



# Wykorzystanie zaawansowanych kompetencji pielęgniarek stomijnych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – propozycja modelu pielęgniarskiej porady stomijnej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

## Utilising advanced competencies of ostomy nurses in outpatient specialist care – a proposed model of ostomy nursing advice in outpatient specialist care

Magdalena Leyk-Kolańczak <sup>1,2</sup>, Jarosław Kobiela<sup>1,2</sup>,  
Beata Wieczorek-Wójcik <sup>3</sup>, Katarzyna Cierzniańska <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Gdański Uniwersytet Medyczny, Polska

<sup>2</sup> Klinika Chirurgii Onkologicznej, Transplantacyjnej i Ogólnej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Polska

<sup>3</sup> Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Pomorski w Słupsku, Polska

<sup>4</sup> Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska

### Adres do korespondencji

Katarzyna Cierzniańska, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, ul. Łukasiewicza 1, 85-821 Bydgoszcz, e-mail: [katarzyna.cierznianska@bizei.pl](mailto:katarzyna.cierznianska@bizei.pl)

Nadesłano: 26.02.2026; Zaakceptowano: 25.04.2026

### Streszczenie

Dostęp do opieki stomijnej w Polsce jest ograniczony, zwłaszcza po likwidacji w 2003 r. samodzielnych poradni stomijnych. Doświadczenia zagraniczne wskazują, że ambulatoryjna opieka stomijna prowadzona przez pielęgniarki jest efektywnym rozwiązaniem zarówno dla pacjentów, jak i całego systemu ochrony zdrowia. W pracy, na podstawie wybranych studiów przypadków, przedstawiono możliwości wykorzystania aktualnych kompetencji zawodowych pielęgniarek w świadczeniu usług stomijnych w ramach funkcjonującej porady pielęgniarskiej w dziedzinie chirurgii ogólnej w AOS. Omówiono także bariery ograniczające pełne wykorzystanie tych kompetencji, co uzasadnia potrzebę stworzenia odrębnej pielęgniarskiej porady stomijnej w AOS. Celem pracy było przedstawienie modelu specjalistycznej pielęgniarskiej porady stomijnej, który uwzględni stopniowanie kompetencji pielęgniarek oraz możliwości ich rozwoju w polskim systemie ochrony zdrowia.

**Słowa kluczowe:** pielęgniarka stomijna, porada stomijna, kompetencje pielęgniarskie, zaawansowana praktyka pielęgniarska, ambulatoryjna opieka pielęgniarska.

### Abstract

Access to ostomy care in Poland is limited, particularly following the closure of independent ostomy clinics in 2003. International experience indicates that nurse-led outpatient ostomy care is an effective solution for both patients and healthcare systems.

This paper presents, based on selected case studies, how nurses' current professional competencies can be utilised to deliver ostomy services within existing general surgery nursing care in the outpatient setting. Barriers that limit the full use of these competencies are also discussed, highlighting the need for a separate, specialised ostomy nursing service.

The aim of this paper is to propose a model of specialised ostomy nursing care, including a framework for grading nurses' competencies and identifying opportunities for their professional development within the Polish healthcare system.

**Key words:** stoma nurse, stoma consultation, nursing competencies, Advanced Nursing Practice, outpatient nursing care.

### Wprowadzenie

Wyłonienie stomii wydalniczej istotnie wpływa na jakość życia pacjentów oraz może prowadzić do

wystąpienia powikłań w sferze psychicznej, seksualnej, społecznej i ekonomicznej [1–3]. Z tego względu pacjenci ze stomią wymagają kompleksowej,

wielospecjalistycznej opieki. W okresie okołoperacyjnym działania zespołu interdyscyplinarnego koncentrują się przede wszystkim na edukacji pacjenta oraz jego bliskich. Proces edukacji jest ukierunkowany na osiągnięcie samodzielności w zakresie pielęgnacji stomii, właściwy dobór sprzętu stomijnego, wczesne wykrywanie powikłań oraz zapewnienie wsparcia w procesie adaptacji do nowej sytuacji życiowej [4].

Opieka nad osobami ze stomią powinna być nie tylko kompleksowa, lecz także długofalowa, ponieważ powikłania okołostomijne mogą występować zarówno we wczesnym okresie po wyłonieniu stomii, jak i przez cały czas jej posiadania. Najczęściej występującymi miejscowymi powikłaniami okołostomijnymi są powikłania dermatologiczne, które klasyfikuje się jako uszkodzenia skóry związane z wilgocią (*peristomal moisture-associated skin damage* – PMASD) lub urazy skóry związane z przylepcem medycznym (*peristomal medical adhesive-related skin injury* – PMARSI) [5]. Uszkodzenia skóry związane z wilgocią wynikają z drażnienia skóry treścią wydalaną przez stomię i mogą przybierać różny stopień nasilenia – od kontaktowego zapalenia skóry, przez nadżerki, aż do głębokich owrzodzeń. Rozległość i nasilenie zmian zależą od czasu ekspozycji oraz rodzaju drażniącej treści [6]. Do PMARSI zalicza się urazy mechaniczne, owrzodzenia odleżynowe związane ze stosowaniem płytki convex, alergiczne zapalenie skóry oraz zapalenie mieszków włosowych [7]. Częstość występowania powikłań dermatologicznych w literaturze jest bardzo zróżnicowana i waha się w zakresie 11–88%, co wynika m.in. z niejednorodności badanych grup, stosowanych metod klasyfikacji zmian skórnych oraz czasu prowadzenia badań. W zapobieganiu i leczeniu najczęstszych powikłań dermatologicznych kluczową rolę odgrywają pielęgniarki stomijne, podczas gdy dermatolodzy są zaangażowani w przypadku zaawansowanych zmian [8]. Miejscowe, chirurgiczne powikłania okołostomijne występują rzadziej niż powikłania dermatologiczne, choć ich częstość, zależnie m.in. od typu stomii, trybu zabiegu i czasu przeprowadzania badania, może sięgać 20–70%. Dość często nie wymagają leczenia operacyjnego, lecz postępowania zachowawczego [9], co, podobnie jak w przypadku powikłań dermatologicznych, wiąże się z potrzebą stałego, często wielomiesięcznego kontaktu pacjenta z pielęgniarką stomijną.

Dostęp do opieki stomijnej w Polsce obecnie jest ograniczony z powodu likwidacji w 2003 r. samodzielnych poradni stomijnych i przeniesienia ich

funkcji do poradni chirurgicznych, onkologicznych i proktologicznych, w których nie zawsze zatrudniony jest personel posiadający doświadczenie i wiedzę w zakresie specjalistycznej opieki stomijnej [10]. Dodatkowo czas pobytu pacjenta w szpitalu znacząco się skrócił w związku z wprowadzeniem Protokołu Kompleksowej Opieki Okołoperacyjnej (*Enhanced Recovery After Surgery* – ERAS) [11]. W rezultacie większość opieki stomijnej musi być realizowana poza oddziałem szpitalnym, co wymaga nowych form poradnictwa oraz wsparcia pacjenta.

Jednym z rozwiązań problemu ograniczonego dostępu do opieki stomijnej od 2023 r. jest wprowadzenie pielęgniarskiej porady stomijnej w ramach kompleksowej opieki pielęgniarskiej (KOP), realizowanej przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) [12]. Z uwagi na ograniczony, podstawowy zakres usług porady, wymagane włączenie pacjenta do programu nie później niż 14 dni od wypisu ze szpitala oraz często brak doświadczenia w opiece nad pacjentami ze stomią u części personelu POZ, porady te obejmują tylko niewielką grupę pacjentów.

W celu zapewnienia pacjentom dostępu do opieki stomijnej, pielęgniarki stomijne wykorzystują możliwość prowadzenia samodzielnych porad pielęgniarskich w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w poradniach chirurgicznych. Jednak standard organizacji porady oraz zakres świadczeń, które mogą być udzielane, są bardzo ograniczone [13]. W konsekwencji kompetencje pielęgniarek stomijnych nie są w pełni wykorzystywane, a pacjenci nie zawsze otrzymują kompleksowe wsparcie.

## Cel pracy

Mając na uwadze ograniczenia w organizacji opieki stomijnej w Polsce, niniejsza praca ma na celu przedstawienie koncepcji modelu specjalistycznej pielęgniarskiej porady stomijnej, który uwzględnia stopniowanie kompetencji wykorzystywanych do udzielania samodzielnych świadczeń w ramach porady pielęgniarki stomijnej w AOS.

## Materiał i metody

Praca ma charakter opracowania koncepcyjno-przeładowego. Praktyka pielęgniarska oparta na dowodach i doświadczeniu przekłada się na lepsze wyniki leczenia pacjentów. Jednak niewątpliwie to możliwości realizacji praktyki pielęgniarskiej w odniesieniu do obowiązującego systemu organizacji opieki zdrowotnej przekładają się na dostęp do opieki i realną satysfakcję pacjenta i jego opiekunów.

Tłem do przygotowania propozycji modelu organizacji porady stomijnej w AOS w warunkach polskiego systemu ochrony zdrowia, były doświadczenia pielęgniarek w innych krajach. W tym celu dokonano przeglądu piśmiennictwa w bazie PubMed, posługując się wieloma słowami kluczowymi: „clinical nurse specialist”, „role”, „stoma”, „quality of life”, „stoma nurse”, „stoma consultation”, „nursing competencies”, „advanced practice nursing”, „outpatient nursing care”. Selekcja publikacji została ograniczona do badań międzynarodowych opublikowanych w ostatnich pięciu latach, w których wnioski wskazywały na poprawę wyników klinicznych i jakości życia pacjentów ze stomią w przypadku objęcia ich kompleksową opieką pielęgniarek stomijnych. Wyniki badań oraz własne doświadczenia stanowiły skuteczną argumentację do przedstawienia propozycji modelu specjalistycznej pielęgniarstwiej porady stomijnej, uwzględniającego stopniowanie kompetencji pielęgniarek oraz potencjalne kierunki rozszerzenia kompetencji pielęgniarki stomijnej. Praktyczne zastosowanie kompetencji pielęgniarek stomijnych zostało zaprezentowane na przykładach starannie wybranych krótkich opisów przypadków stanowiących jedynie przykłady ilustracyjne pochodzące z praktyki Gabinetu stomijnego Poradni Chirurgii Ogólnej w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku.

### Zaawansowane kompetencje pielęgniarek stomijnych – doświadczenia międzynarodowe

Znaczenie roli pielęgniarek stomijnych jako kluczowych członków zespołów opieki stomijnej podkreślają liczne badania. Pacjenci pozostający pod ich opieką prezentowali wyższą jakość życia [14, 15], lepiej radzili sobie z samoopieką [15, 16] oraz wykazywali większą gotowość do wypisu ze szpitala [16]. Dostęp do opieki stomijnej świadczonej przez pielęgniarki stomijne wpływa również na zmniejszenie częstości występowania okołostomijnych powikłań dermatologicznych [17]. Ponadto taka opieka pozytywnie wpływa na proces adaptacji do życia ze stomią, zmniejszając poczucie niepewności u pacjentów z nowo wyłonioną stomią oraz zapewniając im wsparcie [18]. Włączenie członków rodziny do procesu edukacji oraz prowadzenie szerokiej działalności edukacyjnej skierowanej do społeczeństwa przez pielęgniarki stomijne przyczynia się także do redukcji stygmatyzacji [16]. Wszystkie te działania przekładają się na wyższą satysfakcję pacjentów z opieki uzyskanej od pielęgniarek stomijnych [19].

Aby w pełni realizować swoją rolę, pielęgniarki stomijne muszą dysponować szerokim zakresem kompetencji. Panattoni i wsp. w dokonanej metaanalizie podkreślili znaczenie edukacji terapeutycznej jako jednej z kluczowych kompetencji, łączącej działania edukacyjne skierowane do pacjenta i jego bliskich z zapewnianiem wsparcia psychologicznego. Do pozostałych głównych kompetencji należą wyznaczanie miejsca stomii przed operacją, dobór i wystawienie zleceń na sprzęt stomijny oraz zapobieganie i leczenie powikłań okołostomijnych [22]. Zakres tych działań może różnić się w zależności od wykształcenia pielęgniarki i systemu opieki w danym kraju, co odzwierciedla zróżnicowanie modeli opieki stomijnej na świecie.

W Stanach Zjednoczonych pielęgniarki specjalizujące się w opiece stomijnej funkcjonują w trzystopniowym modelu kompetencyjnym, w którym każdy poziom różni się zakresem autonomii, kompetencjami oraz wymaganym wykształceniem i certyfikacją. Na poziomie pierwszym pielęgniarki realizują standardową opiekę stomijną, edukują pacjentów i ich opiekunów oraz wspierają ich psychologicznie, pracując pod nadzorem lekarza lub pielęgniarki zaawansowanej praktyki (*Advanced Practice Nursing* – APN). Mają one wykształcenie licencjackie i certyfikat ukończenia akredytowanego kursu opieki stomijnej. Poziom drugi obejmuje pielęgniarki z wykształceniem minimum magisterskim i certyfikatem ukończenia akredytowanego kursu opieki stomijnej, które podejmują bardziej złożone decyzje kliniczne, koordynują opiekę i uczestniczą w leczeniu powikłań, mając większą autonomię, choć część decyzji konsultują z APN lub lekarzem. Na poziomie trzecim pielęgniarki mają pełną autonomię kliniczną dzięki posiadaniu certyfikatu APN oraz ukończeniu certyfikowanego kursu z zaawansowanej opieki stomijnej. Mogą one zlecać sprzęt stomijny, prowadzić edukację zespołu, uczestniczyć w badaniach naukowych i samodzielnie podejmować decyzje w skomplikowanych przypadkach [21]. Taki model pozwala dostosować rolę pielęgniarki do doświadczenia, wykształcenia i certyfikacji, zapewniając wysoką jakość opieki stomijnej.

W Wielkiej Brytanii rola pielęgniarki stomijnej funkcjonuje w ramach stanowiska *Clinical Nurse Specialist* (CNS, z ang. specjalistka pielęgniarstwa klinicznego), które cechuje wysoki stopień autonomii klinicznej. CNS wyznaczają przedoperacyjnie miejsca na stomię, a następnie prowadzą kompleksową opiekę nad pacjentem z wyłonioną stomią – planują i prowadzą edukację pacjenta i jego opiekunów, dobierają sprzęt stomijny oraz podejmują decyzje dotyczące

leczenia powikłań i wsparcia w adaptacji do nowej sytuacji życiowej. Rola CNS obejmuje także przywództwo, edukację personelu oraz udział w rozwoju praktyki klinicznej i badaniach, dzięki czemu realizuje wszystkie cztery filary APN [22].

W Australii i Kanadzie pielęgniarki stomijne dysponują wysokim stopniem autonomii klinicznej, samodzielnie wyznaczając miejsce stomii przed operacją oraz prowadząc kompleksową opiekę nad pacjentami z wylonioną stomią, obejmującą dobór sprzętu, edukację i zarządzanie powikłaniami. W Kanadzie pielęgniarki stomijne są formalnie uznanymi specjalistkami z certyfikacją Kanadyjskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek, które działają w szpitalach, poradniach ambulatoryjnych i w środowisku domowym, realizując holistyczną opiekę stomijną [23]. W Australii pielęgniarki stomijne pełnią analogiczną rolę, wspierając pacjentów przed- i pooperacyjnie oraz prowadząc edukację pacjentów i personelu, zgodnie z krajowymi standardami pielęgniarskiej praktyki stomijnej [24]. Rola ta pozwala realizować wszystkie cztery filary APN.

W krajach skandynawskich opieka stomijna koncentruje się na kontynuacji opieki po wypisie, realizowanej przez pielęgniarki stomijne. Zgodnie ze szwedzkimi rekomendacjami pacjenci z nowo wylonioną stomią powinni pozostawać pod kontrolą pielęgniarki stomijnej, która przeprowadza 4–5 wizyt w ciągu pierwszego roku po operacji. Celem wizyt jest kontynuacja edukacji, wsparcie w adaptacji do nowej sytuacji, ocena stomii i skóry wokół niej, modyfikacja sprzętu stomijnego oraz zapobieganie i leczenie powikłań okołostomijnych [25]. Podobny model funkcjonuje w Norwegii, gdzie pielęgniarki stomijne prowadzą zaplanowane wizyty kontrolne w ramach AOS. Wizyty odbywają się 3 tygodnie po operacji, a następnie w 3., 6. i 12. miesiącu, a później co roku. Podczas wizyt przeprowadzana jest kontrola kliniczna, w tym ocena stomii i skóry wokół niej, dobór sprzętu, edukacja oraz wsparcie pacjenta [26].

Doświadczenia międzynarodowe pokazują, że wysokie kompetencje pielęgniarek stomijnych znacząco wpływają na jakość życia pacjentów oraz efektywne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia. Wcześniejsze obserwacje w Skandynawii potwierdziły, że wielokrotne wizyty kontrolne w ramach AOS pozwalają skutecznie edukować pacjentów, wspierać ich adaptację oraz zapobiegać powikłaniom okołostomijnym, tworząc solidny punkt odniesienia dla dalszych badań w innych krajach. W Hiszpanii zbadano efektywność pielęgniarek stomijnych i wykazano, że pacjenci korzystający z wizyt specjalistycznych u pielęgniarek rzadziej korzystali z usług POZ, innych

specjalistów czy oddziałów ratunkowych, co przyniosło wymierne korzyści finansowe [15]. W rejonie Andaluzji przeprowadzono także badanie obejmujące 12 szpitali, które wdrożyły model opieki stomijnej oparty na pielęgniarkach stomijnych zaawansowanej praktyki (*Advanced Practice Nurse in the care of people with ostomies* – APN-O). Porównanie tego modelu z opieką standardową wykazało poprawę wyników klinicznych i jakości życia pacjentów, a także dodatkowe oszczędności finansowe dzięki zmniejszeniu powikłań i bardziej efektywnemu wykorzystaniu usług zdrowotnych [27]. Podobne obserwacje wskazano w Stanach Zjednoczonych, gdzie analiza roli pielęgniarek (*Wound, Ostomy, and Continence Advanced Practice Nurse – WOC/APN*) wykazała poprawę wyników klinicznych oraz efektywne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia, co podkreśla ekonomiczne uzasadnienie wysokich kompetencji pielęgniarek stomijnych [28]. Wprowadzenie najwyższego poziomu kompetencji, w tym ról APN, nie tylko zmieniło sposób prowadzenia porad i klinik stomijnych, lecz także przyniosło wymierne korzyści dla pacjentów i systemów opieki zdrowotnej, co może stanowić argument za wdrożeniem podobnego modelu w polskim systemie ochrony zdrowia.

### **Udzielanie świadczeń z zakresu opieki stomijnej w ramach porady pielęgniarskiej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej**

W 2019 r., wraz z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2019 r., zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, pielęgniarki i położne uzyskały możliwość udzielania samodzielnych świadczeń w ramach porady pielęgniarskiej w dziedzinach chirurgii ogólnej, diabetologii i kardiologii oraz porady położnej w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Rozporządzenie określa warunki realizacji świadczenia, w tym: zakres świadczeń, kwalifikacje personelu, dostępność badań lub procedur medycznych, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz standard i organizację udzielanych świadczeń [13].

Porada pielęgniarska w chirurgii ogólnej (tab. I), koncentruje się głównie wokół leczenia ran, co odzwierciedla zapotrzebowanie dużej części pacjentów stomijnych, z uwagi na dość częste występowanie u nich powikłań dermatologicznych [5–8].

Praktyczne wykorzystanie porady pielęgniarskiej w opiece stomijnej znajduje odzwierciedlenie w przykładowym pierwszym opisie przypadku.

**Tabela I.** Zakres świadczeń porady pielęgniarstwa – chirurgii ogólnej realizowanej samodzielnie w AOS [13]

<p>Zakres świadczenia Porada pielęgniarstwa – chirurgia ogólna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego lub</li> <li>• ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, lub</li> <li>• wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, lub</li> <li>• ordynacja leków zawierająca określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, substancje odurzające i substancje psychotropowe, lub</li> <li>• wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, substancje odurzające i substancje psychotropowe</li> </ul>
---

## Pierwszy opis przypadku

### Charakterystyka pacjenta

Mężczyzna, 67 lat, z kolostomią końcową wylonioną około rok temu z powodu raka odbytnicy. Stan po amputacji kończyny dolnej. Pacjent porusza się na wózku siedzącym. W ostatnich miesiącach masa ciała chorego zwiększyła się o około 10 kg. Pacjent zgłosił się do AOS na polecenie pielęgniarki POZ, w ramach skierowania otwartego po wypisie ze szpitala, z powodu niegojącej się od ponad dwóch miesięcy rany okołostomijnej powodującej nawracające podciekanie treści jelitowej pod płytkę i dolegliwości bólowe. Do czasu wystąpienia rany stomia była zaopatrywana samodzielnie przez pacjenta sprzętem dwuczęściowym typu convex, dobranym w okresie pooperycyjnym w AOS. Leczenie rany było początkowo prowadzone przez pielęgniarkę POZ w ramach wizyt domowych, jednak obserwowano powiększanie się rany oraz narastanie dolegliwości bólowych, wobec czego pielęgniarka zaleciła pacjentowi konsultację z pielęgniarką stomijną w AOS.

### Problem kliniczny/diagnoza pielęgniarstwa:

PMARSI – owrzodzenie skóry okolicy stomii (wg skali SACS –L3, T I, IV) powstałe od ucisku płytki convex.

### Interwencje pielęgniarstwa:

- wizyta I – modyfikacja płytki convex na płytkę z przylepcem płaskim celem redukcji ucisku na skórę pod przylepcem; zastosowanie opatrunków specjalistycznych celem leczenia owrzodzenia (opatrunek hydrowłóknisty z jonami srebra + wtórnie opatrunek hydrokoloidowy); wystawienie recepty na dobrane opatrunki; edukacja pacjenta i jego opiekunki;
- wizyta II – ocena szczelności dobranego sprzętu stomijnego i skuteczności zastosowanych opatrunków; kontynuacja edukacji pacjenta i jego opiekunki;
- wizyta III – modyfikacja stosowanego opatrunku specjalistycznego na opatrunek z macierzy TLC-NOSF i poliakrylanu; wystawienie recepty na opatrunek, edukacja w zakresie stosowania nowego opatrunku;
- wizyta IV – zakończenie leczenia przy pomocy opatrunków specjalistycznych; kontynuacja leczenia przy pomocy pasty stomijnej uszczelniająco-gojącej; edukacja w zakresie dalszego postępowania i profilaktyki występowania kolejnych powikłań okołostomijnych.

Dokumentację fotograficzną przedstawiono na rycinach 1 i 2.



Rycina 1. PMARSI u mężczyzny, lat 67. Wizyta I (24.01.2025).



Rycina 2. PMARSI u mężczyzny, lat 67. Wizyta IV (21.02.2025).

## Podsumowanie

Pacjent odbył 4 wizyty specjalistyczne u pielęgniarki stomijnej, pomiędzy którymi zalecone opatrunki i dobrany sprzęt stomijny były wymieniane przez opiekunkę pacjenta zgodnie z instrukcjami pielęgniarki. Przez cały okres leczenia nie zaobserwowano zacieku treści pod przylepiec. Dolegliwości bólowe w okolicy rany zmniejszały się z każdą wizytą, a proces gojenia przebiegał prawidłowo. Pielęgniarka stomijna wykorzystowała swoje kompetencje w zakresie leczenia ran, doboru sprzętu stomijnego, preskrypcji oraz edukacji nakierowanej nie tylko na profilaktykę i leczenie powikłań okołostomijnych, ale także na modyfikację diety związanej z otyłością pacjenta.

Standard i organizacja porady pielęgniarskiej w AOS warunkują, że pierwsza porada odbywa się we współpracy lekarza z pielęgniarką, natomiast kontynuacja leczenia może być realizowana samodzielnie przez pielęgniarkę na podstawie pisemnej informacji wydanej przez lekarza [13]. Cytowane wcześniej badania podkreślały znaczenie wczesnego i intensywnego programu wizyt kontrolnych świadczonych przez pielęgniarki stomijne u pacjentów z nowo wyłonioną stomią [9, 25–26]. Drugi opis przypadku wskazuje na możliwość wykorzystania porady pielęgniarskiej w AOS do przeprowadzenia pierwszej wizyty pooperacyjnej u pacjenta z nowo wyłonioną stomią. Pierwsza porada u chirurga w Poradni Chirurgii Ogólnej odbywa się przed operacją (warunek 1.), następnie podczas hospitalizacji chirurg współpracuje z pielęgniarką stomijną (warunek 2.), a na karcie wypisowej umieszcza pisemne zalecenie kontynuacji opieki w ramach AOS (warunek 3.). Dzięki temu spełnione są wszystkie wymagania formalne, a pacjent może odbyć pierwszą wizytę pooperacyjną u pielęgniarki stomijnej, a kolejną u chirurga. Opisany przypadek wskazuje również, że porada pielęgniarki stomijnej nie ogranicza się wyłącznie do opieki stomijnej, lecz obejmuje całościową opiekę nad pacjentem i jego rodziną.

## Drugi opis przypadku

### Charakterystyka pacjentki

Kobieta, lat 50, w 7. dobie po zabiegu wyłonienia ileostomii końcowej, wypisana 4 dni temu do domu, zgłosiła się na pierwszą planową wizytę pooperacyjną. Dwa dni wcześniej, po samodzielnej wymianie worka, doszło do licznych incydentów podciekania treści jelitowej pod przylepiec i wycieku na powłoki skórne, w tym na ranę pooperacyjną. Pacjentka zgłasza zmęczenie i osłabienie wynikające najprawdopodobniej z powodu ograniczenia płynów i pokarmów

w obawie przed wydzielaniem ze stomii i kolejnym wyciekiem treści poza worek. Liczne incydenty rozszczelnienia worka uniemożliwiły prawidłowe prowadzenie bilansu płynów. Nie występowały gorączka, dreszcze, nudności ani wymioty. Apetyt zmniejszył się z powodu lęku przed kolejnym przeciekiem. Dolegliwości ze strony układu moczowego pacjentka nie zgłaszała, ale zauważyła, że rzadziej oddawała moc. Dobrany w szpitalu sprzęt stomijny (jednoczęściowy z przylepcem płaskim) był stosowany z uwagi na obrzęk skóry wokół stomii. W trakcie wizyty opatrunek na ranie pooperacyjnej zabrudzony treścią jelitową, wyciek treści jelitowej pod workiem stomijnym. Dolegliwości bólowe rany pooperacyjnej pacjentka oceniała na poziomie 4/10 NRS. Chora w ogóle nie przyjmowała leków przeciwbólowych zaleconych przy wypisie, obawiając się ich skutków ubocznych.

**Problem kliniczny/diagnoza pielęgniarska:** PMASD – wynikające z drażniącego działania na skórę treści jelitowej (wg skali SACS –L1, T V; L2, T I, II, III); ból rany pooperacyjnej; odwodnienie; lęk przed przyjmowaniem posiłków i płynów; lęk przed samodzielną zmianą sprzętu stomijnego.

### Interwencje pielęgniarskie:

- modyfikacja sprzętu stomijnego z worków w przylepcem płaskim na worek z przylepcem typu soft convex w związku ze zmniejszeniem obrzęku skóry wokół stomii;
- zaopatrzenie nadżerki pudrem stomijnym i pastą uszczelniająco-gojącą; zastosowanie dodatkowo paska mocującego;
- wystawienie pierwszego zlecenia na sprzęt i wyroby stomijne dla nowo wyłonionej ileostomii;
- zastosowanie wodoodpornego foliowego opatrunku z wkładem chłonnym w celu zapobiegnięcia ponownego zacieku treści ze stomii do rany w przypadku kolejnej nieszczelności worka lub odklejenia się worka w przypadku pojawienia się wysięku z rany;
- wystawienie skierowania na badania laboratoryjne (kreatynina, elektrolity);
- działania edukacyjne w zakresie zaleceń dietetycznych, dobowego bilansu płynów, samoobserwacji pod kątem wystąpienia objawów odwodnienia; pielęgnacji i profilaktyki powikłań okołostomijnych, nowo dobranego sprzętu stomijnego oraz konieczności przyjmowania zleconych leków przeciwbólowych;
- wsparcie pacjentki.

Dokumentację fotograficzną przedstawiono na rycinach 3 i 4.



Rycina 3. PMASD u kobiety, lat 50. Wizyta I (10.07.2023).



Rycina 4. PMASD u kobiety, lat 50. Wizyta II (12.07.2023).

### Podsumowanie

Pacjentka zgłosiła się na wizytę kontrolną 2 dni po pierwszej konsultacji. Po modyfikacji sprzętu na worek jednoczęściowy z przyklepcem convex soft uzyskano szczelność sprzętu stomijnego jednocześnie wspomagając gojenie nadżerki wokół stomii. Wyniki badań laboratoryjnych nie wskazywały na konieczność nawodnienia dożylnego. Dzięki zastosowaniu się do zaleceń dietetycznych i włączeniu doustnego płynu elektrolitowo-glukozowego uzyskano w ciągu jednej doby poprawę bilansu płynów. Dolegliwości bólowe również ustąpiły po regularnym stosowaniu leków przeciwbólowych. Pacjentka na drugiej wizycie samodzielnie wymieniła worek stomijny z przyklepcem typu convex soft. Z uwagi na utrzymujący się dość silny lęk przed powtórzeniem się sytuacji z nieszczelnością worka, po wizycie w poradni umówiono pacjentkę na konsultację z psychologiem.

Pielęgniarka stomijna w omawianym przypadku wykorzystwała swoje kompetencje w zakresie: leczenia miejscowych powikłań okołostomijnych, doboru i ordynacji sprzętu stomijnego, edukacji pacjentki (dotyczącej pielęgnacji stomii, prowadzenia bilansu płynów, stosowania sprzętu stomijnego i leków), oraz wsparcia emocjonalnego. Jednocześnie, dzięki wczesnemu wykryciu objawów odwodnienia i podjętym interwencjom, zapobiegła konieczności potencjalnej hospitalizacji.

W przypadku pacjenta operowanego w trybie ostrym warunek, by pierwsza porada odbyła się we współpracy lekarza z pielęgniarką, nie jest spełniony przed operacją. Chociaż opieka nad takim pacjentem po wypisie ze szpitala jest porównywalna, nie może być realizowana w ramach porady pielęgniarstwa. Również pacjent, który przeszedł operację w innym ośrodku nieudzielającym świadczeń stomijnych, musi odbyć pierwszą poradę u chirurga. Przekłada się to na wydłużenie okresu oczekiwania na poradę dla

pacjenta (czas oczekiwania na wizytę u chirurga jest znacznie dłuższy niż do pielęgniarek chirurgicznych), dodatkowo obciążając system wizytą, która z punktu widzenia potrzeb pacjenta nie musiałaby się odbywać u chirurga. Jednocześnie kompetencje tego chirurga mogłyby być efektywniej wykorzystane w tym czasie u innego pacjenta wymagającego interwencji typowo chirurgicznej. Trzeci opis przypadku wskazuje na konsekwencje takiej organizacji w postaci pogorszenia stanu ran pacjenta spowodowanego dłuższym okresem oczekiwania na poradę.

### Trzeci opis przypadku

#### Charakterystyka pacjenta

Mężczyzna, lat 76, z urostomią wylonioną z powodu raka pęcherza moczowego zgłosił się na pierwszą wizytę do Poradni Chirurgii Ogólnej miesiąc po zabiegu operacyjnym. W okresie oczekiwania na konsultację, rodzina pacjenta poszukiwała pomocy w ramach POZ, poradni urologicznej oraz podczas prywatnych wizyt u chirurga. Od momentu wyłonienia urostomii, jeszcze w trakcie hospitalizacji, występowały problemy z podciekaniem moczu pod przyklepiec oraz do rany pooperacyjnej. Ze względu na podeszły wiek oraz stan ogólny pacjent został zdyskwalifikowany z dalszego leczenia onkologicznego. Do czasu wizyty w poradni stosowano worki stomijne z przyklepcem płaskim, które wymagały wymiany kilkakrotnie w ciągu dnia z powodu nieszczelności.

**Problem kliniczny/diagnoza pielęgniarstwa:** PMASD – wynikające z drażniącego działania moczu na skórę (wg skali SACS –L3, T V).

#### Interwencje pielęgniarstwa:

- modyfikacja dotychczas stosowanego sprzętu z worków z płaskim przyklepcem na sprzęt dwuczęściowy z płytką typu convex; zastosowanie dodatkowo paska mocującego,

- stosowanie opatrunków specjalistycznych dostosowanych do fazy gojenia się rany,
- wystawianie recept na zalecane opatrunki,
- edukacja pacjenta i córki w zakresie samodzielnej wymiany opatrunków i płytek pomiędzy wizytami oraz organizacji i funkcjonowania domowej opieki hospicyjnej z uwagi na progresję choroby,
- zapewnienie wsparcia emocjonalnego pacjentowi i jego rodzinie.

Dokumentację fotograficzną przedstawiono na rycinach 5 i 6.

### Podsumowanie

Pacjent przebywał pod opieką poradni przez 3 miesiące. Początkowo wizyty odbywały się 3 razy w tygodniu, następnie wraz z procesem gojenia się ran, wydłużaniem utrzymywania się szczelności sprzętu stomijnego, ale również ze względu na progresję choroby podstawowej, częstość wizyt się zmniejszała, a opatrunki wykonywała rodzina pacjenta zgodnie z otrzymanymi na wizytach instrukcjami. Pełne wygojenie rany nastąpiło po 3 miesiącach i 2 dniach od pierwszej wizyty, na kilka dni przed śmiercią pacjenta.



Rycina 5. PMASD u mężczyzny, lat 76. Wizyta I (14.08.2020).



Rycina 6. PMASD u mężczyzny, lat 76 (stan z 23.10.2020).

Omawiany przypadek nie tylko wskazuje wykorzystane przez pielęgniarkę kompetencje w zakresie leczenia ran, doboru sprzętu stomijnego, preskrypcji, edukacji i wsparcia, ale wskazuje na konsekwencje wynikające z utrudnionego dostępu do specjalistycznej pielęgniarskiej opieki stomijnej w postaci zaawansowania powikłań okołostomijnych i w efekcie wydłużenia się procesu ich leczenia, a także generowania kolejek poprzez szukanie pomocy u innych specjalistów.

Brak możliwości udzielenia pierwszej porady przez pielęgniarkę to niejedyna bariera, jaką napotyka pielęgniarka stomijne, świadcząc usługi w AOS. Zakres usług opisanych dla porady w chirurgii ogólnej, w odróżnieniu od świadczeń w diabetologii, nie przewiduje udzielania świadczeń w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, a edukacja stomijna jest jednym z fundamentów opieki stomijnej zarówno w okresie przedoperacyjnym, jak i pooperacyjnym. Ponadto oprócz powikłań dermatologicznych pacjenci doświadczają powikłań chirurgicznych, które nie zawsze są leczone operacyjnie. Na przykład poszerzenie ujścia zwężonej stomii miękkim cewnikiem czy odprowadzanie wypadającej stomii nie wykracza poza kompetencje pielęgniarki stomijnej, jednak nie ma ona możliwości świadczenia takich usług w ramach porady pielęgniarskiej w AOS. Brak możliwości samodzielnej ordynacji i modyfikacji zleconego przez lekarza dawkowania chlorowodorku loperamidu utrudnia opiekę nad pacjentami z wysokowydzielającą ileostomią. Pacjent może zaopatrzyć się w lek bez recepty, ale często wybiera wizytę u lekarza POZ lub chirurga, aby uzyskać receptę z 50-procentową refundacją. W świetle obecnych przepisów, pielęgniarka może jedynie kontynuować receptę wystawioną przez lekarza, bez możliwości modyfikacji dawkowania. Powoduje to konieczność odbycia dodatkowej wizyty wyłącznie receptowej u lekarza, co stanowi obciążenie dla systemu i wydłuża kolejki do lekarzy. U pacjentów z wylonioną stomią, zwłaszcza pętlową, w ramach przygotowań do badań diagnostycznych wymaga się czasem kilkukrotnego wykonywania wlewk do dystalnej stomii przez pielęgniarki stomijne w określonych odstępach czasowych. Procedura ta wykracza poza zakres możliwej do rozliczenia porady pielęgniarskiej w AOS, ale nie poza zakres umiejętności i wiedzy pielęgniarek stomijnych.

Wszystkie wymienione bariery ograniczają efektywność wykorzystania kompetencji pielęgniarek stomijnych w AOS. W kolejnym rozdziale zaprezentowano propozycję modelu porady stomijnej w AOS, która uwzględnia te ograniczenia i stwarza możliwości ich przewyciężenia, zwiększając potencjał świadczonych usług pielęgniarskich.

## Model kompetencyjny pielęgniarstwie stomijnej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

W oparciu o analizę piśmiennictwa oraz doświadczenia własne autorów, wynikające z pięcioletniej realizacji porad pielęgniarstwie dla pacjentów stomijnych w poradni chirurgii ogólnej AOS, a także w odpowiedzi na potrzeby pacjentów i zgłaszane potrzeby pielęgniarek stomijnych [29], opracowano propozycję modelu pielęgniarstwie stomijnej realizowanej w AOS (tab. II).

Model budowany był w oparciu o ramy obecnie funkcjonującej poradni pielęgniarstwie w chirurgii ogólnej. Zwrócono w nim uwagę na miejsce świadczenia usług, proponując, aby ich realizacja nie ograniczała się wyłącznie do poradni chirurgii ogólnej, lecz obejmowała także wszystkie miejsca, w których może być zapewniona opieka specjalistyczna nad pacjentem stomijny: poradnie onkologiczne, nefrologiczne, chirurgii onkologicznej, proktologicznej i urologicznej.

Założeniem modelu było efektywne wykorzystanie kompetencji pielęgniarstwie oraz wskazanie kierunków ich poszerzenia w przyszłości. Przedstawiono w nim zakres usług i warunki ich realizacji, uzależnione od posiadanego wykształcenia i kompetencji, przy uwzględnieniu obecnego zaszerzowania płatowego grupy 2. i 5.

Aktualnie samodzielne porady w AOS mogą udzielać pielęgniarki posiadające minimum specjalizację lub wykształcenie magisterskie (grupa 5.) oraz kompetencje w zakresie preskrypcji. W proponowanym modelu wymagania rozszerzono o ukończenie kursu Leczenie ran oraz kursu Opieki nad pacjentem ze stomią jelitową lub o zdobycie tych samych kompetencji w ramach innego kształcenia podyplomowego. Zakres świadczeń poszerzono zgodnie z posiadanymi kompetencjami pielęgniarstwie, m.in. o świadczenia edukacyjne, przedoperacyjne wyznaczanie miejsca na stomię oraz świadczenia terapeutyczne związane z profilaktyką i leczeniem powikłań okołostomijnych.

Najważniejszą zmianą zwiększającą dostęp do opieki stomijnej jest możliwość przeprowadzania pierwszej porady przez pielęgniarkę bez poprzedzającej wizyty u lekarza. W modelu zaproponowano efektywne wykorzystanie kompetencji pielęgniarek z grupy 2., które dysponują wyższym wykształceniem i szerszym zakresem kompetencji, niż jest obecnie wymagane do świadczenia samodzielnych porad w AOS. Pielęgniarki z grupy 2. mogłyby realizować pierwsze porady w poradni, a w przypadku stwierdzenia potrzeby konsultacji specjalistycznej kierowałyby pacjenta do lekarza

w ramach tej samej poradni i otwartego skierowania. Jeśli w trakcie pierwszej porady pielęgniarka stomijna z grupy 2. oceni, że pacjent nie wymaga opieki lekarskiej, może samodzielnie kontynuować opiekę nad nim lub przekazać ją, wraz z pisemnymi zaleceniami, pielęgniarce z grupy 5. w obrębie tej samej poradni.

Zdaniem autorów wskazane byłoby również rozszerzenie kompetencji pielęgniarek z grupy 2. o możliwość wystawiania skierowań do innych poradni oraz kierowania pacjentów do pielęgniarek POZ. W proponowanym modelu przedstawiono także inne kompetencje, które warto byłoby w przyszłości rozwijać w ramach szkoleń i staży, w kontekście zaawansowanej praktyki pielęgniarstwie. Dotychczasowe badania wskazują, że polskie pielęgniarki są gotowe i pozytywnie nastawione do poszerzania swoich kompetencji [31], również w zakresie opieki stomijnej [29]. Zakres tych kompetencji został wcześniej opublikowany w Projekcie pilotażu APN w zakresie leczenia ran i przetok [30].

### Ograniczenia

Przedstawiona propozycja modelu pielęgniarstwie stomijnej w AOS stanowi swego rodzaju rekomendację opartą głównie na przykładach z zagranicy, opiniach i doświadczeniach autorów. Wymaga on pilotażu w praktyce klinicznej i walidacji.

Ponadto model wyznacza kierunek niezbędnych zmian legislacyjnych i edukacyjnych w naszym kraju. Pełne wdrożenie zaawansowanego poziomu opieki (grupa 2.) będzie docelowo wymagać nowelizacji wybranych aktów prawnych i dostosowania koszyka świadczeń gwarantowanych, co prawdopodobnie będzie procesem długotrwałym. Tym samym należałoby czas ten wykorzystać na wdrożenie modelu w ramach pilotażu w kilku jednostkach, aby zbadać jego funkcjonalność i wprowadzić wymagane poprawki.

### Wnioski

Wdrożenie pielęgniarstwie stomijnej w ramach AOS może istotnie poprawić dostępność do kompleksowej, całościowej i skoordynowanej opieki stomijnej, szczególnie w kontekście ograniczeń obecnie funkcjonującego systemu.

Proponowany model oparty na zasadzie odwróconej piramidy świadczeń dla pacjenta, umożliwi efektywne wykorzystanie kompetencji pielęgniarek stomijnych jako pierwszego punktu kontaktu, przy jednoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa pacjenta poprzez włączenie lekarza w sytuacjach wymagających interwencji specjalistycznej. Doświadczenia międzynarodowe oraz przedstawione przypadki kliniczne

Tabela II. Pielęgniarska porada stomijna w AOS – propozycja modelu kompetencyjnego

	Grupa 5.	Grupa 2.
<b>Personel</b>	<p>Pielęgniarka:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• magister pielęgniarstwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i ukończony kurs specjalistyczny w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarzek i położnych i ukończony kurs specjalistyczny w zakresie opieki nad pacjentem ze stomią jelitową i kurs specjalistyczny leczenia ran lub</li> <li>• magister pielęgniarstwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, która w ramach kształcenia nabyła wiedzę i kompetencje o których mowa w wyżej wymienionych kursach</li> </ul>	<p>Pielęgniarka:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• magister pielęgniarstwa ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i ukończony kurs specjalistyczny w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarzek i położnych i ukończony kurs specjalistyczny w zakresie opieki nad pacjentem ze stomią jelitową i kurs specjalistyczny leczenia ran lub</li> <li>• magister pielęgniarstwa ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, która w ramach kształcenia nabyła wiedzę i kompetencje o których mowa w wyżej wymienionych kursach</li> </ul>
<b>Miejsce świadczenia usług</b>	Poradnia chirurgii ogólnej, poradnia chirurgii onkologicznej, poradnia proktologiczna, poradnia urologiczna	Poradnia chirurgii ogólnej, poradnia chirurgii onkologicznej, poradnia proktologiczna, poradnia urologiczna
<b>Standard organizacji</b>	<p>Pierwsza porada odbywa się we współpracy lekarza z pielęgniarką, a kontynuacja leczenia może być realizowana samodzielnie przez pielęgniarkę na podstawie pisemnej informacji wydanej przez lekarza lub wydanej przez pielęgniarkę z grupy 2.</p>	<p>1. Pierwsza porada udzielana jest przez pielęgniarkę na podstawie skierowania wydanego do jednej z ww. poradni specjalistycznej z uzasadnieniem: „porada stomijna”, „opieka stomijna”</p> <p>2. Pielęgniarka z grupy 2 na podstawie dokonanego wywiadu, oceny stanu pacjenta, wykonanego badania fizykalnego, analizy dokumentacji medycznej począwszy od pierwszej wizyty może:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• samodzielnie kontynuować opiekę nad pacjentem w zakresie swoich kompetencji lub</li> <li>• w przypadku konieczności wykonania diagnostyki lub świadczeń wykracających poza zakres swoich kompetencji skierować pacjenta do lekarza specjalisty w obrębie swojej poradni (bez dodatkowego skierowania) lub specjalisty innej dziedziny (na podstawie samodzielnie wystawionego skierowania), lub</li> <li>• przekazać pacjenta pod opiekę pielęgniarki stomijnej z grupy 5. świadczącej porady stomijne w AOS (zgodnie z jej zakresem kompetencji) na podstawie wydanej przez siebie pisemnej informacji,</li> <li>• przekazać pacjenta z pisemnymi zaleceniami pod opiekę pielęgniarki POZ, jeśli zakres wymaganych świadczeń nie będzie wykraczał poza kompetencje pielęgniarki POZ</li> </ul>
<b>Zakres świadczeń</b>	<p>Świadczenia podstawowe z grupy PPW:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• edukacja zdrowotna i promocja zdrowia, w tym przedoperacyjna edukacja stomijna jako element prehabilitacji stomijnej lub</li> <li>• wyznaczenie miejsca na stomię jako element prehabilitacji stomijnej, lub</li> <li>• profilaktyka, diagnostyka i leczenie powikłań okołostomijnych,</li> <li>• dobór sposobów leczenia ran w tym ran okołostomijnych w ramach świadczeń leczniczych realizowanych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, lub</li> <li>• dobór sposobów zaopatrzenia stomii powikłanej i niepowikłanej, lub</li> <li>• wystawianie skierowań na wykonywanie określonych badań diagnostycznych<sup>a</sup>, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań diagnostycznych<sup>a</sup>, stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, lub</li> <li>• ordynacja leków zawierających określone substancje czynne<sup>b</sup>, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub</li> <li>• wystawianie recepty na leki zlecane przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub</li> <li>• ordynacja wyrobów medycznych,</li> </ul>	<p>Świadczenia podstawowe z grupy PPW:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• edukacja zdrowotna i promocja zdrowia, w tym przedoperacyjna edukacja stomijna jako element prehabilitacji stomijnej lub</li> <li>• wyznaczenie miejsca na stomię jako element prehabilitacji stomijnej, lub</li> <li>• profilaktyka, diagnostyka i leczenie powikłań okołostomijnych,</li> <li>• dobór sposobów leczenia ran, w tym ran okołostomijnych, w ramach świadczeń leczniczych realizowanych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, lub</li> <li>• dobór sposobów zaopatrzenia stomii powikłanej i niepowikłanej, lub</li> <li>• wystawianie skierowań na wykonywanie określonych badań diagnostycznych<sup>c</sup>, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań diagnostycznych<sup>c</sup>, stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, lub</li> <li>• ordynacja leków zawierających określone substancje czynne<sup>d</sup>, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub</li> <li>• wystawianie recepty na leki zlecane przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub</li> <li>• ordynacja wyrobów medycznych, lub</li> <li>• wystawianie zlecenia na transport sanitarny, lub</li> <li>• wystawianie zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy</li> </ul>

	Grupa 5.	Grupa 2.
<p><b>Zakres świadczeń</b></p>	<p>Zakres świadczeń zabiegowych z grupy PZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• usuwanie szwów z rany oraz/lub szwów wokół stomii (97.83), lub</li> <li>• zmiana opatrunku na ranie, w tym ranie wokół stomii (93.57), lub</li> <li>• oczyszczenie rany, w tym rany okołostomijnej przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki (86.221), lub</li> <li>• poszerzenie ujścia zwężonej stomii przy pomocy miękkiego cewnika (aktualnie brak kodu procedury), lub</li> <li>• wykonywanie wlewek do kolostomii lub dystalnej ileostomii w ramach oczyszczenia lub przygotowania do badań diagnostycznych (aktualnie brak kodu procedury), lub</li> <li>• nie brak kodu procedury), lub</li> <li>• usuwanie wlewek do kolostomii lub dystalnej ileostomii w ramach oczyszczenia lub przygotowania do badań diagnostycznych (aktualnie brak kodu procedury), lub</li> <li>• przeprowadzanie wypadającej stomii (aktualnie brak kodu procedury), lub</li> <li>• usunięcie drenu (drenów) z ran pooperacyjnych (86.058)</li> </ul>	<p>Zakres świadczeń zabiegowych z grupy PZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• usuwanie szwów z rany oraz/lub szwów wokół stomii (97.83) lub</li> <li>• zmiana opatrunku na ranie, w tym ranie wokół stomii (93.57), lub</li> <li>• oczyszczenie rany, w tym rany okołostomijnej przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki (86.221), lub</li> <li>• poszerzenie ujścia zwężonej stomii przy pomocy miękkiego cewnika (aktualnie brak kodu procedury), lub</li> <li>• wykonywanie wlewek do kolostomii lub dystalnej ileostomii w ramach oczyszczenia lub przygotowania do badań diagnostycznych (aktualnie brak kodu procedury), lub</li> <li>• przeprowadzanie wypadającej stomii (aktualnie brak kodu procedury), lub</li> <li>• usunięcie drenu (drenów) z ran pooperacyjnych (86.058), lub</li> <li>• usuwanie mostka stomijnego z możliwością założenia szwów szluzówkowo-skrótnych (aktualnie brak kodu procedury)<sup>f</sup>, lub</li> <li>• wystawianie skierowań i pobieranie materiału na badanie histopatologiczne (wycinek z rany, tkanka ze zmian okołostomijnych) z wykorzystaniem znieczulenia nasiękowego<sup>f</sup>, lub</li> <li>• usuwanie zmian proliferacyjnych i polipów okołostomijnych (z zastosowaniem takich metod jak wycięcie, kauteryzacja chemiczna przy użyciu azotanu srebra, elektrokauterizacja, kriokauterizacja) z wykorzystaniem znieczulenia nasiękowego<sup>f</sup></li> </ul>
	<p><b>Do rozważenia możliwość prowadzenia porad specjalistycznych przez pielęgniarki stomijne AOS w miejscu zamieszkania pacjenta, w przypadku konieczności transportu pacjenta przez transport medyczny (opcja bardziej ekonomiczna)</b></p>	

<sup>a</sup> Skierowanie na badanie mikrobiologiczne materiału z rany, posiew kału, posiew moczu.

<sup>b</sup> Możliwość ordynacji chlorowodoru loperamidu.

<sup>c</sup> Skierowanie na badanie mikrobiologiczne materiału z rany, posiew kału, posiew moczu, skierowanie na USG jamy brzusznej w celu diagnostyki przepukliny okołostomijnej (docelowo możliwość samodzielnego wykonania USG powłok okolicy stomii przez pielęgniarkę po odpowiednim kursie)

<sup>d</sup> Możliwość ordynacji:

- chlorowoderek loperamidu – tabletki,
- *lidocainum hydrochloricum* – roztwór do wstrzykiwań,
- *bupivacainum hydrochloricum* – roztwór do wstrzykiwań,
- deksametason – aerozol na skórę.

<sup>e</sup> Skierowanie do innych poradni, w tym: metabolicznej, dermatologicznej, alergologicznej, chirurgicznej oraz do pielęgniarki POZ.

<sup>f</sup> Możliwe do wykonania przez pielęgniarkę samodzielnie po ukończeniu szkolenia w tym zakresie i wykonaniu określonej liczby ww. zabiegów pod kontrolą chirurga nadzorującego w ośrodku wykonującym takie procedury.

wskazują, że rozszerzenie kompetencji pielęgniarek może przyczynić się do poprawy wyników klinicznych, jakości życia pacjentów oraz efektywności wykorzystania możliwości kompetencyjnych personelu pielęgniarskiego.

Wdrożenie modelu wymaga zmian organizacyjnych i legislacyjnych, w tym rozszerzenia zakresu świadczeń pielęgniarskich w AOS oraz umożliwienia realizacji pierwszej porady przez pielęgniarkę. Konceptyjny charakter pracy wskazuje na potrzebę dalszych badań empirycznych w celu oceny skuteczności proponowanego rozwiązania w warunkach polskiego systemu ochrony zdrowia.

## Oświadczenia

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Praca nie uzyskała finansowania zewnętrznego.

Zgoda Komisji Bioetycznej nie była wymagana.

## Piśmiennictwo

- Alenezi A, McGrath I, Kimpton A, Livesay K. Quality of life among ostomy patients: A narrative literature review. *J Clin Nurs* 2021; 30: 3111–3123. DOI: 10.1111/jocn.15840.
- Paszyńska W, Zborowska K, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Quality of Sex Life in Intestinal Stoma Patients—A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20: 2660. DOI: 10.3390/ijerph20032660.
- Ayaz-Alkaya S. Social Determinants of Health Influencing the Health of Patients With a Stoma: A Discursive Paper. *Int Wound J* 2025; 22: e70384. DOI: 10.1111/iwj.70384.
- Bielecki K, Kózka M. Model opieki nad pacjentem ze stomią. *Przew Lek* 2002; (6): 89–91.
- Kozłowska E, Cierznikowska K, Popow A, Szewczyk M. Powikłania skórne u chorych ze stomią jelitową. *Leczenie Ran* 2023; 20: 19–25. DOI: 10.5114/lr.2023.126303.
- Gray M, Bliss DZ, McNichol L. Moisture-Associated Skin Damage: Expanding and Updating Practice Based on the Newest ICD-10-CM Codes. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2022; 49: 143–151. DOI: 10.1097/WON.0000000000000865.
- LeBlanc K, Whiteley I, McNichol L, Salvadlena G, Gray M. Peristomal Medical Adhesive-Related Skin Injury: Results of an International Consensus Meeting. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2019; 46: 125–136. DOI: 10.1097/WON.0000000000000513.
- D'Ambrosio F, Pappalardo C, Scardigno A, Maida A, Ricciardi R, Calabrò GE. Peristomal Skin Complications in Ileostomy and Colostomy Patients: What We Need to Know from a Public Health Perspective. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 20: 79. DOI: 10.3390/ijerph20010079.
- Parini D, Bondurri A, Ferrara F i wsp.; Multidisciplinary Italian Study group for STomas (MISSTO). Surgical management of ostomy complications: a MISSTO-WSES mapping review. *World J Emerg Surg* 2023; 18: 48. DOI: 10.1186/s13017-023-00516-5.
- Ruszyła kampania „StomaLife. Odkryj stomię”. Dostępne na: <https://www.mp.pl/pacjent/gastrologia/aktualnosci/103050,ruszyla-kampania-stomalife-odkryj-stomie> (dostęp: 12.03.2026).
- Burch J, Slater R. Enhanced recovery after surgery: benefits for the stoma care patient. *Br J Nurs* 2012; 21: S16, S18–21. DOI: 10.12968/bjon.2012.21.Sup6.S16.
- Zarządzenie nr 3/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 stycznia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Dostępne na: [https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1624/Zarządzenie-3\\_2023\\_DSOZ](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1624/Zarządzenie-3_2023_DSOZ) (dostęp: 12.03.2026).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dostępne na: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190001864/O/D20191864.pdf> (dostęp: 12.03.2026).
- Coca C, Fernández de Larrinoa I, Serrano R, García-Llana H. The impact of specialty practice nursing care on health-related quality of life in persons with ostomies. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2015; 42: 257–263. DOI: 10.1097/WON.000000000000126.
- García-Goñi M. Specializing Nurses as An Indirect Education Program for Stoma Patients. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16: 2272. DOI: 10.3390/ijerph16132272.
- Lin L, Lin N, Yan M, Xie J, Lin R, Lin H. The effect of a nurse-led health education model for patients with temporary stomas: A randomized controlled trial. *Eur J Oncol Nurs* 2025; 76: 102861. DOI: 10.1016/j.ejon.2025.102861.
- Kluska P, Tomasiuk R, Mik-Wojtczak J i wsp. The impact of ostomy nursing care on the risk of postoperative ostomy complications. *Pol Ann Med* 2025; 32: 53–61.
- Kittscha J, Fairbrother G, Bliokas V, Wilson V. Adjustment to an Ostomy: An Integrative Literature Review. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2022; 49: 439–448. DOI: 10.1097/WON.0000000000000895.
- Jin Y, Tian X, Li Y, Jiménez-Herrera M, Wang H. Effects of continuous care on health outcomes in patients with stoma: A systematic review and meta-analysis. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2021; 9: 21–31. DOI: 10.1016/j.apjon.2021.12.006.
- Panattoni N, Mariani R, Spano A, Leo A, Iacrossi L, Petrone F, Di Simone E. Nurse specialist and ostomy patient: Competence and skills in the care pathway. A scoping review. *J Clin Nurs* 2023; 32: 5959–5973. DOI: 10.1111/jocn.16722.
- WOCN Society Position Statement: Role and scope of practice for ostomy care. Dostępne na: [https://cdn.mymaws.com/member.wocn.org/resource/resmgr/wta/WOCN\\_Position\\_Statement-Role.pdf](https://cdn.mymaws.com/member.wocn.org/resource/resmgr/wta/WOCN_Position_Statement-Role.pdf) (dostęp: 12.03.2026).
- Bird A, Burch J, Thorpe G. The role of the clinical nurse specialist in stoma care: a scoping review. *Br J Nurs* 2023; 32: S6–S16. DOI: 10.12968/bjon.2023.32.16.S6.
- Position Statement: Nurses Specialized in Wound, Ostomy, and Continence Canada (NSWOCC) (formerly Canadian Association for Enterostomal Therapy) Position Statement on Nurses Specialized in Wound, Ostomy and Continence (NSWOC). Dostępne na: [https://www.nswoc.ca/\\_files/ugd/9d080f\\_1774ac978e1749c4a6f381e356ab732b.pdf](https://www.nswoc.ca/_files/ugd/9d080f_1774ac978e1749c4a6f381e356ab732b.pdf) (dostęp: 12.03.2026).
- Australian Association of Stomal Therapy Nurses: Standards of Stomal Therapy Nursing Practice; 5<sup>th</sup> edition 2022. Dostępne na: <https://stomaltherapy.au/wp-content/uploads/2023/10/2022-Standards-of-ST-N-Practice-logo.pdf> (dostęp: 12.03.2026).
- Persson EI, Forsmark A, Scheffel G, Sternhufvud C, Carlsson E. Stoma Care Nurse Consultations Regarding Leakages and Peristomal Skin Complications During the First Year After Ostomy Creation: A Chart Review. *Int Wound J* 2025; 22: e70328. DOI: 10.1111/iwj.70328.
- Juvik LA, Andersen JR, Indrebø KL, Sandvoll AM. Person-centred ostomy care: a qualitative study of patients' experiences with routine use of a clinical feedback system during consultations: Word count. *J Patient Rep Outcomes* 2025; 9: 61. DOI: 10.1186/s41687-025-00900-6.
- Galvez A, Sanchez F, Moreno C, et al. Value-Based Healthcare in Ostomies. *Int J Environ. Res Public Health* 2020; 17: 5879.
- Medley JA. Cost-effectiveness of a WOC advanced practice nurse in the acute care and outpatient setting. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2014; 41: 307–310. DOI: 10.1097/WON.0000000000000039.
- Leyk-Kolańczak M, Cierznikowska K, Piotrkowska R i wsp. Opinia pielęgniarek i pielęgniarzy na temat wyzwań i kierunków rozwoju pielęgniarskiego w Polsce z uwzględnieniem roli zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej. *Pielęg Chir Angiol* 2026; DOI: 10.5114/pchia.2026.161810.
- Wiczorek-Wójcik B, Kowalska K, Leyk-Kolańczak M i wsp. Działania na rzecz rozwoju pielęgniarki zaawansowanej praktyki w Polsce – projekt pilotażu APN w zakresie leczenia ran i przetok. *Leczenie Ran* 2024; 21: 92–97.
- Harpula K, Bartosiewicz A. Factors Influencing Nurses' Opinions on the Implementation of Nursing Advice in Poland. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 7764. DOI: 10.3390/ijerph19137764.