

**Biuletyn**

**OIPiP w Łodzi**

**Maj 2007**

## Dokumentacja medyczna

Zakłady opieki zdrowotnej zarówno publiczne, jak i niepubliczne, oraz pielęgniarki i położne wykonujące zawód w formie praktyki indywidualnej lub grupowej mają ustawowy obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów.

Dokumentacja medyczna jest zapisem informacji o stanie zdrowia pacjenta i sposobie prowadzonego leczenia. Ma znaczenie kliniczne, ekonomiczne, kontrolne, naukowe i sędowo-medyczne. Prawidłowo prowadzona odzwierciedla w chronologiczny sposób formalny tryb postępowania z pacjentem, jego stan zdrowia, zastosowane procedury diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne.

Nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji mogą mieć charakter merytoryczny i formalny. Stanowią one zagrożenie dla bezpieczeństwa zarówno zdrowia pacjenta jak i jego praw, utrudniają ocenę prawidłowości postępowania terapeutycznego i opiniowanie o stanie zdrowia pacjenta dla potrzeb postępowania karnego, cywilnego czy też ubezpieczeniowego.

Nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej mogą być podstawą odpowiedzialności zawodowej oraz powodem roszczeń cywilnych pacjenta.

### 1. Dokumentacja medyczna w zakładach opieki zdrowotnej

Zgodnie z art. 18 ust. 1 i ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (dalej: ustawa o zoz) zakład opieki zdrowotnej (ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej - DzU nr 2007, nr 14, poz. 89) jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

#### 1.1. Rodzaje dokumentacji medycznej i zasady jej prowadzenia

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (DzU nr 247, poz. 1819) dokumentacja medyczna powinna być prowadzona według określonych zasad ogólnych:

- należy ją prowadzić czytelnie,
- wpisy należy sporządzać w porządku chronologicznym, zaznaczając koniec każdego wpisu i opatrując go czytelnym podpisem osoby je sporządzającej, z podaniem danych ją identyfikujących, czyli imię, nazwisko, zawód, numer prawa wykonywania zawodu,
- nie mogą zostać usunięte wpisy w niej dokonane, a jeżeli zostały dokonane błędnie, należy je skreślić oraz opatrzyć datą skreślenia i podpisem osoby dokonującej skreślenia,
- każdą stronę dokumentacji indywidualnej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta,
- za prawidłowe prowadzenie dokumentacji odpowiedzialność ponosi osoba kierująca komórką organizacyjną,
- dokumentację podpisuje pracownik zakładu zgodnie z uprawnieniami zawodowymi i ustalonym w zakładzie zakresem czynności.

Indywidualna dokumentacja medyczna pacjenta musi zawierać:

- dane identyfikujące zakład: nazwę, siedzibę, adres, numer telefonu,
- dane identyfikujące komórkę organizacyjną: nazwę, adres, kod identyfikacyjny,
- dane identyfikujące pacjenta: nazwisko i imię, datę urodzenia, oznaczenie płci, adres zameldowania, zamieszkania, pobytu, numer PESEL, a w przypadku jego braku serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość – w przypadku noworodka PESEL matki, oznaczenie „NN”, jeżeli ustalenie tożsamości pacjenta nie jest możliwe,
- dane identyfikujące lekarza, pielęgniarkę, położną udzielających świadczeń zdrowotnych oraz lekarza kierującego na badania lub leczenie, w tym: imię i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis,
- datę dokonania wpisu,
- istotne informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego, uzyskane w toku badania lub konsultacji, w szczególności: opis wykonywanych czynności lekarskich lub pielęgnarskich, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, zalecenia, informacje o wydanych orzeczeniach lub zaświadczeniach lekarskich,

– informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz inne informacje wynikające z innych przepisów.

Dokumentacja zbiorcza powinna zawierać co najmniej:

- numer kolejny wpisu,
- dane identyfikujące pacjenta,
- dane identyfikujące lekarza, pielęgniarkę, położną (imię i nazwisko),
- datę dokonania wpisu,
- istotne informacje medyczne dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych, jeżeli wynika to z przeznaczenia dokumentacji,

Uregulowano również kwestię włączenia do dokumentacji wewnętrznej kopii przedstawionych przez pacjenta dokumentów medycznych. Taki dokument raz włączony do dokumentacji nie może być z niej usunięty.

W odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej dokumentacja dzieli się na dokumentację indywidualną i zbiorczą. Dodatkowo dokonano podziału dokumentacji na wymaganą w szpitalach i innych zakładach całodobowych oraz opiece ambulatoryjnej.

Dokumentacja indywidualna jest prowadzona dla poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych i dzieli się na dokumentację:

– zewnętrzną, przeznaczoną dla pacjenta, w szczególności: skierowanie do szpitala, innego zakładu lub innej osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych poza zakładem, a także inne skierowania na badania diagnostyczne i konsultacje, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie, karta przebiegu ciąży oraz karty informacyjne z leczenia szpitalnego.

– wewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby zakładu, w szczególności: historia zdrowia i choroby oraz historia choroby.

Dokumentacja zbiorcza prowadzona jest dla ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych danego zakładu lub określonych grup pacjentów, a należą do niej księgi, rejestry, formularze bądź kartoteki. Dokumenty te również identyfikują osobę i zawierają dotyczące tej osoby dane medyczne.

## **1.2. Dokumentacja w szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych**

Szpital sporządza i prowadzi m.in. dokumentację:

- indywidualną wewnętrzną składającą się co najmniej z historii choroby,
- indywidualną zewnętrzną składającą się m.in. z karty informacyjnej leczenia szpitalnego, skierowań, zleceń na świadczenia zdrowotne realizowane poza zakładem,
- zbiorczą wewnętrzną składającą się z ksiąg: przyjęć, odmów, oczekujących na przyjęcie, porad ambulatoryjnych, chorych oddziału, zabiegów, bloku, sali operacyjnej, porodowej, pracowni diagnostycznej, raportów lekarskich, pielęgniarских.

Historia choroby pacjenta, zakładana niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala składa się, w szczególności z:

1) formularza historii choroby zawierającego pogrupowane informacje dotyczące: przyjęcia do szpitala, przebiegu hospitalizacji, wypisania ze szpitala;

2) dokumentów dodatkowych, a w szczególności:

- kart indywidualnej pielęgnacji,
- kart obserwacji,
- karty gorączkowej,
- karty zleceń lekarskich,
- karty przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonywane,
- wyników badań diagnostycznych,
- protokołu operacyjnego,
- kart zabiegów fizjoterapeutycznych,
- wyników konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w formularzu historii choroby.

Historia choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, poza danymi identyfikacyjnymi, rozpoznaniem, wywiadem powinna zawierać m.in.:

- imię i nazwisko osoby upoważnionej przez pacjenta do otrzymywania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz dane umożliwiające kontakt z tą osobą,
- pisemne oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo osoby upoważnionej o wyrażeniu zgody na przyjęcie do szpitala,
- pisemne oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci, ze wskazaniem osoby upoważnionej, albo pisemne oświadczenie pacjenta o braku takiego upoważnienia,

– adnotację o poinformowaniu pacjenta lub innych uprawnionych osób o prawach (pacjenta) wynikających z odrębnych przepisów, na zasadach określonych w tych przepisach.

W części dotyczącej przebiegu hospitalizacji historia choroby powinna zawierać m.in. pisemne oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo sądu opiekuńczego o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, w formie wymaganej odrębnymi przepisami.

Wpisy dotyczące przebiegu hospitalizacji dokonywane są na bieżąco przez lekarza prowadzącego i okresowo kontrolowane przez ordynatora.

W kartach zleceń lekarskich wpisy zleceń dokonywane są przez lekarza prowadzącego lub sprawującego opiekę nad pacjentem. Zlecenia muszą być czytelne i precyzyjne np. zlecenie podania określonego środka farmakologicznego powinno zawierać jego nazwę, dawkę, drogę podania, częstotliwość. Osoba wykonująca zlecenie dokonuje adnotacji o wykonaniu zlecenia i opatruje ją podpisem.

Podpisem potwierdzającym wykonanie musi być opatrzone każde zlecenie. Jeżeli zlecenie obejmuje na przykład podanie określonego leku kilka razy dziennie to osoba czy osoby je wykonujące zobowiązane są potwierdzić podanie każdej dawki, niezależnie od drogi podania.

Wobec takiej regulacji formalnej niedopuszczalnym jest przepisywanie zleceń, zwłaszcza dotyczących środków farmakologicznych, do różnego rodzaju zeszytów, książek itp. i potwierdzanie ich wykonania w tych dokumentach.

Podpis zarówno osoby wpisującej jak i wykonującej zlecenie powinien być czytelny. Jeżeli formularz indywidualnej karty zleceń nie pozwala na złożenie czytelnego podpisu potwierdzającego wykonanie każdego zlecenia możliwe jest zastosowanie podpisu skróconego, charakterystycznego dla danej osoby, pod warunkiem umieszczenia w tym samym dokumencie pełnego imienia i nazwiska pielęgniarki, położnej oraz wzoru stosowanego przez nią podpisu skróconego.

Zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej pielęgniarka, położna zobowiązana jest do wykonania zleceń lekarskich wyłącznie uprzednio odnotowanych w dokumentacji medycznej.

Wyjątki od tej zasady dotyczą sytuacji związanych z wykonywaniem zleceń podczas zabiegów ratujących życie pacjenta i sytuacji grożących bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub poważnym uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta. W takich przypadkach zlecenia powinny być potwierdzone, na piśmie, niezwłocznie po zakończeniu udzielania pomocy.

Karta indywidualnej pielęgnacji, odzwierciedlająca realizację procesu pielęgnowania, powinna być prowadzona dla każdego hospitalizowanego pacjenta. Wpisy w tym dokumencie dokonywane są i podpisywane przez pielęgniarkę, położną sprawującą opiekę nad pacjentem, a kontrolowane przez pielęgniarkę, położną oddziałową.

Wykonanie wszystkich czynności wynikających z realizacji planu opieki musi być opatrzone podpisem osoby wykonującej.

Na zakończenie opieki, przed wypisem pacjenta, w karcie indywidualnej pielęgnacji należy określić wskazania dotyczące kontynuacji pielęgnowania. Wskazania te powinny być zawarte w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego, co wynika wprost z rozporządzenia. Przedmiotowe zalecenia są niezwykle istotne dla kontynuacji pielęgnacji przez osoby, które przejmą dalszą opiekę nad pacjentem.

Książka raportów pielęgniarских, wobec obowiązku prowadzenia kart indywidualnej pielęgnacji, staje się bardziej dokumentem informacyjno-statystycznym.

Zgodnie z rozporządzeniem powinna ona zawierać: nazwę zakładu oraz oddziału i jego kod identyfikacyjny, numer kolejny wpisu, datę sporządzenia raportu, krótką statystykę oddziału, w tym liczbę pacjentów przyjętych, wypisanych, zmarłych, dane identyfikujące pielęgniarkę, położną dokonującą wpisu oraz jej podpis, treść raportu uwzględniającą w szczególności: dane identyfikujące pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że w książce raportów nie opisuje się czynności wynikających z realizacji procesu pielęgnowania odnotowanych w karcie indywidualnej pielęgnacji, a jedynie zdarzenia szczególne dotyczące określonego pacjenta np. samowolne opuszczenie oddziału, agresywne zachowanie nie wynikające ze stanu zdrowia, odwołany zabieg operacyjny itp.

W treści raportu mogą i wręcz powinny być odnotowane informacje dodatkowe, istotne ze względów formalnych, organizacyjnych np. o braku czy uszkodzeniu sprzętu niezbędnego do pracy pielęgniarek, położnych, wydawania próbach zleceń „na telefon” itp.

W rozporządzeniu określono również zakres danych jakie powinny zawierać pozostałe dokumenty medyczne, zwłaszcza z zakresu dokumentacji zbiorczej wewnętrznej.

### **1.3. Dokumentacja w opiece ambulatoryjnej**

Zakład udzielający świadczeń w opiece ambulatoryjnej sporządza i prowadzi dokumentację:

- indywidualną wewnętrzną w formie: historii zdrowia i choroby lub karty zdrowia dziecka, karty przebiegu ciąży,
- indywidualną zewnętrzną, taką jak zakład całodobowy ale z wyłączeniem karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
- zbiorczą w formie księgi przyjęć dla każdej komórki organizacyjnej, księgi zabiegów, księgi porad ambulatoryjnych dla nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarstwa oraz kartotekę środowisk epidemiologicznych.

Historia zdrowia i choroby zawiera dane identyfikujące pacjenta, informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów, porad ambulatoryjnych i wizyt domowych oraz opieki środowiskowej.

Do tego dokumentu powinno być dołączone imię i nazwisko osoby upoważnionej przez pacjenta do otrzymania informacji i o stanie jego zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz dane umożliwiające kontakt z tą osobą, a także pisemne oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci, ze wskazaniem osoby upoważnionej, albo pisemne oświadczenie pacjenta o braku takiego upoważnienia.

Dokumentacja prowadzona przez pielęgniarki i położne środowiskowe/rodzinne stanowi część historii zdrowia i choroby dotyczącej opieki środowiskowej. Dokumentacja ta zawiera:

- oznaczenie środowiska epidemiologicznego,
- dane identyfikujące pacjenta pozostającego pod opieką pielęgniarki, położnej rodzinnej,
- datę rozpoczęcia i zakończenia opieki,
- rodzaj i zakres czynności pielęgniarki lub położnej obejmujących pacjenta i jego środowisko, a w szczególności: rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan działalności oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich,
- dane identyfikujące pielęgniarkę, położną i jej podpis.

Ze względu na charakter sprawowanej opieki dokumentacja ta pozostaje w bezpośredniej dyspozycji pielęgniarek, położnych sprawujących opiekę. Po zakończeniu opieki dokumentacja ta powinna być dołączona do historii zdrowia i choroby pacjenta celem jej archiwizacji.

Rozporządzenie reguluje ponadto kwestię dokumentacji elektronicznej. Dopuszcza się możliwość prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej pod kilkoma warunkami. Przede wszystkim zasadą jest, że dokumentacja może być sporządzona i utrwalona na komputerowym nośniku informacji pod warunkiem prowadzenia równoległe dokumentacji papierowej.

Niezależnie od prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej z zachowaniem selektywności dostępu do zbioru informacji, zabezpieczenia zbioru zarówno przed dostępem osób nieupoważnionych, jak i przed zniszczeniem, należy sporządzać i przechowywać podpisane przez osoby uprawnione wydruki. Zatem dokumentacja może być sporządzona i utrwalona na komputerowym nośniku informacji pod warunkiem prowadzenia równoległe dokumentacji papierowej.

#### **1.4. Przechowywanie dokumentacji medycznej**

Dokumentacja medyczna powinna być skompletowana i przechowywana zgodnie z postanowieniami rozporządzenia. Za stworzenie warunków organizacyjnych i technicznych przechowywania dokumentacji zapewniających jej poufność, a także zabezpieczających przed dostępem osób nieupoważnionych, zniszczeniem lub zgubieniem oraz za możliwości wykorzystywania jej bez zbędnej zwłoki odpowiedzialny jest kierownik zakładu.

Dokumentacja powinna być skatalogowana oraz przechowywana w posiadającym odpowiednie warunki archiwum. Archiwalna dokumentacja zakładu jest przechowywana przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego w którym dokonano ostatniego wpisu, przy czym dokumentacja indywidualna wewnętrzną, w wypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, jest przechowywana przez okres 30 lat, a zdjęcia rentgenowskie, przechowywane poza dokumentacją indywidualną wewnętrzną, są przechowywane przez okres 10 lat, podobnie jak skierowania na badania lub zlecenia lekarza.

Po upływie wymienionych okresów archiwalna dokumentacja zostaje zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Przed jej zniszczeniem zakład powinien poinformować pacjenta lub osoby przez niego upoważnione o tym fakcie i na ich wniosek może zostać im wydana. W razie likwidacji zakładu dokumentację przejmuje zakład, który przejął zadania zakładu likwidowanego lub zostaje przekazana do archiwum zakładu lub innego podmiotu wskazanego w rejestrze prowadzonym odpowiednio przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub wojewodę.

#### **1.5. Zasady udostępniania dokumentacji medycznej**

Zakład udostępnia dokumentację medyczną:

- pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta,
  - zakładom opieki zdrowotnej, jednostkom organizacyjnym tych zakładów i osobom wykonującym zawód medyczny poza zakładami opieki zdrowotnej, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych,
  - właściwym do spraw zdrowia organom państwowym oraz organom samorządu lekarskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania kontroli i nadzoru,
  - Ministrowi Zdrowia, sądom i prokuratorom oraz sądom i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem,
  - uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek,
  - organom rentowym, zakładom ubezpieczeniowym oraz zespołom do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,
  - rejestrom usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów,
  - zakładom ubezpieczeń na zasadach określonych w przepisach o działalności ubezpieczeniowej,
  - szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
- Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta, a w razie śmierci pacjenta osoba upoważniona przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu, może wystąpić do zakładu opieki zdrowotnej o sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji dotyczącej pacjenta.

Sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii następuje na koszt wnioskodawcy, za pokwitowaniem, w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych. Udostępnienie dokumentacji możliwe jest na podstawie decyzji kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej.

## **2. Dokumentacja medyczna wymagana w praktykach indywidualnych i grupowych**

Rodzaje indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, sposób jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowe warunki jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki, indywidualnej specjalistycznej praktyki lub praktyki grupowej określił Minister Zdrowia w rozporządzeniu (z dnia 1 sierpnia 2003 roku - DzU nr 147, poz. 1437).

Indywidualną dokumentację rozporządzenie definiuje jako zbiory dokumentów medycznych, zawierających dane i informacje medyczne dotyczące stanu zdrowia pacjenta oraz udzielanych świadczeń zdrowotnych. Natomiast dokument medyczny to każdy fizycznie wyodrębniony nośnik informacji, który zawiera co najmniej:

- oznaczenie pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, którego stanu zdrowia lub udzielanych świadczeń zdrowotnych dokument dotyczy,
- imię i nazwisko pielęgniarki, położnej, która sporządziła dokument,
- dane odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych świadczeń zdrowotnych,
- datę sporządzenia dokumentu.

Dokumentacja powinna być prowadzona odrębnie dla każdego pacjenta, w formie pisemnej, ale ustawodawca dopuszcza także wprowadzenie elektronicznych nośników informacji, o ile pozwalają na:

- zachowanie selektywności dostępu do zbioru informacji,
- zabezpieczenie zbioru informacji przez zniszczeniem i dostępem osób nieuprawnionych,
- sporządzanie zbioru informacji w sposób pozwalający na prowadzenie dokumentacji w formie pisemnej oraz sporządzanie i przechowywanie podpisanych przez pielęgniarkę, położną wydruków.

Dokumentację podzielono na:

1. Wewnętrzną przeznaczoną dla pielęgniarki, położnej, którą stanowią karty: indywidualnej pielęgnacji, wizyty patronażowej, wywiadu środowiskowego. Dokonuje się w niej adnotacji o wydaniu dokumentacji zewnętrznej i załącza ich kopie. Tam także zamieszcza się informacje istotne dla udzielanych świadczeń zdrowotnych, podając źródło, z którego informacja pochodzi lub załącza się kopie dokumentów medycznych przedstawionych przez pacjenta.

2. Zewnętrzną przeznaczoną dla pacjenta, którą stanowią w szczególności: opinie, zaświadczenia oraz inne dokumenty o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzane na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów.

Istotne jest to, że dokument włączony do dokumentacji medycznej nie może być z niej usunięty, a błędny wpis można skorygować jedynie przez widoczne skreślenie, opatrzone datą i podpisem pielęgniarki, położnej.

Dokumentacja wewnętrzna zawiera pogrupowane dane i informacje:

- identyfikujące pacjenta: nazwisko, imię, datę urodzenia, płeć, adres zameldowania lub pobytu, numer PESEL, w przypadku noworodka – numer PESEL matki. Jeżeli pacjentem jest osoba małoletnia – nazwisko i imiona rodziców lub przedstawiciela ustawowego oraz adres ich zameldowania lub pobytu, numer karty ubezpieczenia zdrowotnego oraz dane o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,
- identyfikujące pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych: nazwisko i imię, numer prawa wykonywania zawodu oraz numer wpisu do rejestru praktyki, prowadzonego przez okręgową radę pielęgniarek i położnych, a także podpis pielęgniarki, położnej,
- identyfikujące lekarza, w przypadku wykonywania zleceń lekarskich: nazwisko i imię, numer prawa wykonywania zawodu,
- dotyczące stanu zdrowia i istotnych chorób oraz problemów zdrowotnych pacjenta, w przypadku świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę, położną, w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Karty: indywidualnej pielęgnacji, wizyty patronażowej, wywiadu środowiskowego/rodzinnego powinny zawierać, w szczególności informacje o:

- ogólnym stanie zdrowia i istotnych chorobach oraz problemach zdrowotnych: przebytych poważnych chorobach, w tym przewlekłych, pobytach w szpitalu, zabiegach chirurgicznych, szczepieniach i stosowanych surowicach, uczuleniach, obciążeniach dziedzicznych,
- poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych: datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej, dane z wywiadu i badania przedmiotowego, w szczególności dotyczące odchyień od normy, rozpoznanie problemu zdrowotnego, opis udzielonych świadczeń zdrowotnych, dane identyfikujące pielęgniarkę, położną.

Dokumentacja medyczna stanowi ważne źródło informacji o realizowanych świadczeniach zdrowotnych, dlatego też powinna być prowadzona czytelnie, w porządku chronologicznym, z zaznaczeniem końca każdego wpisu. Poszczególne wpisy muszą być opatrzone datą i własnoręcznym podpisem. W celu zwiększenia wiarygodności prowadzonej dokumentacji, każdą stronę dokumentacji indywidualnej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta.

Oczywistą regułą prowadzenia dokumentacji jest jej poufność, zabezpieczenie przez dostępem osób nieupoważnionych, zniszczeniem, zagubieniem oraz możliwość szybkiego z niej skorzystania.

Dokumentacja ta może być udostępniona uprawnionym podmiotom do wglądu lub w formie odpisów lub kopii, chyba że uprawniony podmiot żąda udostępnienia oryginałów. W takim przypadku należy pozostawić kopię wydanej dokumentacji, uzyskać potwierdzenie wydania i wyraźnie zastrzec obowiązek zwrotu po wykorzystaniu.

Wydawanie wypisów, odpisów i kopii dokonywane jest na koszt wnioskodawcy przy czym przepisy nie określają ani wysokości, ani zasad szacowania tych kosztów. Okres przechowywania dokumentacji wynosi 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym sporządzono ostatni wpis o udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Po upływie tego okresu dokumentacja może być wydana osobie upoważnionej przez pacjenta lub podlega zniszczeniu w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

### **3. Prawa pacjenta a obowiązki pielęgniarek i położnych**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania jest aktem wykonawczym do ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej. Akt ten określa szczegółowo rodzaje dokumentacji medycznej oraz zakres prowadzenia dokumentacji w zależności od rodzaju zakładu opieki zdrowotnej.

Zapisy rozporządzenia na ogół nie powodują trudności interpretacyjnych. Jednakże niektórym regulacjom warto się przyjrzeć korelując je z przepisami innych aktów prawnych, w szczególności najważniejszej ustawy dla zawodów pielęgniarki i położnej, tj. ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku.

W przepisie §12 pkt 10 czytamy, że w historii choroby powinna się między innymi znaleźć adnotacja o poinformowaniu pacjenta lub innych uprawnionych osób o prawach wynikających z odrębnych przepisów, na zasadach określonych w tych przepisach. Szczegółowy zakres uprawnień pacjenta wynika natomiast z przepisu art. 19 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, na podstawie którego każdemu pacjentowi gwarantuje się prawo do:

- świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń,
- informacji o swoim stanie zdrowia,
- wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji,

- intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
- umiarkowania w spokoju i godności.

W zakładach przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych pacjent ma również prawo do:

- przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie zakładu,
- opieki duszpasterskiej,
- dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub wskazaną przez siebie, a także

kontakty osobiste, telefoniczne lub korespondencyjne z osobami z zewnątrz. Koszty realizacji obu tych uprawnień nie mogą obciążać zakładu opieki zdrowotnej.

Kierownik zakładu lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej pod warunkiem zaistnienia zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób chorych.

Poszanowanie powyższych praw należy do wszystkich osób uczestniczących w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym także do pielęgniarek i położnych. Na potrzeby niniejszego opracowania szczególnie istotne są prawa pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia oraz do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji. Łącząc uprawnienia pacjenta z obowiązkiem zamieszczenia adnotacji o poinformowaniu pacjenta o jego prawach pojawia się zasadnicze pytanie w jaki sposób powyższe obowiązki i jak szczegółowo powinny wypełniać pielęgniarki i położne.

Po pierwsze zgodnie z przepisem art. 20 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej mają one obowiązek poinformować pacjenta o jego prawach. Wypełnienie tego obowiązku przez pielęgniarkę lub położną, poprzez przedstawienie praw pacjenta opisanych w ustawie o zoz-ach, powinno zakończyć się dokonaniem odpowiedniego wpisu w dokumentacji medycznej. Adnotacji tej dokona pielęgniarka lub położna pod warunkiem oczywiście, że wcześniej nie uczyniła tego inna osoba, w szczególności lekarz. Istotne aby pacjenta zapoznać z jego prawami, a w związku z tym bez znaczenia pozostaje kto z wymienionych osób to uczyni. Wprowadzenie natomiast adnotacji, o której mówi §12 pkt 10 Rozporządzenia ma na celu, z jednej strony potwierdzenie tego faktu, z drugiej zaś ma zapobiec zbędnemu dublowaniu tych informacji przez na przykład lekarza i pielęgniarkę.

Po drugie do zadań pielęgniarki i położnej należy również udzielenie pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o stanie zdrowia pacjenta. Nie jest to jednak ten sam obowiązek, który wynika z przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza denty, ze względu na fakt, że w stosunku do pielęgniarek i położnych jest on ograniczony do tych czynności, które są związane ze sprawowaniem opieki pielęgnacyjnej. Inaczej mówiąc pielęgniarka informuje jedynie o tym co w związku z udzielaniem przez nią świadczeń medycznych wpływa na stan zdrowia pacjenta.

Na wszelkie inne pytania wykraczające poza ten zakres, związane z procesem leczenia pielęgniarka nie powinna udzielać odpowiedzi, nawet jeśli z racji wykonywanego zawodu posiada taką wiedzę lub pewne informacje uzyskała od lekarza prowadzącego, na podstawie przepisu art. 22 ust. 3 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej. Ważne bowiem aby takich informacji udzielał tylko uprawniony do tego lekarz.

Odrębną, bardzo istotną kwestią jest zagadnienie uzyskania zgody pacjenta na poddanie się określonym świadczeniom zdrowotnym. W tym bowiem miejscu może zrodzić się wątpliwość czy i ewentualnie w jakiej formie zgodę taką od pacjenta powinny uzyskać pielęgniarki i położne.

Nie ulega bowiem wątpliwości, że obowiązek uzyskania zgody na badanie lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych obciąża lekarza. Wynika to wprost z przepisu art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty, zgodnie z którym lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Wynika z tego, że właściwie wszystkie działania podejmowane przez lekarza wymagają zgody pacjenta.

Nie jest to jednak równoznaczne z koniecznością uzyskiwania jej za każdym razem w formie pisemnej. Prowadziłoby to bowiem do sytuacji absurdalnych, uniemożliwiając w zasadzie normalne prowadzenie leczenia. Od rodzaju zabiegu czy innej podejmowanej wobec pacjenta czynności leczniczej zależy w jakiej formie pacjent powinien wyrazić zgodę. Na pewno forma pisemna jest niezbędna przy zabiegach o charakterze inwazyjnym, naruszających integralność cielesną pacjenta oraz takich, które wiążą się z podwyższonym ryzykiem dla pacjenta. Reguluje to wprost przepis art. 34 ustawy.

W pozostałym zakresie, pod warunkiem, że pacjent został prawidłowo poinformowany o jego stanie zdrowia i proponowanych metodach leczenia, wystarczająca jest zgoda dorozumiana, czyli pozawerbalna akceptacja pacjenta na czynności dokonywane wokół niego.

Pomimo, że powyższe zagadnienia dotyczą zawodu lekarza, nie bez przyczyny zostały one omówione w niniejszym opracowaniu. Pozostaje bowiem kwestią otwartą czy w pewnym zakresie reguły opisane wyżej nie dotyczą również zawodu pielęgniarek i położnych.

Na wstępie stwierdzić trzeba, że ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej w żadnym miejscu nie reguluje obowiązku odebrania przez pielęgniarkę czy położną zgody na wykonywanie świadczeń zdrowotnych,



czyli brak w tej ustawie przepisu analogicznego do art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Nie oznacza to jednak, że czynności podejmowane przez pielęgniarkę czy położną mogą być podjęte bez akceptacji pacjenta.

Należy jednak zwrócić uwagę, że świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę i położną stanowią co do zasady jeden z elementów leczenia, na które lekarz je prowadzący uzyskał zgodę pacjenta. Czynności wykonywane przez pielęgniarkę czy położną przy osobie pacjenta są wykonywane za jego zgodą, skoro uzyskano zgodę na zaproponowany przez lekarza rodzaj i sposób leczenia. Dlatego również pielęgniarka czy położna nie musi odnotowywać w dokumentacji faktu udzielenia zgody przez pacjenta ani tym bardziej odbierać takiej zgody na piśmie. W mojej ocenie dotyczy to wszelkiego rodzaju czynności, o których mowa wyżej bez względu na ich rodzaj, związane z nimi ryzyko dla zdrowia pacjenta czy inwazyjność.

Bezsporne jest natomiast, że gdy pacjent wyraźnie sprzeciwi się dokonaniu określonej czynności czy sposobu w jaki czynność ta być wykonana, np. zakwestionuje sterylność sprzętu, następuje odwołanie jego wcześniejszej zgody, przynajmniej w tym zakresie. Konieczna jest tu niejako ponowna jego akceptacja, bez konieczności jednak dokonywania o tym jakichkolwiek zapisów, chyba, że sytuacja będzie na tyle poważna i niecodzienna, że w ocenie personelu medycznego zdarzenie takie będzie wymagało zanotowania.

Podobnie należy traktować kwestię udzielania przez pielęgniarkę i położną świadczeń samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, o których mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 roku w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (DzU z dnia 1 października 1997 roku). Tutaj również, co nie ulega wątpliwości musi istnieć zgoda pacjenta na dokonywanie tych czynności, lecz nie jest konieczne odbieranie jej w formie pisemnej, skoro przepisy prawa wprost tego nie wymagają. Zawsze jednak, w przypadku wątpliwości czy też doświadczeń, które skłaniałyby do posiadania pisemnej zgody pacjenta, odebranie od niego stosownego oświadczenia jest zawsze możliwe. Podkreśla się jedynie, że nie jest to konieczne poza wypadkami wskazanymi powyżej.

Kolejnym zagadnieniem, które może w praktyce budzić pewne wątpliwości jest przekazywanie przez pielęgniarkę i położną informacji lub dokumentacji pacjenta osobom trzecim. Ponownie pojawia się w tym miejscu konieczność odwołania się do przepisów o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. W przepisie art. 31 ust. 2 ustawa dopuszcza przekazywanie przez lekarza informacji o stanie zdrowia pacjenta nie tylko jemu lub jego przedstawicielowi ustawowemu, ale również innym osobom, pod warunkiem wyrażenia na to zgody przez pacjenta. Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej nie przewiduje takiej możliwości, co oznacza, że pielęgniarka i położna ma prawo do przekazania informacji o stanie zdrowia pacjenta w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej jedynie jemu lub jego przedstawicielowi ustawowemu. Przepisy nie przewidują więc udzielania informacji z zakresu pielęgnacji pacjenta osobom trzecim.

Odmienne jest jeżeli chodzi o udostępnianie dokumentacji pacjenta prowadzonej w ramach indywidualnej praktyki, indywidualnej specjalistycznej praktyki lub grupowej praktyki pielęgniarek, położnych. Ta, zgodnie z przepisem art. 20 ust. 7 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej może być udostępniona na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, osoby upoważnionej przez pacjenta lub podmiotów uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów, a w razie śmierci pacjenta – osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji po jego zgonie. W takiej sytuacji na pielęgniarkę i położną spoczywa obowiązek sprawdzenia tożsamości osoby, która ma uzyskać dostęp do dokumentacji. Realizacja tego powinna odbyć się poprzez sprawdzenie dokumentu tożsamości zawierającego zdjęcie, tak by dokumentacja nie dostała się w niepowołane ręce.

#### **4. Ochrona dóbr osobistych**

Naruszenia tajemnicy dokumentacji medycznej godzą w prawo pacjenta do prywatności i uzasadniają żądanie zastosowania niemajątkowych środków ochrony dóbr osobistych przewidzianych w kodeksie cywilnym, jak i żądanie zasądzenia określonej kwoty na rzecz pokrzywdzonego w oparciu o ustawę o zoz.

Inne naruszenia obowiązków zakładu związanych z dokumentacją medyczną, a więc polegające na nieprawidłowym jej prowadzeniu mogą być podstawą jedynie roszczeń opartych bezpośrednio na kodeksie cywilnym. W konsekwencji tego pokrzywdzony musi w tych przypadkach wykazać, że nie tylko doszło do nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej, ale także, że doprowadziły one do naruszenia, a co najmniej zagrożenia dóbr osobistych.

Szczególna ochrona dóbr osobistych została wprowadzona do prawa medycznego 10 lat temu. Ustawa o zoz przyznaje poszkodowanym, w przypadkach zawinionych naruszeń praw pacjenta wymienionych w ustawie, roszczenie o zasądzenie określonej sumy tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności, najbliższy członek rodziny, inny przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny pacjenta mają prawo roszczenia o zasądzenie odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny.

Zawinione naruszenie praw pacjenta może polegać na:

- nie zapewnieniu ochrony danych zawartych w dokumentacji,
- nie udostępnieniu dokumentacji pacjentowi.

W przypadku zaniedbań w prowadzeniu dokumentacji medycznej pacjent może na podstawie kodeksu cywilnego dochodzić dokonania czynności niezbędnych do zapobieżenia naruszenia dóbr osobistych.

W przypadku zaś przekazania nierzetelnej dokumentacji organom lub uprawnionym jednostkom organizacyjnym poszkodowany może dochodzić zobowiązania zakładu do złożenia oświadczenia określonej treści, prostującego błędy lub uzupełniającego braki w dokumentacji.

## **5. Proces pielęgnowania**

Pielęgnowanie jest diagnozą i terapią ludzkich reakcji w stosunku do aktualnych i/albo potencjalnych problemów zdrowotnych NANDA.

Proces pielęgnowania stanowi współcześnie główną metodę profesjonalnej praktyki pielęgniarstwa. Jest to świadczenie opieki całościowej, opartej na podstawach teorii pielęgniarstwa, zindywidualizowanej, przemyślanej, celowej, planowanej, kontrolowanej i ocenianej.

W procesie pielęgnowania wskazywane jest pięć faz: gromadzenie danych, diagnoza pielęgniarstwa, planowanie, wykonywanie, ocenianie.

Gromadzenie danych stanowi punkt wyjścia w procesie pielęgnowania i jest podstawowym warunkiem jego dalszego przebiegu i efektywności. Tylko wtedy, gdy zgromadzone dane są właściwe, pełne i prawdziwe, możliwe jest podejmowanie dalszych kroków w procesie i osiąganie jego efektów. Gromadzone dane stanowią podstawę dla identyfikowania diagnoz pielęgniarstwa, a te warunkują ustalenie planu celowych interwencji pielęgniarstwa. Dane te muszą być zgromadzone na początku, a także zbierane systematycznie w czasie trwania procesu – aby możliwe było wprowadzanie w nim zmian (diagnoz, interwencji) stosownie do zmieniających się potrzeb tego, komu pielęgniarstwo świadczy swoją pomoc.

W gromadzeniu danych największe znaczenie ma wywiad pielęgniarstwa, którym jest każda celowa rozmowa, ukierunkowana na docieranie do informacji stanowiących podstawę dla świadczenia profesjonalnej pomocy.

Diagnoza pielęgniarstwa jest takim opisem zidentyfikowanych zmian w stanie zdrowia w stosunku do których pielęgniarstwo jest uprawnione do określania interwencji zmierzających do utrzymania stanu zdrowia albo do redukcji, eliminacji bądź zapobiegania występowaniu w nim zmian.

Diagnoza pielęgniarstwa jest całkowicie różna od diagnozy lekarskiej, jest określana na podstawie całkowicie innych danych. Diagnoza pielęgniarstwa stanowi podstawę dla ustalania interwencji pielęgniarstwa, podejmowanych w celu osiągnięcia przez tych, którym pielęgniarstwo świadczy swoją pomoc, konkretnych korzyści zdrowotnych.

autorzy:  
mgr Anna Tasak  
mgr Marta Szymczak – aplikant radcowski

## KALENDARIUM

2 - Światowy Dzień Astmy

5 - Europejski Dzień Walki z Dyskryminacją Osób Niepełnosprawnych

5 - Dzień Godności Osoby z Niepełnosprawnością Intelektualną

8 - Dzień Położnej

8 - Światowy Dzień Czerwonego Krzyża

12 - Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki

19 - Międzynarodowy Dzień Pamięci Ofiar AIDS

31 - Światowy Dzień bez Papierosa

### **czerwiec**

1 - Dzień Dziecka

4 - Międzynarodowy Dzień Dzieci Będących Ofiarami Agresji

4 – 24 - Dni Walki z Rakiem

12 - Światowy Dzień Sprzeciwu Wobec Pracy Dzieci

24 - Światowy Dzień Chorych na Osteoporozę

27 - Międzynarodowy Dzień Zapobiegania Narkomanii

27 - Światowy Dzień Walki z Cukrzycą

# KATOLICKIE STOWARZYSZENIE PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH POLSKICH

## Dlaczego do Częstochowy?

„Panno Święta co Jasnej bronisz Częstochowy” przychodzą na myśl te słowa poety-wieszczka, który w inwokacji Pana Tadeusza wyraził to, co znajdowało się w jego sercu i we wszystkich polskich sercach.

Przyzwyczajali się Polacy wszystkie niezliczone sprawy swojego życia, różne jego momenty ważne, rozstrzygające, chwile odpowiedzialne, jak wybór drogi życiowej czy powołania, jak narodziny dziecka, jak matura, jak tyle innych ... wyrażać w tym miejscu, w tym Sanktuarium.

Przyzwyczajali się ze wszystkim przychodzić na Jasną Górę, aby mówić o wszystkim swojej Matce – tej która tutaj nie tylko ma swój obraz, swój wizerunek, jeden z najbardziej znanych i najbardziej czczonych na całym świecie, ale która tutaj w jakiś szczególny sposób jest obecna w tajemnicy Chrystusa i Kościoła. Jest obecna dla każdego, dla wszystkich, którzy do niej pielgrzymują. Cóż więc dziwnego, że i ja tu przybywam...

Jan Paweł II - Częstochowa, 4 czerwca 1979 roku

Idąc za przykładem Ojca św. Jana Pawła Wielkiego, który stoi teraz w oknie Domu Ojca, patrzy na nas i nam błogosławi, spieszmy do naszego Sanktuarium na Jasnej Górze, aby tam wpatrzeni w oblicze Matki prosić z dziecięcą ufnością:

Matko pięknej miłości, Ty nigdy nie opuszczasz dziecka, które woła o pomoc, zwróć swe miłosierne spojrzenie na mnie, popatrz na moje problemy, które mnie przytłaczają, Ty znasz moje zniechęcenie, mój ból. Ty jesteś pocieszycielką, którą dał nam Bóg, Ty jesteś umocnieniem w słabości, bogactwem w moich brakach, wyzwoleniem ze wszystkiego, co mi przeszkadza być z Chrystusem.

Przyjmij moją prośbę, strzeż mnie, ochraniaj mnie.

Matko, ufam Tobie.

### Informacje

Doroczna pielgrzymka pracowników służby zdrowia na Jasną Górę odbędzie się w dniach od 26 do 27 maja 2007 roku. Wyjazd autokarem z asystentem kościelnym ks. Pawłem Sudowskim, który przyjmuje zgłoszenia pod numerem telefonu 042 630 15 60. Na pielgrzymkę zaprasza duszpasterstwo służby zdrowia Archidiecezji Łódzkiej.

### Komunikat:

Duszpasterstwo służby zdrowia Archidiecezji Łódzkiej organizuje w dniach od 10 do 27 września 2007 roku autokarową pielgrzymkę pracowników lecznictwa na trasie Loretto, San Giovanni, Rotondo, Sycylia, Malta, Rzym.

Koszt 670 Euro plus 340 zł.

Informacje i zapisy: duszpasterz służby zdrowia – ks. Paweł Sudowski – tel. 042 630 15 60

Barbara Jagas  
pielęgniarka koordynująca w Poradni nr 41 przy ul. Próchnika 11  
członek Zarządu KSPiPP

## Zamyślenia nad przyjaźnią

Kwiatów nie kupujesz  
Po rękach nie całujesz  
Czułych słówek nie prawisz  
Nic nie obiecujesz  
Ani przyszłości  
Ani trwania w terażniejszości  
Jednak kiedy cierpię i jest mi źle  
Ty jesteś ze mną,  
choć nie zawsze widzę Cię  
Cierpliwie tłumaczysz,  
że krzyż trzeba brać  
Każdego dnia  
I dawać siebie do końca  
mimo krzywd i zła  
Pogłębiać przyjaźń z Bogiem  
Przez miłość do bliźniego  
I codziennie kochać od nowa  
Mimo znużenia dużego  
Trudna ta mowa  
i któż ją zrozumie  
Lecz ja tak pojmuję przyjaźń  
Przyjaźń jako największa wygrana  
Przyjaźń jako szczególny  
dar od Pana

W 25. rocznicę przyjaźni  
dedykuję Przyjacielowi

Barbara Jagas

## KĄCIK BIBLIOTECZNY



Standardy w pielęgniarstwie onkologicznym  
i opiece paliatywnej  
Małgorzata E. Krasuska, Andrzej Stanisławek, Krzysztof Turowski  
Lublin 2005

„Standardy w opiece onkologicznej i paliatywnej” przygotowane zostały przez zespół pracowników naukowych oraz pielęgniarzy uczestniczące w projektach badawczych. Zostały one przygotowane na podstawie dostępnej literatury fachowej a także wiedzy profesjonalnej i naukowej z zakresu pielęgniarstwa onkologicznego, onkologii, opieki paliatywnej oraz zarządzania.

W trakcie opracowywania standardów pod uwagę wzięte zostały wytyczne dla praktyki pielęgniarstwa w innych krajach, głównie w USA i Anglii. Jednakże treści zawarte w niniejszym opracowaniu zostały dopasowane do warunków polskich.

Autorzy starali się przyjąć taki poziom ogólności w swoich pracach, aby umożliwić on dość łatwe budowanie i dopasowanie standardów szczegółowych i procedur postępowania pielęgniarstwa, których konstrukcją zajmą się już praktycy w poszczególnych zakładach/jednostkach opieki onkologicznej i paliatywnej."

W spisie treści zawarto m.in.:

- standard konstruowania szczegółowych klinicznych standardów opieki pielęgniarstwa,
- naukę samobandażowania piersi,
- asystowanie pielęgniarce/położnej w trakcie wykonywania biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC),
- standard pobierania rozmazu do badania cytologicznego,
- standard profilaktyki nowotworów skóry,
- ogólny standard edukacji w chorobie nowotworowej,
- standard opieki pielęgniarstwa wobec chorego z nowotworem pęcherza moczowego leczonego metodą cystektomii radykalnej,
- standard opieki pielęgniarstwa wobec chorego z nowotworem pęcherza moczowego po zabiegu endourologicznym,
- standard opieki pielęgniarstwa wobec chorego z wylonionym odbytem brzuszny,
- standard edukacji chorego z wylonionym odbytem brzuszny,
- standard opieki pielęgniarstwa nad pacjentem z nowotworem żołądka leczonym zachowawczo,
- standard opieki pielęgniarstwa nad pacjentem z rakiem wątroby leczonym paliatywnie,
- opieka nad pacjentem cierpiącym z powodu bólu,
- standard opieki nad chorym umierającym i jego rodziną (warunki szpitalne) i innestandardy.

mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska  
st. specjalista ds. merytorycznych

## Kącik społeczników: Urszula Gajek



W naszym kąciku społeczników chcę dziś zaprezentować czytelnikom koleżankę Urszulę Gajek, która od dwóch kadencji przewodniczy Kołu Emerytek przy OIPiP w Łodzi. Z pełnią funkcją radzi sobie doskonale i cieszy się wielką sympatią i uznaniem członkiń Koła, o które dba i stara się pomagać w różnych trudnych sytuacjach życiowych mobilizując jednocześnie koleżanki do wzajemnej pomocy. Dbą o konsolidację grupy, o informowanie o bieżących problemach zawodowych i o życie kulturalne organizując zwiedzania, wycieczki i wspólne wyjścia do teatrów. Stwarza ciepłą, rodzinną atmosferę w naszym gronie. Poza tym wykazuje wielkie umiejętności pisarskie przedstawiające działalność Koła w Biuletynie oraz w zainicjowanej przez siebie Kronice Koła. Swą pasję społecznikowską, jak mówi, odziedziczyła po swej matce wraz z postawą życiową, stosunkiem do ludzi, ojczyzny i zasad etycznych.

Pani Urszula urodziła się w Osjakowie w 1937 roku i tam ukończyła szkołę podstawową. Dalsze lata nauki miały miejsce w Łodzi. W 1956 roku uzyskała świadectwo dojrzałości i podjęła pracę zawodową, aby pomóc matce, która samotnie wychowywała trójkę dzieci. Ojciec zginął w

1944 roku.

Po czterech latach od uzyskania matury rozpoczęła naukę w Szkole Położnych w Pabianicach. Jej umiejętności organizacyjne i zacięcie do społecznego działania ujawniło się w trakcie pobytu w szkole, gdzie powierzono jej pełnienie funkcji przewodniczącej Rady Uczniowskiej. Dyplom uzyskała w 1964 roku i podjęła pracę w VII Przychodni Obwodowej jako położna terenowa. Prócz tego była zatrudniona na pół etatu w higienie szkolnej IV LO.

Pracując dbała o podnoszenie swych kwalifikacji zawodowych. W 1963 roku ukończyła jednomiesięczny kurs dla położnych, który uprawniał do prowadzenia porodu w domu rodzącej oraz szycia krocza.

W lutym 1973 roku została zatrudniona na Oddziale Położniczo-Ginekologiczno-Sceptycznym. Był to okres przygotowania nowego szpitala do rozruchu. Wymagało to wiele pracy i wysiłku fizycznego w związku z urządzeniem oddziałów i wyposażaniem ich w meble i sprzęt medyczny.

I w tej placówce pani Urszula cieszyła się wielkim zaufaniem i uznaniem jej zdolności organizacyjnych, o czym świadczyło powierzenie jej funkcji Męża Zaufania. Była również zaangażowana w pracę ZZPSZ.

W roku 1979 dyrekcja szpitala zgłosiła jej kandydaturę na członka Okręgowej Komisji Kontroli Zawodowej w Łodzi. Oficjalnie powołana została na to stanowisko przez Ministra Zdrowia w 1979 roku i pełniła ją przez 11 lat.

Od grudnia 1985 roku aż do przejścia na emeryturę (1994 rok) pełniła funkcję położnej oddziałowej na Oddziale Radioterapii Ginekologii Onkologicznej.

Po przejściu na emeryturę zaczęła udzielać się w Kole Emerytek. W życiu osobistym pani Urszula ma wspaniałą rodzinę, którą tworzy ze swym mężem Sławomirem. Mają dwójkę dorosłych dzieci i dwoje wnuków. Obok działalności społecznej pani Urszula jest bardzo zaangażowana w opiekę nad najmłodszym wnukiem.

dr Barbara Dobrowolska  
przewodnicząca Komisji Historycznej przy ZOW Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi

## Komunikat

Ministerstwo Zdrowia  
Departament Pielęgniarek i Położnych

Pani Elżbieta Buczkowska – Prezes NRPiP

W związku z licznymi zgłoszeniami przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych do Głównego Inspektora Farmaceutycznego, przypadków nakłutych fiolek zawierających leki przeznaczone do iniekcji, w których znajdowały się zanieczyszczenia, zwracam się z prośbą o przekazanie członkom korporacji wykonującym zawód pielęgniarki i położnej, poniższych informacji i zaleceń.

Uprzejmie wyjaśniam, iż wyniki przeprowadzonej kontroli wskazują na zanieczyszczenie spowodowane niewłaściwą procedurą przygotowania i nabierania leku z fiołki do strzykawki. Fiołki z lekiem przed ich użyciem nie są odbezpieczane z metalowego korka, a przekłuwanie korka i pobieranie lekarstwa odbywa się przy pomocy zbyt grubych igieł. Powoduje to przedostanie się do środka fiołki fragmentów metalu oraz części gumowego korka. Ponadto używanie tych samych igieł w strzykawkach do podania dwóch różnych produktów leczniczych może spowodować zanieczyszczenie jednego produktu leczniczego innym, objawiające się wytrąceniem osadu w roztworze.

Niewłaściwa procedura przy powyższych czynnościach powoduje zwiększenie kosztów leczenia, ponieważ wstrzymuje to możliwość stosowania leków z tej serii do czasu zbadania fiołki z zanieczyszczeniem. Ponadto wymaga długotrwałej i kosztownej kontroli leku (zanieczyszczonego) uznanego za lek obciążony wadą jakościową. Z uwagi na to, iż powyższe czynności leżą w kompetencji pielęgniarki/położnej, zwracam się z uprzejmą prośbą o przypomnienie i skierowanie prośby w zakresie zasad postępowania w procedurze przygotowania i nabierania leku z fiołek i innych opakowań leków przeznaczonych do iniekcji lub wlewów dożylnych.

W związku z powyższym w celu uniknięcia takich zdarzeń zaleca się do stosowania w procedurze przygotowania i nabierania leku z fiołek i innych opakowań leków używanie do każdego leku nowej strzykawki i igły. Używana igła powinna mieć średnicę nie większą niż 0,8 mm (nr 8).

Wyrażam nadzieję, że powyższe zalecenie będzie respektowane, co pozwoli na wyeliminowanie niewłaściwego postępowania w przedmiotowej procedurze.

zastępca dyrektora  
Departamentu Pielęgniarek i Położnych  
Jolanta Skolimowska



## Planowane szkolenia i konferencje

### Bezpłatne warsztaty edukacyjne dla pielęgniarek i położnych

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz firma Pelargos zapraszają na bezpłatne warsztaty edukacyjne dla pielęgniarek i położnych:

Termin: 18.06.2007, godzina: 12.00 – 14.30

Miejsce: OIPiP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17

Tematyka spotkania:

1. Odpowiedzi nowoczesnej homeopatii na codzienne kłopoty z maluszkiem: ząbkowanie, kolki, ulewanie pokarmu, gorączka, niepokój
2. Leczenie biegunki u dzieci: częstotliwość występowania biegunek u dzieci, etiologia, leczenie biegunek zgodnie z zaleceniami WHO i UNESCO, leczenie wspomagające – probiotyki.
3. Naturalna flora bakteryjna pochwy jako podstawowy czynnik mechanizmu zwalczania infekcji układu moczowo-płciowego u kobiet: epidemiologia i etiologia zakażeń pochwy u kobiet, nawracające zakażenia pochwy u kobiet w okresie menopauzalnym, leczenie zakażeń pochwy, probiotyki dopochwowe – leczenie i profilaktyka.

Informacje dodatkowe:

– w trakcie spotkania przerwa kawowa, poczęstunek

– wszystkie uczestniczki otrzymają:

certyfikat uczestnictwa w niniejszym spotkaniu

skrypty tematyczne

materiały promocyjne

Zgłoszenia uczestnictwa prosimy przesłać do OIPiP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17 do dnia 18.05.2007 roku

\* \* \*

Termin: 25.06.2007 rok, godzina: 12.00 – 14.30

Miejsce: OIPiP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17

Tematyka spotkania: „Nowe standardy w pielęgnacji matki i dziecka w trzech pierwszych tygodniach po porodzie”

Informacje dodatkowe:

– w trakcie spotkania poczęstunek

– wszystkie uczestniczki otrzymają: certyfikat uczestnictwa w niniejszym spotkaniu, skrypty tematyczne, materiały promocyjne

Zgłoszenia uczestnictwa prosimy przesyłać do OIPiP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17, do dnia 25.05.2007 roku.

## „Wybrane problemy zdrowotne wieku rozwojowego”

Zaproszenie do uczestnictwa w VIII ogólnopolskiej konferencji dla pielęgniarek i położnych na temat:  
„Wybrane problemy zdrowotne wieku rozwojowego” odbywającej się 12 października 2007 roku w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, ul. Rzgowska 281/289, aula – pawilonu ginekologiczno-położniczego, poziom I.

Zakres tematyczny konferencji:

- elementy genetyki klinicznej,
- zakażenia szpitalne,
- wirusowe zapalenie wątroby,
- wstrząs septyczny.

Przewidywany czas trwania konferencji: 8.30 – 15.30

W przerwie poczęstunek.

Udział w konferencji:

- członkowie OIPiP w Łodzi: udział finansuje OIPiP w Łodzi (uczestnictwo proszę zgłaszać telefonicznie lub e-mailem: [biuro12@iczmp.edu.pl](mailto:biuro12@iczmp.edu.pl))
- członkowie innych OIPiP: 70 zł (należy dokonać wpłaty na konto PeKaO S.A. II OM w Łodzi 70 1240 3028 1111 0000 2822 2097 z dopiskiem „szkolenie pielęgniarek” oraz przesłać kartę zgłoszenia wraz z kserokopią dowodu wpłaty faksem lub pocztą na adres: Instytut „CZMP” 93-338 Łódź ul. Rzgowska 281/289, z dopiskiem „Konferencja pielęgniarek”. Telefon/fax kontaktowy 042 646-52-52.

Zgłoszenie będą przyjmowane w nieprzekraczalnym terminie do 14 września 2007 roku.

## Konferencja z okazji 50-lecia PTP

Zarząd Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi uprzejmie zaprasza pielęgniarki, pielęgniarzy i położne na bezpłatną jubileuszową konferencję z okazji 50-lecia działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Patronat honorowy nad konferencją objął Prezydent Miasta Łodzi – Jerzy Kropiwnicki.

Konferencja odbędzie się w dniu 17 maja 2007 roku o godz. 10.00 w dużej sali (II piętro) Urzędu Miasta Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 104

## Pochwalmy się... Zbigniew Tokarski



Mam przyjemność zaprezentować sylwetkę kolegi – przewodniczącego Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi dr Zbigniewa Tokarskiego

W 1978 roku ukończył on Studium Medyczne nr 4 Wydział Pielęgniarstwa Psychiatrycznego. Po uzyskaniu dyplomu rozpoczął pracę w Szpitalu Psychiatrycznym im. Babińskiego. Po siedmiu latach awansował i został kierownikiem oddziału neurologicznego. Funkcję tę pełnił przez następne osiem lat.

W tym czasie na prośbę Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych w Łodzi prowadził wykłady dla pielęgniarek z pielęgniarstwa neurologicznego.

W 1994 roku po wygranej konkursie na stanowisko przełożonego pielęgniarek podjął pracę w Szpitalu św. Rodziny. Pełnił tę funkcję przez dziesięć lat. W tym okresie w latach 1995 – 1997 podjął studia w Wyższej Szkole Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi na kierunku pedagogika – specjalność oświata dorosłych. Będąc studentem WSHiE i UŁ uczestniczył aktywnie w licznych konferencjach krajowych i międzynarodowych wygłaszając referaty.

Kończąc naukę w WSHE uzyskał tytuł licencjata i zdecydował się na kontynuację studiów na Uniwersytecie Łódzkim na Wydziale Nauk o Wychowaniu. W 1999 roku ukończył studia z wynikiem bardzo dobrym uzyskując tytuł magistra uchwałą Senatu Akademickiego Uniwersytetu Łódzkiego otrzymał Medal za Chlubne Studia.

W 2004 roku zmienił pracę i przeniósł się do Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej na Wydział Pielęgniarski, gdzie zatrudniony został na stanowisku asystenta.

W 2006 roku obronił pracę doktorską na temat „Działalność centrów wolontariatu w Polsce i sylwetki wolontariuszy na wybranych przykładach Łodzi, Torunia i Białegostoku”. Po uzyskaniu tytułu doktora awansował na stanowisko adiunkta na Wydziale Pielęgniarskim w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego, gdzie pracuje nadal.

W okresie swej pracy zawodowej przeszedł dodatkowe szkolenia: w 2001 roku uzyskał certyfikat w zakresie podstawowej wiedzy o HIV i AIDS, a w 2003 roku następne dwa certyfikaty z podstaw prawnych systemu ochrony zdrowia oraz z przekształceń własnościowych w zakładach opieki zdrowotnej.

Poza tym odbył dodatkowe szkolenia m.in. z organizacji zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, technik organizatorskich w kierowaniu zespołami pielęgniarskimi, organizacji pielęgniarskich stanowisk pracy, planowania obsad w lecznictwie stacjonarnym, wybranych zagadnień zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej i kurs dla pielęgniarek oddziałowych.

Pan Tokarski od wielu lat współpracuje z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Od 1982 roku jest członkiem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (PTP), a od 1989 roku pełni funkcję przewodniczącego Oddziału Łódzkiego. Dał się poznać jako dobry organizator, osoba operatywna.

W latach 1997 – 2001 pełnił również funkcję wiceprzewodniczącego Zarządu Głównego PTP, a w następnych latach wchodził w skład Zarządu Głównego.

Za zasługi dla rozwoju pielęgniarstwa został odznaczony Honorową Odznaką PTP.

Poza pracą zawodową publikuje różne artykuły na tematy zawodowe przeważnie w biuletynach Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych.

dr Barbara Dorbowolska

przewodnicząca Komisji Historycznej przy ZOW Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi

## PODZIĘKOWANIA

Pani Ewie Witkowskiej – starszej pielęgniarce zatrudnionej w internistycznej izbie przyjęć Szpitala im. Madurowicza w Łodzi – w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania i odpowiedzialności pracę. Za dobro, które czyniła na rzecz pacjentów wraz z gorącymi życzeniami zdrowia, pogody ducha i wszelkiej pomyślności w życiu osobistym.

składają przełożona pielęgniarek, pielęgniarce i położne  
Szpitala im. Madurowicza w Łodzi

Pani oddziałowej – Urszuli Zielińskiej – oraz całemu personelowi pielęgniarstwu Oddziału Noworodkowego WSS Szpitala im. M. Kopernika w Łodzi, personelowi lekarskiemu i pomocniczemu Oddziału Noworodkowego za profesjonalną opiekę nad Kacperkiem Pentelą oraz za troskę, życzliwość, uśmiech, oddanie i pomoc w powrocie do zdrowia mojej córki Elżbiety

serdeczne podziękowania składa  
matka z rodziną

Niemal od 4 lat znajduję się pod opieką zespołu lekarskiego i pielęgniarstwu Oddziału Chirurgii Ogólnej I Szpitala Miejskiego im. dra E. Sonnenberga w Łodzi. Schorzenie moje jest wyjątkowo skomplikowane (stan po radioterapii z powodu raka szyjki macicy), wymagające nie zawsze interwencji typowo chirurgicznej (w sensie skalpela), lecz często cierpliwego, osłonowego działania.

Z tym większym uznaniem odnoszę się do pracy całego personelu medycznego. Pragnę wyrazić serdeczne podziękowania za skuteczną walkę z moją chorobą całemu zespołowi lekarskiemu, pielęgniarstwu i obsłudze. Na podkreślenie zasługuje wyjątkowa życzliwość, profesjonalizm i gotowość do niesienia pomocy ze strony siostry oddziałowej, pań pielęgniarek i salowych.

z poważaniem  
Barbara Nowakowska

## Położna? Matka? Czy Anioł?

Stanisława Leszczyńska urodziła się 8 maja 1896 roku w Łodzi. Wychowywała się w trudnych warunkach, gdyż ojciec jej został powołany do wojska w armii rosyjskiej – bowiem Polska była wówczas pod zaborami i przez około 5 lat przebywał w Turkiestanie, natomiast jej matka pracowała w fabryce Poznańskiego w Łodzi. Od siódmego roku życia uczęszczała z niewielką grupą dzieci do prywatnej szkoły prowadzonej przez pewną nauczycielkę w jej mieszkaniu, a w 2 lata później rozpoczęła naukę w prywatnym gimnazjum W. Maciejewskiego w Łodzi. W 1908 roku wyemigrowała z rodzicami do Brazylii. Przez okres 2 lat uczęszczała do szkoły w Rio de Janeiro, gdzie nauczanie odbywało się w języku niemieckim i portugalskim.

W 1910 roku powróciła do Polski, gdyż jej rodzice bardzo tęsknili za krajem. Uczęszczała nadal do dawnego gimnazjum W. Maciejewskiego w Łodzi. W okresie I wojny światowej jej ojciec ponownie został powołany do wojska. Od 1914 do 1916 roku pracowała w Komitecie niesienia pomocy biednym oraz pomagała swej matce w wychowywaniu młodszych dwóch braci.

W 1916 roku wyszła za mąż. Mając już dwoje dzieci w 1920 roku musiała pozostawić męża i dzieci i na okres 2 lat wyjechać do Warszawy, gdzie uczyła się zawodu w Szkole Położniczej przy ul. Karowej, którą ukończyła w roku 1922. Wkrótce rozpoczęła pracę w zawodzie położnej, który wykonywała przez 38 lat. Bardzo kochała dzieci. Ta miłość ukierunkowała jej działalność zawodową.

Stanisława Leszczyńska mieszkała wraz z mężem i dziećmi w łódzkiej dzielnicy Bałuty, przy ul. Żurawiej 7 w niewielkim jednopiętrowym domu, który otrzymali w spadku po dziadkach. Dom był zawsze czysty i zadbane otwarty dla wszystkich: krewnych, przyjaciół, znajomych. Mimo iż na życie towarzyskie nie miała czasu, to w większe święta lub uroczystości gromadziła całą rodzinę, niekiedy kilkadziesiąt osób. Codzienne wspólne posiłki, jak i każdy wieczór, poprzedzane były modlitwą. Zjawiskiem naturalnym było całowanie chleba, gdy spadł na podłogę oraz znak krzyża na bochenku przed jego napoczcieniem. Tradycje katolickie były w jej domu bardzo cenione i związane ściśle z codziennym życiem.

Była skromną osobą o jasnych włosach, niebieskich oczach i pogodnym uśmiechu. Delikatna, czuła, bardzo łagodna, serdeczna i opanowana, wiele od siebie wymagająca. W wolnych chwilach szyła dzieciom ubranka. Wielką wagę przywiązywała do świąt.

W pracy zawodowej cieszyła się dobrą opinią i szczególnie dużym zaufaniem. Oto jak wspomina ją pewna pacjentka: „Opiekowała się mną przy długo trwającym porodzie, który przeciągnął się z dnia na noc i dzień następny. Była spokojna, cierpliwa, opanowana (...). Uplotła mi warkocze, ugłaskała tak delikatnie, czule (...). Jej głos, spojrzenie, dotyk... Nigdzie nie spotkałam takiej kobiety. Bywałam w różnych szpitalach, ale czegoś takiego nie spotkałam. Nie ma takiej drugiej na świecie”.

Kochała zwierzęta i ptaki, uwielbiała kwiaty. Miała ogromny szacunek dla ich piękna. Była osobą zawsze pogodną i uśmiechniętą mimo nawału pracy domowej i zawodowej. Kochała swoją pracę i dom, mimo zmęczenia spowodowanego ciągłym napięciem, związanym z pośpiechem, z jakim musiała łączyć obowiązki zawodowe i obowiązki matki czworogłazów dzieci.

Cokolwiek robiła, wykonywała to z ogromnym zaangażowaniem. Z ogromnym szacunkiem podchodziła do ludzi prostych, potrafiła ich słuchać z wielkim zainteresowaniem dla każdego. Była bardzo muzykalna. Często śpiewała swoim dzieciom lub na dwa głosy wspólnie z mężem. Pochodziła bowiem z muzykalnej rodziny. Po wybuchu wojny wraz z mężem i dziećmi zaangażowała się w pomoc rodzinom żydowskim, z racji tego, że mieszkali w dzielnicy żydowskiej. Leszczyńscy dostarczali im dokumenty, żywność, ubrania. Za tę właśnie działalność zostali aresztowani przez gestapo. Pani Stanisława i jej córka zostały wywiezione do Oświęcimia-Brzezinki, natomiast synowie – Henryk i Stanisław, do obozów w Mauthausen i Gusen. Jej mężowi udało się uciec gestapo. Walczył później w powstaniu warszawskim, gdzie trafiony odłamkiem w brzuch zginął.

W oświęcimskim obozie, jako położna otrzymała bezwzględny rozkaz uśmiercania wszystkich dzieci natychmiast po ich urodzeniu się. Już samo podwiązanie pępowiny, aby choć przez chwilę utrzymać dziecko przy życiu, groziło jej śmiercią. W odpowiedzi na rozkaz zabijania noworodków oświadczyła: „Nie, nigdy! Nie wolno zabijać dzieci”.

W Oświęcimiu wszystkie kobiety zwracały się do niej „mamo”. Była ona dla nich i dla ich nowo urodzonych dzieci uosobieniem najbardziej czulej i troskliwej matki. Opiekuńczej, pogodnej, niosącej matczyne serce, które było otwarte dla każdej z nich. (...) Przy „mamie” przestawało się być szaszczutym zwierzęciem, stawało się

znów człowiekiem. Łatwiej było znieść tę całą mękę. Mówiła do nas: dziecko i my stawałyśmy się jej dziećmi (...). Tak wspomina ją Maria Salomon – była więźniarka. W okrutny świat zorganizowanej zbrodni wniosła życzliwość, miłość, w której ginął zwierzęcy strach, powracała godność i odwaga. Na przekór złu, codziennym morderstwom, tworzyła klimat nadziei i uczyła te kobiety wzajemnej miłości w warunkach, w których wydawało się, że nie było szans na międzyludzką życzliwość. Z planowanego upodlenia rodziła się godność. Modliła się wraz ze wszystkimi matkami różnych narodowości. Musiała czasem gorzko zapłakać, bolejąc nad tragedią urodzonych w Oświęcimiu dzieci. W wolnych chwilach promieniowała radością i dowcipem. We wspomnieniach współwięźniarki Marii Ożyńskiej czytamy: „Pani Leszczyńska była wzorem, uosobieniem dobroci, tam gdzie ludzie wielcy i dorośli przestawali być ludźmi, chęć przeżycia obozu odbierała im poczucie człowieczeństwa, mroziła serca, Pani Leszczyńska, drobniutka, słaba kobieta była siłaczem dobra, spokojna, pracowita, życzliwa, pogodna, chętnie niosąca pomoc innym, była zarazem bardzo skromna i bardzo głęboko wierząca”. Ta sama współwięźniarka wspomina również słowa Pani Leszczyńskiej, przypominającej jej o powinności wobec dzieci rodzących się w ciężkim stanie. „Nie wolno Ci dopuścić, ażeby dzieci umierały bez chrztu, jesteś za to odpowiedzialna przed Bogiem”.

Wszystkie dzieci rodziły się duże i zdrowe. Ani jednego pęknięcia, ani jednego krwotoku, ani zakażenia, po prostu cud (...). Gehennę obozowego życia oraz swoją pracę na rzecz więźniarek Pani Stanisława przedstawiła w swoim raporcie, który publikujemy. Kiedy po zakończeniu wojny wróciła wraz z córką do Łodzi i kiedy powrócili jej synowie, zaczęła od początku tworzyć rodzinny dom. Poświęciła się dla swoich dzieci, na których kształcenie ciężko pracowała. Uczyła swoje dzieci najtrudniejszej rzeczy na świecie – miłości nieprzyjaciół. Nie potępiła nikogo.

Była bez reszty oddana służbie życiu. Kiedy jej syn Bronisław otrzymał dyplom lekarza, wręczyła mu prezent – trochę uciulanych pieniędzy, jednocześnie powiedziała mu: „Synu, nie wierzę, żebyś w swoim życiu miał dokonać kiedykolwiek przerwania ciąży, bo przecież wtedy nie mógłbyś się uważać za mojego syna”.

Kiedy w 1973 roku stan jej zdrowia na tyle się pogorszył, że musiała zostać poddana operacji, okazało się że są to przeżuty nowotworowe w jelitach. Leżąc w szpitalu jako beznadziejnie chora, mimo silnych bólów nie chciała przyjmować środków znieczulających. „To mi odbiera jasność myślenia – mówiła z bólem – jakoś sobie poradzę, a chciałabym umierać świadomie”. Choć bardzo cierpiała, do końca myślała o bliskich i znajomych. Przy jej łóżku dyżurowały wszystkie jej dzieci.

Zmarła w obecności najmłodszego z synów 11 marca 1974 roku. Pogrzeb odbył się 15 marca 1974 roku na cmentarzu w Radogoszczy. Żegnały ją tłumy bliskich jej ludzi oraz matki i dzieci uratowane przez nią w Oświęcimiu.

Doktor J. Węgierska-Paradecka wspomina: „Było to manifestacyjne ostatnie pożegnanie osoby wątłej fizycznie, skromnej w zachowaniu i ubiorze, a tak symbolicznie wielkiej, oddanej całkowicie w służbie Bogu, człowiekowi i Polsce. Mogiłę pokryto niezliczoną ilością kwiatów”.

W dniu 2 maja 1982 roku kobiety polskie ofiarowały na Jasnej Górze jako wotum „Kielich Życia”, służący do sprawowania Najświętszej Ofiary w Jasnogórskim Sanktuarium. Symbol kobiecych serc. U podstaw kielicha umieszczone są rzeźby czterech kobiet: Św. Jadwigi Śląskiej, błog. Jadwigi Królowej, błog. Marii Teresy Ledóchowskiej oraz Stanisławy Leszczyńskiej.

Jej zaszczytne imię przyjęło wiele szkół położnych. Dzień jej urodzin – 8 maja – jest świętem polskich położnych a wydany medal „Ocalić od zapomnienia” poświęcony pamięci Stanisławy Leszczyńskiej, przyznawany jest polskim położnym, aby etos tej niezwykle pięknej osobowości żył w pamięci następnych pokoleń.

Na podstawie tekstów o Stanisławie Leszczyńskiej „Macierzyńska miłość życia”  
opracowała: mgr Izabela Kowalska

Przedruk z Biuletynu Informacyjnego OIPiP w Rzeszowie styczeń – luty 2007

## PRAWNIK RADZI

1. Czy osoba posiadająca zaświadczenie lekarskie stwierdzające, iż zalecana jest praca jednozmianowa z wyłączeniem nocy oraz ograniczenie dźwigania może mieć rozkład czasu pracy obejmujący dyżur w godzinach 10.25 – 18.00?

Osoba taka może mieć tak wyznaczony rozkład czasu pracy, gdyż dyżur w godzinach od 10.25 do 18.00 nie obejmuje godzin nocnych. Zgodnie bowiem z przepisem art. 151 § 1 kodeksu pracy pora nocna obejmuje osiem godzin pomiędzy godzinami 21.00 a 7.00. Praca więc do godziny 18.00 nie mieści się w podanym zakresie.

2. Jaka rekompensata przysługuje pracownikowi w przypadku pracy w godzinach nadliczbowych?

Zagadnienie pracy w godzinach nadliczbowych regulują przepisy Rozdziału VI kodeksu pracy zatytułowanego „Praca w godzinach nadliczbowych.” Są to przepisy art. 151 do 1516 k.p. Zgodnie z nimi ustawodawca przyjął trzy formy rekompensaty pracownikowi pracy w godzinach nadliczbowych:

- dodatek za pracę w godzinach nadliczbowych (art. 151 § 1 k.p.)
- ryczałt (art. 151 § 4)
- udzielenie czasu wolnego (art. 152 k.p.)

Oprócz jednej z powyższych form, pracownikowi przysługuje również wynagrodzenie, tzw. „normalne wynagrodzenie” za czas przepracowany.

Dodatek za pracę w godzinach nadliczbowych przysługuje za przekroczenie zarówno dobowej jak i okresowej normy czasu pracy. W przypadku przekroczenia obu tych norm przysługuje tylko jeden dodatek. Obliczenie powyższego następuje w ten sposób, że od liczby godzin nadliczbowych obliczonych na podstawie przekroczenia normy okresowej należy odjąć liczbę godzin nadliczbowych wynikającą z przekroczenia normy dziennej. Powstała w ten sposób różnica stanowi podstawę do obliczenia dodatku. (art. 151 § 2 k.p.)

Wysokość dodatku określona jest procentowo i wynosi:

- 100% wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych przypadających:

- a) w nocy,
  - b) w niedziele i święta nie będące dla pracownika dniami pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy,
  - c) w dniu wolnym od pracy udzielonym pracownikowi w zamian za pracę w niedzielę lub w święto, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy,
- 50% wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych przypadających w każdym innym dniu niż określony w pkt 1.

Ryczałt przewidziany jest dla pracowników wykonujących stale pracę poza zakładem pracy (art. 151 § 4 k.p.).

Natomiast udzielenie czasu wolnego następuje albo na wniosek pracownika albo z inicjatywy pracodawcy. W tym drugim przypadku udzielenie czasu wolnego musi nastąpić najpóźniej do końca okresu rozliczeniowego.

Wymiar czasu wolnego pracodawca przyznaje wtedy w wymiarze o połowę wyższym niż liczba przepracowanych godzin nadliczbowych. To nie może spowodować jednak obniżenia wynagrodzenia należnego pracownikowi za pełny miesięczny wymiar czasu pracy. (art. 152 § 2 k.p.)

3. Co oznacza praca zmianowa?

Zgodnie z regulacją przepisu art. 128 § 2 pkt 1 kodeksu pracy praca zmianowa to wykonywanie pracy według ustalonego rozkładu czasu pracy przewidującego zmianę pory wykonywania pracy przez poszczególnych pracowników po upływie określonej liczby godzin, dni lub tygodni. Tą definicję pochodzącą z kodeksu pracy należy wzbogacić przepisem Dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 roku dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz.U.UE L z dnia 18 listopada 2003 roku), według której praca w systemie zmianowym oznacza każdą formę organizacji pracy w systemie zmianowym, zgodnie z którą pracownicy zmieniają się na tych samych stanowiskach pracy według określonego harmonogramu, łącznie z systemem następowania po sobie, który może mieć charakter nieprzerwany lub przerywany oraz pociąga za sobą konieczność wykonywania pracy przez pracownika o różnych porach w ciągu określonych dni lub tygodni. Istotą więc pracy zmianowej jest to, że pracownik zmienia nie tylko pory wykonywania pracy ale również innego pracownika przy tym samym stanowisku.

4. Jak powinien być ustalony rozkład czasu pracy, w przypadku pracy zmianowej z dyżurami nocnymi, aby zachować zgodność z przepisami prawa pracy zwłaszcza w zakresie zagwarantowania pracownikowi odpowiedniego wypoczynku? Kto jest uprawniony do kontrolowania prawidłowości rozkładu czasu pracy?



Kwestia czy mamy do czynienia z pracą zmianową czy też nie, nie ma większego znaczenia w aspekcie zagwarantowania pracownikowi prawa do wypoczynku, w tym sensie, że przepisy określają ile i na jakich zasadach pracownik ma mieć udzielony czas wolny. Zgodnie z przepisem art. 132 k.p. każdemu pracownikowi przysługuje co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku. Stąd też jeśli mamy do czynienia z pracownikiem, który pracuje na tzw. „dwunastki” może on przepracować co najwyżej 1 godzinę nadliczbowo (24h – 11 godzin odpoczynku – 12 godzin pracy = 1 h). Ponadto przepisy regulują również odpoczynek tygodniowy, który zgodnie z art. 133 k.p. musi wynosić co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego.

Taki wymiar odpoczynku musi być zagwarantowany przez pracodawcę bez względu na przyjętą normę czasu pracy (7.35 h; 12h). Rozkład czasu pracy to plan pracy, który rozplanowuje czas pracy poszczególnych pracowników lub pojedynczego pracownika w układzie godzinowym, na poszczególne dni w okresie rozliczeniowym. Nawet wtedy, gdy jest to rozkład obejmujący większą liczbę pracowników, jego prawidłowość ocenia się z punktu widzenia zagwarantowania każdemu pracownikowi z osobna dobowego i tygodniowego odpoczynku, w wymiarze odpowiednio 11 godzin na dobę i 35 tygodniowo.

Za prawidłowość w zakresie sporządzenia i wprowadzenia do realizacji rozkładu czasu pracy odpowiada pracodawca. Uchybienia w tym względzie, polegające na naruszeniu przepisów o czasie pracy stanowią wykroczenie przeciwko prawom pracownika i na podstawie przepisu art. 281 pkt 5 k.p. podlegają karze grzywny. Podmiotem, który może pod tym kątem władczo kontrolować pracodawcę jest Państwowa Inspekcja Pracy. Poza tym sami pracownicy powinni sprawdzać czy ich prawa nie są łamane, a gdy tak się dzieje zgłaszać to w pierwszej kolejności pracodawcy, a gdy to nie spowoduje zaprzestania naruszeń, bezpośrednio do Państwowej Inspekcji Pracy.

mgr Marta Szymczak  
aplikant radcowski

## Problemy kadr pielęgniarskich w Polsce

We współczesnym polskim pielęgniarstwie występuje wiele problemów, zaś niektóre z nich są tak złożone, że znalezienie realnego rozwiązania jest na razie niemożliwe (kondycja finansowa państwa). Mam na myśli dramatyczny problem starzenia się grupy zawodowej pielęgniarek i położnych w Polsce oraz przyczyn i skutków tej sytuacji.

Likwidacja szkół pielęgniarstwa i położniczych w nowej zreformowanej służbie zdrowia odbija się negatywnie na sytuacji kadr pielęgniarskich. Samorząd pielęgniarek i położnych już od wielu lat sygnalizuje polskim władzom problem deficytu pielęgniarek, jednak ze strony rządowej jest on nadal marginalizowany.

Polskie pielęgniarki, które mimo desperacji, którą czasem okazują, czekają cierpliwie na zmiany. Jeśli tak wysoko zostały ocenione i docenione na Zachodzie, mam nadzieję, że w końcu rząd Polski to dostrzeże.

Komfort pracy pielęgniarek na Zachodzie jest dużo wyższy od warunków, które mają nasze pielęgniarki, a jednak tam od dawna słyszy się o dużych brakach kadrowych tej grupy zawodowej. Za 10 – 20 lat odejdą z zawodu pielęgniarki, które obecnie mają 40 – 50 lat, zaś tylu nowych adeptek w zawodzie nie przybędzie.

Niskie zarobki skłoniły polskie pielęgniarki do migracji zarobkowej, przez co ubyło nam wiele bardzo dobrze wykształconej, młodszej kadry oraz ograniczyło zainteresowanie młodzieży kształceniem w tym kierunku.

Myszę, że w niedługim czasie wystąpią braki kadrowe w opiece pielęgniarstwa, zaś pielęgniarki, które zostaną, muszą przejąć obowiązki tych, które odeszły na emerytury i tych, które nie wytrzymały ciężaru obowiązków.

Przypuszczam, że pracujące nieraz na kilka etatów pielęgniarki, noszące w sobie gorycz z niespełnienia zawodowego, nie wytrzymają obciążenia psychofizycznego i odbije się to w przyszłości niekorzystnie na ich zdrowiu.

Może to mieć również wpływ na jakość usług pielęgniarstwa oraz jakość życia pacjenta.

W 1978 roku obroniłam tytuł pielęgniarki-położnej w Krakowie. Od paru lat, niestety, nie mogę czynnie wykonywać zawodu, natomiast mogę z boku, jako pacjentka, dzielić się swoimi spostrzeżeniami i wspierać młodsze koleżanki optymizmem, który jeszcze mam.

Otwarcie granic Polski uświadomił naszym pielęgniarkom ich wysoki poziom kwalifikacji zawodowych, rangę tej profesji w świecie i w Polsce. Część koleżanek została już doceniona przez personel leczący jako partner w terapii, jednak większość z nich skarży się na niewłaściwą współpracę w swojej pracy.

Podnosi na duchu optymizm młodych pielęgniarek, które rozpoczynają studia pełne wiary w swój sukces, rozwój pielęgniarstwa naukowego, usamodzielnianie się pielęgniarek w postaci indywidualnych czy grupowych praktyk.

Niestety, mam także pewne obawy co jakości usług pielęgniarstwa w związku z brakiem personelu, który nam grozi w niedalekiej przyszłości. Poza tym postęp cywilizacyjny, który wniósł w nasze życie wiele udogodnień, wniósł także elementy zła, które szkodzą naszemu zdrowiu (nałogi, niewłaściwe odżywianie, itp.). Niestety, złe nawyki obserwuje się także wśród pielęgniarek, nauczycieli, osób pracujących z dziećmi, które nie stosują się do starożytnej maksymy – verba docent, exempla trahunt (słowa uczą, przykłady pociągają), co zapewne wpływa na rozwój postawy zdrowotnej młodego człowieka.

Współczesny człowiek stał się niewolnikiem reklamy, którą wykorzystują wielkie koncerny farmaceutyczne, zręcznie nią manipulując, trafiając do ludzi i wręcz szkodząc ich zdrowiu. Mam na myśli nadużywanie witamin i niektórych leków.

Świadomość zdrowotna Polaka pozostawia jeszcze dużo do życzenia. Brak jest rzetelnej informacji na temat zachowań zdrowotnych wśród dzieci w szkołach, często obserwuje się niewłaściwe zachowania zdrowotne dorosłych, brak jest informacji jak należy zachowywać się podczas leczenia np. w trakcie choroby nowotworowej – to wszystko ogranicza i podważa zaufanie do służby zdrowia (obecnie w szpitalach onkologicznych jest mnóstwo informacji biznesowych, gdzie można kupić peruki, jak załatwić turnus rehabilitacyjny, itp., zaś nie ma informacji o bezpłatnej infolinii Polskiej Unii Onkologicznej i lekarzach udzielających stamtąd bezcennych informacji pacjentom żyjącym w beznadziei).

Jesteśmy w Unii Europejskiej. Musimy jednak zdawać sobie sprawę, że i tamte kraje mają problemy kadrowe w służbie zdrowia i w tej kwestii nie możemy liczyć na ich pomoc. Państwa zachodnie mając dobrą kondycję finansową zapewniają swoim obywatelom godne warunki na starość oraz podczas „krótkiego” leczenia.

Kształt świata zależy od świadomości jednostek, jak mówi Maria Szyszkowska. Niepokoić więc powinien fakt coraz częstszego braku człowieczeństwa wśród społeczeństwa, krzywdy ludzkiej, głodu i biedy. Człowiek chory traktowany jest przez ludzi, zarówno bogatych jak i biednych, niekiedy jak intruz, który jest obciążeniem finansowym.

Większość pacjentów w Polsce odczuwa to od dłuższego czasu. Są oni świadkami opinii jak to w szpitalu nie ma limitu na ich badania, nie ma pieniędzy na leki itp. Na Zachodzie mimo lepszej sytuacji ekonomicznej jest podobnie. Skracą się tam natomiast czas pobytu pacjentów w oddziałach do minimum, gdyż takie są wymagania finansowe państwa lub takie jest życzenie pacjenta, który zbyt dużo straciłby finansowo na zwolnieniu.

Nie posiadam danych statystycznych ani wiedzy naukowej w tym zakresie, opieram się wyłącznie na relacji moich znajomych z zagranicy (także pielęgniarek mieszkających tam na stałe). Twierdzą one, iż z tego powodu,

czyli zbyt krótkiej rekonwalescencji po poważnych zabiegach, występują powikłania, które wymagają ponownej hospitalizacji.

Obawiam się, że w Polsce sytuacja w niedługim czasie będzie podobna. „Jest jednak w życiu coś więcej do zrobienia niż tylko zwiększać jego tempo” mawiał Mahatma Gandhi. Należy zastanawiać się nie tylko jak zatrzymać pielęgniarki w Polsce, lecz również jak poprawiać jakość życia pacjenta – w obecnych, trudnych warunkach ekonomicznych oraz przy tak wielkim „kulcie pieniądza”. To zadanie dla pielęgniarstwa naukowego w Polsce i na świecie.

Stanisława Dzwonkowska

## Satysfakcja pacjenta miernikiem jakości opieki pielęgniarskiej

W dobie przemian i reorganizacji służby zdrowia poprawa jakości świadczonych usług medycznych jest jednym z elementarnych zadań. W Polsce bardzo długo nie mówiło się o konieczności działań skierowanych na podnoszenie jakości świadczeń zdrowotnych. Pacjent zobligowany do korzystania z usług medycznych w placówkach danego rejonu, do którego należał, nie miał żadnego wyboru i wpływu na poziom świadczonych usług. Również dla personelu medycznego poprawa jakości usług medycznych wiązała się często ze zmianą metod pracy. Jednakże z braku motywacji, niechęci do nowości i zmiany stereotypów, a także przekonania że potrzebne są do tego ogromne nakłady finansowe takie działania często nie były podejmowane.

Obecnie w przededniu wprowadzenia w opiece zdrowotnej zasad wolnego rynku, podnoszenie jakości świadczonych usług staje się koniecznością. Pacjent przestaje być biernym odbiorcą usług, staje się klientem, o którego każda jednostka służby zdrowia zabiega.

Kultura organizacyjna w zakładzie opieki zdrowotnej, a szczególnie zorientowana na klienta decyduje w znacznym stopniu o poziomie jakości firmy. Jest to współcześnie dominujący trend, wyznaczający kierunki w polityce firm nie tylko w sferze ochrony zdrowia. Stawianie pacjenta (klienta) w centrum uwagi pozwala na spełnienie wymagań, na wzrost zysków poprzez zapewnienie permanentnych kontaktów z odbiorcami usług, czyli poprzez badanie poziomu satysfakcji pacjentów.

Geneza badań nad zachowaniem pacjenta ze świadczeń medycznych sięga początku XIX wieku. W pierwszych badaniach opinie pacjentów pozwoliły na ujawnienie prostego podziału lekarzy, na dobrych i złych w zależności od ich podejścia do chorych oraz od oceny ich umiejętności.

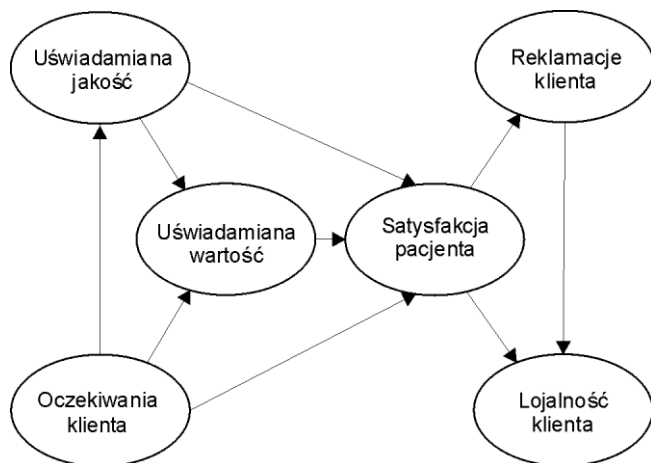
Później publikowano wiele doniesień, dotyczących problemów jakości z punktu widzenia pacjenta. Badania amerykańskie, na przykład, wskazywały na ścisłą korelację pomiędzy poziomem satysfakcji odbiorcy usług zdrowotnych a opieką medyczną nastawioną na pacjenta.

Ten trend oceny jakości świadczeń w zakładach opieki zdrowotnej dominował również w latach osiemdziesiątych w krajach, gdzie system oparty był na zasadzie konkurencji usług, a pacjent miał możliwość wyboru świadczeniodawcy.

W Polsce natomiast od początku lat dziewięćdziesiątych obserwuje się wzrost zainteresowania i znaczenia opinii pacjentów o jednostkach służby zdrowia. Później istotny wpływ na ten fakt miała zmiana systemu motywowania i finansowania tychże placówek. W ten sposób powstała szansa na poprawę jakości opieki, ogólnie mającej na celu zapewnienie satysfakcji pacjentów poprzez zachowanie równowagi pomiędzy potrzebami (wyrażonymi jako oczekiwania) a ich zaspokajaniem w trakcie nabywania usługi. W systemach ochrony zdrowia, funkcjonujących na świecie i opartych na zasadach gospodarki rynkowej, systematycznie zdobywa się i gromadzi informacje o tym, jak klienci postrzegają określone świadczenia. Znaczenie tych danych wynika z kalkulacji ekonomicznych, motywuje do zdecydowanych działań marketingowych i skuteczniejszej rywalizacji z konkurencją.

Ponadto, istnieje społeczna potrzeba badań ukierunkowanych na poznanie postaw i opinii na temat opieki zdrowotnej, uzasadniona wzrostem wiedzy medycznej i świadomości zdrowotnej wśród ludności, wzrostem wymagań i oczekiwań, a także ogólnymi przeobrażeniami społecznymi.

Rys.1. Model kształtowania satysfakcji klienta



Percepcja jakości przez pacjenta jest kształtowana w wyniku konfrontacji tzw. jakości oczekiwanej np. określonych i uświadomionych potrzeb, posiadanych informacji z jakością doświadczoną, czyli wizerunkiem firmy kreowanym na skutek bezpośredniego lub pośredniego kontaktu klienta z placówką. Wiarygodność we wzajemnych kontaktach zakładu z pacjentem kształtuje satysfakcję i lojalność wobec firmy.

Reasumując, monitorowanie satysfakcji pacjentów nie może być czynnością jednorazową, ale cyklicznym działaniem wszystkich placówek ochrony zdrowia, odzwierciedlającym priorytety swoich obecnych i przyszłych klientów.

## Cele badania satysfakcji Klientów ze świadczeń

Badanie poziomu zadowolenia pacjentów, stanowiąc integralną składową jakości opieki zdrowotnej, służy realizacji następujących celów:

- pozwala nawiązać kontakt z pacjentami i uczynić z nich aktywnych uczestników procesu,
- wspomaga identyfikację problemów, na jakie napotykają pacjenci w trakcie korzystania ze świadczeń zdrowotnych,
- umożliwia identyfikację obszarów, które są źle oceniane oraz obszarów, spełniających oczekiwania klientów,
- stwarza podstawę do przewidywania zachowań pacjentów,
- jest istotnym wskaźnikiem w procesie pomiaru i oceny jakości opieki,
- stanowi bodziec do zaprojektowania zmian w procesie świadczeń usług,
- sprzyja wprowadzaniu konstruktywnych działań na rzecz: poprawy sposobu postępowania z pacjentami,
- umożliwia pracownikom samoocenę pracy,
- sprzyja racjonalizacji wydatków i ekonomicznemu podejściu do zarządzania zakładem opieki zdrowotnej,
- inspirowanie do podejmowania skuteczniejszych czynności marketingowych, mających na celu zabieganie i pozyskanie klienta,
- wpływa na kształtowanie wizerunku placówki opieki zdrowotnej.

## Definiowanie pojęcia - satysfakcja pacjentów

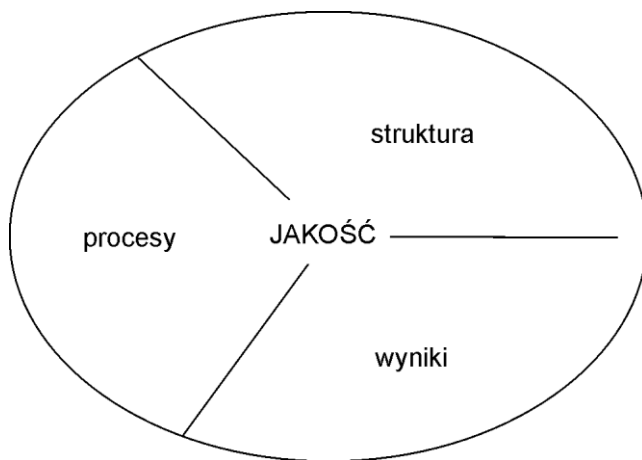
W literaturze przedmiotu można spotkać się z dużą zmiennością w interpretacji znaczenia tego pojęcia. Jedną z definicji jest traktowanie satysfakcji jako: „stanu emocjonalnego pacjenta, będącego następstwem korzystania z usługi; pozytywnym lub negatywnym niejako zabarwiającym całość opieki z punktu widzenia pacjenta. Stan ten w bezpośredni lub pośredni sposób powiązany jest ze wszystkimi elementami jakości usługi”.

Poziom satysfakcji może być więc zróżnicowany m.in. w zależności od natężenia emocji w poszczególnych fazach choroby, od indywidualnej tendencji do okazywania emocji, od czasu, jaki upłynął od konsumpcji usługi w danym zakładzie opieki zdrowotnej, od towarzyszących przeżyć związanych z innymi sytuacjami życiowymi.

Kolejne podejście prezentuje definicja SIS (Swedish Standard, 1986): „Satysfakcja pacjenta jest ogólnym sądem opartym na jego doświadczeniu, dotyczącym różnych aspektów opieki zdrowotnej”.

Satysfakcja pacjentów jest więc zagadnieniem złożonym, czyli sprzężonym ze strukturą (zasobami ludzkimi i materialnymi, warunkami organizacyjnymi, lokalowymi i sprzętowymi itp.), procesem świadczenia usług oraz świadczy o wyniku opieki tzn. stanowi warunek osiągnięcia odpowiedniej, pożądanej jakości opieki. Można to zilustrować następującym rys. 2.

Rys 2. Satysfakcja pacjentów a jakość



Podobne podejście prezentuje Slim Haddad (1998), który na podstawie danych uzyskanych z analizowanych badań empirycznych wyróżnił: mierniki, wpływające na odczuwanie satysfakcji z usługi, a związane ze wspomnianymi wyżej płaszczyznami jakości:

- w strukturze: techniczna kompetencja personelu medycznego, wyposażenie techniczne placówki, budynki i ich otoczenie,

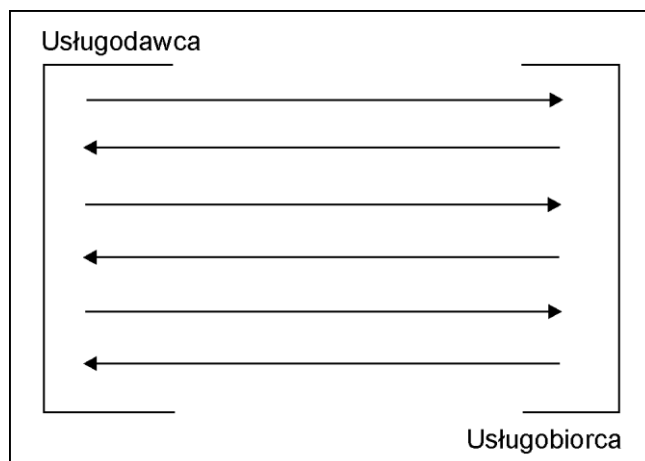
- w procesie: dostępność usługi, ciągłość opieki, właściwy dobór procedur diagnostycznych i leczniczych, postawy personelu wobec pacjentów i kontakty interpersonalne z pacjentami, dokładność badania przedmiotowego, długość leczenia i pobytu w placówce, czas oczekiwania na usługę, akceptacja zabiegów,

- w wyniku: koszty (formalne i nieformalne) poniesione przez pacjentów.

Di Matteo (1991) zwraca uwagę na decydujące znaczenie procesu komunikacji pomiędzy świadczeniodawcami a pacjentami. W procesie świadczenia usług medycznych powstaje więc specyficzna integracja relacji pomiędzy usługodawcą a usługobiorcą.

Relacja ta powstaje w wyniku zaangażowania obu stron, współdziałania zmierzającego do wytworzenia dobra dla nabywcy. Oznacza to, że odczucie przez pacjenta bycia zrozumianym i wysłuchanym ma istotny wpływ na osiąganie satysfakcji z usługi. (rys. 3).

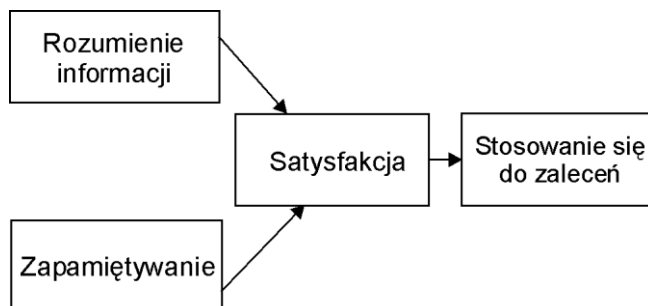
Rys. 3: Integracja relacji: producent/wytwórca – usługa – klient



W innym podejściu satysfakcja z opieki zdrowotnej jest rozumiana jako rezultat konfrontacji oczekiwań pacjenta, wynikających z komunikacji rynkowej, wizerunku placówki, komunikacji „z ust do ust” oraz z potrzeb klientów z rzeczywistymi kontaktami ze służbą zdrowia.

Inni autorzy, Savage i Armstrong (1990), badali zależność satysfakcji klientów od stylu udzielania porad przez lekarzy. Wyróżnili oni dwa typy stylu zachowań personelu lekarskiego, a mianowicie dyrektywny i partycypacyjny, wskazując, że dyrektywna postawa lekarza znacznie bardziej wpływa na wzrost satysfakcji pacjenta, na przestrzeganie dyscypliny w stosowaniu się do zaleceń, na zapamiętanie treści porady i zrozumienia przekazywanych informacji. Graficznie przedstawia to następujący rys. 4:

Rys. 4: Teoretyczny model stosowania się do zaleceń medycznych



Podobnie Ley (1988) podkreśla, że satysfakcja pacjenta jest silnie związana ze stosowaniem się do zaleceń.

Natomiast podejście normatywne brytyjskich autorów utożsamia satysfakcję z usług zdrowotnych z przestrzeganiem praw pacjenta. Również w ostatnich latach w Polsce ten aspekt zadowolenia odbiorców świadczeń nabrał dużego znaczenia nie tylko z powodu zapisów ustawowych i zapisów zawartych w umowie z płatnikiem – NFZ, ale głównie z racjonalnych powodów ekonomiczno-marketingowych.

Reasumując, należy ponownie zwrócić uwagę na wielość definicyjnych ujęć zagadnienia satysfakcji pacjentów, wynikających z mnogości uwarunkowań tego stanu.

Dlatego badanie satysfakcji pacjentów należy traktować jako jeden ze wskaźników poziomu jakości świadczonej usług, nie zaniebując przy tym innych aspektów monitorowania jakości w codziennej pracy personelu medycznego i menedżerów opieki zdrowotnej.

Na podstawie powyższych rozważań można wyróżnić trzy zasadnicze płaszczyzny (wymiary) satysfakcji pacjenta ze świadczeń zdrowotnych:

- poczucie bycia zrozumianym,
  - poczucie bycia poinformowanym np. o diagnozie, o zaleceniach,
  - poczucie poprawy stanu zdrowia,
- oraz dodatkowy wymiar:
- ogólne poczucie zadowolenia ze świadczenia.

## Podstawowe orientacje w badaniach satysfakcji pacjenta

### Psychologiczna

Założenie: satysfakcja pacjenta wynika z poziomu zaspokojenia określonych potrzeb. Zgodnie z koncepcją Abrahama Masłowa wyróżnia się dwojakiego rodzaju potrzeby: podstawowe (niższego rzędu), fizjologiczne, bezpieczeństwa, miłości, szacunku i samorealizacji oraz rozwojowe (wyższego rzędu) - wiedzy, estetyczne, rozumienia.

Zaspokajanie potrzeb podstawowych pozwala jednostce sprawnie funkcjonować w określonych warunkach, zarówno w wymiarze fizjologicznym, jak i psychicznym. Człowiek w tym ujęciu jest traktowany jako indywiduum. Z kolei zaspokojenie potrzeb podstawowych warunkuje uświadomienie i dążenie jednostki do realizacji potrzeb wyższego rzędu. Tak więc w zachowaniu jednostki charakterystyczny jest pewien schemat postępowania, polegający na wzajemnej zależności w zaspokajaniu potrzeb na drodze do osiągnięcia dobrostanu psychofizycznego.

Im bardziej kompleksowy charakter świadczonych usług, w tym więcej potrzeb jest zaspokojonych.

Metodologia: techniki jakościowe - wywiad zogniskowany (grupy fokusowa), poprzedzający badania ilościowe.

### Socjologiczna

Założenie: satysfakcja pacjenta jest sposobem wyrażania opinii o danym systemie opieki zdrowotnej.  
W socjologicznym podejściu do tego zagadnienia, satysfakcja klienta z otrzymanej usługi jest traktowana jako sąd, opinia, a nie jako poziom zaspokojenia potrzeb. Determinantami tej orientacji są:  
Społeczne uwarunkowania relacji interpersonalnej w usłudze np. status społeczny stron relacji  
Infrastruktura medyczna tzn. warunki organizacyjno-logistyczne np. baza materiałowa, mająca wpływ na dostępność do usług lub sposób jej wykonania przez personel medyczny  
Uwarunkowania polityczne.  
Metodologia: techniki ilościowe - wywiad i ankieta.

Egzystencjonalna

Założenie: satysfakcja pacjenta jest uwarunkowana jakością jego życia. Badanie subiektywnych i obiektywnych komponentów jakości życia pozwala określić następujące kwestie: Jaki jest punkt widzenia pacjenta na sprawę choroby i zdrowia oraz w jaki sposób wpływa to na komunikację z personelem medycznym? Jaki sposób leczenia jest najbardziej odpowiedni dla pacjenta ze względu np. na status społeczno-ekonomiczny, wiek, występujące dolegliwości bólowe, warunki pracy, sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Małgorzata Szumińska  
oprac. specjalistka ds. jakości SP ZOZ w Kole  
Przedruk z Biuletynu Informacyjnego OIPiP w Koninie nr 1 (74) styczeń – luty 2007



## SERWIS INFORMACYJNY

### Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia ORPiP w dniu 13 marca i 12 kwietnia 2007 roku i Prezydium ORPiP w dniu 28 marca 2007 roku

- ⊕ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarsza i rejestru położnych 4 pielęgniarkom i 3 położnym.
- ⊕ Zatwierdzono wymianę prawa wykonywania zawodu 6 pielęgniarkom.
- ⊕ Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi 4 pielęgniarki i 2 położne.
- ⊕ Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi 2 pielęgniarki i 1 położną.
- ⊕ Wydano duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki 2 pielęgniarkom.
- ⊕ Wpisano do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych 3 praktyki pielęgniarek, w ramach umowy z innym podmiotem.
- ⊕ Wykreślono z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych 159 praktyk pielęgniarek i 16 praktyk położnych, zgodnie z wnioskami.
- ⊕ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat 2 pielęgniarkom skrócono okres przeszkolenia.
- ⊕ Wykreślono z rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – kurs specjalistyczny w zakresie Leczenia ran, WCZP w Łodzi, z powodu upływu terminu, na jaki program został zatwierdzony (28.02.2007 roku)
- ⊕ Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w: konferencji – 1 osobie, kursie dokształcającym – 1 osobie, kursie specjalistycznym – 5 osobom, kursie kwalifikacyjnym – 12 osobom.
- ⊕ Przyznano zapomogi bezzwrotne po: 1500 zł - 3 osobom, 1000 zł – 5 osobom, 500 zł – 2 osobom.
- ⊕ Podjęto decyzje o zorganizowaniu w roku 2007 Sympozjum nt. „Etyka zawsze i wszędzie” i „Zagrożenia na stanowisku pracy pielęgniarek i położnych”.
- ⊕ Zatwierdzono:
  - koszty kursu doskonalącego w zakresie „Elementy neurologii dziecięcej w praktyce pielęgniarki szkolnej i pielęgniarki rodzinnej” dla pielęgniarek zatrudnionych w dziedzinie medycyny środowiska nauczania i wychowania i pielęgniarstwa rodzinnego,
  - współorganizowanie z firmą MERCK konferencji dla położnych i pielęgniarek nt. „Zagadnień związanych z alergią u dzieci w kontekście probiotyków oraz położnictwa i ginekologii” w Łodzi w dniu 08.05.2007 roku,
  - koszty udziału przedstawicieli OIPiP w:
    - V Podlaskiej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Problemy terapeutyczno-pielęgniarskie: od poczęcia do starości” w Białymstoku/Białowieży w dniach 23 – 27 maja 2007 roku 8 osobom: przedstawicielom komisji problemowych OIPiP,
    - XI Sympozjum Naukowo-Szkoleniowym „Dystocja barkowa. Jak przewidywać? Jak postępować w porodzie? Porażenie splotu ramiennego u noworodka. Jak leczyć?” w Tychach w dniach 18 – 19 maja 2007 roku 2 osobom: w ramach nagrody za prowadzone w zakładzie przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu położnej,
    - Jubileuszu X-lecia i V Zjeździe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki w Starych Jabłonkach w dniach 26 – 28 września 2007 roku 5 osobom: w ramach nagrody za prowadzone w zakładzie przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki,
    - konferencji dla pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej nt. „Pielęgniarka w domu pomocy społecznej” w Warszawie w dniach 25 – 26 kwietnia 2007 roku 4 osobom: pełnomocnikom z domów pomocy społecznej,
    - VII Ogólnopolskiej Konferencji Medycyny Paliatywnej i V Ogólnopolskim Forum Onkologii i Psychoonkologii w Toruniu dniami 11 – 12 maja 2007 roku 3 członkom Zespołu ds. Opieki Paliatywno-Hospicyjnej,
    - XI Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w Opiece Zdrowotnej” w Krakowie w dniach 17 – 18 maja 2007 roku 2 członkom Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego.
  - dofinansowanie dla Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek w Łodzi na zakup nagród dla 3 uczestniczek Konkursu "Pielęgniarka Roku 2006" i na pokrycie materiałów dla uczestników Konferencji Naukowej z okazji 50-lecia działalności PTP w Łodzi w dniu 17 maja 2007 roku,
  - dofinansowanie do VIII Ogólnopolskiej Konferencji dla Pielęgniarek i Położnych „Wybrane problemy zdrowotne wieku rozwojowego” współorganizowanej z Instytutem CZMP w Łodzi, w dniu 12 października 2007 roku,
  - zakup 6 nowości wydawniczych do zbiorów biblioteki OIPiP w Łodzi – 14 egzemplarzy książek,

- plany pracy komisji problemowych OIPiP w Łodzi,
- honoraria dla 5 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie Nr 3/2007,
- zmiany w składach osobowych komisji problemowych: Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego, Komisji Położnych, Pielęgniarek Psychiatrycznych i Pielęgniarek Epidemiologicznych – skreślono 3 osoby i wpisano 13 osób,
- zmiany w pełnomocników i ich zastępców w 2 rejonach wyborczych/zakładach,
- uzupełniono skład osobowy zespołu konkursowego – wpisano 12 osób, członków Komisji Pielęgniarek Psychiatrycznych,
- podział obszar działania OIPiP w Łodzi na 54 rejonów wyborcze V kadencji,
- wzór, propozycję zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania oraz położnej poradni ginekologiczno-położniczej i położnej rodzinnej (zakresy dostępne na stronie internetowej i w dziale merytorycznym OIPiP).
- Powołano skład osobowy komisji egzaminacyjnej dla kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa opieki paliatywnej” organizowanego i finansowanego z budżetu OIPiP w Łodzi.
- Wytypowano przedstawiciela do składu komisji:
- Egzaminacyjnej w: filii WCZP w Piotrkowie Tryb. dla kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwa rodzinnego, WCZP w Łodzi dla kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwa operacyjnego i Akademii Zdrowia w Łodzi dla kursu specjalistycznego w zakresie Szczepień ochronnych.
- Kwalifikacyjnej w WCZP w Łodzi dla kursu: kwalifikacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwa operacyjnego i specjalistycznego w zakresie Szczepień ochronnych.
- Powołano składy osobowe komisji konkursowych na stanowiska kierownicze: ordynatorów, pielęgniarki naczelnej i 2 pielęgniarek oddziałowych.

## Informacje ze spotkań pełnomocników ORPiP w marcu 2007 roku

Spotkania pełnomocników odbywają się w stałych terminach w Biurze OIPiP. W marcu w spotkaniu pełnomocników reprezentowanych było odpowiednio 51 zakładów spośród 85 uprawnionych. Podczas spotkania:

1. Poinformowano o wolnych miejscach na kursach i szkoleniach organizowanych przez OIPiP:

- kursie kwalifikacyjnym pt. „Opieka długoterminowa” rozpoczynającym się w dniu 13.04.2007 roku,
- kursie specjalistycznym dla pielęgniarek „Podstawy opieki paliatywnej” termin 13.09-19.10.2007 roku tryb mieszany,
- szkoleniu „Jak skutecznie się komunikować” zgłoszeni do 24.03.2007 roku,
- symposium nt. „Zagrożenia w pracy zawodowej pielęgniarek i położnych” termin 20.09.2007 roku,
- symposium nt. „Etyki zawodowej” termin w listopadzie br.

Zwrócono uwagę, iż na wnioskach na kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne musi być informacja o stażu zawodowym oraz potwierdzenie odprowadzania składek na Izbę.

2. Przekazano informację o nowelizacji przepisów dotyczących:

- sprawozdawczości do NFZ (nowe zasady od kwietnia br.),
- dokumentacji medycznej w ZOZ,
- wykonywania szczepień ochronnych (obowiązkowych) od 01.04.2007 roku odpowiedzialnym będzie lekarz rodzinny obejmujący opieką rodzinę
- na stronie [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) znajdują się projekty aktów prawnych: ustawy o sieci szpitali oraz nowelizacji ustawy o ZOZ w zakresie dotyczącym m.in. czasu pracy, dyżurów zakładów, certyfikatów jakości itp.

3. Omówiono i przekazano pełnomocnikom dokumenty niezbędne do zorganizowania i przeprowadzenia wyborów na kolejną kadencję samorządu w tym regulaminy, wzory protokołów itp. Wszystkie niezbędne dokumenty dotyczące wyborów znajdują się na stronie internetowej izby [www.oipp.lodz.pl](http://www.oipp.lodz.pl)

Pełnomocnicy otrzymali kserokopie (materiały):

- Informator OIPiP Nr 3/2007,
- Informacje WSHE o IV Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej nt. „Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce. Choroby alergiczne – epidemia XXI wieku?”

Wszelkie informacje udzielane są pod nr telefonu (0-42) 299-55-73 oraz na stronie internetowej uczelni [www.wshe.lodz.pl](http://www.wshe.lodz.pl) w zakładce działalność naukowa/konferencje

Komisja Warunków Pracy i Zatrudnienia

1. Zmiana planu pracy na 2007 roku.

2. Podjęcie wstępnych prac nad opracowaniem poszczególnych zagadnień dotyczącym symposium nt. „Zagrożenia na stanowisku pracy pielęgniarce i położnej”.

3. Prace nad przygotowaniem artykułu do Biuletynu nt. „Czynniki fizyczne, chemiczne, biologiczne, psychosomatyczne, organizacyjne, ergonomiczne występujące w środowisku pracy pielęgniarek i położnych”.

## Informacje z działalności komisji problemowych ORPiP w marcu 2007 roku

### Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego

1. Zaopiniowano projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz ustawy o samorządzie pielęgniarstwa i położnej oraz projekt rozporządzenia MZ w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej w ZOZ.
3. Przyjęto do zaopiniowania projekt zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień: położnej rodzinnej oraz położnej poradni K.

### Komisja Położnych

1. Omówienie i ustosunkowanie się do rozporządzenia MZiOS dotyczącego świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, wykonywanych przez położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.
2. Przedstawiono informacje o konferencjach nt.:
  - „Łódź-Zdrowe Miasto” w dniu 03.04.2007 roku,
  - „Dystocja barkowa postępowanie w porodzie” w dniach 18-19.05.2007 roku,
  - „Ewaluacja kształcenia pielęgniarstwa i położnych w Polsce” w dniu 15.05.2007 roku,
  - „Opieka nad noworodkiem i niemowlęciem z problemami zdrowotnymi” w dniach 09 – 10.05.2007 roku,
  - Podlaska Konferencja szkoleniowa nt. „Problemy terapeutyczne-pielęgnowanie od poczęcia do starości” w dniach 23-27.05.2007 roku (wytypowano 2 osoby).
3. Szkolenie nt. dokumentacji medycznej położnych.
4. Dyskusja nt. spotkania szkoleniowego w dniu 8.05.2007 roku.

### Komisja Pielęgniarek Epidemiologicznych

1. Dyskusja nt. ujednoczenia dokumentacji pielęgniarki epidemiologicznej (dostosowanie do potrzeb danej placówki).
2. Wnikliwe omówienie trzeciej części suplementu do poradnika nt. „Higiena w placówkach służby zdrowia” zwrócenie uwagi na działania i definicję „fumigacji”.
3. Propozycje czynnego udziału członków komisji we wrześniowym Sympozjum nt. Etyki oraz nt. „Zagrożeń pielęgniarki i położnej na stanowisku pracy”.

### Komisja Pielęgniarek Psychiatrycznych

1. Doprecyzowanie tematów planu dotyczącego praktyk w ramach specjalizacji z pielęgniarstwa psychiatrycznego.

### Komisja Pielęgniarek Rodzinnych

1. Omówienie dokumentacji pielęgniarki rodzinnej.
2. Omówienie jednostek sprawozdawczych wykorzystywanych w kodach świadczeń obowiązujących w NFZ.
3. Zapoznanie z notatką ze spotkania w centrali NFZ zespołu ds. negocjowania warunków umów w PO w dniu 22.02.2007 roku.

### Zespół ds. Opieki Paliatywno-Hospicyjnej

1. Sprawozdanie z działalności zespołu za 2006 roku.
2. Przekazanie informacji z konferencji, która odbyła się w Białymstoku w dniach 07 – 10.12.2006 roku nt. „Życiodajna śmierć” oraz konferencji częstochowskiej w dniach 26 – 28.01.2007 roku nt. „Cierpienie i choroba przeżywania u kresu życia” dla pielęgniarek opieki paliatywno-hospicyjnej.
3. Propozycja przygotowania warsztatów nt. „Metody radzenia sobie z emocjami po śmierci pacjenta”.

## Kalendarium za marzec 2007

1 marca

- spotkanie Zespołu ds. Opieki Paliatywno-Hospicyjnej

6 marca

- spotkanie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego
- spotkanie Komisji Pielęgniarek Psychiatrycznych

9 marca

- posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia Rady Miejskiej (uczestniczy A. Tasak)
- inauguracja łódzkiej edycji projektu Polski Projekt 400 Miast

13 marca

- posiedzenie ORPiP

14 marca

- spotkanie Komisji ds. Warunków Pracy i Zatrudnienia
- spotkanie Komisji Położnych

20 marca

- spotkanie pełnomocników lecznictwa stacjonarnego i lecznictwa otwartego
- spotkanie Komisji Pielęgniarek Rodzinnych

21 marca

- posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia Rady Miejskiej UMŁ (uczestniczy A. Tasak)

27 marca

- posiedzenie NRPiP (uczestniczy A. Tasak)

28 marca

- posiedzenie NRPiP (uczestniczy A. Tasak)
- posiedzenie Prezydium ORPiP
- spotkanie Komisji ds. Warunków Pracy i Zatrudnienia

29 marca

- spotkanie Komisji Pielęgniarek Epidemiologicznych

### **„Zdrowie i bezpieczeństwo pielęgniarek w miejscu pracy (Occupation Health for Nurses)**

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) ubolewa z powodu braku odpowiednich krajowych regulacji prawnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu zatrudnienia pielęgniarek i często nieadekwatnych mechanizmów udziału pracowników w monitorowaniu, eliminowaniu ryzyka zawodowego oraz niedostatecznej alokacji środków zapewniających optymalne usługi w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa oraz nadzoru warunków pracy.

ICN promuje rozwój i zastosowanie międzynarodowych przedsięwzięć zapewniających prawo pielęgniarek do bezpiecznego środowiska pracy, włącznie z zapewnieniem stałej edukacji, szczepień i odzieży/wyposażenia ochronnego. ICN zachęca i popiera badania w tej dziedzinie i wprowadza w obieg stosowne informacje dla członków stowarzyszeń.

ICN bardzo wspiera różne konwencje ILO (MOP – Międzynarodowej Organizacji Pracy) dotyczące zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy i jest przekonana, że krajowe towarzystwa pielęgniarskie powinny ponaglać swoje rządy do prac legislacyjnych (i przestrzegania przepisów we wszystkich placówkach ochrony zdrowia) dotyczących ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w środowisku pracy poprzez lobby, sejm, polityczną aktywność indywidualną i/lub zbiorową. Działaniom tym sprzyja:

- inicjowanie i/lub wspieranie krajowych badań nad bezpiecznymi i odpowiednimi warunkami środowiska pracy pielęgniarek, również dotyczących ryzykownych zachowań, postaw, procedur i działań zapobiegawczych;
- uwrażliwianie personelu pielęgniarskiego, pracodawców i ogółu społeczeństwa na czynniki ryzyka zawodowego w ochronie zdrowia, włącznie z przemocą czy nadużyciami;
- uświadamianie pielęgniarkom ich prawa do bezpiecznego środowiska pracy i obowiązku zapewnienia bezpieczeństwa sobie i innym;
- przekonywanie rządów i pracodawców do wprowadzania i adaptowania koniecznych pomiarów czynników ryzyka celem zabezpieczenia zdrowia i dobrego samopoczucia pielęgniarek w ich pracy, w razie konieczności
- włącznie ze szczepieniami;
- ponaglanie rządu i pracodawców do zapewnienia personelowi pielęgniarskiemu dostępu do środków zaradczych, na przykład odzieży ochronnej i wyposażenia, bez obciążania personelu dodatkowymi kosztami;
- zachęcanie pielęgniarek do poddawania się szczepieniom, stosownie do ich stanu zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy;
- współdziałanie z kompetentnymi autorytetami w celu uściślenia wykazu chorób zawodowych i okresowego oceniania ich związku z pracą personelu pielęgniarskiego;
- wspieranie pielęgniarskich roszczeń do uzyskiwania rekompensat związanych z chorobami zawodowymi i/lub urazami w pracy;
- zdobywanie i upowszechnianie informacji na temat zdarzeń związanych z wypadkami w pracy, urazami i zachorowaniami wśród pielęgniarek;
- rozpoznawanie zależności między pracownikami i ich rodzinami a stosowaniem przedsięwzięć mających wpływ na zdrowie i bezpieczeństwo w miejscu pracy;
- nie ograniczanie pielęgniarkom możliwości wywiązywania się z roli rzecznika, adwokata pacjenta;
- domaganie się odpowiedniego systemu nadzoru na wszystkich poziomach, umożliwiającego wprowadzanie odpowiednich przedsięwzięć;
- szerzenie informacji na temat wprowadzania nowych czynników ryzyka zdrowotnego w miejscu pracy;
- upowszechnianie informacji o nie respektowaniu przez pracodawców prawa, dotyczącego zdrowia i bezpieczeństwa w pracy, włącznie ze meldowaniem o wykroczeniach przeciwko prawu pracy.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek dostrzega wielką rolę zdrowych i bezpiecznych warunków pracy w promowaniu zdrowia.

Ponadto ICN uznaje wzrastającą wiedzę pielęgniarek w tym zakresie a także na temat kosztów i efektywności świadczeń zapewnianych pracownikom.

ICN wspiera wzrastającą rolę zdrowia w miejscu pracy pielęgniarek POZ i domaga się słusznego wynagrodzenia i odpowiedniej struktury zawodowej umożliwiającej rozwój zawodowy.

Środowisko pracy pielęgniarki jest często niebezpieczne wskutek:

- jego zanieczyszczeń przez niebezpieczne odpady, będące rezultatem działalności ludzkiej i przemysłowej;
- zawodowych czynników ryzyka, na przykład takich, jak: czynniki chemiczne, biologiczne, fizyczne, hałas, promieniowanie, praca monotonna;
- braku konserwacji aparatury medycznej i szkoleń na temat technologii medycznych i sposobu obchodzenia się z aparaturą;
- niedostatecznego zaopatrzenia w odzież i sprzedaż wyposażenia ochronnego;
- pracy zmianowej, zaburzającej codzienny tryb życia;

– wzrastających roszczeń natury emocjonalnej, psychospołecznej i duchowej pracującej pielęgniarki, uzależnionej od skomplikowanych układów politycznych, socjalnych, kulturalnych, ekonomicznych, czy swojego środowiska medycznego;

- wypadków przemocy, łącznie z molestowaniem seksualnym;
- niedostatku ułatwień ergonomicznych, braku projektów i przystosowanego do możliwości pracownika wyposażenia technicznego i udogodnień;
- nieodpowiedniej alokacji środków, np. zasobów ludzkich i finansowych;
- izolacji.

Poza korzystnym wpływem na opiekę nad pacjentem zdrowego personelu pracującego w bezpiecznym środowisku pracy, ICN dostrzega także i podkreśla wagę problemów związanych z brakiem w większości krajów gromadzenia, formułowania i nagłaśniania informacji na temat wypadków, urazów i chorób personelu pielęgniarskiego.

W niektórych krajach brak przepisów dotyczących bezpieczeństwa i zdrowia w miejscu pracy, w innych regulacje takie dopiero są wprowadzane, w tym dotyczące nadzorowania oraz dyscyplinowania pracodawców oraz karania za braki w zapewnieniu odpowiednich warunków zatrudnienia i wykroczenia przeciw prawu pracy. W jeszcze innych krajach istniejące przepisy nie dotyczą wybiórczo pracy w szpitalach i innych placówkach medycznych.

Konwencja 149 MOP (Międzynarodowej Organizacji Pracy – ILO), dotycząca zatrudnienia i warunków pracy oraz życia personelu pielęgniarskiego<sup>1</sup>, wzywa swoich członków do poprawy istniejącego prawa i regulacji dotyczących zdrowia w miejscu pracy i bezpieczeństwa oraz adaptowania ich w swoistych warunkach pracy zawodowej pielęgniarek i środowiska, w których jest ona wykonywana.

Zapisy Działu IX zaleceń 157, załączonych do Konwencji 149 MOP, wspierają dalszy rozwój koniecznych środków gwarantujących zdrowie i bezpieczeństwo pielęgniarek w miejscu pracy.

Przyjęto w roku 1987 znowelizowane w 2000 roku Powiązane oraz oficjalne stanowiska ICN:

- redukcja negatywnych czynników dla zdrowia uzależnionych od środowiska i stylu życia;
- pielęgniarki a środowisko naturalne;
- palenie tytoniu a zdrowie.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek jest federacją ponad 120 krajowych stowarzyszeń pielęgniarek reprezentujących miliony pielęgniarek na całym świecie. Kierowana przez pielęgniarki i na rzecz pielęgniarek, ICN stanowi międzynarodowy głos na rzecz pielęgniarstwa i pracuje nad zapewnieniem opieki jakościowej obejmującej wszystkich obywateli oraz rozsądnej globalnej polityki zdrowotnej.

1. Konwencja 149 MOP (Międzynarodowej Organizacji Pracy – ILO), dotycząca zatrudnienia i warunków pracy oraz życia personelu pielęgniarskiego uchwalona w Genewie w roku 1977

## Zdobywanie! kwalifikacji - wspomnienia studentki

Praca w zawodzie pielęgniarki, położnej wymaga ciągłego podnoszenia kwalifikacji. Jest wiele dróg, które można wybrać, aby ten cel osiągnąć. Jedną z nich są studia uzupełniające do licencjatu tzw. pomostowe.

Chcąc pogłębić wiedzę złożyłam swoje dokumenty w uczelni. Egzamin wstępny – bardzo łatwy. Wszyscy wiedzieli, że zdadzą, ponieważ kandydatek było mniej niż plan, jaki założyła uczelnia. I zaczęło się wesołe życie studentki. Pierwsze co zrobiła uczelnia, to pisemna informacja o konieczności opłaty za studia. I to jedyne, o co ta instytucja z wielką gorliwością dbała. Każda studentka, która musiała mieć jakąkolwiek styczność z dziekanatem, już od drzwi była pytana, czy opłaciła czesne i za każdym razem skrupulatnie to sprawdzano.

Każdy, kto zamierza odbyć studia „pomostowe” musi opisać przebieg pracy zawodowej potrzebny do „odliczeń” godzin praktyk. Oczywiście nikt nie potrafi podać wzoru, jak należy to zrobić? Studentki po konsultacjach między sobą i z wcześniejszymi rocznikami tworzą różne dokumenty. Nawet nie mogą ich skonsultować z opiekunami, bo ci są wyznaczani dużo później i mniej wiedzą na ten temat niż sami studenci. A co ciekawe część z nich miała dyżury poza Łodzią.

Okazało się, że opiekunowie wyliczyli „godziny” i miejsca odbywania praktyk zawodowych w tylko sobie znany sposób i było to już trochę późno, gdyż zmniejszył się w znacznym stopniu czas na realizację praktyk zawodowych. Kiedy KRASzM je zaakceptował trwał już w najlepszym następnym semestr. Ten, kto studiuje 2 lata jakoś sobie poradzi. Ci co studiują 1 rok nie mają dzięki temu wakacji. Nikt nie pomyśli, że studentki pracują i praktyki muszą odbywać w czasie wolnym między dyżurami. Te, które pracują na jedną zmianę zmuszone są do wykorzystania urlopów, których czasami brakuje, ponieważ niektórych praktyk zawodowych np. z podstawowej opieki zdrowotnej nie można odbywać w dni wolne od pracy lub popołudniami.

To nie jedyny problem z praktykami. Brak było wyznaczonych placówek medycznych, w których można było odbywać niektóre praktyki. Do ostatniej chwili studentki nie były informowane, w jaki sposób i w jakich dokumentach mają potwierdzać odbycie praktyk. Część studentek, szczególnie tych spoza Łodzi dla skrócenia czasu przeznaczanego na dojazdy była zmuszona do załatwiania praktyk w indywidualnym trybie. To wymaga czasu, ponieważ koordynator praktyk nie ma dyżurów codziennie. Zgromadzenie potrzebnych dokumentów, a w szczególności od osoby, która ma być opiekunem na praktykach wymaga potwierdzeń i kilku wizyt u koordynatora, a na koniec dziekan, który musi na to wyrazić zgodę akurat jest na urlopie. Na szczęście nasze koleżanki pracujące w placówkach, w których odbywałyśmy praktyki traktowały nas bardzo dobrze i często mogłyśmy nauczyć się nowych, ciekawych sposobów organizacji opieki nad pacjentami. Kiedy pomagałyśmy im w pracy cieszyłyśmy się, że możemy być potrzebne, choć problemem był brak szatni dla studentek. Nie powinno tak być, że studentki rozbierają się w oddziałach i pozostawiają odzież zewnętrzną w dyżurce personelu lub na korytarzu.

Wykłady to kolejny problem, z którym musieliśmy się zmierzyć. Plan wykładów w pierwszym semestrze trzeba było spisywać z jednego egzemplarza znajdującego się w dziekanacie, w drugim semestrze pojawił się także na stronach internetowych uczelni. Plan był nieczytelny i zawierał błędy. Wykłady zaplanowano tak, że studenci i wykładowcy musieli go doprecyzować, aby zajęcia mogły się odbyć. Nie zaplanowano żadnych zajęć praktycznych i gdyby nie przytomność niektórych wykładowców, to obudzilibyśmy się z niewykonanym planem godzin na zakończenie roku.

Jeśli wykładowca z ważnych powodów nie mógł prowadzić zajęć i zgłaszał to w dziekanacie, to studenci mieli „jak w banku”, że nikt ich o odwołaniu wykładu nie poinformuje, no bo po co. Jeśli już miało się z daną osobą wykłady, to można było zaplanować zmianę godzin lub dni, ale jeśli nie, to bezproduktywnie czekało się na następne zajęcia. My i tak miałyśmy szczęście, ponieważ w większości dysponowałyśmy salami wykładowymi w jednym miejscu. Koleżanki z pielęgniarstwa pomostowego krążyły po całym mieście i często musiały zmieniać miejsca, bo niby „wolna sala” była zajęta przez kogoś innego.

Niektórzy wykładowcy spóźniali się na wykłady, może także ich nikt nie poinformował gdzie mają w danym czasie pracować? Dobrze, że żyjemy w czasach telefonii komórkowej, bo inaczej studiowałybyśmy rok dłużej.

Do tej pory ciekawi mnie, dlaczego w ciągu trwania studiów nie zaplanowano wykładów i ćwiczeń z procesu pielęgnowania – podstawy zawodu? Czyżby był niepotrzebny? A przecież zdany egzamin z niego jest podstawą zaliczenia studiów i daje możliwość przystąpienia do obrony pracy licencjackiej. Jak można nie uczyć podstaw pracy pielęgniarki, położnej?

Osobną sprawą jest poziom wykładowców. Większość z nich posiada dużą wiedzę i potrafi wykorzystać różnorodne metody do jej przekazania. Aktywizowanie studentek, które w swojej pracy zawodowej zetknęły się z różnymi problemami nie tylko pozwalało uatrakcyjnić zajęcia, ale także pogłębić wiedzę zarówno uczących jak i nauczanych. Niestety były także osoby, o których pracy lepiej nie pisać. Samo wspomnienie o prowadzonych przez nie wykładach zmusza mnie do zadania pytania: Czy oni powinni znaleźć się w gronie pracowników uczelni? I pozostawię je bez odpowiedzi.



Dużym mankamentem wielu wykładowców było nie podanie obowiązującej literatury. Rodziło to różne problemy i było oprócz bałaganu organizacyjnego na niektórych zaliczeniach i egzaminach dużym utrudnieniem.

Prace licencjackie także były powodem „radości”, a zaczęło się od wyboru tematu. Lista tematów ustalona przez Radę Wydziału była wspólna dla licencjatu dziennego i pomostowego. Kiedy trafiła do nas, to wszystkie szybko usiłowałyśmy zarezerwować któryś z wybranych tematów. Często okazywało się, że są one już zajęte i trzeba było wybierać inne. Później musiałyśmy nakłonić dziekanat do odbycia seminarium licencjackiego, ponieważ każda z nas chciała wiedzieć, jakie obowiązują zasady pisania pracy (nigdy wcześniej tego nie robiłyśmy). Szczęśliwie nam się udało. Niektóre z nas miały ochotę napisać prace badawcze. O tym, że wymagana jest na to specjalna zgoda dowiedziałyśmy się na tyle późno, że zabrakłoby nam czasu na ich napisanie. Postanowiłyśmy pozostać przy pogładowych. Ostatecznie ćwiczenie umiejętności polonistycznych przy przepisywaniu książek i artykułów zajmuje mniej czasu. Miałyśmy dużo szczęścia, że opieką organizacyjną objął nas Kierownik Katedry Ginekologii. To dzięki jego staraniom miałyśmy zapewnionych promotorów oraz recenzentów i nie musiałyśmy tak jak koleżanki z pielęgniarstwa pomostowego prosić o ich znalezienie. Niestety nie ominęły nas zmiany promotorów w czasie pisania prac, czy zmiany recenzentów w przeddzień obrony pracy.

Dziekanat Wydziału Pielęgniarstwa zawsze miał i ma problemy organizacyjne. W każdej szanującej się uczelni panuje dobry zwyczaj, że indeksy znajdują się w dziekanacie i tam osoby odpowiedzialne za zaliczenia dokonują wpisów. Niestety, w tej, to jeden ze studentów po kilkukrotnym telefonicznym umawianiu terminu podąży z indeksami za wykładowcami.

Najsłabszym ogniwem w funkcjonowaniu dziekanatu jest sekretariat wspólny dla studentów i pracowników wydziału. Takich wiadomości, jakie się tam usłyszy i takich scen, jakie można tam zobaczyć nigdzie indziej się nie przeżyje. Zatrudnione tam osoby niedostatecznie udoskonaliły swoją pracę mimo nabytego doświadczenia. Głównie można się tam spotkać z niekompetencją, niedoinformowaniem, brakiem życzliwości, a nawet brakiem elementarnych zasad kultury nie wspominając już o organizacji pracy.

Sekretariat nie jest w stanie przygotować i wydać na czas legitymacji studenckich, indeksów i dzienniczków praktyk. Student o tym, że ma zbierać podpisy także na karcie zaliczeń dowiadyuje się razem z jej wydaniem po kwartale nauki, bo sekretarki zapomniały, że taki dokument istnieje.

Wielką trudnością jest także napisanie poprawnej listy obecności co powoduje, że na zajęciach i egzaminach traci się mnóstwo czasu na znalezienie na liście studenta, którego wpisano na listę w innej grupie, przekręcono jego nazwisko lub zmieniono mu imię. Niekiedy nawet pracownik uczelni nie dostaje listy studentów.

Podobny brak kompetencji dotyczy sprawdzania kompletności wpisów w indeksie przy jego zdawaniu w sekretariacie. Osoby tam pracujące nie potrafią udzielić studentowi informacji, jakie podpisy powinien zebrać na karcie obiegowej. Nie wiedzą, czy należy odebrać od studenta dziennik praktyk i legitymację studenta po zakończeniu studiów. Nie wspomnę już o tym, że na każde pytanie najczęściej odpowiada się tam „nie wiem”.

W dziekanacie nie tylko studenci mają ciekawe przeżycia. Pracownikom też nie jest łatwo. Żenujące są sceny poszukiwania list obecności pracowników lub umów. Oczywiście nie ma ich na czas, a jeśli są to i tak sekretarki nie wiedzą gdzie.

W sekretariacie można się zorientować, że także wykładowcy mają problemy z miejscem i czasem trwania wykładów oraz ćwiczeń. Oni także nie są informowani o zmianach. Ponadto uczelnia ma nowy pomysł na nauczanie. Studenci mają najpierw zaplanowane ćwiczenia, a później wykłady, czyli student najpierw coś ćwiczy, a dopiero później dowiadyuje się, co ćwiczył.

Jest jeszcze jedna sprawa przysparzająca wiele kłopotów. Jeden przedmiot jest wykładany przez kilka osób różnym grupom studentów, jednak tylko jedna osoba jest upoważniona do wpisywania zaliczeń z tego przedmiotu. Jeśli listy studentów przygotowywane są przez sekretariat, a nie przez osoby wykładające, to zawsze są problemy z zaliczeniami. Osoba zaliczająca nie wie komu dokonać wpisu, a studenci muszą wykazać się dużą cierpliwością, aby udowodnić, że byli na wykładach lub ćwiczeniach. Nie jest to przyjemne doświadczenie dla obu stron.

Na koniec najlepsze – uroczyste zakończenie studiów i wręczenie dyplomów. Oczywiście nie dla wszystkich, ponieważ nie udało się przygotować dyplomów niektórym osobom. Na mnie oglądanie dziekana w todzie przez 2 godziny, słuchanie przemówień i wręczanie dyplomów nie robi wrażenia. Są jednak absolwentki, dla których jest to ważny, podniosły moment w życiu, którego nie dane im było doświadczyć.

Kiedy zaczynałam studia myślałam o kontynuacji kształcenia na uzupełniających studiach magisterskich. Ponieważ pracuję, zdawałam sobie sprawę, że będę musiała je odbyć w trybie zaocznym. Wymaga to dużych nakładów finansowych, a skromna pensja pielęgniarki lub położnej zmusza do niezłej gimnastyki, aby podołać takiemu planowi. Niestety dopóki doświadczenie studiowania na studiach pomostowych pozostanie w mojej pamięci dopóty nie zdecyduję się na dalsze podnoszenie kwalifikacji tą drogą.

Co zrobić, aby placówka realizująca program studiów wyższych mogła zasługiwać na miano uczelni wyższej? Co zrobić, aby poprawić organizację pracy w dziekanacie? Czy powinien istnieć jeden wspólny sekretariat dla studentów i pracowników uczelni? Czy powinni w nim pracować tak niekompetentne osoby? Jakie są obowiązki opiekuna roku? Czym powinna zająć się Rada Wydziału? W jaki sposób powinna być

prowadzona ocena jakości pracy wykładowców? Jaka powinna istnieć współpraca między dziekanem, a prodziekanami, aby wszystko zaczęło normalnie funkcjonować? Co zrobić aby nauczono się tam przestrzegać prawa do ochrony danych osobowych studenta? Co zrobić, aby student mógł korzystać ze strony internetowej wydziału, która obecnie praktycznie nie istnieje? Co zrobić, aby ta instytucja nareszcie zrozumiała, że to nie student jest dla uczelni, tylko uczelnia dla studenta?

Chciałabym wiedzieć, czy koleżanki i koledzy – absolwenci innych uczelni – mają takie same doświadczenia? Czy jesteśmy tam tak samo traktowani?

Może ktoś spróbuje odpowiedzieć na te pytania lub podzieli się swymi doświadczeniami. Proszę o wypowiedzi na łamach „Biuletynu”.

Halina Derendarz

## ZJAZD ABSOLWENTÓW

20 LAT MINEŁO...



Spotkanie klasowe klasy Vc Liceum Medycznego w Piotrkowie Trybunalskim ul. Pawła Findera 3

Szanowne koleżanki zapraszamy na spotkanie klasowe klasy Vc Liceum Medycznego w Piotrkowie Trybunalskim ul. Pawła Findera 3, które odbędzie się w pierwszym tygodniu 1 lub 2 czerwca 2007 roku w Piotrkowie Trybunalskim

Kontakt z Anną Woźniakiewicz:

szulc\_ania@tlen.pl

tel 044 615 80 16 lub

(era) 664757607:

pozdrawiamy

Ania Szulc (Woźniakiewicz)

Dorota Kilańska (Woźniak)