawodu
- ▶ korzystać z ochrony i pomocy prawnej izby
- ▶ korzystać z innych świadczeń izby i działalności samopomocowej
- ▶ członkowie OIPIP w Łodzi podlegają bezpłatnemu ubezpieczeniu w zakresie odpowiedzialności cywilnej związanej z wykonywaniem zawodu

### Zapraszamy do korzystania z pomocy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w zakresie:

- ▶ **bezpłatnego udziału w formach kształcenia podyplomowego:**
  - szkoleniach specjalizacyjnych
  - kursach kwalifikacyjnych
  - kursach specjalistycznych
  - kursach doszkalających
- ▶ **bezpłatnego udziału w różnych formach doskonalenia zawodowego**

Zasady udziału członków OIPIP w Łodzi w formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego m.in. organizowanego przez OIPIP w Łodzi określone zostały Uchwałą Nr 862/VI ORPiP w Łodzi z dnia 8 października 2013 r. w sprawie zasad dofinansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia i doskonalenia zawodowego (ze zm.) – tekst na stronie internetowej OIPIP w Łodzi: [www.oipp.lodz.pl/zasady przyznawania dofinansowania](http://www.oipp.lodz.pl/zasady_przyznawania_dofinansowania)

Wykaz prowadzonych form kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego organizowanego i finansowanego z budżetu OIPIP w Łodzi – aktualizowany jest na bieżąco na stronie internetowej: [www.oipp.lodz.pl/ksztalcenie podyplomowe](http://www.oipp.lodz.pl/ksztalcenie_podyplomowe)

- ▶ **pomocy finansowej w związku z wystąpieniem zdarzeń losowych członków samorządu**

Zasady udzielania zapomóg w ramach działalności OIPIP w Łodzi określone zostały Uchwałą nr 908/VI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 13 listopada 2013 r. w sprawie regulaminu udzielania zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (ze zm.) – tekst na stronie internetowej OIPIP w Łodzi [www.oipp.lodz.pl/pomoc socjalna](http://www.oipp.lodz.pl/pomoc_socjalna)
- ▶ **bezpłatnej pomocy prawnej dotyczącej wykonywanego zawodu**

Bezpłatne porady prawnika w siedzibie OIPIP w Łodzi
- ▶ **bezpłatnego korzystania z zasobów biblioteki OIPIP w Łodzi**
- ▶ **lektury Biuletynu OIPIP w Łodzi, zawierającego informacje dotyczące zarówno życia samorządu zawodowego jak i artykuły merytoryczne związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej**