

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Agnieszka Kałużna
dyżuruje w środy w godz. 16.00 – 18.00

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Dorota Rybińska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Maria Kowalczyk
tel. 42 633 22 48

Skarbnik ORPiP w Łodzi

dr n. o zdr. Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Irena Król
dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00 – 17.00
tel. 42 633 23 94
w pozostałe dni kontakt z Krystyną Sawczenko
– spec. ds. merytoryczno-kancelaryjnych ORzOZ
tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

mgr Grażyna Kozak
dyżuruje w I i III poniedziałek miesiąca
w godz. 15.30 – 17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

mgr Joanna Gąsiorowska
dyżuruje we wtorki w godz. 16.00 – 18.00
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 22 48

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74
czynne: wtorek: 10.00 – 18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00 – 16.00;
poniedziałek – dzień bez interesantów
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl

Konto bieżące OIPIP

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

Prawo wykonywania zawodu

wtorek: 10.00 – 18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00 – 16.00
tel. 42 633 32 13

Kształcenie podyplomowe

wtorek: 10.00 – 18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00 – 16.00;
tel. 42 639 92 62
mgr Justyna Łabuzińska-Gawrysiak – tel. 781 014 032
mgr Danuta Ciechomska – tel. 781 014 062

Biblioteka OIPIP

wtorek: 11.00 – 17.30; środa: 10.00 – 15.00; czwartek: 8.30 – 15.00
piątek: 10.00 – 15.30
e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl, tel. 42 633 92 98

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

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

Radca prawny

wtorek: 14.00 – 18.00, czwartek: 14.00 – 16.00
tel. 42 633 71 06

Kasa

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

www.oipp.lodz.pl

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 2

DZIAŁ PRAWNY 5

TEMAT MIESIĄCA 10

PRAKTYKA ZAWODOWA 12

Z KART HISTORII 17

SZKOLENIA KURSY
KONFERENCJE 19

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 24

PODZIĘKOWANIA 27

POŻEGNANIA 28

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17
tel. 42 633 22 48; fax 42 633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl
Redaktor Naczelny: mgr Joanna Gąsiorowska
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.
ISSN: 1640-7679
Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych
Nakład: 3700 egzemplarzy
Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

OD REDAKCJI

Do rodziny czytelnicy zdecydowałam się napisać kilka słów do tego numeru Biuletynu, gdyż zawarte w nim treści zasługują na uwagę. Mamy już listopad – miesiąc, który sprzyja zwykle zadumie. W tym okresie zmienne są nasze nastroje, prowadzą zwykle do smutnych i ponurych wniosków ze względu na przypadające święto. Pierwszy listopada, dzień choć pełen smutku i tęsknoty, jest potrzebny, bo uzmysławia nam poczucie kresu ludzkiego bytu, wskazuje drogę życia, przypomina nam o przemijaniu.

W tym numerze właśnie przedstawimy Państwu publikacje na temat, jak kruche może być nasze życie. 20 listopada przypada Międzynarodowy Dzień Ofiar Wypadków Drogowych, jako temat miesiąca prezentujemy artykuł poświęcony temu zagadnieniu. Przed nami pewnie podróże na groby bliskich, może wzbudzi w nas trochę refleksji jak zadbać o bezpieczeństwo na drogach.

Poza tym prezentujemy w numerze wiele zagadnień i informacji ważnych dla naszych zawodów, począwszy od zagadnień prawnych dotyczących ochrony funkcjonariusza publicznego, poprzez odpowiedzialność zawodową, etykę czy agresję w stosunku do pielęgniarki po informację z manifestacji w obronie publicznej ochrony zdrowia i praw pracowniczych i zmiany w dyrektywach europejskich. Zapraszamy do lektury.

Zaduszki

*W dniu Zaduszek, w czas jesieni
odwiedzamy bliskich groby,
zapalamy zasmuceni
małe lampki – znak żałoby.
Światła cmentarz rozjaśniły,
że aż tuna bije w dali,
lecz i takie są mogiły,
gdzie nikt lampki nie zapali.*

Wł. Broniewski



Z prac Okręgowej Rady

X posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 26.09.2012 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 9 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położnej.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek.
- ▶ Wymieniono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wydano duplikat prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Przyjęto 2 oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarek.
- ▶ Zmieniono termin ważności uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarek.
- ▶ Dokonano zmiany we wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 4 praktyki pielęgniarek, 1 specjalistyczną praktykę pielęgniarki i 1 grupową praktykę pielęgniarek.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w: konferencji – 1 osobie, kursie specjalistycznym – 8 osobom. Ogólny koszt przyznanych 9 osobom dofinansowań wyniósł 1602,50 zł. JEDNEJ osobie odmówiono przyznania dofinansowania, ze względu na regulaminowych – wniosek złożony po terminie.
- ▶ Przyznano 11 pomocy finansowych, w tym zapomogi, w wysokości: 2 x 2000 zł, 1 x 1500 zł i 1 x 1000 zł oraz wsparcie finansowe w wysokości: 3 x 2000 zł, 1 x 1500 zł, 2 x 1000 zł i 1 x 750 zł oraz odmówiono 2 osobom przyznania pomocy, ze względu na brak udokumentowanego zdarzenia losowego, które spowodowało zapotrzebowania na środki finansowe w wysokości przekraczającej możliwości pokrycia ich z budżetu gospodarstwa domowego przez członka samorządu.
- ▶ Zatwierdzono:
 - pokrycie kosztów dojazdu 3 członkom Komisji Położnych OIPiP w Łodzi celem udziału w konferencji

„Prawa dziecka – pacjenta”, organizowanej przez Ministra Zdrowia w Warszawie w dniu 25.10.2012 r.,

- sfinansowanie kosztów wynajmu autokaru do przewozu przedstawicieli samorządu na spotkanie członków samorządu do Warszawy, do kwoty 1000 zł,
- kadre dydaktyczną dla 5 kursów specjalistycznych, 1 kursu kwalifikacyjnego i 2 szkoleń specjalizacyjnych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi i odbywających się w: Brzezinach, Łodzi, Kutnie i Zgierzu.
- skład osobowy komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej dla 2 kursów specjalistycznych w zakresie: Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr (03/07) oraz Szczepień ochronnych, organizowanego przez OIPiP w Łodzi,
- honoraria dla 6 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP Nr 7-9/2012,
- zmianę w składzie osobowym komisji problemowej OIPiP w Łodzi – Komisji kształcenia, promocji i rozwoju zawodu – skreślono 1 członka komisji.
- koszty zakupu 3 nagród książkowych dla najlepszych absolwentów AHE w Łodzi – wydziału pielęgniarstwa.
- 4 komisje kwalifikacyjne i 3 egzaminacyjne dla 3 kursów kwalifikacyjnych i 1 kursu specjalistycznego u organizatorów kształcenia: Erudio i Akademii Zdrowia w Łodzi.

X posiedzenie ORPiP w dniu 9 października 2012 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położnej.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarki.
- ▶ Wymieniono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wymieniono prawo wykonywania zawodu położnej – 1 położnej.
- ▶ Podjęto uchwałę o wygaśnięciu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę i 1 pielęgniarkę.
- ▶ Przyjęto oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarek, 1 praktykę pielęgniarki i 2 praktyki położnych.
- ▶ Dokonano zmian wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki i 1 położnej.

▶ Wykreślono z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 4 praktyki pielęgniarek.

▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, udziale w: kursach specjalistycznych – 2 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 3 osobom, konferencjach – 3 osobom.

▶ Rozpatrzone odwołanie i ponownie odmówiono przyznania dofinansowania 1 osobie, ze względu na brak udokumentowania systematycznego opłacania składki członkowskiej na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przez okres minimum dwóch lat poprzedzających złożenie wniosku o dofinansowanie.

▶ Ogólny koszt przyznanych 8 osobom dofinansowań wyniósł 3690,25 zł.

▶ Zatwierdzono:

- zmiany w regulaminie:
 - udzielania pomocy finansowej członkom OIPiP w Łodzi (zapomogi losowe dla członka samorządu),
 - zasad dofinansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego (zmiana wysokości dofinansowania),
- Uwaga!**
Zmiany będą obowiązywały od dnia 1 stycznia 2013 r. Nowe regulaminy będą dostępne od dnia 1 listopada 2012 r. na stronie internetowej OIPiP, w biurze OIPiP

• sfinansowanie kosztów dojazdu dwóm przedstawicielom OIPiP w Łodzi na konferencję „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego” w Warszawie, w dniu 23 października 2012 r.

• powołanie przewodniczącej i skład osobowy Zespołu ds. pielęgniarstwa w zakresie endoskopii.

• protokoły odbytych trzech wizytacji praktyk zawodowych pielęgniarek wpisanych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wpisanych do rejestru prowadzonego przez OIPiP w Łodzi.

• kadre dydaktyczną dla trzech kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi i odbywających się w: 2 x OIPiP i 1 x w Zgierzu.

• Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do składów osobowych 3 komisji kwalifikacyjnych, w tym: 1 kursu kwalifikacyjnego i 2 kursów specjalistycznych, o które wystąpiło 2 organizatorów kształcenia: ERUDIO i Akademia Zdrowia.

▶ Powołano przedstawicieli do składów osobowych komisji konkursowych na stanowiska kierownicze 12 pielęgniarek oddziałowych w 3 zakładach.

oprac. mgr Maria Kowalczyk – sekretarz ORPiP

Nasi konsultanci wojewódzcy z dziedzin pielęgniarstwa

Drodzy czytelnicy w numerze czerwowym naszego Biuletynu zaprezentowaliśmy Państwu osobę p. mgr Ewy Sychniak-Kozłowskiej Konsultanta z dziedziny pielęgniarstwa ogólnego. Pielęgniarstwo ogólne jako dziedzina obejmująca w swych ramach wszystkie specjalności jest

pierwszą która miała swojego reprezentanta. W tym numerze naszego czasopisma prezentujemy wykaz obecnie urzędujących naszych konsultantów w województwie łódzkim. Sukcesywnie będziemy prezentować sylwetki osób pełniących te funkcje.

Dziedzina	Tytuł naukowy	Nazwisko i imię	Adres do korespondencji	Telefon/fax	Adres poczty internetowej
Pielęgniarstwo ogólne	mgr	Ewa Sychniak-Kozłowska	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego UM w Łodzi ul. Kopcińskiego 22 90-153 Łódź	42/677 69 08 fax. 42/677 69 19	ewa.sychniak@op.pl
Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki	mgr piel.	Grażyna Kowalska	III Szpital Miejski im. dr K. Jonschera w Łodzi Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii ul. Milionowa 14 93-113 Łódź	42/676 17 74 w. 223	gkowalska1959@o2.pl
Pielęgniarstwo ginekologiczne i położnicze	dr n. med.	Bogusława Rudnicka	Uniwersytet Medyczny w Łodzi Wydział Nauk o Zdrowiu Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa ul. Narutowicza 58 90-136 Łódź	42/678 87 53 fax 42/678 37 26	konsult_p.gin_pol@interia.pl
Pielęgniarstwo onkologiczne	dr n. o zdrowiu	Anna Skura-Madziala	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika Ośrodek Onkologiczny Oddział Radioterapii i Onkologii Ogólnej ul. Paderewskiego 4 93-509 Łódź	42/689 55 21 fax 42/689 55 22	aniaskura@vp.pl
Pielęgniarstwo rodzinne	mgr	Barbara Mucha	Niepubliczny ZOZ VITARA s. c. ul. 1 Maja 4 97-400 Bełchatów	tel./fax: 44/633 27 17 604 259 614	vitarasc@neostrada.pl
Pielęgniarstwo epidemiologiczne	dr n. o zdrowiu	Maria Cianciara	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego UM w Łodzi ul. Kopcińskiego 22 90-153 Łódź	42/677 68 70 605 043 586	mariacianciara@vp.pl
Pielęgniarstwo psychiatryczne		Bożena Stępień	Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi Oddział Psychiatryczny IX B ul. Aleksandrowska 159 91-229 Łódź	42/652 94 01 w. 299 fax 42/652 94 01 w. 39	bozena_stepien@op.pl
Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	mgr	Elżbieta Ruta	Hospicjum w Pabianicach Zespół Opieki Domowej ul. Dąbrowskiego 46 95-200 Pabianice	42/215 75 79 605 101 951	paliu@hospicjum.pabianice.prv.pl

źródło <http://www.wczp-lodz.pl>



Pielęgniarstwo dziś – droga, którą idę

mgr KATARZYNA BABSKA

„Droga, którą idę nie wybiera łatwych tras. W czasie, który minie odbić chcę własny ślad.”
(J. Kondratowicz)

W myśl ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, która weszła w życie z dniem 01.01.2012 r.: **Pielęgniarka i położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1–5 i art. 5 ust. 1 pkt 1–9, korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych** (art. 11, punkt 2). Przywilej korzystania z ochrony przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego nie jest jednak nowością, gdyż art. 24 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z 1996 r. roku mówił że: *Pielęgniarka, położna, wykonująca zawód na podstawie umowy o pracę lub w przypadku, o którym mowa w art. 19, przysługuje ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariusza publicznego.* Artykuł 19 precyzował: *Pielęgniarka, położna ma obowiązek udzielić pomocy w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi.* Rozróżnić należy, że ustawa „poprzedniczka”, nie obejmowała zakresem owej ochrony pielęgniarek będących w innych stosunkach pracy niż umowa o pracę. Od 2012 roku ochroną objęte są pielęgniarki i położne zatrudnione w ramach umowy o pracę, stosunku służbowego, na podstawie umowy cywilnoprawnej i w ramach wolontariatu. Akt prawny dokładnie określa czynności objęte ochroną oraz wyklucza czynności ochroną nie objęte. Wynika z tego, że orzekanie o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, edukacja zdrowotna i promocja zdrowia, profilaktyka chorób kobiecych i patologii położniczych, rozpoznawanie u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza, sprawowanie opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą, prowadzenie działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa, przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia – nie są objęte ochroną prawną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego. Ochroną taką nie są objęte także czynności nie będące udzielaniem

świadczeń zdrowotnych a uznane za wykonywanie zawodu pielęgniarki/położnej. Należą do nich: nauczanie zawodu, prowadzenie doskonalenia zawodowego, prowadzenie prac naukowo-badawczych w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa, kierowanie i zarządzanie zespołem pielęgniarek/położnych, zatrudnienie w domach pomocy społecznej z uwzględnieniem uprawnień zawodowych, zatrudnienie w żłobku lub klubie dziecięcym, sprawowanie funkcji z wyboru w organach samorządu pielęgniarek i położnych, wykonywanie pracy na rzecz samorządu.

Zmieniają się przepisy, standardy, techniki ale podopieczny otoczony jest kręgiem podobnych zależności, w których pozostaje najważniejszym ogniwem opieki pielęgniarstwa. W dobie dzisiejszej wielowymiarowej opieki nad pacjentem pielęgniarka pozostaje w kręgu bardzo istotnych problemów, których musi być świadoma ale także ma obowiązek uświadamiać ich znaczenie pacjentom oraz zespołowi pielęgniarek, w którym pracuje. Krąg tych spraw tworzą: ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariusza publicznego, odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej, orzekanie o nagłych zdarzeniach medycznych, wsparcie społeczne w sytuacji agresji wobec pielęgniarki, głos pacjentów uszkodzonych w wyniku nieprofesjonalnej opieki medycznej. Zapraszam do „odwiedzenia” na drodze naszej niełatwej zawodowej rzeczywistości kilku miejsc i ich gospodarzy abyśmy w obszarze ich „gospodarstw” odkryły swoje miejsce.

1 GOSPODARZ PIERWSZY – JUSTYNA (policjantka) Przywilej korzystania z ochrony przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego

Funkcjonariuszem publicznym jest Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej, poseł, senator, radny, sędzia, ławnik, prokurator, notariusz, komornik sądowy, funkcjonariusz organu powołanego do ochrony bezpieczeństwa publicznego, osoba będąca pracownikiem administracji rządowej, inna osoba w zakresie, w jakim jest uprawniona do wydawania decyzji administracyjnych (np. we władzach samorządu zawodowego) lekarz udzielający świadczeń w ramach pomocy doraźnej (art. 115 §13 k.k.). Funkcjonariusz publiczny jest chroniony jako przedstawiciel instytucji państwowej ale także odpowiada karnie popełniając określone przestępstwa jako przedstawiciel tychże instytucji. **Pielęgniarka/położna nie jest funkcjonariuszem publicznym, lecz**

z racji wyjątkowej rangi wykonywanego zawodu została obdarzona szczególną ochroną, jaka jemu przysługuje. Przyznanie ochrony pielęgniarcom i położnym oznacza, że realizując określone czynności związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych realizują służebną rolę państwa wobec obywateli w zakresie ochrony zdrowia. Z tego względu zamach na pielęgniarki i położne realizujące ww. zadania jest zamachem na służebną rolę państwa i dobro obywateli, jakim jest prawo do ochrony zdrowia. Szczególna ochrona, jakiej podlegają pielęgniarki i położne odnosi się do **naruszenia nietykalności cielesnej funkcjonariusza publicznego** (§1. *Kto narusza nietykalność cielesną funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych...* art. 222 §1 k.k.), **czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego** (§1. *Kto, działając wspólnie i w porozumieniu z inną osobą lub używając broni palnej, noża lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu albo środka obezwładniającego, dopuszcza się czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu przybraną podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych...* art. 223 k.k.), **wymuszenia** (§2. (...) *karze podlega, kto stosuje przemoc lub groźbę bezprawną w celu zmuszenia funkcjonariusza publicznego albo osoby do pomocy mu przybranej do przedsięwzięcia lub zaniechania prawnej czynności służbowej* art. 224 §2 k.k.), **znieważenia funkcjonariusza publicznego** (§1. *Kto znieważa funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu przybraną podczas i w związku z pełnieniem obowiązków służbowych...* art. 226 k.k.), **przywłaszczenia funkcji** (*Kto, podając się za funkcjonariusza publicznego albo wyzyskując błędne przeświadczenie o tym innej osoby, wykonuje czynność związaną z jego funkcją...* art. 227 k.k.). Pielęgniarki i położne przysługują także ochrona prawna w celu przeciwdziałania aktom agresji skierowanej przeciwko funkcjonariuszom publicznym, z powodu m.in. niechęci czy nienawiści do danej grupy zawodowej (*podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych funkcjonariusz publiczny korzysta również wtedy, jeżeli bezprawny zamach na jego osobę został podjęty z powodu wykonywanego przez niego zawodu lub zajmowanego stanowiska.* art. 231a k.k.). Podsumowując – pielęgniarka i położna korzysta z ochrony funkcjonariusza publicznego, choć nim nie jest i nie ponosi jak on odpowiedzialności karnej. Najważniejszym skutkiem ochrony funkcjonariusza publicznego na co dzień jest fakt, że naruszenie jego nietykalności cielesnej i znieważenie ścigane jest z urzędu. Dla porównania rangi tego przywileju – naruszenie nietykalności cielesnej i znieważenie innej osoby prywatnej ścigane jest z oskarżenia prywatnego. Zasada ścigania z urzędu polega na tym, że ściganie przestępstw przez organy państwa odbywa się niezależnie od woli pokrzywdzonego. Zasada ta opiera się na przekonaniu, że każde przestępstwo narusza porządek publiczny i prawny i jako takie powinno być ścigane przez państwo. Przestępstwo ścigane z oskarżenia prywatnego jest rodzajem przestępstwa, które nie stanowi zagrożenia dla

porządku publicznego, dlatego też jest ścigane wyłącznie na wniosek uprawnionej osoby. Ten szczególnie przywilej powinien dać pielęgniarcom świadomość ochrony jaka została im zapewniona. Wiedza na ten temat staje się nieodzownym elementem życia zawodowego. Nie powinna być narzędziem „straszenia pacjentów” a raczej uświadamiania ich, a pośrednio wpływania na ich postawy i zachowania.

PRZESŁANIE JUSTYNY:

Wyjaśniaj – uświadamiaj – nagłaśniaj – wspieraj. Ochrona pielęgniarki przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych wymaga odpowiedniego marketingu – dla wzrostu świadomości pacjentów. Gdy podopieczny zapyta – co to znaczy? Nie zbywaj go. Nie mów, że to nie należy do twoich obowiązków, ale wyjaśnij mu, uświadom i wspieraj. Władza jaką posiadasz nie jest po to aby straszyć, jest wielkim darem, który buduje królestwo dobrych relacji.

2 GOSPODARZ DRUGI – IRENA (pielęgniarka) Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki

Odpowiedzialność w znaczeniu ogólnym, to konieczność ponoszenia konsekwencji swoich zachowań. W sensie zawodowym odpowiedzialność ma szczególny charakter, gdyż wynika z przynależności do określonej grupy zawodowej i jest uregulowana formalnymi aktami prawnymi oraz normami etycznymi. Pielęgniarka ponosi pełną odpowiedzialność za wykonywane przez siebie świadczenia zdrowotne, własne doskonale zawodowe w zakresie praktyki klinicznej, zarządzania, nauczania i działalności naukowej. Odpowiedzialność wynikająca z realizacji praktyki zawodowej w pielęgniarstwie dotyczy tak stanowisk kierowniczych jak i wykonawczych. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP przyjęty na IV Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w 2003 roku zawiera zasady postępowania, za naruszenie których przewidziane zostały konsekwencje. Zagadnienia poruszane w Kodeksie dotyczą relacji pielęgniarka/położna – pacjent, a także zasad postępowania wobec przedstawicieli własnej grupy zawodowej, samego zawodu oraz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. W sytuacji gdy działania pielęgniarskie przekraczają wiedzę i umiejętności pielęgniarki, powinna niezwłocznie poszukać kompetentnej pomocy. Pielęgniarka odcinkowa ponosi odpowiedzialność za działania podjęte osobiście a także za te, które wykonała na zlecenie innych osób. **Wszystkie pielęgniarki i położne za swoją działalność ponoszą między innymi odpowiedzialność prawną** (ponoszenie konsekwencji z tytułu przepisów prawnych), **karłą** (ponoszenie konsekwencji określonych w kodeksie karnym), **cywilną** (związaną z obowiązkiem zadośćuczynienia – ma charakter majątkowy), **dyscyplinarną** (związaną z poniesieniem konsekwencji określonych

kodeksem pracy), **administracyjną** (odpowiedzialność za szkody wyrządzone zakładowi pracy), **zawodową** za naruszenie zasad wykonywania zawodu, etyki zawodowej i praw pacjenta. W sprawach odpowiedzialności zawodowej postępowanie wyjaśniające prowadzi Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Zadaniem jego jest ustalić, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnić okoliczności sprawy oraz zebrać i zabezpieczyć dowody. Do powstania wykroczeń zawodowych w pracy pielęgniarek, przyczynia się brak standardów postępowania, brak procedur działania, lekceważenie zasad i procedur, redukcja liczby pracowników pomocniczych, nieodpowiednie metody kierowania zespołami pielęgniarskimi, nieprawidłowe funkcjonowanie innych komórek placówki, niewłaściwe postawy pracowników. Najczęstsze przyczyny wykroczeń wynikają z pogorszenia warunków pracy (zmniejszenie liczby pielęgniarek i personelu pomocniczego), braku organizacji szkoleń wewnętrznych, ze złożenia ciężaru finansowania kształcenia podyplomowego na barki pielęgniarek, z bardzo niskich wynagrodzeń, ze zlecenia pracy nie związanej z wykonywaniem zawodu albo wykraczającej poza kompetencje pielęgniarskie, ze złej organizacji pracy. **Bardzo częstą przyczyną wykroczeń jest brak znajomości praw pacjenta i ich respektowania** np. uświadomienie sobie, że pacjent objęty opieką medyczną ma prawo do znajomości z nazwiska i imienia osób odpowiedzialnych za opiekę, a personel placówki medycznej ma obowiązek noszenia identyfikatorów zawierających imię i nazwisko oraz pełnioną funkcję. Zapobieganie wykroczeniom zawodowym wymaga wskazywania korzyści wynikających z utrzymania właściwego wizerunku (np. odpowiedni strój, noszenie identyfikatora), właściwego zachowania w miejscu pracy (np. zachowanie tajemnicy zawodowej, przedstawianie się, odnośnienie się z szacunkiem), korzystania z przywileju ochrony przewidzianej dla funkcjonariusza. Działania prewencyjne to także: wzmacnianie świadomości poprzez przekazanie wiedzy o rodzajach odpowiedzialności (szkolenia kadry kierowniczej i wykonawczej), wymiana doświadczeń, udział w konferencjach podejmujących problematykę rozwoju pielęgniarstwa, przekonywanie pracodawców do zasadności wykonywania procedur specjalistycznych przez uprawnioną kadre. Prewencją jest też ścisła współpraca kierowniczej kadry pielęgniarskiej z działem prawnym podmiotu leczniczego, w zakresie wdrażania aktualnych aktów prawnych dotyczących realizacji świadczeń medycznych i wykonywania zawodu pielęgniarki.[1]

PRZESŁANIE IRENY:

Zainwestuj w swój wizerunek. Wzmacniaj świadomość swojej odpowiedzialności. Wzrastająca świadomość twoich podopiecznych nie może cię wyprzedzić. Rozwijaj się wraz z nimi. Kto stoi w miejscu zostaje w tyle.

3 GOSPODARZ TRZECI – MARTA (pielęgniarka) Agresja wobec pielęgniarki, wsparcie

Pielęgniarki coraz częściej w swojej pracy spotykają się z agresją ze strony pacjentów lub ich rodzin. Agresja w ogólnym pojęciu jest działaniem zmierzającym do wyrządzenia krzywdy drugiej osobie. W placówkach medycznych nie jest to problem łatwy, bowiem przejawy agresji wystawiają złe świadectwo nie tyle samym pacjentom, obciążonym często wiekiem i licznymi chorobami, ile personelowi, który z jednej strony nie potrafi wyhamować tego rodzaju zachowań a z drugiej nie otrzymuje w takich sytuacjach profesjonalnego wsparcia placówki. **Przemoc fizyczna ze strony pacjentów przyjmuje najczęściej charakter próby uderzenia, kopania, płucia, drapania, pobicia, rzucania różnymi przedmiotami (stojakami do kroplówek, kubkami, szklankami, krzesłami, zapalonym papierosem, butelką).** Jest to czynna forma agresji i stanowi bezpośrednie zagrożenie dla personelu pielęgniarskiego. Agresja może przybierać również postać bierną. Obrażanie się i milczenie zamiast rzeczowej dyskusji, różnego rodzaju zaniechania, np. nieodpowiadanie na pytania pielęgniarki – to przykład tłumienia złości lub niezadowolenia. Najczęściej do aktów agresji dochodzi w czasie wykonywania czynności pielęgnacyjno-leczniczych (pobieranie materiału do badań, wykonywanie iniekcji, podawanie leków doustnych, wykonywanie toalety ciała np. podczas kąpieli, rozdawanie posiłków). Nierzadko przyczyną agresji jest zbyt długie oczekiwanie na usługi medyczne i kierowanie emocji na osoby przypadkowe.

Opis przypadku: *Pacjent przyjęty po próbie samobójczej, przytomny, w prawidłowym kontakcie, logiczny. Po kilku godzinach od przyjęcia przebywający z nim na sali pacjent powiadomił pielęgniarkę o jego dziwnym zachowaniu. Pacjenta przeniesiono na salę intensywnej opieki, gdzie odmówił przyjęcia leków doustnych. Przy próbie podania leku dożyłnie, zerwał się i kopnął jedną z pielęgniarek. Druga z nich pobiegła do telefonu, pacjent dobiegł do niej i zaczął bić po głowie i plecach. Obie pielęgniarki doznały urazów głowy i kończyn górnych.*

Przejawy agresji wpływają negatywnie na atmosferę panującą między personelem medycznym a podopiecznymi. Wyrządzają się uczuciem napięcia, poczuciem niezasłużonej krzywdy, oburzenia, strachem albo złością. W żadnym wypadku nie można reagować agresją na agresję albo dążyć do „pokonania pacjenta”. Spotykane zachowania pielęgniarek przejawiają się podjęciem próby rozmowy, prośbą o pomoc skierowaną do innych pielęgniarek, głośnym wołaniem o pomoc, ostrym sprzeciwem, milczeniem, ignorowaniem agresji, wezwaniem ochrony lub policji. Duża grupa nie wie jak postępować wobec agresji albo ma poczucie winy poddając w wątpliwość własne kompetencje zawodowe. Radzenie sobie z agresją jest problemem niezwykle trudnym. Nie przygotowują do tego szkoły pielęgniarskie. Pielęgniarki znają jedynie od strony teoretycznej zagadnienie „różnych reakcji na stres związany z hospitalizacją”. Istnieje wzrastająca

potrzeba prowadzenia zajęć praktycznych/warsztatowych przygotowujących personel do postępowania z agresywnym pacjentem. W programie zajęć powinny znaleźć się zagadnienia poświęcone komunikacji terapeutycznej, zachowaniu się w sytuacji agresji słownej i fizycznej, analizie mechanizmów agresji, sposobom rozładowywania napiętych sytuacji. [2] Istotną rzeczą jest wsparcie emocjonalne, którego zadaniem jest uspokojenie, wyrażenie troski, pomoc w wyzbywaniu się napięcia. Tego rodzaju wsparcie wpływa pozytywnie na samoocenę i daje poczucie nadziei. Wsparcie duchowe pomaga przejść trudny czas cierpienia i bólu duchowego związanego z doznana szkodą. Zadaniem wsparcia informacyjnego jest pozyskanie informacji, które umożliwią zrozumienie problemu, dzielenie się przez osoby własnymi doświadczeniami o podobnym kontekście sytuacyjnym. Wsparcie informacyjne to także pozyskanie kontaktów, adresów organizacji i stowarzyszeń. Celem tych instytucji jest zmniejszenie szkód wyrządzonych pokrzywdzonym, którzy spotkali się z agresją. Należy wiedzieć, że przypadki uszkodzeń ciała w wyniku agresji ze strony pacjenta, w których doszło do uszkodzeń ciała uznawane są za wypadki w pracy. W tym wypadku zwolnienie lekarskie jest płatne w 100 proc., wypłacana jest odszkodowanie z tytułu ubezpieczenia (wsparcie materialne). Trudności jakie spotykają pielęgniarki w związku z agresją w miejscu pracy to niezrozumienie ze strony współpracowników, uznawanie ich za winne zaistniałej sytuacji, brak możliwości skorzystania z pomocy psychologa w miejscu pracy, brak odpowiednich standardów/procedur postępowania z agresywnymi pacjentami, brak zatrudnienia sanitariuszy i pracowników ochrony, brak poczucia bezpieczeństwa czego efektem jest wydłużenie czasu pobytu na zwolnieniu lekarskim, obniżenie satysfakcji z wykonywanej pracy, zmiana miejsca pracy a nawet odejście z zawodu.

PRZESŁANIE MARTY:

Dzielenie się własnymi doświadczeniami i zawodowy profesjonalizm pomaga znaleźć najlepsze wyjście a także zapobiegać podobnym problemom. Twoja koleżanka musi mieć pewność, że w obliczu twojej obecności nie jest sama. Wymiana informacji umożliwia zrozumienie problemu, trudnego położenia, wskazuje drogę.

4 GOSPODARZ CZWARTY – AGNIESZKA (pielęgniarka) Niepożądane zdarzenia medyczne w pracy pielęgniarki

Pacjenci są coraz bardziej świadomi swoich praw, potrafią zaobserwować i przeanalizować niewłaściwe postępowanie pracowników ochrony zdrowia, skutkiem czego coraz częściej składają wnioski do sądu o odszkodowania w ramach zadośćuczynienia. Od 1 stycznia 2012 r. rozpoczęły działal-

ność Wojewódzkie Komisje do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych z siedzibą przy urzędach wojewódzkich, powołane zarządzeniem wojewodów. W związku z tym, poszkodowani pacjenci mogą skorzystać z dużo krótszej ścieżki, składając wniosek do ww. organów wojewódzkich. Znowelizowanie ustawy o prawach pacjenta określiło definicję zdarzenia medycznego, którym jest: *zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, śmierć – będące następstwem niezgodnych z wiedzą medyczną: diagnozy, leczenia lub zastosowania produktu leczniczego*. Komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych mają za zadanie ustalić, czy zdarzenie medyczne zaistniało oraz wydać w tej sprawie orzeczenie z uzasadnieniem. W związku z tym mogą wzywać do złożenia wyjaśnień, żądać dokumentacji szpitalnej, dokonywać kontroli urządzeń i pomieszczeń w szpitalu oraz zasięgać opinii biegłych. Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność, gdy udzielania świadczeń zarówno podczas samodzielnych czynności, jak i zleconych przez lekarza. Gdy dojdzie do niepożądanego zdarzenia medycznego, czynności wykraczające poza jej kompetencje, podjęte nawet na zlecenie lekarza, podlegają odpowiedzialności lub współodpowiedzialności. **W większości przypadków zdarzenia niepożądane są skutkiem niewłaściwej organizacji pracy np. zakażenie pacjenta czynnikiem biologicznym, zwyczaj przepisywania zleceń lekarskich przez pracowników nie będących lekarzami – zaakceptowany przez kadrę kierowniczą.** W myśl art. 16. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej: Pielęgniarka i położna są obowiązane: 1) informować pacjenta o jego prawach zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm. 7));2) udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i położu. Pielęgniarka jest zobowiązana do poinformowania pacjenta o następstwach i ewentualnych powikłaniach wynikających z wykonywanych przez siebie czynności. Ponosi odpowiedzialność, jeśli proces decyzyjny został zakłócony poprzez zaniechanie przedstawienia pacjentowi rzetelnej informacji na temat postępowania pielęgniarstwa i powikłań mogących wystąpić w związku z udzielaniem tego świadczenia. Orzeczenie Sądu Administracyjnego 236/05: *Zakres obowiązku informacji nie zależy od tego co lekarz sądzi, że pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje wiedzieć, aby podjąć inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu.*

PRZESŁANIE AGNIESZKI:

Niepożądane zdarzenie medyczne jest nieszczęściem dla pacjenta i porażką dla ciebie.

W każdej sytuacji bądź świadoma, że ty ponosisz odpowiedzialność za życie człowieka powierzonego twojej opiece. Nie oglądaj się na innych. Wymagaj od siebie szczególnej staranności, dokładności. Przewiduj.

5 GOSPODARZ PIĄTY – ANDRZEJ (pacjent) Relacja pacjent – pielęgniarka

Andrzej jest wiceprezesem Stowarzyszenia Pomocy Osobom Zakażonym Wirusami Hepatotropowymi „HEPA – HELP”, które zostało utworzone z inicjatywy pacjentów zakażonych HCV, HBV. Intencją twórców Stowarzyszenia było niesienie pomocy pozamedycznej wszystkim osobom, dotkniętym problemem schorzeń wątroby. Stowarzyszenie to prośba, głos, spojrzenie w stronę pacjenta. We wzajemnych relacjach to odwaga przystąpienia do dialogu otwartego dwóch, bardzo dobrze przygotowanych stron. Dobrze przygotowany pacjent zwraca uwagę na jakość wykonywanych zabiegów i jest dobrze zorientowany kiedy personel medyczny nie przestrzega ustalonych standardów postępowania medycznego. **„Rozpatrując problem relacji pielęgniarka – pacjent na pierwszym miejscu należy postawić zagadnienie profesjonalizmu i kultury zawodu pielęgniarki.** Bardzo duże są oczekiwania w tej kwestii ze strony pacjentów i wiele jest tutaj do zrobienia. Jeśli profesjonalizm zawodowy to przede wszystkim w wykonywaniu zabiegów. To nie my mamy zwracać pielęgniarcę uwagę, że ma założyć rękawiczki, a wiemy, że nie zawsze ta zasada jest przestrzegana. Każdy z nas pacjentów jest inny i wymaga indywidualnego traktowania, profesjonalna pielęgniarka powinna mieć tego świadomość.” W wymiarze indywidualnego podejścia zwracamy szczególną uwagę na dwie niezmiernie istotne fazy. **Pierwszą jest przyjęcie pacjenta do szpitala.** Zbyt instrumentalne podejście odsuwa na bok świadomość, że hospitalizacja nie jest sytuacją komfortową wyrażającą się nawet u najbardziej „zadomowionego” pacjenta zachowaniem, które odbiega od „normalnego” (niepokój, strach, niepewność). Dlatego pierwszy kontakt z pielęgniarką jest niezwykle ważny „Od tego czy usłyszymy: Czego? Czy usłyszymy – bardzo proszę z jakim problemem został pan/ni do nas skierowany? – wiele zależy. To jest ten wyjątkowo ważny moment kontaktu pomiędzy pielęgniarką a pacjentem. To ten moment czasami decyduje o całościowej ocenie oddziału/szpitala. Procedura przyjęcia na oddział nie jest problemem, problemem jest poznanie „topografii” oddziału. Gdzie jest dyżurka, gdzie jest pokój zabiegowy, jak możemy poruszać się po oddziale. Ogromna rola pielęgniarki polega na cierpliwym objaśnieniu tych zawiłości”. **Drugą, niezwykle istotną fazą relacji, jest pobyt na oddziale.** To w niej pacjenci oczekują opieki, dzięki której nie są pozostawieni sami sobie i „chorobie”. Pozostawieni z przypisaną do łóżka/sali samotnością, która bardzo stresuje. Oczekujący

na informację o swojej sytuacji, planowanych zabiegach, rozmowie o ich istocie *a nikt tego lepiej nie zrobi jak właśnie pielęgniarka, która przybliży nam procedury tego co nas czeka. Po rozmowie z lekarzem nie wszystko i nie zawsze jest dla nas zrozumiałe. Wówczas oczekujemy, że pielęgniarka cierpliwie objaśni i przeloży „z polskiego na nasze” co zdecydował lekarz prowadzący, na czym ma to polegać!..! Wiemy, że my pacjenci niejednokrotnie potrafimy być delikatnie mówiąc nieznośni. To wymaga ze strony pielęgniarki cierpliwości!* Może w tym momencie nasuwać się pewnego rodzaju bunt, ponieważ w temacie leczenia powinni wypowiadać się lekarze i cisnąć się na usta słowa „to nie należy do moich kompetencji”, jednak w przedstawionej prośbie nie chodzi o naruszanie kompetencji lekarza, lecz o sprostowanie niezrozumiałych określeń, nieznanych pojęć, przybliżenie przygotowania do nich. Te zagadnienia jak najbardziej świadczą o profesjonalizmie pielęgniarskim, a także o poziomie pielęgniarstwa jaki reprezentujemy. Relacja pacjent – pielęgniarka, niby to wszystko jest jasne, zrozumiałe a problemy o których mowa poruszane od dawna, należy zadać sobie pytanie – dlaczego potrafimy dostrzegać problem, mówić o nim, nawet narzekać ale nie ma w jego istocie istotnych zmian? Przedstawione stanowisko jest szczególnie cenne, ponieważ nie pochodzi z książek, które ujmują problematykę od strony eksperckiej. Źródłem „wiedzy” w tym wypadku jest bezpośredni odbiorca opieki pielęgniarskiej. Każdy z tych punktów może i powinien stanowić podstawę do dialogu dwóch środowisk poza szpitalem, gdzie każda ze stron ma w rozmowie równe szanse. Tymczasem realia przedstawiają się następująco: *Szkoda, że w tym zakresie jest tak mało współpracy pomiędzy środowiskiem pielęgniarskim a organizacjami pozarządowymi.*

PRZESŁANIE ANDRZEJA:

Nachyl się, aby usłyszeć. Współpracuj ze mną jak partner a nie jak fachowiec, który zawsze wie lepiej. Mam szacunek dla twojej ciężkiej pracy, ale gdy przyjdzie czas – potraktuj mnie jak partnera gdy będę chciał porozmawiać o naszych wspólnych konfliktach, problemach i oczekiwaniach. Nie jestem twoim wrogiem gdy uświadamiam sobie swoje prawa.

A teraz nadszedł czas abyś sama wyciągnęła wnioski, wizerunek jaki stworzysz jest znakiem rozpoznawczym „Twojej Firmy”. Powodzenia na drodze wyborów.

Piśmiennictwo

[1] Tekieli D.: Instytucja Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w prewencji wykroczeń zawodowych. Konferencja Naukowo-Szkoleniowa, 22 – 24.04.12 r., Warszawa.

[2] Niechwiadowicz-Czapka T.: Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych. Magazyn Pielęgniarki i Położnej Nr 3/2010.

Czy można uniknąć tragedii?

mgr BEATA BARWIŃSKA

Każdy z nas o czymś marzy, snuje plany na przyszłość. Niestety nie wszyscy z nas mogą je zrealizować. Przeszkodą w urzeczywistnianiu marzeń nie tylko jest brak pieniędzy, ale, niestety, tego co w życiu człowieka najcenniejsze – brak zdrowia lub utrata życia. Od wielu lat pracuję w zespole wyjazdowym ratownictwa medycznego. Na co dzień widzę wiele zdarzeń, spotykam ludzi mniej, czy bardziej cierpiących. Wydawałoby się z cierpieniem drugiego człowieka można się oswoić, kwestia tylko i wyłącznie jak często w naszej pracy zawodowej mamy z nim styczność. Ja myślę, że tak nie jest, ponieważ dopóki traktujemy pacjenta, z którym pracujemy jako podmiot i bez względu na sytuację widzimy w nim człowieka, to nie można obojętnie przejść obok ludzkich łez. Chciałabym choć na chwilę w swoich rozważaniach zatrzymać się nad problemem jednego z wielu rodzajów bezsensownej śmierci. Mam na myśli dramaty ludzi najczęściej młodych, sprawnych, przed którymi jeszcze całe życie, a wystarczy jedna chwila, być może ułamek sekundy, by delikatna „bańka” zwana życiem bezpowrotnie przestała istnieć. Każda śmierć dla bliskich osoby zmarłej może wydawać się bezsensowna i nieoczekiwana, ale jeśli jadę do wypadku, w którym poszkodowany jest rowerzysta lub pieszy, to patrząc na rozmiar tragedii myślę, czy to zdarzenie to tylko zbieg przeróżnych okoliczności, czy również ludzka bezmyślność lub nieumiejętność przewidywania zdarzeń. Temat wypadków drogowych z udziałem pieszych i rowerzystów nie bez powodu poruszamy jesienią. To również teraz mimo dość często niesprzyjającej aury wcale nie mała liczba osób porusza się po naszych zatłoczonych ulicach korzystając z rowerów. Jestem jak najbardziej zwolenniczką zdrowego stylu życia, ale jak sobie przypomnę zdarzenia, do których jeździłam karetką pogotowia to ja osobiście wolę poruszać się po mieście samochodem. Wiele wypadków drogowych a właściwie ich przyczyny można doszukiwać się w braku rozważań, czy nieuwagi kierowców. Niestety również sprawcami zdarzeń drogowych są również piesi i rowerzyści, tzw. niechronieni uczestnicy ruchu drogowego. W Uniejowie w dniu 21 września tego roku odbyła się XI międzynarodowa konferencja poświęcona bezpieczeństwu niechronionych uczestników ruchu drogowego. Współorganizatorami tego spotkania byli m.in. Centrum Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego w Łodzi oraz Komenda Wojewódzka Policji w Łodzi. Przedmiotem konferencji były nie tylko ciekawie przedstawione dane statystyczne, ale również zalety korzystania z rowerów i ruchu pieszego w świetle dbałości o hi-

gienę zdrowia, bezpieczeństwo na drogach oraz przeciążenia aglomeracji miejskich poprzez ciągłe przybywającą ilość samochodów. Na przykładzie dużych europejskich i amerykańskich miast (Londyn, Kopenhaga czy Boston w USA) zwrócono uwagę na fakty, iż w tych aglomeracjach rowerzyści poruszają się znacznie szybciej niż pojazdy mechaniczne, w których ich użytkownicy ogrom cennego czasu spędzają w tzw. „korkach”. Coraz częściej wiele osób rower uznaje w zatłoczonych miastach za najszybszy środek transportu. Na przykładzie Warszawy zbadano, iż użytkownicy samochodów w stolicy tracą około 9 godzin miesięcznie stojąc w korkach przy średnim odcinku 10 km jaki mają do pokonania w drodze do i z pracy. Od kilku lat w naszym kraju rośnie liczba użytkowników dróg korzystających z rowerów. Trudno ocenić, czy w Polsce to moda na zdrowy styl życia, dbałość o ekologię, czy też przymus z korzystania z darmowego środka transportu. Tak naprawdę to nie jest przedmiotem moich rozważań, natomiast istotnym jest fakt, czy jazda rowerem poza ścieżką rowerową jest w ogóle bezpieczna. Wg danych WHO z 2004 roku wypadki drogowe stanowią około 2 proc. wszystkich zgonów. To oznacza, że zgony w wyniku tych zdarzeń plasują się na 11 pozycji wszystkich przyczyn zejść śmiertelnych. I tak np. w Holandii w przeliczeniu na tzw. miliard pasażerokilometrów ginie na drogach średnio 8,2 rowerzystów, natomiast użytkownicy pojazdów mechanicznych stanowią 1,9 osoby. Ta statystyka ujmuje zdarzenia na drogach zakończone zgonem osoby poszkodowanej. Tak duża dysproporcja wynika z faktu, iż w Holandii badano zdarzenia, w których uczestniczyły pojazdy mechaniczne (samochody) poruszające się z gruntu po bezpieczniejszych autostradach. Wyłączając ze statystyki użytkowników autostrad okazało się, iż liczba ofiar śmiertelnych obu środków komunikacji jest na terenie Holandii zbliżona. W Polsce sytuacja osób poruszających się na rowerze wygląda zdecydowanie inaczej. Od wielu lat jako naród na tle innych krajów europejskich przodujemy w smutnych statystykach. **To właśnie na naszych drogach ginie największa liczba rowerzystów. Dla przykładu w roku 2010 zanotowano 370 ofiar śmiertelnych wśród rowerzystów, którzy byli uczestnikami zdarzeń losowych, natomiast w Szwecji tych ofiar było jedynie 20.** Mimo zastraszającej statystyki i tak w dość znacznej mierze doszło do zmniejszenia liczby śmiertelnych wypadków wśród rowerzystów w stosunku do roku 1999, gdy wtedy zanotowano ich aż 700. Należy się zastanowić z czego wynika tak ogromna dysproporcja między zdarze-

niami drogowymi na terenie Polski a tym co się dzieje w innych krajach Europy (szczególnie w Holandii). Tam, na terenie całego kraju w znaczącym rozmiarze rozwinięta jest infrastruktura ścieżek rowerowych. Dla przykładu na terenie miasta Łodzi całkowita długość wybudowanych i oznakowanych ścieżek rowerowych to jedynie 75 km. Niewątpliwie to więcej niż nic, ale zbliżone co do powierzchni inne miasta Europy posiadają ich aż około 2500 km. Niestety nie tylko w długości ścieżek rowerowych należy doszukiwać się przyczyn tak dużej liczby śmiertelnych zdarzeń drogowych z udziałem rowerzystów. Innym znaczącym powodem na terenie Polski jest niezwykle krótka tradycja użytkowania rowerów na taką skalę i przez wiele miesięcy w roku (często i zimą) w porównaniu z latami poprzednimi. Natomiast po raz kolejny wracając do Holandii – tam rowerzyści są stałymi użytkownikami dróg od końca XIX wieku. W wielu krajach rowerzysta traktowany jest przez pozostałych uczestników ruchu jak pełnoprawny użytkownik drogi. Natomiast w Polsce pojawienie się rowerów, szczególnie wiosną jest nadal traktowane nie jak prozdrowotny styl życia ale niemalże „najazd obcej inwazji”. **Generalnie polscy kierowcy nie pałają szczególną sympatią do rowerzystów. Taki stan rzeczy wynika nie tylko z braku „kultury” kierowców, ale również z braku umiejętności bezpiecznego poruszania się samych rowerzystów po drogach naszego kraju.** Będąc również kierowcą, nie mogę zrozumieć dlaczego tak wielu rowerzystów nie posiada instynktu samozachowawczego. Choćby ten użytkownik drogi miał pierwszeństwo przed wszystkimi innymi użytkownikami dróg, to i tak w starciu z samochodem osobowym, autobusem, ciężarówką, czy tramwajem niestety zawsze będzie na straconej pozycji. Nigdy rowerzysta nie wygra z masą i prędkością samochodu. Niestety, niektórzy o tym nie pamiętają. Odrębny problem poza swego rodzaju brawurą na rowerze stanowi brak przez wielu rowerzystów znajomości przepisów ruchu drogowego. Wielokrotnie widziałam rowerzystów przejeżdżających przez jezdnię po pasach dla pieszych w miejscu bez ścieżki rowerowej. Jest to oczywiście surowo zabronione, ale przepis ten jest nagminnie łamany szczególnie przez mężczyzn (przez przejście dla pieszych kobiety najczęściej rower przeprowadzają). Można by mnożyć przykłady łamania przepisów zarówno przez rowerzystów jak i kierowców samochodów. Tak naprawdę obie grupy użytkowników dróg nie znają dostatecznie zasad poruszania się rowerzystów po drogach publicznych, nie wyłączając ścieżek rowerowych. Jeśli myślimy, że ta wyznaczona droga dla rowerzystów jest całkowicie bezpieczna dla jej użytkowników, to po raz kolejny jesteśmy w błędzie. W ciągu ostatniego sezonu rowerowego kilkakrotnie udzielałam pomocy medycznej osobom poszkodowanym właśnie na ścieżce rowerowej. Moimi pacjentami byli zarówno potrąceni piesi przez zbyt szybko lub nieuważnie jadących rowerzystów (w kilku przypadkach to pieszy był sprawcą wypadku), jak i również

rowerzyści, którzy nawzajem najeżdżali na siebie. Tutaj również przyczyn tych zdarzeń można było upatrywać się głównie w brawurze. Chciałabym zwrócić uwagę na fakt, iż mimo nieznacznych prędkości, z jakimi poruszają się rowerzyści po drogach dla nich wyznaczonych, urazy do jakich w tych miejscach dochodziło powodowały najczęściej znaczne obrażenia ciała (również skomplikowane, wieloodłamowe złamania kończyn). Oczywiście piesi po raz kolejny byli jednak najbardziej poszkodowanymi osobami. Jak wiele wizyt zespołów ratownictwa medycznego oraz pacjentów urazowych w szpitalach – tak długo można by mnożyć na ten temat opowieści niczym z horrorów. Moim celem nie jest straszenie czytelnika, który jest pieszym, rowerzystą, czy kierowcą, ale pochylenie się nad tym ważnym problemem szczególnie w świetle Międzynarodowego Dnia Pamięci o Ofiarach Wypadków Drogowych. Tego roku dzień ten przypada na 20 listopada, ponieważ począwszy od roku 2005 ustanowiono go w trzecią niedzielę miesiąca listopada. Corocznie w dniu 1 listopada staramy się pamiętać o wszystkich zmarłych bliskich i znajomych nam osobach. Natomiast niech 20 dzień tego miesiąca w bieżącym roku pobudzi nas do refleksji i przemyśleń na temat tego, czego można uniknąć na polskich drogach. Wśród sposobów na poprawienie własnego bezpieczeństwa poruszając się jako pieszy, czy rowerzysta można wymienić kilka. Należą do nich m.in.:

- poruszanie się (szczególnie na rowerze) w kamizelkach odbaskowych oraz kasku ochronnym,
- niekorzystanie podczas jazdy rowerem z telefonu komórkowego i urządzeń grających,
- prawidłowe oznakowanie roweru poprzez zainstalowanie oświetlenia,
- w miarę możliwości poruszanie się po ścieżkach rowerowych,
- zapoznanie się z przepisami o ruchu drogowym (mam nadzieję, że karta rowerowa w przyszłości będzie obowiązkowym dokumentem uprawniającym do poruszania się rowerem dla wszystkich rowerzystów),
- niekorzystanie z roweru po spożyciu alkoholu,
- jazda na rowerze z ograniczonym zaufaniem do innych użytkowników dróg,
- korzystanie z dróg pamiętając po prostu o kulturze osobistej i ludzkiej życzliwości.

Z ww. zasad mogą korzystać wszyscy niechronieni uczestnicy ruchu drogowego, niech każdy z nas pomyśli, co może zrobić dla poprawy własnego bezpieczeństwa. Mam szczerą nadzieję, iż chwila jaką Państwo poświęcicie na przeczytanie tego artykułu oraz przemyślenia do jakich te słowa Was zachęcą – choćby tylko jednej osobie miały uratować życie – warto było nakreślić te kilka słów.

Beata Barwińska, mgr pielęgniarstwa, specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, koordynator zespołu wyjazdowego podstawowego WSRM w Łodzi, nauczyciel CKU SWŁ w Łodzi

Funkcje zawodowe pielęgniarek

mgr BEATA FELIKSIAK

Funkcje zawodowe pielęgniarki definiuje się, jako zespół złożonych zadań i wykonywanych czynności składających się na rolę zawodową, którą pełni pielęgniarka. W przeszłości różnie określano rolę i zadania pielęgniarki psychiatrycznej. Ostatnio powstają nowe koncepcje pielęgnowania, a więc zmienia się także rola i funkcje pielęgniarki. Podlegają one istotnym przekształceniom. We współczesnym pielęgniarstwie przemiany te obejmują zakres działań pielęgniarki, a także kontakty lekarz – pielęgniarka i pielęgniarka – pacjent. W kontaktach z lekarzem pielęgniarka staje się jego autentycznym partnerem współdecydującym o wielu istotnych sprawach. Zadania pielęgniarek zająłaby się, więc z zadaniami lekarza, a bariera dzieląca lekarza od pielęgniarki została przekroczone w sprawach, w których bezpośrednio decyduje, a także współdziałanie w ich podejmowaniu oraz dalsze działanie i współdziałanie, mają bardzo istotne znaczenie dla ratowania i utrzymywania poważnie zagrożonego życia człowieka. W kontaktach z pacjentem pielęgniarka odchodzi z pozycji poleceniodawcy na pozycję osoby, która jest asystentem i rzecznikiem jego spraw.

Współczesna pielęgniarka to taka, która jest aktywna i koncentruje się przede wszystkim na zdrowiu człowieka, potęgując je i pielęgnując odchodzi zaś od biernego przyjmowania nakazów, koncentrowania się wyłącznie na chorobie pacjenta. W ostatnich latach pojawiło się wiele publikacji traktujących o roli i funkcjach zawodowych pielęgniarek. Ponieważ funkcje pielęgniarstwa dotyczą pomagania ludziom, czy to zdrowym, czy to chorym, mają charakter unikalny i stanowią konieczne elementy jednej z najbardziej potrzebnych społecznie profesji. Inny podział dzieli funkcje pielęgniarki na:

1. Funkcję instrumentalną – czyli zabiegi i czynności w procesie diagnostycznym – leczniczym wykonywane na zlecenie lekarza, oraz te, które nie mają bezpośredniego związku z pielęgnowaniem chorego.

2. Funkcję ekspresyjną – czyli bezpośredni kontakt pielęgniarki z pacjentem, którego celem jest ochrona i rozwój człowieka.

3. Funkcję wychowawczą – gdzie pielęgniarka jest doradcą i ekspertem w sprawach pacjenta. Wzmacnia, wspiera prozdrowotne zachowania i postawy, kształtuje umiejętność samo pielęgnacji.

4. Funkcję administracyjną – obejmuje ona czynności związane z dokumentowaniem zadań pielęgniarstwa i zachowaniu komunikacji z innymi działami organizacyjnymi zakładu.

Istnieje podział funkcji zawodowych ze względu na:

1. Kierunek działań pielęgniarki: funkcje bezpośrednie (ukierunkowane na podmiot opieki), funkcje pośrednie (ukierunkowane na rozwój własnego zawodu).

2. Współpracę z innymi dawkami opieki: funkcje niezależne, funkcje współzależne, funkcje zależne.

W wyniku takiej kategoryzacji zadań i czynności ustalono grupy tych czynności i pogrupowano je na następujące funkcje:

1. **Wychowawcza** – obejmuje zamierzony wpływ na osobowość pacjenta, kształtowanie pożądanych zachowań zdrowotnych, poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych oraz przygotowanie do samopielęgnacji i samoopieki. Funkcja wychowawcza to zadania, których celem jest wpływ na osobowość podopiecznego przez kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych, odpowiedzialność za własne zdrowie, zdrowie najbliższych i środowiska. Przygotowanie pacjenta do świadczenia opieki samemu sobie oraz przygotowanie do współpracy i współdziałania w procesie pielęgnowania. Przygotowanie rodziny do opieki nieprofesjonalnej. Do zadań realizowanych przez pielęgniarkę, w odniesieniu do podopiecznego, należą cele określone w procesie pielęgnowania. Wymaga to wcześniejszej oceny stanu zdrowia pacjenta, rozpoznawania jego postawy wobec własnego zdrowia, choroby, niepełnosprawności. Ocena jest podstawą efektywnego nauczania, określa, co podopieczny umie, co chce i potrzebuje wiedzieć i umieć, jakiej pomocy wymaga lub oczekuje. Uczenie pacjenta tego co on już wie i umie, to strata czasu wywołująca frustrację pacjenta a także pielęgniarki.

2. **Opiekuńcza** – to rozpoznawanie stanu zapotrzebowania na opiekę, pomaganiem w rozwiązywaniu problemów, w czynnościach dnia codziennego, tworzeniu warunków do godnego umierania i spokojnej śmierci. Funkcja opiekuńcza to zadania dotyczące pomagania, towarzyszenia, asystowania, wspierania podopiecznego w podejmowaniu działań, które mają znaczenie dla zachowania zdrowia, powrotu do zdrowia albo dla zapewnienia spokojnej śmierci, które człowiek mógłby wykonywać sam gdyby miał potrzebną siłę, wolę, wiedzę. Pielęgniarka powinna pomagać w taki sposób, aby pacjent mógł odzyskać niezależność jak najszybciej. Osoba opiekująca się musi określić czego brak podopiecznemu (wiedzy, siły, motywacji) i wiedzieć jak uzupełnić ten deficyt. Niezbędna jest również wiedza na temat potrzeb zdrowotnych i możliwości ich zaspokajania. O zakresie i charakterze działań wykonywanych na rzecz podopiecznego decyduje jego stan zdrowia, stopień samodzielności i sprawności. Do zadań pielęgniarki należy zawsze ustalenie przyczyn, z powodu których człowiek nie jest w stanie sobie sam radzić i potrzebuje pomocy innych ludzi. Funkcja opiekuńcza obejmuje gotowość niesienia pomocy i szacunek dla drugiego człowieka w każdej sytuacji i stanie, w jakim człowiek się znajduje. Do wykonywania tych zadań nie jest potrzebna

skomplikowana aparatura, drogie leki, a jedynie rozległa wiedza o człowieku, jego potrzebach, ogólnych zasadach postępowania opiekuńczego.

3. **Promowania zdrowia** – obejmuje rozpoznawanie stanu promowania zdrowia, oceny dostępności świadczeń, promowanie zachowań prozdrowotnych i stwarzanie warunków do prowadzenia prozdrowotnego stylu życia. Funkcja promowania zdrowia to zadania, których celem jest: propagowanie w społeczeństwie zachowań prozdrowotnych i stylu życia wspierającego zdrowie, doradzania jak wzmacniać zdrowie, zapewnianie podopiecznym warunków do prowadzenia takiego stylu życia, który sprzyja utrzymaniu i wzmacnianiu zdrowia. W funkcji tej punktem odniesienia jest zdrowie, a jej celem inwestowanie w zdrowie i jego wzmacnianie, natomiast w profilaktyce odniesieniem jest relacja między zdrowiem a chorobą. Dlatego celem profilaktyki jest zapobieganie wystąpienia dysfunkcji organizmu. W działaniach promujących określamy sposoby wzmacniania zdrowia, jego poprawy lub utrzymania na tym samym poziomie, a w profilaktyce ukierunkowuje się działania na ustalenie czynników ryzyka, ich eliminowanie, oddziaływanie na osoby szczególnie narażone na zachorowanie.

4. **Profilaktyczna** – to realizacja zadań związanych z rozpoznawaniem stanu zagrożenia wypadkami, urazami, schorzeniami, zapobieganiem i ograniczaniem ryzyka występowania schorzeń lub powikłań. Funkcja profilaktyczna to złożone zadania, których celem jest: rozpoznawanie stanu zagrożenia wypadkami, katastrofami w miejscu zamieszkania, nauki i pracy indywidualnych osób, rodzin i grup społecznych. Zapobieganie i ograniczanie ryzyka wystąpienia schorzeń poprzez planowanie i realizowanie działań oraz ocenianie efektów tych działań. Zakres zadań i czynności wynika z istoty profilaktyki zdrowotnej, którą określamy jako działania i środki stosowane w celu zapobiegania chorobom, likwidujące przyczyny zjawisk niekorzystnych. Celem profilaktyki jest niedopuszczenie do stanu choroby, opanowanie rozwoju choroby w stadium początkowym, lub zorganizowanie takiej opieki, aby zapobiegać powikłaniom choroby.

5. **Terapeutyczna** – obejmuje współpracę pielęgniarki z członkami zespołu terapeutycznego w procesie diagnozy, terapii i rehabilitacji. Funkcja terapeutyczna to zadania, których celem jest wykonanie badań służących ocenie stanu zdrowia pacjenta dla celów ustalenia diagnozy (wykonywanie pomiarów podstawowych, czynności życiowych, pobieranie materiału do badań, uczestniczenie w niektórych badaniach). To również wykonywanie zleceń lekarskich, szczególnie leczenia farmakologicznego (podawania leków różnymi metodami), leczenia zabiegowego. Do tej grupy zadań należy udzielanie pomocy przedlekarskiej w stanach zagrożenia zdrowia i życia. Pielęgniarka przestrzegając zasad wykonywania zleceń lekarskich, realizuje zadania z zakresu funkcji terapeutycznej. Profesjonalistka pielęgniarstwa winna posiadać wiedzę dotyczącą metod diagnozowania i leczenia,

umiejętność współdziałania w zespole terapeutycznym, w czym pomagają umiejętności komunikowania. Zakres badań i zabiegów, które może wykonać pielęgniarka w procesie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji, na zlecenie lekarza i bez takiego zlecenia. Kompetencje pielęgniarki w tym zakresie uwarunkowane są poziomem wykształcenia, ukończenia wymaganych kursów i zdobyciem określonych specjalizacji.

6. **Rehabilitacyjna** – obejmuje pomaganie pacjentowi w uzyskaniu niezależności i kształtowania umiejętności radzenia sobie w zmienionej sytuacji życiowej. Funkcja rehabilitacyjna to zadania, których celem jest pomaganie pacjentowi w uzyskaniu niezależności i umiejętności radzenia sobie w zmienionej sytuacji życiowej, bądź życia z niepełnosprawnością. Rehabilitacja to przywracanie tego, co utracone. W opiece oznacza proces obejmujący oddziaływanie lecznicze, społeczne, pedagogiczne i zawodowe, zmierzające do przywrócenia sprawności i umożliwienia samodzielnego życia w społeczeństwie człowiekowi, który takich możliwości nie miał lub utracił z powodu urazu czy choroby. Rehabilitacja kompleksowa jest najskuteczniejsza, ponieważ obejmuje działania skierowane na wszystkie wyżej wymienione obszary. Zadania i czynności wykonywane przez pielęgniarkę powinny być ukierunkowane na tych podopiecznych, u których powstała potrzeba zdobycia nowych umiejętności lub wyćwiczenia niezbędnych do radzenia sobie w nowej sytuacji życiowej. Zadania funkcji rehabilitacyjnej dotyczą przede wszystkim udziału pielęgniarki w usprawnianiu układów: oddechowego, pokarmowego, moczowego, kostno-stawowo-mięśniowego, skóry. Pielęgniarka odpowiedzialna jest za rehabilitację przyłóżkową, którą prowadzi się w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z długotrwałego unieruchomienia. Kolejne zadania rehabilitacyjne pielęgniarki to udział w psychoterapii elementarnej, tworzenia atmosfery zachęcającej do pokonywania trudności i przeszkód przez pacjenta podczas powrotu do zdrowia, dodawanie otuchy, łagodzenia napięć, wzbudzanie motywacji do działań usprawniających i usamodzielniania się. Oprócz świadczeń na rzecz podmiotu pielęgniarki zobowiązane są wykonywać zadania dotyczące nauczania zawodu, prac naukowo-badawczych, kierowania pracą zawodową. Pielęgniarka powinna również wykonywać zadania określone funkcją: kształcenia, naukowo-badawczą, zarządzania.

Zadania pielęgniarki psychiatrycznej niczym nie odbiegają od zadań pielęgniarki w innych działach medycyny klinicznej. Zadania te obejmują nie tylko pielęgnowanie, ale przede wszystkim udział w terapii i rehabilitacji chorych. Nowe zadania wymuszają na pielęgniarstwie stałe pogłębianie wiedzy, doskonalenie umiejętności, stałą modyfikację i unowocześnianie swych działań. Współczesna pielęgniarka psychiatryczna jest odpowiedzialna, samodzielna i konsekwentna. Nie jest wykonawcą jedynie zleceń lekarskich, ale wchodzi w skład zespołu terapeutycznego, w którym pracuje, jako równorzędny partner innych członków zespołu.

Opieka nad osobą w późnej dorosłości – jak pomóc w przygotowaniu do starości?

mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

Oblicza starości

W powszechnym odczuciu starość nie jest ani trochę atrakcyjna. Uznajemy ją przecież często za okres, w którym narażeni jesteśmy na utratę dotychczasowych wartości, takich jak: sprawność, status ekonomiczny, przyjaciele i rodzina. Warto więc zastanowić się nad tym, jak opiekować się osobami starszymi, aby pomóc im w pozytywnej adaptacji do ostatniego okresu życia, który może, w sprzyjających warunkach, trwać nawet 60 lat! Z uwagi na fakt, że nie można uogólniać wiedzy na temat funkcjonowania osób starszych, bo przecież przeżywanie tego okresu jest modyfikowane przez szereg czynników natury wewnętrznej (czyli zależnej od człowieka, w tym na przykład przygotowanie się do własnej starości czy subiektywna wizja życia) i zewnętrznej (niezależnej od osoby – warunki społeczno-kulturowe i ekonomiczne), trzeba przyjąć, że każdy „starzeje się” na swój indywidualny sposób. Z tego względu można wskazać jedynie pewne prawidłowości, wśród których znajdują się negatywne i pozytywne aspekty starości.

Grupy problemów typowych dla okresu starości

Wśród problemów specyficznych dla okresu późnej dorosłości wymienia się przede wszystkim pojawienie się zmian natury fizycznej i psychicznej, które powodują obniżenie się samodzielności oraz nową perspektywę czasową – starsza osoba żyje



Wśród problemów specyficznych dla okresu późnej dorosłości wymienia się przede wszystkim pojawienie się zmian natury fizycznej i psychicznej, które powodują obniżenie się samodzielności oraz nową perspektywę czasową- starsza osoba żyje z realną świadomością swojego bliskiego końca.

z realną świadomością swojego bliskiego końca. Towarzyszyć mogą temu pogarszające się warunki ekonomiczne (zmuszające do zmiany mieszkania). Pojawiają się także zmiany w obrębie funkcjonowania społecznego i psychicznego – brak zrozumienia ze strony bliższego otoczenia w relacjach społecznych, a ze strony dalszego środowiska – zachowania świadczące o ageizmie (patrz Biuletyn 11/2011). Następująca w tym właśnie okresie kumulacja negatywnych zdarzeń typu: utrata zdrowia, przyjaciół, współmałżonka może przyczynić się do negatywnego bilansu własnego życia i negatywnej samooceny, szczególnie wtedy, kiedy wszechogarniający postęp techniczny wymaga od osoby starszej nabycia nowych umiejętności, z którymi ta ma trudności. Należy podkreślić, iż w tym czasie następuje także powrót do okresu dzieciństwa w tym sensie, że najważniejsze po raz wtóry stają się te same wartości – dobrostan fizjologiczny, poczucie bezpieczeństwa, potrzeba podtrzymania aktywności i stymulacji. Zaspokojenie tych potrzeb w dużej mierze jest uzależnione od postawy najbliższych, o czym mowa będzie w dalszej części artykułu.

Pozytywne aspekty starości

Wśród pozytywnych aspektów późnej dorosłości należy wymienić przede wszystkim możliwość zachowania ak-

tywności będącej odzwierciedleniem aktualnych potrzeb osoby starszej. Aby tak się stało, należy zadbać o to, by osoba przygotowała się do faktu przejścia na emeryturę na wiele lat przed tym zdarzeniem. Późna dorosłość otwiera przecież wiele nowych możliwości, stwarza okazję do lepszego wykorzystania swojego czasu i daje możliwość większego zaangażowania się w życie rodzinne, co wpływa na poprawę relacji małżeńskiej. Starość to również czas, kiedy zwiększa się możliwość porzucenia mało istotnych celów życiowych (w wyniku ich przeorganizowania) i następuje koncentracja na realizacji potrzeby przynależności. Pojawia się także możliwość zdobycia mądrości życiowej i wykształca się zdolność do redefinicji strat.

Starość jako zadanie

Na starość można też popatrzeć z perspektywy zadań do wykonania, wśród których podstawowym jest przystosowanie się osoby do zmieniających się warunków życia i dokonywanie modyfikacji tych warunków adekwatnie do własnych możliwości. Pozostałe zadania przedstawia tab. 1.

Tab. 1. Zadania dla osoby starszej

Zadanie	Uzasadnienie zadania
Dbanie o sprawność fizyczną i psychiczną	Sprzyja samodzielności, pozwala na niezależność i przyjęcie odpowiedzialności za własne życie
Akceptacja zmian	Pozytywna samoocena i akceptacja siebie
Rozwój osobowości	Możliwość zachowania sensu życia
Autokreacja	Pozwala na samorealizację swojego potencjału
Dbanie o różne formy aktywności życiowej (fizyczna, hobbyistyczna, edukacyjna, twórcza, społeczna, rodzinna)	Gwarantuje zachowanie poczucia sensu życia, samodzielności, niezależności, zaspokaja potrzeby psychiczne (w tym podtrzymywanie kontaktów społecznych)
Podtrzymywanie bliskich relacji rodzinnych	Możliwość przekazania wiedzy życiowej
Zachowanie optymizmu	Pozwala dostrzec w starości „drogę ku życiu”
Życ w trzech wymiarach czasu: teraźniejszości, przeszłości i przyszłości	Dzięki czemu można planować i podejmować się nowych zadań

źródło: opr. własne na podst. Leszczyńska-Rejchert

Przygotowanie do starości

Starość kojarzy się ze stratami i licznymi ograniczeniami, do których trzeba się przystosować, a to wymaga pokory wobec losu, a także nabycia mądrości życiowej. Rzeczona

mądrość to jedna z jasnych stron ostatniego okresu życia. Takich pozytywnych aspektów może być więcej, o ile osoba zostanie właściwie przygotowana i wychowana do starości. Przygotowanie to winno obejmować wszystkie obszary funkcjonowania osoby, które zmieniają się wraz z wiekiem i mają wpływ na jakość życia, tj.: psychologiczne, intelektualne, kulturalne, biologiczne. To ostatnie powinno koncentrować się na zaznajomieniu osób z fizjologicznym aspektem starzenia się organizmu, aby zapobiec pojawieniu się zaniepokojenia zmianami naturalnymi i uwrażliwić na zmiany patologiczne, których nie wolno lekceważyć. W ramach tego obszaru należy także propagować aktywność fizyczną dopasowaną do możliwości osoby, gdyż jest to środek zwiększający poziom samodzielności w zakresie samoobsługi. Z kolei przygotowanie socjalne obejmować powinno wszelkie oddziaływania mające na celu zadbanie o właściwy status materialny i socjalny osoby, dostęp do usług medycznych i zapewnienie godnych warunków życia, zaś przygotowanie społeczne to działania, dzięki którym można podtrzymywać więzi z innymi i dbać o źródła wsparcia społecznego. Przy właściwym wsparciu (tj. dopasowanym do zapotrzebowania osoby) możliwa jest dobra adaptacja do starości. W przypadku niedopasowania wsparcia mogą pojawić się w procesie przystosowania zaburzenia typu: nadmierna zależność od innych, bezradność, postawy roszczeniowe czy zaburzenia zachowania. W zakresie przygotowania psychologicznego należy uwrażliwiać osoby na zmiany, jakie pojawiają się wraz ze starzeniem się organizmu w zakresie funkcjonowania poznawczego. Osoby wychowane do starości będą wiedziały, że wraz z wiekiem obniża się tempo wykonywania czynności, co oznacza, że należy przygotować sobie więcej czasu na wykonania danej czynności, a organizm szybciej się męczy. Obniża się także sprawność pamięci, dlatego warto wcześniej zadbać o trening pamięci, który będzie podtrzymywał jej sprawne funkcjonowanie. Należy przy tym zadbać o to, by nie uruchamiać samospełniającej przepowiedni (skoro tak ma być, to tak będzie) owo przygotowanie ma na celu uruchomienie szeregu czynności, które mają za zadanie opóźnić pojawienie się dysfunkcji – temu służy np. trening pamięci, czy też przyzwolenie na poświęcenie więcej czasu na czynności, które do tej pory były wykonywane automatycznie.

Przygotowanie intelektualne i kulturalne ma na celu pokazanie różnych form aktywności, dzięki którym osoby starsze mogą rozwijać swoje zainteresowania, a także stwarzanie okazji do tego, aby starsze pokolenie mogło dzielić się swoimi doświadczeniami i wartościami z młodszymi osobami. Należy podkreślać nieustannie, że każda osoba w późnej dorosłości posiada osobisty potencjał rozwojowy, który powinien być wykorzystywany i wzbogacany w okresie późnej dorosłości. „W fazie starości możliwe jest nabywanie wiedzy, umiejętności (w tym m.in. kompeten-

cji autokreacyjnej) oraz kształtowanie nawyków, postaw i zachowań, a więc doskonalenie się i bogacenie swojej osobowości” (Leszczyńska-Rejchert). Już w XVII wieku J. A. Kamiński proponował, aby stworzyć osiem typów instytucji szkół, wśród których miały znaleźć się placówki przeznaczone dla osób w późnej dorosłości – szkoła starości i szkoła śmierci. Na gruncie polskiej teorii wychowania do starości rozpropagował A. Kamiński, który utożsamiał pojęcie wychowania do starości z pomaganiem ludziom w realizacji różnych potrzeb, nabywaniu nowych umiejętności, dzięki którym czas spędzony na emeryturze będzie okresem przeznaczonym na samorealizację. W ramach wychowania należałoby stosować informowanie, instruowanie, zachęcanie oraz odpowiednie modyfikowanie środowiska ludzi młodych, aby w przyszłości osoby te posiadały konstruktywne nawyki. Zadanie wychowania powinno być realizowane na gruncie rodziny i szeroko rozumianej społeczności z wykorzystaniem mass-medium. Powinna uczestniczyć w nim sama jednostka. Działania takie powinny trwać całe życie, a ulec powinny intensyfikacji w okresie przedemerytalnym. Tab. 2 przedstawia zadania gerontologiczne dla kolejnych okresów życia.

Etap rozwojowy	Zadanie gerontologiczne
Etap młodości i dorosłości	<ul style="list-style-type: none"> kształtowanie nawyków obcowania z kulturą kształtowanie umiejętności wykorzystywania czasu wolnego wdrażanie do zmiany pracy upowszechnianie wiedzy o procesach starzenia się
okres przedemerytalny	<ul style="list-style-type: none"> rozwój aktywności samowychowawczej rozwój umiejętności wykorzystania czasu wolnego rozwój zainteresowań zapewnienie miejsca zamieszkania
etap zadowalającej sprawności (do ok. 80 r.ż.)	<ul style="list-style-type: none"> wdrażanie do umiejętności wzbogacania życia poprzez informowanie o tym, co jest korzystne/niekorzystne dla zdrowia i dobrego samopoczucia stwarzanie możliwości korzystania z placówek kulturalno-oświatowych inspirowanie do godzenia się z tym, co nieuchronne
etap ograniczonej sprawności (osoba nie jest w stanie samodzielnie opuścić domu)	<ul style="list-style-type: none"> wzmacnianie motywacji do aktywności i pracy stwarzanie okazji do spotkań kulturalnych i towarzyskich dbanie o rozwój zainteresowań filozoficznych
etap – starość niesprawna „przykucie do łóżka”	<ul style="list-style-type: none"> zachęcanie otoczenia do utrzymywania kontaktów i podejmowania z osobą starszą tematów związanych ze śmiercią

źródło: opr. własne na podst. Leszczyńska-Rejchert

Tab. 2. Zadania gerontologiczne dla kolejnych okresów życia

Czy warto zachęcać osoby w późnej dorosłości do nauki? Okazuje się, że tak(!), gdyż wśród pozytywnych skutków uczenia się w późnej dorosłości wymienia się:

- lepsze zdrowie,
- sprawniejsze radzenie sobie z codziennymi trudnościami,
- efektywniejsze korzystanie ze wsparcia,
- przejście odpowiedzialności za swoje życie,
- większą niezależność,
- kształtowanie poczucia wpływu na zdarzenia (wewnętrzne umiejscowienia sprawowania kontroli),
- lepsze kontakty z młodszymi pokoleniami.

Czego szczególnie potrzebują starsze osoby? Odpowiedzi na to pytanie udzielają wyniki badań przeprowadzonych przez Brzezińską na grupie 160 starszych osób. Wśród najważniejszych potrzeb edukacyjnych znalazły się: organizacja własnego transportu, znajomość efektów działania leków, zabezpieczenie domu przed intruzami, umiejętność wezwania taksówki oraz radzenie sobie w trudnych przypadkach. Warto zadbać również o to, aby w edukacji osób starszych pojawiła się możliwość pracy nad własną biografią w taki sposób, aby zdarzenia życiowe będące udziałem takiej osoby nabrały dla niej samej sensu. W ten sposób może wykształcić się wspomniana już mądrość życiowa – niezbędny warunek pozytywnego bilansu życiowego. Osoby dokonujące reinterpretacji własnego życia mogą uniknąć rozpacz i nadmiernej koncentracji na sobie i stać się w zamian bardziej refleksyjne, rozwijając w sobie empatię i umiejętność dzielenia się z innymi. Ardel postuluje także, aby zwrócić szczególną uwagę na studia nad sztuką i przedmiotami humanistycznymi w DPS, uniwersytetach trzeciego wieku, zaś od osób mających permanentny (zawodowy bądź osobisty) kontakt z osobami starszymi wymaga dobrego przygotowania teoretycznego do starości. Takie przygotowanie o uniwersalnym charakterze (tj. dostosowanym do każdej grupy wiekowej) powinno odbywać się na poszczególnych etapach życia (począwszy od dzieciństwa). Osoby już starsze powinny być przygotowane do dobrego przeżywania swojej starości i wreszcie – przygotowanie do starości powinno odbywać się poprzez korzystanie z doświadczeń życiowych innych osób starszych.

mgr Monika Kowalska-Wojtysiak
Zakład Pedagogiki w Pielęgniarstwie
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Medyczne Studium Zawodowe Wydział Pielęgniarstwa w Zgierzu

mgr MARIA RZEPKOWSKA

W 2012 r. mijają 33 lata od likwidacji Wydziału Pielęgniarstwa Medycznego Studium Zawodowego ze Zgierza. Była to w tym mieście pierwsza szkoła pielęgniarstwa, która kształciła kandydatów do zawodu pielęgniarza, która kształciła kandydatów do zawodu pielęgniarza na podbudowie ukończonej szkoły średniej.

Tą publikacją chcę przypomnieć społeczeństwu Zgierza i środowisku pielęgniarstwu placówkę, która w historii miasta nie powinna być zapomniana.

Szkoła została powołana w 1973 r. z inicjatywy ówczesnych Władz Wojewódzkich na wniosek Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Zgierzu, a w szczególności Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu przy ul. Parzęczewskiej 35. Rozpoczęła działalność dydaktyczną z dniem 1 września 1973 r.

Zadaniem szkoły było kształcenie i wychowywanie kandydatów do zawodu pielęgniarza, pielęgniarza nie tylko z terenu Zgierza, ale przede wszystkim z terenu województwa łódzkiego, w realizacji tego zadania pomagał internat na 30 osób otwarty w bloku mieszkalnym przy ul. Parzęczewskiej (naprzeciw szpitala).

Pierwszym dyrektorem i organizatorem szkoły była p. Daniela Janiszewska – pielęgniarka. Sprawowała tę funkcję tylko przez jeden rok – ukończyła studia pedagogiczne i przyjęła stanowisko wizytatora szkół medycznych w województwie łódzkim.

W następnych latach szkołę prowadziła p. Janina Reszka – pielęgniarka, absolwentka z 1961 r. Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa przy Akademii Medycznej w Łodzi ul. Narutowicza 96. W 1968 r. ukończyła Studium Nauczycielskie (dla nauczycieli średnich szkół medycznych) w Warszawie. W 1975 r. uzyskała tytuł magistra na Wydziale Biologii i Nauk o Ziemi Uniwersytetu Łódzkiego.

Stanowisko kierownika szkolenia praktycznego Dyrektor szkoły powierzyła p. Dominice Adamczewskiej – pielęgniarkę, która kwalifikacje zawodowe uzyskała na drodze złożonego egzaminu państwowego w Zgierzu w 1955. W roku 1973 ukończyła Studium Nauczycielskie (dla nauczycieli średnich szkół medycznych) w Warszawie. Jest absolwentką z roku 1984 Wydziału Pielęgniarstwa (kierunek pedagogiczny) Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Kierownikiem internatu mianowała Dyrektor szkoły p. mgr Krystynę Ciompała absolwentkę Wydziału Ma-

tematyki Uniwersytetu Łódzkiego, która z powodzeniem i wieloma sukcesami wychowawczymi sprawowała tę funkcję do końca istnienia szkoły tj. do czerwca 1979 r.

W pełnym wymiarze godzin zatrudnione były następujące nauczycielki zawodu i przedmiotów zawodowych: p. p. Grażyna Janowska, Magdalena Semeniuk, Grażyna Sobocka, Marianna Strugińska-Felczyńska, Ewa Zielonka.

Do sierpnia 1975 r. szkoła podporządkowana była Władzom Wojewódzkim. Pracę szkoły nadzorował wizytator średnich szkół medycznych p. mgr Stanisław Kaczmarek i mgr Daniela Janiszewska, magister pedagogiki.

W wyniku reorganizacji administracji w Polsce w 1975 r. miasto Zgierz stało się częścią Województwa Miejskiego Łódzkiego. Szkoła została podporządkowana Wydziałowi Zdrowia i Opieki Społecznej w Łodzi. Nadzór nad pracą szkoły sprawowała mgr Maria Rzepkowska – pielęgniarka, absolwentka Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach.

Szkoła na terenie Zgierza funkcjonowała cztery lata (do roku szkolnego 1976/77) to zbyt krótko na ukształtowanie tradycji szkolnych i „wrośnięcie” w środowisko, a mimo to została dobrze zapamiętana przez społeczeństwo ludzi chorych tamtego okresu, leczonych w placówkach szkolenia praktycznego usytuowanych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Zgierzu i w Szpitalu Psychiatrycznym im. Babińskiego w Łodzi – Kochanówce. Działo się tak za sprawą nauczycieli – rady pedagogicznej, która znała program szkolenia zawodowego i umiała go realizować. Działo się tak za sprawą konsekwentnej, wymagającej i zdolnej kierowniczki praktycznej nauki zawodu p. Dominiki Adamczewskiej i w wyniku bezinteresownej pracy społecznej na rzecz mieszkańców Zgierza i samego miasta.

Na szczególną uwagę zasługuje postać dyrektora szkoły p. mgr Janiny Reszka, której: umiejętne współpraca z otaczającymi ją ludźmi, wyjątkowe zdolności w doborze kadry nauczającej (w pełnym i niepełnym wymiarze godzin), troskliwa dbałość o dobre wyposażenie szkoły w sprzęt i pomoce naukowe, gwarantowały bardzo dobry poziom realizacji teoretycznych treści programowych. Znając wiedzę, zdolności i umiejętności Dyrektora z zakresu zarządzania i organizacji placówką szkolną tak niewątpliwie byłoby.

Niestety częste (mimo protestów Dyrektora Szkoły) wykorzystywanie sali wykładowej szkoły przez Dyrek-

tora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Zgierzu na zebrania zatrudnionej załogi, zmusiły władze nadzorujące pracę szkoły do przeniesienia jej do Medycznego Studium Zawodowego nr 2 w Łodzi przy ul. Spornej 73.

W nowym środowisku szkolnym warunki bytowe młodzieży pielęgniarskiej znacznie poprawiły się. Słuchacze Wydziału Pielęgniarstwa korzystali z własnych pomieszczeń wykładowych, własnych pracowni zawodowych z sali gimnastycznej, szerokie korytarze ułatwiały rekreację. Nauczyciele i młodzież korzystali ze specjalistycznego sprzętu audiowizualnego i licznych nowoczesnych pomocy dydaktycznych.

Niestety szkoła pielęgniarstwa straciła samodzielność. Pani dyrektor mgr Janina Reszka przyjęła stanowisko kierownika szkolenia praktycznego, a p. Dominika Adamczewska cieszyła się sukcesami dydaktyczno-wychowawczymi będąc nauczycielką i wychowawczynią młodzieży pielęgniarskiej.

Wkrótce okazało się, że funkcjonowanie szkoły pielęgniarstwa w Medycznym Studium Zawodowym nr 2 w Łodzi nie ma przyszłości. Dyrekcja szkoły nie przewidywała prowadzenia naboru na ww. kierunek. Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Łodzi stanowisko szkoły zaakceptował.

Nie znaczyło to, że zmniejszyły się potrzeby kształcenia kandydatów do zawodu pielęgniarki, pielęgniarza. W Województwie Miejskim Łódzkim realizowane były wielkie inwestycje związane z ochroną zdrowia i życia. Budowano: Centrum Geriatryczne w Łodzi przy ul. Lodowej, Centrum Kliniczne-Dydaktyczne ówczesnej Akademii Medycznej – obecnego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przy ul. Pomorskiej 251.

Te przedsięwzięcia wymagały przygotowania kadr do pracy w tych placówkach, zatem dłużej zaniechano prowadzenia naboru młodzieży na Wydział Pielęgniarstwa w Medycznym Studium Zawodowym nr 2 w Łodzi.

Wyjaśnienie tej sprawy daje wypowiedź nauczyciela ww. szkoły dr nauk farmaceutycznych Wacława Jaroniewskiego utrwalona w opracowaniu, którego jest autorem pt. „Średnie szkolnictwo farmaceutyczne analityki medycznej, elektroradiologii i fizjoterapii”, cytuję: „Nowy kierunek szkolenia odbiegał jednak znacznie swym charakterem od innych specjalności Medycznego Studium Zawodowego nr 2 w Łodzi i w roku 1979 Wydział Pielęgniarstwa Ogólnego został zlikwidowany”.¹ Zlikwidowany po sześciu latach działalności, podczas których szkołę ukończyło 160 osób², uzyskując dyplom uprawniający do używania tytułu pielęgniarki/pielęgniarza.

Zamiar budowy pomnika – Szpitala Centrum Zdrowia Matki Polki z dnia 23 czerwca 1982 r.³ zmusił kierownictwo Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej w Łodzi do przygotowania (miedzy innymi) kadr pielęgniarskich do pracy w placówkach ochrony zdrowia tych budujących się jak i tych będących w sferze realnych zamiarów.

Życzliwość władz oświatowych regionu i Dyrekcji Zespołu Szkół Chemicznych w Zgierzu (przy ul. Sokołowskiej 2) zaowocowało uruchomieniem w 1983 r. na terenie ww. placówki szkoły pielęgniarstwa, położnictwa i analityki medycznej, te kierunki kształcenia cieszyły się powodzeniem wyrażającym się pełną realizacją planów naboru.

Artykuł opracowany przy współudziale mgr Janiny Reszka

GRATULACJE

PANI GRAŻYNIE KOZAK

Przewodniczącej Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
serdeczne gratulacje z okazji uzyskania tytułu

DOKTORA NAUK O ZDROWIU

Grażynko, życzymy Ci, aby stale towarzyszył Ci niegasnący zapał w realizacji celów, by na Twojej drodze nie było przeszkód, a tylko same sukcesy. Nigdy nie trać ufności w dobro, wiary w ludzi i zaufania do świata. To znakomite osiągnięcie niech będzie najwspanialszą zachętą do dalszego działania.

Członkowie OSPiP w Łodzi

Sprawozdanie z konferencji „Pielęgniarstwo – zawód przyszłości – wczoraj, dziś i jutro”

mgr DANUTA ZAJĄC

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W dniu 14 września 2012 r. w Dużej Sali Obrad Urzędu Miasta Łodzi mieliśmy przyjemność gościć niektórych z Was (chyba tak się już nie pisze, ale to pytanie do polonisty, chyba zreczniej Koleżanki i Kolegów) na Konferencji z okazji 55 rocznicy utworzenia Łódzkiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Wiodący temat konferencji brzmiał: „Pielęgniarstwo – zawód przyszłości – wczoraj, dziś i jutro”. Patronat honorowy konferencji objęła prezydent miasta Łodzi – Pani Hanna Zdanowska. W Jej imieniu przywitał zebranych wiceprezydent Łodzi – Pan Krzysztof Piątkowski.

Mieliśmy również przyjemność powitać przedstawicieli Urzędu Marszałkowskiego: p. Jarosława Sobieszka, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi: Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu prof. Tomasza Kostkę oraz prof. Jerzego Lobę – Kierownika Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa, z Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi: dr Zbigniewa Tokarskiego – Prodziekana ds. ogólnych kierunku pielęgniarstwo. Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi reprezentowała Przewodnicząca – mgr Agnieszka Kałużna, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych – Przewodniczący Regionu Łódzkiego Zbigniew Bujas, natomiast w imieniu Zarządu Głównego PTP przemawiała p. Maria Szymaczek z Oddziału PTP w Krakowie. Spotkanie zaszczyliły również nestorki pielęgniarstwa, ciągle aktywnie wspierające działania PTP, m.in. dr Barbara Dobrowolska i mgr Elżbieta Kwasiborska, mgr Henryka Wasiela, Benilda Fabian. Gości i uczestników zjazdu przywitała przewodnicząca Oddziału Łódzkiego – mgr Janina Żurawska. Członkom stowarzyszenia gratulacje złożył wiceprezydent Łodzi Krzysztof Piątkowski, który podkreślił, że zawodu pielęgniarki nie można wykonywać bez autentycznej troski o chorego, któremu oddanie pielęgniarki często przywraca wiarę w skuteczność terapii. Życzył reprezentantom tego szczególnego zawodu, by nigdy nie tracili nadziei, którą dzielą się z pacjentem, a także optymizmu, energii i poczucia własnej wartości.



Obrady odbywały się w trzech blokach tematycznych: „Wczoraj łódzkiego pielęgniarstwa”, „Pielęgniarka – funkcjonariusz publiczny” oraz „Pielęgniarstwo – zawód z przyszłością”.

Dyskusja podczas obrad dotyczyła roli pielęgniarki jako funkcjonariusza publicznego, odpowiedzialności zawodowej, wsparcia społecznego w sytuacji stresu i agresji oraz relacji pielęgniarka – pacjent.

Sesja pierwsza dotyczyła historii Łódzkiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Obszerne wystąpienie na ten temat zaprezentował dr Zbigniew Tokarski –wieloletni przewodniczący Łódzkiego oddziału PTP przedstawiając bogatą historię działalności i postaci liderów ogólnopolskiego i łódzkiego od-

działu PTP na przestrzeni minionych lat. Warto nadmienić, iż PTP powstało w listopadzie 1957 roku, kontynuując działalność pierwszej polskiej organizacji pielęgniarskiej Stowarzyszenia Polskich Pielęgniarek Zawodowych (1924) a do jego powołania potrzebna była zgoda premiera ówczesnego rządu. Pierwszą przewodniczącą Oddziału PTP w Łodzi została Pani Stanisława Sroczyńska. Imponujący katalog dokonań liderów i działaczy obejmuje m.in. organizacje szkoleń, kursów, konferencji, opiniowanie projektów prawnych, udział w projektach badawczych, uczestnictwo w komisjach konkursowych, strukturach samorządu pielęgniarstwa w Łodzi, udział liderów PTP w międzynarodowych sympozjach i kongresach pielęgniarstwa. Głos w tej kwestii zabrała również Pani dr Barbara Dobrowolska – nestorka pielęgniarstwa polskiego i łódzkiego, inicjatorka utworzenia pierwszego w powojennej Europie Wydziału Pielęgniarstwa w ówczesnej Akademii Medycznej w Lublinie (dziś Uniwersytet Medyczny w Lublinie). Dzięki staraniom i zaangażowaniu dr Barbary Dobrowolskiej powstała Komisja Historyczna, do której zasług należy m.in. opracowanie historii Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. M. Madurowicza oraz Wojewódzkiego Centrum Ortopedii i Rehabilitacji Narządu Ruchu im. dr. Z. Radlińskiego, spisanie biografii 86 zasłużonych łódzkich pielęgniarek, utworzenie archiwum pielęgniarstwa i kroniki PTP.

W tej części zaprezentowano również projekcję filmu pt.: „Portrety – Elżbieta Kwasiborska”, zrealizowanego przez mgr Bogusławę Łopacińską z UM w Łodzi. Film przedstawia wywiad z emerytowaną nauczycielką, dyrektorem jednego z łódzkich liceów medycznych w Łodzi. Pani Elżbieta opowiada o pracy zawodowej, o sposobach zorganizowania życia uczennic szkół pielęgniarstwa w tamtych czasach. Ja byłam jedną z tych uczennic, i na tej konferencji rozpoznana przez „panią dyrektor”. Nigdy nie zapomnę tego wzruszenia...

Tematem drugiego panelu były „Korzyści i zagrożenia wynikające ze statusu funkcjonariusza publicznego”.

Jego moderatorem była mgr Katarzyna Babska (Koło PTP Oddział w Łodzi), która w prezentacji „Pielęgniarka jako funkcjonariusz publiczny” przedstawiła przepisy prawne wynikające z ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z 2011 roku, dotyczące rozszerzenia przywileju nadania pielęgniarkom i położnym szczególnej ochrony danej funkcjonariuszowi publicznemu, w ramach nie tylko jak dotychczas umowy o pracę na zasadach stosunku służbowego, ale także umowy cywilnoprawnej i wolontariatu. Prezentowała także czynności zawodowe pielęgniarki i położnej objęte i nie objęte ochroną.

Podkomisarz Justyna Kowalska z Komendy Wojewódzkiej Policji w Łodzi swoje wystąpienie zatytułowała „Funkcjonariusz publiczny oczami policjanta”. Prezentacja przedstawiała pojęcie funkcjonariusza publicznego w rozumieniu kodeksu karnego, prawnokarną ochronę pielęgniarki wynikającą z ochrony, jaka przysługuje funkcjonariuszowi publicznemu. Przedstawiała również podmiotowy zakres ochrony prawnej, instrumenty prawne ochrony i jej mechanizm. Wyjaśniała dlaczego pielęgniarka nie podlega odpowiedzialności przypisanej funkcjonariuszowi publicznemu. Prezentacja wzbogacana opisami przypadków. Z wypowiedzi tej wynikało, że pielęgniarkom pracującym bezpośrednio z pacjentami, przysługują prawa takie same, jak funkcjonariuszom publicznym, lecz tylko w sytuacjach wykonywania określonych czynności zawodowych (świadczania pielęgniarstwa wg ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej).

W dalszej części dyskusji panelowej, o „odpowiedzialności zawodowej – pielęgniarki jako funkcjonariusza” mówiła Irena Król – Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej OIPiP w Łodzi. Prezentacja przedstawiała znaczenie wizerunku pielęgniarek i położnych, ich postawy a także świadomość odpowiedzialności zawodowej mającej wpływ na kształtowanie właściwych relacji z pacjentami. Mówiła też o postawach pielęgniarek umiejętnie radzących sobie w sytuacji konfliktowej a także wyzwalających obustronną agresję. Były opisy przypadków i ich następstw. Analizując konkretne przykłady sposobów skarżenia pielęgniarek przez pacjentów i ich rodziny zasugerowała, że ocena tych zdarzeń nie jest jednoznacznie prosta. Podkreśliła ważność stosowania się do zasad pracy, ubioru służbowego, właściwego oznaczenia imienia i nazwiska pielęgniarki oraz podkreśliła

wagę odpowiedniego komunikowania się z pacjentem i jego rodziną. Omawiając przykład podania leku bez wpisanego zlecenia lekarskiego do dokumentacji medycznej przy jednoczesnej nieprawidłowej reakcji na ten lek, prelegentka zwróciła uwagę na fakt, iż dany czyn może być rozpatrywany z perspektywy 5 rodzajów odpowiedzialności i że z tytułu każdej z nich pielęgniarka może ponieść karę. Tymi rodzajami odpowiedzialności są: odpowiedzialność zawodowa, pracownicza, karna, cywilna i moralna. Należy pamiętać, że pacjenci coraz częściej wszczynają postępowanie cywilne w odniesieniu do pielęgniarek i położnych.

Zupełnie inny biegun relacji pielęgniarek z pacjentami przedstawiła mgr Marta Swarzyńska (Koło PTP Oddział w Łodzi, Klinika Ostrych Zatruc IMP w Łodzi) w swojej prezentacji „Wsparcie społeczne w sytuacji agresji wobec pielęgniarki”. Prezentacja podejmowała problem skutków agresywnych postaw pacjentów, opisując autentyczne przypadki oraz dalsze losy pielęgniarek poszkodowanych w kontekście otrzymania lub nie – wsparcia od pracodawcy i współpracowników. Wyjaśniała pojęcia agresji i wsparcia. Z jej wypowiedzi wynikało, że nie ma dyżuru, by nie dochodziło do agresji słownej lub fizycznej ze strony pacjentów. Prelegentka zaprezentowała szczegółowo kilka przykładów agresji fizycznej, skutkującej zranieniami pielęgniarek i koniecznością długotrwałego leczenia. Jednocześnie podkreśliła, że po takim ataku pielęgniarki nie otrzymują wsparcia psychicznego, a ewentualną psychoterapię muszą podjąć same. Wyraźnie z tego wynika, że pracodawca zupełnie nie dba o zapewnienie bezpieczeństwa pracownikom, jak również nie dokłada starań o stworzenie formalnego systemu wsparcia wobec osób poszkodowanych. Skutkiem tak drastycznie niebezpiecznych warunków pracy jest szybkie wypalanie się i duża fluktuacja kadr.

O „Zdarzeniach medycznych w świetle aktualnych przepisów prawa” mówiła mgr Agnieszka Nowak (Koło PTP, Oddział w Łodzi; Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Łodzi). Prezentacja podejmowała problem „zdarzenia medycznego” w kontekście ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Określała, na jakiej podstawie działają komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Jak można skategoryzować błędy pielęgniarstwa, jakie są najczęstsze nasze błędy.

Z kolei perspektywę relacji pacjent – pielęgniarka przedstawił Andrzej Wojnarowski ze Stowarzyszenia Pacjentów Zakażonych Wirusami Hepatotropowymi HEPA – HELP w Łodzi. Analizował problem „relacji pielęgniarka – pacjent” widziany oczami pacjentów. Prezentacja rozpatrywała dwa ważne momenty w życiu chorego człowieka, który jest hospitalizowany. Pierwszy, to przyjęcie w izbie przyjęć; drugi, to pobyt w oddziale. Prezentacja odkrywała deficyt a jednocześnie zapotrzebowanie na profesjonalną opiekę pielęgniarstwa. Jednocześnie podejmowała próbę wytłumaczenia przyczyn agresji i niezadowolonych chorych w wyniku nieprofesjonalnego traktowania. Prelegent zaapelował do

pielęgniarskich organizacji pozarządowych o współpracę w zakresie wzajemnego poznawania swoich specyficznych oczekiwań względem siebie, pacjentów wobec pielęgniarek i pielęgniarek wobec pacjentów.

Ostatnia sesja dotyczyła „Pielęgniarstwa naszych marzeń”. Głos w tej sprawie (nagranie) zabrała Beata Cholewka – dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych (Ministerstwo Zdrowia). Był to przykład zastosowania technologii na rzecz telepielęgniarstwa. Z powodu trwających w tym dniu w całym kraju akcji protestacyjnych pielęgniarek, Pani Dyrektor nie mogła osobiście uczestniczyć w Konferencji. Przedstawiła w nadesłanym nagraniu zdecydowanie pozytywną perspektywę pracy obecnych i przyszłych pielęgniarek.

O „Pielęgniarstwie jako zawodzie z przyszłością” z ogromnym entuzjazmem wypowiadała się mgr Dorota Kilańska (Koło PTP UM w Łodzi, Executive Committee European Federation of Nurses Association EFN). Jej zdaniem przyszłość jawi się jako cała paleta zróżnicowanych możliwości kariery zawodowej. Jednak, aby były one dostępne szerokiemu gronu pielęgniarek, muszą zajść znaczne zmiany w mentalności społecznej i w przepisach prawa. Mówiła też o zmianach czekających nas w dziedzinie e-zdrowia w pielęgniarstwie. Oprócz elektronicznej dokumentacji medycznej, zostaną wprowadzone usługi telepielęgniarstwa. Konieczna będzie kolejna reforma kształcenia pielęgniarek, zmierzająca w kierunku przekształcenia studiów magisterskich tak, by nauczaly specjalistycznych kompetencji i nadawały odpowiednie uprawnienia. Właśnie na poziomie studiów II stopnia planowane jest kształcenie pielęgniarek zaawansowanej praktyki (APN). Cały czas trwają prace nad rozwojem i wprowadzeniem systemu ICNP®, dzięki któremu będzie można wycenić poszczególne świadczenia pielęgniarstwa, ale także ujednoczyć język diagnoz i interwencji pielęgniarstwa.

ICNP® z całą pewnością przyczyni się do rozwoju pielęgniarstwa jako nauki. Prelegentka podkreśliła, że nie można dopuścić do tego, aby potencjał wykształconych pielęgniarek marnował się, aby nie robiły one badań w oparciu o swoją praktykę zawodową i miały wpływu na jej rozwój, nie decydowały o tym jak mają pracować dzięki badaniom naukowym. Podkreślała również brak zainteresowania ewentualnych kandydatów zawodem pielęgniarki, mówiła o sposobie traktowania pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia, trudnościach dnia codziennego i konieczności zmiany.

Reasumując, „urodzinowa” konferencja związała razem ze sobą przeszłość, teraźniejszość i przyszłość pielęgniarstwa w Łodzi i Polsce. W ciągu ośmiu godzin przedstawiłyśmy esencję osiągnięć łódzkiego środowiska pielęgniarstwa, aktywnie „zanurzonego” w krajowy i światowy system rozwoju zawodowego.

Bardzo dziękujemy za piękne i ciepłe słowa wsparcia, dobre recenzje niektórych uczestników konferencji, oceniające pozytywnie nasz wkład w realizację zamierzonego celu. Pozwoliłyśmy sobie na wykorzystanie fragmentów opinii uczestników i umieszczenie ich w niniejszym sprawozdaniu.

Najpiękniejszym podziękowaniem dla komitetu organizacyjnego jest wypowiedź Pana Wojciecha Nyklewicza, którą pozwoliliśmy sobie zacytować: *Łódzki Oddział Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i jego członkowie mogą być dumni z dotychczasowych dokonań i z całą pewnością mają przed sobą świetlaną przyszłość dzięki profesjonalnej kadrze osób działających w jego szeregach.*

Tak budujące słowa motywują do kolejnych działań. Mamy nadzieję, że możemy liczyć na wsparcie i poszerzenie tych szeregów, wszak przed nami kolejne wyzwania.

W imieniu Komitetu Organizacyjnego
mgr Danuta Zajac

Podziękowania

W dniu 14.09.2012 r. w Dużej Sali Obrad Urzędu Miasta Łodzi odbyła się konferencja, o której napisano powyżej. Profesjonalne przygotowanie konferencji zawdzięczamy kilku osobom, którym należą się słowa uznania i podziękowania za ich bezinteresowną pomoc, co w dzisiejszych czasach jest niezwykle rzadkie, a tym samym niezwykle cenne.

Dziękuję: **Dorocie Kilańskiej, Danucie Zajac, Joannie Gąsiorowskiej, Katarzynie Babskiej, Agnieszce Nowak, Marcie Swarzyńskiej.**

Przewodnicząca Zarządu Oddziału w Łodzi
Janina Żurawska



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Człowiek- najlepsza inwestycja



ZASTRZYK KOMPETENCJI INTERPERSONALNYCH ULTRA FORTE

Zapraszamy
Panie pielęgniarki i położne, Panów pielęgniarzy i położnych
na bezpłatne szkolenia z zakresu:

- Asertywności •
- Komunikacji w zespole •
i przekazywania trudnych informacji
- Komunikacji z pacjentem i jego rodziną •
- Radzenia sobie ze stresem •

UCZESTNICY OTRZYMUJĄ BEZPŁATNIE:

- materiały dydaktyczne
- płytę z multimedialnym kursem
- książki związane z tematem warsztatów
- certyfikat uczestnictwa
- poczęstunek

Zajęcia prowadzą doświadczeni, certyfikowani trenerzy posiadający dużą wiedzę psychologiczną i współpracujący od lat ze środowiskiem medycznym.

PUNKT REKRUTACYJNY
Łódź, ul. Józefa 7/35
tel. kom. 512 228 406
tel. 42 239 41 16

Biuro Projektu
TEB Edukacja Piotrków Trybunalski
ul. Armii Krajowej 24 a
tel. (44) 647 09 72

Dowiedz się więcej na:
www.efs.teb.pl



SALVE Sp. z o.o. zatrudni pielęgniarkę
z kursem endoskopowym lub w trakcie kursu,
z doświadczeniem pielęgniarskim w endoskopii.

miejsce pracy: Łódź ul. Szparagowa 10, piętro I
godziny pracy: zmiany 7:30-15:00 i 13:00-20:30

Prosimy o wysyłanie aplikacji zawierającej CV, list
motywacyjny oraz skany z ukończonych kursów na
adres mailowy: mwybrzak@salve.pl
telefon 42 632-56-77



Angielski medyczny

Przygotowanie do wyjazdów
i egzaminów

www.malgorzatomazik.pl

tel.: 500 368 778



Centrum Edukacji ERUDIO
www.erudio.com.pl
tel. 42 630 95 59, kom. 784 009 277
90-224 Łódź, ul. Pomorska 83/85

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE
PRZEZ TELEFON
42 630 95 59
42 630 73 00
LUB PRZEZ INTERNET
www.erudio.com.pl

ZAPRASZAMY NA KURSY ORAZ
SPECJALIZACJE

SPECJALIZACJE DLA PIELEŃNIAREK

Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo operacyjne • Pielęgniarstwo położnicze • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej •
Pielęgniarstwo kardiologiczne • Pielęgniarstwo anestezjologicznej i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo psychiatryczne •
Pielęgniarstwo onkologiczne • Pielęgniarstwo zachowawcze • Pielęgniarstwo chirurgiczne

SPECJALIZACJE DLA POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo położnicze

SPECJALIZACJE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo neonatologiczne • Pielęgniarstwo epidemiologiczne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne • Pielęgniarstwo operacyjne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo kardiologiczne • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej •
Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo
ratunkowe • Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania • Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią • Pielęgniarstwo
onkologiczne • Pielęgniarstwo pediatryczne • Pielęgniarstwo zachowawcze

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Komunikacja interpersonalna w pielęgniarstwie
• Edukator w cukrzycy • Leczenie ran

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków • Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania
spirometrycznego • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Wykonanie
konikopunkcji i odbarczanie odmy przeźnej oraz wykonania dojścia dożylowego

**CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKPPiP W WARSZAWIE
ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIP W ŁODZI**

**PŁATNOŚĆ
ROZKŁADAMY NA
DOGODNE,
MIESIĘCZNE RATY**

Możliwość dofinansowania przez ORPIP
GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!
ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA
www.erudio.com.pl



Akcja w obronie publicznej służby zdrowia

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych podjął działania zorganizowania w Polsce protestów w ramach europejskiej akcji w obronie publicznej służby zdrowia i praw pracowniczych. Protesty zaplanowane były w kilku etapach: 14 września pod urzędami wojewódzkimi w całej Polsce oraz 5 października ogólnopolska manifestacja w Warszawie. W naszym regionie łódzkim również włączono się w tę akcję zarówno koleżanki pielęgniarki i położne brały udział w pikiecie jak i manifestacji. W większości krajów europejskich (Belgia, Hiszpania, Grecja, Niemcy, Francja, Wielka Brytania, Włochy) w dniach 1–6 października również odbyły się protesty i manifestacje w obronie publicznej ochrony zdrowia.

14 września – Łódź

Pierwszym etapem akcji było zorganizowanie pikiety pod Urzędem Wojewódzkim w Łodzi. Zarząd RŁ OZZPIP wraz z Forum Związków Zawodowych i przedstawicielami innych formacji związkowych spotkali się o godz. 12.00 na ul. Piotrkowskiej pod Urzędem Wojewódzkim. Uczestnicy pikiety przynieśli ze sobą plakaty, które informowały m.in. o zachowaniu praw pracowniczych, że umowa o pracę, szacunek i bezpieczeństwo pracy to prawo każdego zatrudnionego, że jakość opieki zależy od warunków pracy. Protest zakończył się wręczeniem petycji na ręce wicewojewody łódzkiego.

5 października – Warszawa

W chłodny i deszczowy dzień grupa około 400 pielęgniarek i położnych z całego województwa łódzkiego wyruszyła kilkoma autokarami do Warszawy. O godzinie 12.00 tej wyruszyła manifestacja z Placu Defilad pod Urząd Rady Ministrów, gdzie zostało zlokalizowane symboliczne „Europejskie Białe Miasteczko”. W manifestacji wzięli również udział inne środowiska medyczne zrzeszone w Branży Ochrony Zdrowia, Forum Związków Zawodowych, Wolny Związek Zawodowy Sierpień 80 oraz delegacje z Niemiec, Francji, Grecji, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii, Portugalii. Akcja miała również na celu upamiętnienie piątej rocznicy „Białego Miasteczka”, które zorganizowane było w 2007 roku. Po dotarciu pod URM Zarząd Krajowy Okręgowego Związku

Zawodowego Pielęgniarek i Położnych złożył petycję w kancelarii premiera, pod którą podpisały się także inne związki zawodowe z branży medycznej. W petycji zawarte zostały min. następujące postulaty:

- sprzeciw komercjalizacji placówek ochrony zdrowia dla tzw rachunku ekonomicznego, co w konsekwencji doprowadzi do prywatyzacji,
- sprzeciw wyprzedziły majątku publicznego, likwidacji miejsc pracy bezrobocia i wycisku pracowników,
- sprzeciw omijaniu przepisów określających normy zatrudnienia pracowników medycznych i praw pacjenta.
- sprzeciw dalszej degradacji zawodowej i materialnej pielęgniarek i położnych.

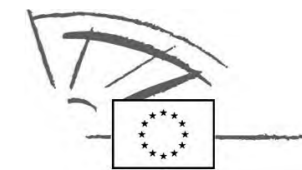
Manifestacja miała również na celu zaapelowanie i pokazanie istniejących problemów naszego środowiska zawodowego, takich jak:

- jednakowe prawa dla zatrudnionych pielęgniarek i położnych bez względu na formę własności podmiotu leczniczego w zakresie norm zatrudnienia,
- przestrzegania prawa pracy w zakresie nawiązywania stosunku pracy, przymus samozatrudnienia (umowy śmieciowe),
- duże dysproporcje płacowe w grupach zawodów medycznych,
- obowiązek pracy do 67 roku życia.

Manifestacja przebiegła w sposób bardzo zorganizowany, bez niepokojących incydentów. Przeprowadzenie i zorganizowanie demonstracji będzie pewnie początkiem dalszej pracy w kierunku obrony publicznej ochrony zdrowia, jakie będą efekty czas pokaże. (J.G.)



BĘDZIEMY MÓWIĆ JEDNYM GŁOSEM – polskie pielęgniarki w Parlamencie Europejskim



W dniu 17 września 2012 roku 50 pielęgniarek głównie z Łodzi ale i innych miast z Polski uczestniczyła w wizycie seminaryjnej w Parlamencie Europejskim w Brukseli. Łódzkie pielęgniarki reprezentowały przedstawicielki Uniwersytetu Medycznego i Oddziału PTP w Łodzi. Celem wizyty w Parlamencie było nie tylko poznanie pracy tej instytucji ale przede wszystkim podkreślenie rangi Dyrektywy nr 36 dla polskich pielęgniarek. Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczy uznawania kwalifikacji zawodowych w państwach członkowskich UE. Komisja Europejska podjęła działania nad modernizacją istniejących przepisów obowiązującej Dyrektywy 36 z uwzględnieniem następujących celów m.in.:

- zmniejszenie złożoności procedur dzięki **europejskiej legitymacji zawodowej**, (europejska legitymacja zawodowa”: elektroniczne świadectwo wydawane specjalistom wykazujące uznanie jego kwalifikacji do celów prowadzenia działalności w przyjmującym państwie członkowskim lub spełnienie przez niego wszystkich niezbędnych warunków w celu tymczasowego i okazjonalnego świadczenia usług w przyjmującym państwie członkowskim) która pozwalałaby na pełniejsze wykorzystanie zalet systemu wymiany informacji na rynku;
- reforma ogólnych przepisów dotyczących podejmowania działalności w innym państwie członkowskim lub tymczasowego przenoszenia się;
- modernizacja systemu **automatycznego uznawania kwalifikacji**, w szczególności w przypadku pielęgniarek, położnych, farmaceutów i architektów;
- wyjaśnienie gwarancji dla pacjentów, których obawy dotyczące umiejętności językowych i ryzyka uchybień należy lepiej odzwierciedlić w ramach prawnych;
- rozpoczęcie systematycznego przeglądu i systematycznej wzajemnej oceny w odniesieniu do wszystkich **zawodów regulowanych** w państwach członkowskich.

Dla polskich pielęgniarek ważne zmiany w Dyrektywie nr 36 to: utrzymanie 4600 godzin nauczania, zachowanie proporcji kształcenia teoretycznego (33 proc.) i praktycznego (55 proc.) oraz ujednoczenie liczby lat wykształcenia ogólnego i wejścia do zawodu po 12 latach. Ważnym zagadnieniem jest zmiana (po 30 latach) załącznika nr V do Dyrektywy, który zamiast przedmiotów określałby kompetencje zawodowe pielęgniarek kończących pierwszy poziom studiów.

Na spotkaniu udało nam się porozmawiać z panią europoseł Małgorzatą Hanzlik, której przekazałyśmy nasze oczekiwania w stosunku do zmian w Dyrektywie. Nasi przedstawiciele w Parlamencie Europejskim są bardzo

zaangażowani i dbają o to by nie dopuścić do obniżenia poziomu wykształcenia polskiej pielęgniarki. Odpowiednie przygotowanie zawodowe da bezpieczeństwo i zabezpieczy opiekę właściwym osobom we właściwym czasie, to co będzie dobre dla pielęgniarki będzie i dobre dla naszych podopiecznych. Nasza obecność na tym seminarium zbiegła się również z posiedzeniem IMCO – Komisji Rynku Wewnętrznego i Ochrony Konsumentów. Spotkanie zostało zwołane z inicjatywy EFN – Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarek. Federacja ma swój kluczowy udział w pracach nad zmianami w Dyrektywie 36 dbając o określenie kwalifikacji i kompetencji 6 milionów pielęgniarek w Europie. Pielęgniarki w Europie nie chcą dopuścić do dyskryminacji i stworzenia w przyszłości dwóch rodzajów pielęgniarek lepiej i gorzej wykształconych i w następstwie lepiej i gorzej opłacanych. Zależy nam na ujednoczeniu wejścia do zawodu i ułatwieniu uznawalności kwalifikacji, aby to co kiedyś stało się udziałem polskich pielęgniarek nigdy się nie powtórzyło a pielęgniarki mogły swobodnie podejmować prace w krajach UE. W posiedzeniu brały udział i polskie reprezentantki z ramienia EFN – mgr Dorota Kilańska i mgr Beata Cholewka – Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych MZ.

Po bardzo ciekawym spotkaniu w Parlamencie Europejskim miałyśmy jeszcze możliwość odwiedzenia mieszczącej się niedaleko siedziby EFN i zapoznania się z jej działaniami. Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarskich jest autonomiczną i niezależną od innych międzynarodową organizacją, współpracuje z ICN – Międzynarodową Radą Pielęgniarek. Zadaniem EFN jest zwiększanie znaczenia pielęgniarstwa w Unii Europejskiej, uznana jest przez Komisję Unii Europejskiej za oficjalne przedstawicielstwo pielęgniarek europejskich. Przedstawiciel Federacji jest stałym konsultantem w Radzie Europy. Za punkt wyjścia wszystkich swoich działań EFN przyjmuje uniwersalne wartości pielęgniarstwa. Oprócz zadań merytorycznych, zajmuje się również łączeniem celów naukowych i edukacyjnych, które obejmują: kształcenie, zdrowie publiczne, warunki pracy oraz liczbę pielęgniarek, standardy kształcenia i opieki pielęgniarskiej, zdrowie psychiczne oraz uznawanie dyplomów w zjednoczonej Europie.

Wizyta w Brukseli była dla nas bardzo ciekawym wydarzeniem, mogłyśmy zapoznać się z pracą i organizacją Parlamentu Europejskiego, odwiedzić siedzibę EFN.

Podziękowania i wyrazy uznania należą się organizatorom wyjazdu na to seminarium, a w szczególności za sam pomysł odwiedzenia tak ważnych miejsc dla członka Unii Europejskiej, ale i pielęgniarki. (J.G.)

Pożegnanie lata na Szlaku Piastowskim

ZDZISŁAWA KULESZA

Dnia 22 września 2012 r. wyruszamy na wycieczkę do Gniezna, Ostrowa Lednickiego, Trzemeszna i Kruszwicy. Za Zgierzem zjeżdżamy na autostradę na Poznań i o 10.30 jesteśmy w Gnieźnie. Ze względu na zapowiadane deszcze jedziemy do Ostrowa Lednickiego. Muzeum Pierwszych Piastów na Lednicy należy do największych jednostek muzealnych o profilu archeologiczno-etnograficznym na terenie Polski. Odwiedziło je wiele osobistości świata nauki, polityki, kościoła i sportu (oglądamy portrety). Droga z kostki granitowej dochodzimy do jeziora. Promem udajemy się na wyspę, gdzie widzimy trzy postacie historyczne na koniach: król Bolesław Chrobry, Cesarz Otto III oraz biskup Radzin Gaudenty – upamiętniają ich pielgrzymkę w roku 1000 do grobu św. Wojciecha w Gnieźnie. Oglądamy ruiny pałacowo-sakralnej budowli wzniesionej w latach 60-tych x wieku przez Mieszka I. Przypałacowy kościół z krzyżem i basenami chrzcielnymi, dalej sale pałacowe. Kamień z fragmentem muszli pielgrzymiej św. Jakuba z XIII w., najstarszy drewniany wiatrak kozłak z 1585 r., makiety zespołu grodowego z X–XI w., drewniane budowle. Z wyspy idziemy do muzeum. Św. Jakub na polu gwiazd, fronton kościoła Santiago de Compostelo, spisana historia św. Jakuba ściętego za wiarę męczennika, kij pielgrzymi, tykwy i manierki do wody, to eksponaty, które tu zgromadzono.

W drodze do Gniezna w Łubowie zwiedzamy zabytkowy kościół pw. Św. Mikołaja z dębowego drewna z XII w. w stylu baroku, w środku malowidła na suficie i ścianach. W Gnieźnie zjadamy obiad i idziemy do Katedry NMP i św. Wojciecha z XIV w. na Wzgórzu Lecha. Pierwszy kościół z 970 r., gdzie złożono zwłoki św. Wojciecha, przebudowano w stylu romańskim a w XIV i XV w. gotyckim. Do XIII w. była miejsce koronacji królów Polski. Srebrna trumna z 1662 r. z relikwiami św. Wojciecha na ołtarzu głównym to dzieło gdańskiego rzeźbiarza Piotra van der Rennena.

Jedziemy do Muzeum Początków Państwa Polskiego, gdzie w nowoczesnych wnętrzach zgromadzono średnio-wieczne dokumenty, księgi przedstawiające obrzędy koronacji, koronę, berło i królewskie jabłko zostały zrobione z tego samego kruszcu, co oryginalne insygnia, kopia Drzwi Gnieźnieńskich, to unikalny zabytek romańskiej sztuki odlewniczej. Duże wrażenie robią wyświetlane filmy trójwymiarowe. Po wyjściu z muzeum widzimy mokre chodniki, jest 16.40 jedziemy do Trzemeszna. Urodzili się tu Jan Kiliński i Hipolit Cegielski.

Ostatni punkt wycieczki to Kruszwica. Mysia Wieża stanowi pozostałość gotyckiego zamku Kazimierza Wielkiego z około 1350 r. zburzonego przez Szwedów w 1657 r. Legenda głosi, że myszy zjadły tam króla Popiela. U stóp wieży znajduje się przystań statku spacerowego, którym planowaliśmy popłynąć po jeziorze, ale ze względu na burzę, która przeszła, wszystko było już zamknięte.

W drodze powrotnej śpiewamy Jerzemu sto lat z okazji jego urodzin oraz naszą tradycyjną piosenkę „Kochajmy się...”. Jurek i Benia dziękują uczestnikom, panu kierowcy za szczęśliwą jazdę i Danieli za uraczenie nas winogronami.

Turystyczna trasa Szlakiem Piastowskim ukazała nam miejsca, które pamiętają najdonioślejsze wydarzenia w historii Polski, pełne zabytków i pamiątek historycznych. Choć lato na pożegnanie „zapłakało” miejmy nadzieję, że jesień będzie złota.



Przeżywałem już w swoim życiu lęk, który paraliżuje nawet powietrze. Zawsze wtedy z pomocą przychodzili mi pielęgniarki i lekarze Klinik Psychiatrycznych Centralnego Szpitala Klinicznego w Łodzi. Po długiej remisji znów trafiłem do szpitala. I znów spotkałem się z ogromną życzliwością, spokojem i znakomitą opieką. Chciałbym Wam wszystkim podziękować, a w szczególności zespołowi pielęgniarskiemu Oddziału Psychiatrii Wieku Podeszłego pod kierunkiem Jolanty Nessler oraz pielęgniarkom: **Jolancie Stolarek, Ewie Dziedzic, Katarzynie Szczepaniak, Marioli Skwirus, Beacie Gruszczyńskiej, Marioli Szypusińskiej, Małgorzacie Szczepanek, Lidii Olszewicz, Agnieszce Czernickiej i Annie Bujanowicz.**

Oczywiście, podziękowania składam również zespołowi lekarzy Kliniki Psychiatrycznej, kierowanej przez prof. dr hab. n. med. Iwonę Kłoszewską, w szczególności zespołowi Oddziału Psychiatrii Wieku Podeszłego pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. Tomasza Sobowa oraz lekarzom: dr n. med. Marcinowi Wojterze, dr n. med. Marcinowi Flirskiemu, dr n. med. Radosławowi Magierskiemu, a przede wszystkim, podziękowania składam mojemu lekarzowi prowadzącemu – doktorowi Józefowi Rojkowi. Za długoletnią opiekę ambulatoryjną jestem ogromnie wdzięczny doktor Marii Olszewskiej.

Jeszcze raz Wszystkim serdecznie dziękuję,

Marian Bik wraz z małżonką

Bardzo serdeczne podziękowania za fachową diagnostykę, leczenie, ciepłą atmosferę i opiekę panu prof. dr hab. med. Józefowi Drzewoskiemu, dr Lidii Ratajek-Wasilewskiej, **pielęgniarcie oddziałowej Halinie Ostafin** i całemu personelowi lekarsko-pielęgniarskiemu Oddziału Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Farmakologii Klinicznej Szpitala Wojewódzkiego w Zgierzu

składa wdzięczny pacjent Eugeniusz Piątko

Pragnę wyrazić swoją opinię na temat mojego pobytu w szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Łodzi na oddziale Laryngologii Onkologicznej.

Wielokrotnie pacjenci wyrażają swoje negatywne opinie, ja natomiast wręcz przeciwnie chciałam się podzielić swoimi pozytywnymi spostrzeżeniami. Nie mam słów uznania dla całego personelu na tym oddziale. Ogromne gratulacje dla Pani prof. Aliny Morawiec-Sztandery za tak wspaniałe dobrany zespół. Ogromne podziękowania dla Pana dr Dariusza Kaczmarczyka za wspaniałe podejście do pacjenta, ogromne serce, za uśmiech o każdej porze dnia i nocy oraz ciepło dla każdego pacjenta.

Również podziękowania dla Pana dr Łukasza Więclewskiego oraz dr Marcina Kubiaka, którzy powielają te wartości. Nie mogę pominąć zespołu pielęgniarek, które z tak ogromnym zaangażowaniem wykonują swoją pracę. Same wychodzą naprzeciw, pacjent nie musiał się o nic prosić, zawsze uśmiechnięte i każda prośba pacjenta nie stanowiła dla nich problemu.

Była bym niesprawiedliwa gdybym pominęła panie, które są odpowiedzialne za czystość na oddziale ich praca również była zauważalna.

Jeszcze raz bardzo ogromne podziękowania dla wszystkich.

pacjentka Emilia Stolarska

Pragnę złożyć wyrazy ogromnej wdzięczności Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych a w szczególności tak ciepłej, serdecznej, życzliwej i kochanej osobie pani **Krystynie Sawcenko** – spec. ds. merytoryczno-kancelaryjnych ORzOZ

składa pielęgniarka Bożena Markowicz



W dniu 11 września 2012 r.
w trudach cierpienia, w ciężkiej chorobie odeszła pielęgniarka – emerytka

Pelagia Broża (l. 77)

Była człowiekiem o wielkim i wrażliwym sercu, przykładem i wzorem do naśladowania dla kilku pokoleń pielęgniarek i położnych.
Taka pozostanie w naszej pamięci.

Pielęgniarki i Położne
z Przychodni Rejonowej w Strykowie



*Nigdy już się nie spotkamy,
Nie spojrzymy sobie w twarz,
Nie podamy sobie dłoni
Bo już nie ma Cię wśród nas”*

W dniu 14 września 2012 r. odeszła od nas ukochana koleżanka

Wiesia Smok (l. 60)

Przez 40 lat była przykładem i wzorem do naśladowania dla kilku pokoleń pielęgniarek. Do końca oddana pacjentom, którym niosła pomoc przez wszystkie lata pracy, służyła dobrą radą, w życiu zawodowym i prywatnym.

Wiesiu, dziękujemy Ci za ciepło, zrozumienie i uśmiech na Twoich ustach, który Cię nigdy nie opuszczał.

Na zawsze zostaniesz w naszych sercach i pamięci.

żegnają Cię Koleżanki, Koledzy z Oddziału Neurochirurgii i Onkologii
CUN USK nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi