

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 Joanna Gąsiorowska (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

Elżbieta Mamińska
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

dr n. o zdr. 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 69 63 w. 315

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź (do dnia 30.06.2014 r.)
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
mgr Elżbieta Zapieraczyńska – 42 639 92 62

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

Mecenas

wtorek: 14.00–18.00, czwartek: 12.00–14.00
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 3

TEMAT MIESIĄCA 11

PRAKTYKA ZAWODOWA 19

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 21

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE 25

PODZIĘKOWANIA 28

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17 (do 30.06.2014 r.)
tel. 42 633 69 63 w. 315; 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

Szanowni Państwo

Na podstawie podjętych decyzji:

- 1) Uchwały nr 6 XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie pokrycia kosztów związanych z zakupem lub najmem bądź dzierżawą oraz remontem nieruchomości przeznaczonej na nową siedzibę Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi,
- 2) Uchwały nr 788/VI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 5 września 2013 r. w sprawie nowej siedziby Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi,
- 3) Uchwały nr 1072/VI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zawarcia umowy z Urzędem Miasta w Łodzi na warunkach określonych w projektach umowy i umowy dzierżawy budynku znajdującego się w Łodzi przy ul. Emilii Plater 34

**informujemy, że od dnia 1 lipca 2014 roku
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
będzie miała swoją siedzibę przy
ul. Emilii Plater 34 w dzielnicy Łódź-Bałuty**

1. Adres nowej siedziby: **91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34**

2. **Numery telefonów i faksu nie ulegają zmianie.**

3. Posiedzenia komisji i zespołów problemowych, pełnomocników oraz kadry kierowniczej zaplanowane **po 15 czerwca 2014 r.** zostają odwołane. Od 1 września 2014 r. obowiązywać będą terminy wg ustalonego wcześniej harmonogramu.

4. W związku ze zmianą siedziby z ul. Piotrkowskiej 17 na ul. Emilii Plater 34 **od dnia 16 czerwca do 1 lipca 2014 roku biuro OIPiP będzie przyjmowało tylko interesantów i sprawy wymagające pilnego rozpatrzenia.**

5. Mapa oraz plan dojazdu do nowej siedziby przy ul. Emilii Plater 34 na III i IV stronie okładki bieżącego numeru Biuletynu.

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

XXVIII Prezydium ORPiP (23 kwietnia 2014 r.)

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek i 1 pielęgniarsza.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wykreślono położne z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 3 położne.
- ▶ Wymieniono dokument o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Przyjęto oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu położnej – 1 położnej.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyki położnych.
- ▶ Rozpatrzone 3 wnioski w sprawie przerwy wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej. 2 pielęgniarki skierowano na przeszkolenie i 1 pielęgniarszowi skrócono okres przeszkolenia o 2 tygodnie.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi – 1 wpis na prowadzenie kursu specjalistycznego.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, udziale w: kursach kwalifikacyjnych – 9 osobom, symposium – 1 osobie. Odmówiono 1 osobie przyznania dofinansowania ze względów regulaminowych: pielęgniarka nie jest członkiem OIPiP w Łodzi.
- ▶ Przyznano pomoc finansową-zapomogę, w wysokości: 1 x 2000 zł i 1 x 2500 zł. Odmówiono 1 osobie przyznania zapomogi, ze względów regulaminowych: brak udokumentowania kosztów, które spowodowały zapotrzebowanie na środki finansowe przekraczające możliwości gospodarstwa domowego oraz 2 wnioski przesunięto do ponownego rozpatrzenia po ich uzupełnieniu.
- ▶ Zatwierdzono:
 - koszty zakupu i naprawy sprzętu biurowego OIPiP
 - honoraria dla 2 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP Nr 4/2014.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP na zaoferowane przez organizatorów konferencji bezpłatne miejsca na 2 konferencje, w tym: 5 osób na „Wyzwania XXI wieku – rana przewlekła, owrodzenia żylna i zespół stopy cukrzycowej” w dniu 10 maja 2014 r. oraz 10 osób na „Leczenie ran przewlekłych” w Łodzi w dniu 17 maja 2014 r.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli do komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej odbywających się u 3 organizatorów kształcenia podyplomowego w Łodzi, na: 1 szkolenie specjalistyczne, 2 kursy kwalifikacyjne i 5 kursów specjalistycznych.

XXVIII ORPiP (30 kwietnia 2014 r.)

- ▶ Zatwierdzono
 - koszty adaptacji budynku na nową siedzibę OIPiP w Łodzi przy ul. Emilii Plater 34 (prace adaptacyjno-remontowe, instalację sieci teleinformatycznej, założenia wykładowe, zakupu i montażu mebli oraz zabezpieczono dodatkowe środki na nieprzewidziane wydatki).
 - rozwiązanie umów zawartych na dotychczas zajmowany lokal przez OIPiP w budynku w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 17.

XXIX ORPiP (14 maja 2014 r.)

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 14 pielęgniarek i 3 pielęgniarszy.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarki i 1 praktykę pielęgniarszą wykonywane w przedsiębiorstwie.
- ▶ Dokonano zmiany we wpisie w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki i 1 praktyki położnej wykonywanych w podmiotach leczniczych.
- ▶ Rozpatrzone 2 wnioski w sprawie przerwy wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej – 1 pielęgniarszowi skierowano na przeszkolenie i 1 pielęgniarsz skrócono okres przeszkolenia o 3 tygodnie.
- ▶ Dokonano zmiany w rejestrze organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi – 1 zmiana w zakresie prowadzenia zajęć praktycznych kursu specjalistycznego.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, udziale w: kursach kwalifikacyjnych – 18 osobom.
- ▶ Utrzymano w mocy 1 decyzję odmowną, ze względów regulaminowych: brak regularnego opłacania składek członkowskich przez okres minimum 2 lat przed złożeniem wniosku.
- ▶ Wyrażono zgodę na udział 2 pielęgniarek w kursach organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi pod warunkiem wolnych miejsc na niniejszych edycjach kursu,
- ▶ Zatwierdzono:
 - koszty szkolenia organu ORZOZ w zakresie wykładni i stosowania prawa.
 - skład osobowy zespołu ds. wydawania opinii w sprawie planowanych do wprowadzenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych przesyłanych przez podmioty lecznicze – 15 członków.
 - podjęto decyzje dotyczące nowej siedziby OIPiP w Łodzi, ul. Emilii Plater 34 m.in.: zakupu i montażu sprzętu teleinformatycznego, usługi sprzątanii i ochrony placówki, harmonogramu przeprowadzki i przekazania.
 - Politykę bezpieczeństwa informacji i Instrukcję zarządzania systemem informatycznym w biurze OIPiP w Łodzi.
 - regulamin wyboru kandydatów OIPiP w Łodzi do odznaczenia „Za zasługi dla ochrony zdrowia” nadawanego przez MZ.
 - objęcie honorowym patronatem szkolenia „Jakość kształcenia kadr medycznych w kontekście doskonalenia opieki nad chorym w opiece paliatywnej” oraz cyklu półrocznych szkoleń „e-Akademia Wakcynologii 2014”, dla 200 pielęgniarek i położnych z całej Polski. (dodatkowe informacje i zgłoszenia na szkolenie na stronie: www.spartners.pl)
 - zmianę w składach osobowych 2 komisji problemowych OIPiP – wykreślono 4 członków i wpisano 3 nowych członków komisji, zgodnie z wnioskami.
 - kadrę dydaktyczną dla 5 edycji szkoleń i kursów organizowanych w zakładach pracy i OIPiP w Łodzi a finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi.
 - Wytypowano przedstawiciela do komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej odbywających się u organizatora kształcenia podyplomowego w Łodzi.
 - Powołano przedstawiciela ORPiP do składu osobowego komisji konkursowych na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych – 4 pielęgniarek oddziałowych, 3 ordynatorów oddziału i 1 zastępcę kierownika zakładu.



Dzień z Pielęgniarką i Położną na Rynku Manufaktury Łódź, 10 maja 2014 r.



Akcja promocyjno-edukacyjna dla mieszkańców naszego miasta została już zorganizowana po raz dziewiąty wspólnie przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych i Zarząd Regionu Łódzkiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Jak corocznie oprócz organizatorów wzięły również udział łódzkie uczelnie kształcące przyszłe pielęgniarki i położne, Uniwersytet Medyczny Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna oraz pielęgniarki zrzeszone w Polskim Towarzystwie Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Terapii. Oprócz przedstawicieli naszych zawodów uczestniczyli również przedstawiciele Policji i Straży Pożarnej, którzy aktywnie brali udział w tegorocznym spotkaniu. Akcja miała na celu działania promocyjno-edukacyjne w myśl starego hasła „lepiej zapobiegać niż leczyć”. W przygotowanych punktach medycznych pielęgniarki i położne edukowały mieszkańców i wdrażały profilaktykę zdrowotną w zakresie m.in.: nauki samobadania piersi, kontroli ciśnienia krwi, poziomu glukozy we krwi, po-

rad w zakresie opieki i pielęgnacji noworodka i niemowlęcia, porad w zakresie diety, pomiaru tkanki tłuszczowej, pomiaru poziomu cholesterolu zdrowego trybu życia. Panie po 50. roku życia mogły wykonać mammografię, gdyż jak co roku dojechał do nas Mammobus. W tegorocznej akcji uczestnicy mogli dowiedzieć się, jak zapobiegać zakażeniom i jak dbać o czystość rąk, jak również mogli skorzystać z punktu dbania o stopy. Dla dzieci i młodzieży zorganizowano konkursy i różne atrakcje, mogły one zobaczyć jak wygląda praca i strój strażaka, policjanta. Koleżanki z PRAIIO zorganizowały punkt dla dzieci oraz konkurs z nagrodami. Bardzo dużym zainteresowaniem cieszył się pokaz udzielania pierwszej pomocy z zakresy BLS i pomocy podczas wypadku. Stanowisko Koleżanek z Komisji Kształcenia i Promocji i Rozwoju Zawodu było zawsze pełne osób, nie tylko dorosłych ale i dzieci, które chętnie uczyły się zasad resuscytacji ale i również obsługi aparatu AED. Aktywnie uczestniczyły również Koleżanki z Zespołu Pielęgniarek Endoskopowych, które to edukowały mieszkańców w zakresie



badan profilaktycznych raka jelita grubego pod hasłem „Wstydz się wstydzć”. Działania edukacyjne skierowane były głównie do kobiet choć i panowie korzystali z możliwości proponowanej profilaktyki np. z badania tkanki tłuszczowej niektórzy panowie wraz z partnerkami uczestniczyli w pokazie samobadania piersi. Dzień upłynął w miłej atmosferze i mejmy nadzieje, że przedsięwzięcie spełniło swoje założenia i mieszkańcy Łodzi mogli dowiedzieć się jak zapobiegać chorobom i dbać o własne i swoich bliskich zdrowie.

Organizatorzy akcji OIPIP i Zarząd Regionu OZZPIP składają podziękowania wszystkim pielęgniarkom i położnym które wzięły udział w zorganizowaniu i przeprowadzeniu tej corocznej już akcji profilaktycznej dla mieszkańców naszego miasta oraz wszystkim sponsorom, którzy pomogli i uczestniczyli w tym wydarzeniu. W przyszłym roku wypadnie jubileuszowa akcja bo już dziesiąta, mejmy nadzieję, że znów uda się nam ją zorganizować, bo Dzień z Pielęgniarką i Położną w Łodzi to już tradycja. (J.G.)

Święto Pielęgniarek i Położnych w ICZMP

Dnia 6 maja 2014 r. z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej, tradycyjnie w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki odbyła się miła uroczystość.

Swoją obecnością zaszczyliła nas Pani mgr Agnieszka Kałużna – Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Życzenia satysfakcji z wykonywanego zawodu, sukcesów w pracy, życzliwego, wdzięcznego uśmiechu na twarzach pacjentów, dalszego twórczego rozwoju zawodowego, a także spełnienia marzeń osobistych i rodzinnych życzył Dyrektor Instytutu oraz Naczelną Pielęgniarka

Bardzo miłym akcentem było wręczenie dyplomów i nagród z podziękowaniem za dotychczasowe zaangażowanie w pracę, wyróżniającą się postawą zawodową oraz wzorowy stosunek do pacjentów i opiekunów trzem paniom pielęgniarkom: Ilonie Bogutczak z Kliniki Ginekologii, Rozrodczości i Terapii Płodności, Beacie Olczyk z Kliniki Otolaryngologii oraz Marcie Malinowskiej z Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Ginekologii Onkologicznej.

Wykład Pani prof. M Respondek-Liberskiej i Pani mgr Izabeli Pietrzyk z Zakładu Kardiologii Prenatalnej oraz słodki poczęstunek stanowiły miły akcent na zakończenie spotkania. Pozostajemy z nadzieją na równie miłą uroczystość w przyszłym roku.



Obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej Warszawa, 5 maja 2014 r.



W dniu 5 maja 2014 roku, wyruszyliśmy do Warszawy na uroczyste obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Położnych zorganizowane przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych we współpracy z Fundacją im. Friedricha Eberta. Uroczystość odbyła się w Teatrze Ateneum. Przybyły na nią pielęgniarki z całej Polski. Wśród zaproszonych gości znaleźli się przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia z wiceministrem Aleksandrem Sopląskim, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z wiceminister Elżbietą Seredyn, Główny Inspektor Pracy Iwona Hickiewicz, Przewodniczący FZZ Tadeusz Chwałka, Przewodniczący OPZZ Jan Guz, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa w NFZ Marcin Pakulski oraz przedstawiciele środowiska pielęgniarskiego: Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia Beata Cholewka, Prezes NRPiP Grażyna Rogala-Pawelczyk, przewodniczące Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych, a także były przewodniczące OZZPiP, członkowie Komitetu Założycielskiego Związku oraz Członkowie OZZPiP z całej Polski.

Uroczystość rozpoczęła się wprowadzeniem pocztów sztandarowych. Następnie został odśpiewany hymn pielęgniarski. Zgromadzonych przywitała Przewodnicząca OZZPiP Lucyna Dargiewicz i Dyrektor Fundacji im. Friedricha Eberta Knut Dethlefsen. W dalszej części odbyła się debata pt. „Pielęgniarki i położne w Polsce – dziś, a jutro?”. Moderatorem debaty była socjolog Uniwersytetu Warszawskiego dr Julita Kubisa. Do udziału zaproszono Longinę Kaczmarską, wiceprzewodniczącą OZZPiP, która wypowiedziała się na temat stanu pielęgniarstwa i norm zatrudnienia pielęgniarek w Polsce. Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce przedstawiła Grażyna Rogala-Pawelczyk, Prezes NRPiP. O płacach i promocji zawodu pielęgniarek i położnych opowiedziały Maria Olszak-Winiarska, Rzecznik OZZPiP i Halina Kalandyk, Członek Prezydium OZZPiP. Głos zabrała także Beata Cholewka, Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia.

Podczas uroczystości zostały nadane odznaczenia Ministra Zdrowia. Odznaki honorowe „Za zasługi dla ochrony zdrowia” przyznano 49 osobom, wręczał je Wiceminister Zdrowia Aleksander Sopląski. Warto podkreślić, że z Regionu łódzkiego OZZPiP odznaczone zostały następujące osoby: Alicja Miskiewicz – pielęgniarka, która pełni funkcję przewodniczącej organizacji związkowej OZZPiP w ICZMP, Bożena Stępień, pielęgniarka z Specjalistycznego Psychiatrycznego ZOZ w Łodzi pełniąca funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, Małgorzata

Wilk, pielęgniarka z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM, Centralny Szpital Weteranów, obecnie pracuje w klinice Elektrokardiologii oraz Krystyna Lewicka położna pracująca w AMG Centrum Medyczne Szpital św. Ducha w Rawie Mazowieckiej. Odznaka „Za zasługi dla ochrony zdrowia” jest przyznawana za wybitne osiągnięcia i profesjonalne podejście do pracy na rzecz ochrony zdrowia pacjentów.

W dalszej części uroczystości zaproszeni goście, złożyli na ręce Przewodniczącej OZZPiP Lucyny Dargiewicz życzenia i listy gratulacyjne. Odczytano list od Prezydenta RP Bronisława Komorowskiego, Marszałka Województwa Mazowieckiego Adama Struzika oraz Ministra Pracy i Polityki Społecznej Władysława Kosiniaka Kamysza. Głos zabrali m.in. Wiceminister Zdrowia Aleksander Sopląski i Główny Inspektor Pracy Iwona Hickiewicz, Tadeusz Chwałka, Przewodniczący Forum Związków Zawodowych. Jan Guz Przewodniczący OPZZ, Bożena Banachowicz – Pierwsza Przewodnicząca OZZPiP i Prezes Fundacji Almach, Józef Partyka – Wiceprzewodniczący NSZZ Policjantów przedstawiciele okręgowych izb pielęgniarek i położnych. Przy tej okazji warto wspomnieć, że wśród



nich była przewodnicząca OZZPiP w Łodzi, Agnieszka Kałużna. Ostatnią część uroczystości wypełnił koncert znanych i lubianych szlagierów operowych, w wykonaniu studentów Akademii Muzycznych – Adrianny Ferfeckiej (sopran), Michała Dembińskiego (bas) i Mischy Kozłowskiego (fortepian). Artyści porwali widownię, ostatni utwór „Usta milczą, dusza śpiewa” z operetki „Wesoła Wdówka” F. Lehara śpiewała cała sala.

Katarzyna Babska
członek Zarządu Regionu Łódzkiego OZZPiP

Kalendarium pracy ORPiP w Łodzi w okresie od 23.11.2013 do 20.05.2014 r.

Lp.	Temat	Data	Miejsce	Imię i nazwisko członka ORPiP
1.	XXXI Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi	23.11.2013 r.	Urząd Miasta Łodzi ul. Piotrkowska 104	Maria Kowalczyk
2.	Uroczyste wręczenie dyplomów absolwentom Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz uroczystość nadania symboli zawodowych absolwentom kierunku pielęgniarstwo i położnictwo	23.11.2013 r.	Centrum Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Pomorska 251	Agnieszka Kałużna Joanna Gąsiorowska
3.	Spotkanie w Urzędzie Miasta Łodzi w sprawie Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej	29.11.2013 r.	Urząd Miasta Łodzi ul. Piotrkowska 104	Teresa Kaźmierczak
4.	4 Szczyt Bezpieczeństwa Biologicznego – BIOSAFETY SUMMIT	02.12.2013	Warszawa – Sejm RP	Joanna Gąsiorowska
5.	Posiedzenie Prezydium NRPiP oraz NRPiP	03-04.12.2013 r.	CKA „MRÓWKA” ul. Przekorna 33, Warszawa	Agnieszka Kałużna Bożena Łuszczczyńska
6.	Posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi w sprawie budżetu miasta Łodzi na 2014 r. oraz wieloletniej pomocy finansowej miasta Łodzi na lata 2014–2031	04.12.2013 r.	Urząd Miasta Łodzi ul. Piotrkowska 104	Maria Kowalczyk
7.	III posiedzenie Rady Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia	05.12.2013 r.	ŁOW NFZ, ul. Kopcińskiego 58	Bożena Pawłowska
8.	Spotkanie wigilijne łódzkich radnych, parlamentarzystów, przedstawicieli władz wojewódzkich, państwowych i samorządowych oraz reprezentantów instytucji Miasta Łodzi	16.12.2013 r.	Urząd Miasta Łodzi ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Kałużna
9.	Posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi w sprawie zawarcia porozumienia pomiędzy Miastem Łódź a Uniwersytetem Medycznym w Łodzi dot. połączenia samodzielnych publicznych ZOZ: I Szpitala Miejskiego im. dr E. Sonnenberga w Łodzi z SP ZOZ Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym im. WAM Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – Centralnym Szpitalem Weteranów	18.12.2013 r.	Urząd Miasta Łodzi ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Kałużna
10.	Posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi w sprawie połączenia SP ZOZ o nazwach III Szpital Miejski im. dr K. Jonschera w Łodzi i IV Szpital Miejski im. dr H. Jordana w Łodzi oraz przyjęcia Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2014 oraz Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2014	08.01.2014 r.	Urząd Miasta Łodzi ul. Piotrkowska 104	Maria Kowalczyk
11.	Komisja Budżetowo-Finansowa NRPiP	08.01.2014 r.	NRPiP ul. Pory 78, lok 10, Warszawa	Agnieszka Kałużna
12.	Posiedzenie Prezydium NRPiP	16.01.2014 r.	NRPiP ul. Pory 78, lok 10, Warszawa	Agnieszka Kałużna
13.	Posiedzenie II Konwentu Przewodniczących ORPiP w sprawie archiwizacji dokumentów wytwarzanych przez OIPIP, informacje nt. nowelizacji Roz. MZ z dnia 28.12.2012 r. w sprawie ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych	23.01.2014 r.	NRPiP ul. Pory 78, lok 10, Warszawa	Agnieszka Kałużna
14.	XVIII Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych „Śmierć jest całkowitą zagadką dopóki się do niej człowiek nie zbliży”	24-26.01.2014 r.	Dom Pielgrzyma w Częstochowie ul. Wyszyńskiego 1/31	Elżbieta Ruta
15.	Posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi w sprawie podwyżek dla pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łodzi	05.02.2014 r.	Urząd Miasta Łodzi ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Kałużna Maria Kowalczyk
16.	Posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi w sprawie Gminnego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na rok 2014	13.02.2014 r.	Urząd Miasta Łodzi ul. Piotrkowska 104	Mirosława Centkowska

17.	Rada Powiatu w Kutnie w sprawie opracowania Strategii Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia i Kutnowskiego Szpitala Samorządowego Sp. z o.o. na lata 2014–2024”	13.02.2014 r.	Starostwo Powiatowe w Kutnie ul. Kościuszki 16	Agnieszka Kałużna Zdzisław Bujas
18.	Konferencja szkoleniowo-naukowa „Role pielęgniarek i położnych w opiece pielęgnacji matki i dziecka – prawne i praktyczne aspekty zawodu”	15.02.2014 r.	Łódź	Elżbieta Krokocka
19.	Spotkanie z Panią Agnieszką Nowak – Wiceprezydentem Miasta Łodzi – w sprawie nowej siedziby dla OIPIP w Łodzi	18.02.2014 r.	Urząd Miasta Łodzi ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Kałużna adw. Maciej Jabłoński
20.	XXIX Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi	28.02.2014 r.	Urząd Miasta Łodzi ul. Piotrkowska 104	Delegaci OIPIP w Łodzi
21.	Posiedzenie Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi w sprawie przekazania I Szpitala Miejskiego im. dr E. Sonnenberga dla Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz połączenia ZOZ SW „PALMA” i MPW „Śródmieście”	12.03.2014 r.	Urząd Miasta Łodzi ul. Piotrkowska 104	Maria Kowalczyk
22.	Posiedzenie NRPIP	18-20.03.2014 r.	Centrum Konferencyjno-Apartamentowe „Mrówka” ul. Przekorna 33, Warszawa	Agnieszka Kałużna Bożena Łuszczynska
23.	Posiedzenie Rady Społecznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. N. Barlickiego w sprawie zaopiniowania zmian w planie finansowym i inwestycyjnym szpitala na rok 2014	25.03.2014 r.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. N. Barlickiego ul. Kopcińskiego 22, Łódź	Agnieszka Kałużna
24.	Forum Epidemiologiczne objęte honorowym patronatem Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych	27.03.2014 r.	Hotel Grzegorzewski ul. 3-go Maja 59, Tuszyn	Maria Cianciara
25.	XXXII Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi	29.03.2014 r.	Hotel Wodnik w Stoku koło Bełchatowa	Leokadia Kozaczek
26.	Spotkanie z Panią Agnieszką Nowak – Wiceprezydentem Miasta Łodzi – w sprawie nowej siedziby dla OIPIP w Łodzi	01.04.2014 r.	Urząd Miasta Łodzi ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Kałużna adw. Maciej Jabłoński
27.	XIII Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy Łódzkiej Okręgowej Izby Inżynierów Budownictwa	12.04.2014 r.	Urząd Miasta Łodzi ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Kałużna Maria Kowalczyk
28.	Spotkanie Doraźnego Zespołu ds. Dzieci powołanego przez Komisję Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi	24.04.2014 r.	Urząd Miasta Łodzi ul. Piotrkowska 104	Agnieszka Czaplińska
29.	Uroczyste wręczenie dyplomów oraz nagród absolwentom studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo na AH-E w Łodzi	25.04.2014 r.	Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi	Agnieszka Kałużna
30.	VI Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy Lekarzy Weterynarii Łódzkiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej	27.04.2014 r.	Kompleks Hotelowo-Rekreacyjny „Zielony Gościniec” we Włodzimierzowie gm. Sulejów	Krystyna Łasek
31.	Obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej organizowanego przez OZZPIP oraz Fundację im. Friedricha Eberta	05.05.2014 r.	Teatr Ateneum w Warszawie	Agnieszka Kałużna członkowie samorządu
32.	Spotkanie z Pielęgniarkami i Położnymi z Instytutu „CZMP” z okazji obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej	06.05.2014 r.	ICZMP ul. Rzgowska 281/289, Łódź	Agnieszka Kałużna
33.	Akcja edukacyjna „Dzień z pielęgniarką i położną” w Manufakturze zorganizowana przez OIPIP w Łodzi oraz OZZPIP Regionu Łódzkiego z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej	10.05.2014	Manufaktura, Łódź	Joanna Gąsiorowska, Zdzisław Bujas, Maria Cianciara, Mirosława Olejniczak, Agnieszka Kałużna, Maria Kowalczyk, Bożena Pawłowska, członkowie samorządu
34.	Uroczystość z okazji obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. WAM – Centralny Szpital Weteranów	12.05.2014 r.	Centrum Kliniczno-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM – Centralny Szpital Weteranów ul. Pomorska 251	Agnieszka Kałużna
35.	Przekazanie budynku na nową siedzibę Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi	12.05.2014 r.	ul. Emilii Plater 34, Łódź,	Agnieszka Kałużna Maria Cianciara Joanna Gąsiorowska adw. Maciej Jabłoński

Nowe zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne od 1 lipca 2014 r.

Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przypomina, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy, od dnia 1 lipca 2014 r. obowiązywać będą nowe druki zleceń wskazanych w tytule rozporządzenia. Dotychczas obowiązujące druki zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz

zlecenia na zaopatrzenie w środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie zostają zastąpione jednym drukiem zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

W związku z wejściem w życie wyżej wymienionego rozporządzenia z dniem 1 lipca br. zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego muszą być wystawiane na nowo obowiązujących drukach.

Zasady realizacji świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, tj. zabiegów i procedur medycznych zlecanych przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego

Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przypomina, że podstawą realizacji zabiegów i procedur medycznych takich jak np. opatrki, oparzeń, odleżyn czy zdejmowanie szwów przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u pacjentów do niej zadeklarowanych jest „skierowanie na realizację zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarki POZ” wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, którego wzór stanowi załącznik nr 5 do zarządzenia nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Pacjent, który otrzyma od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego zlecenie na wykonanie w ramach świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej określonego zabiegu/procedury medycznej, powinien zgłosić się z nim do gabinetu pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

Świadczenie jest zrealizowane w gabinecie pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub w domu pacjenta (jeśli ze względów medycznych konieczne jest udzielenie świadczenia w ramach wizyty domowej). Na prośbę środowiska pielęgniarskiego, specjalnym komunikatem skierowanym do wszystkich świadczeniodawców zwróciliśmy uwagę wszystkim, którzy uprawnieni są do wystawiania ww. zleceń, że w celu zapewnienia właściwej realizacji zlecanych zabiegów/procedur medycznych, niezbędne jest prawidłowe wypełnianie ww. skierowania, które polega na precyzyjnym określeniu

przedmiotu zlecenia oraz dokładnym opisie zleconego zabiegu. Przypominamy, że pielęgniarka POZ sprawuje kompleksową opiekę nad zadeklarowanymi do niej pacjentami, zgodnie z obowiązującym ją zakresem zadań. Oznacza to, że jeśli przedmiot zlecenia (z przyczyn merytorycznych lub z powodu konieczności zachowania szczególnych warunków bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta) wykracza poza jej kompetencje, kontynuację leczenia według wydanej ordynacji powinien zapewnić pacjentowi lekarz, który wydał zlecenie, w ramach umowy zawartej z Funduszem, ponieważ realizacja zlecanych zabiegów i procedur medycznych nie stanowi odrębnie kontraktowanych procedur medycznych.

Pieluchomajtki i cewniki – od 1 stycznia zlecenie wypisze pielęgniarka lub położna POZ

Od 1 stycznia 2014 r. zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 1565, z późn. zm.) pielęgniarka lub położna ubezpieczenia zdrowotnego może kontynuować wystawianie zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne – grupa P przez okres:

- do 3 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej wyrobów medycznych wskazanych w załączniku do ww. rozporządzenia w poz. 90 i 91;
 - do 6 miesięcy – poz. od 94 do 98;
 - do 12 miesięcy – poz. od 99 do 101,
- zgodnie z kryteriami ich przyznawania i okresem użytkowania.

Wyciąg z załącznika na stronie 10.

Wyciąg z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r.
w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie

Lp.	Wyrób medyczny	Kryteria przyznawania
P.090	Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych do 180 szt.	Schorzenia wymagające odsysania górnych dróg oddechowych
P.091	Zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej 10 szt. (obejmujące wkłucie, łącznik i dren)	Leczenie cukrzycy typu I przy pomocy pompy insulinowej
P.094	Cewniki zewnętrzne do 30 szt.	Choroby wymagające stosowania cewników zewnętrznych na pracę
P.095	Cewniki urologiczne do 4 szt.	Choroby wymagające cewnikowania pęcherza moczowego
P.096	Cewniki jednorazowe urologiczne do 180 szt. miesięcznie lub w równoważności ich kosztu jednorazowe hydrofilowe cewniki urologiczne	Choroby wymagające wielokrotnego cewnikowania pęcherza moczowego
P.097	Worki do zbiórki moczu z odpływem do 12 szt.	<ul style="list-style-type: none"> Choroby wymagające cewnikowania pęcherza moczowego; Choroby wymagające stosowania cewników zewnętrznych; Nadpęcherzowe odprowadzenie moczu (z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w worki do zbiórki moczu w ilości do 12 szt. w przypadku nefrostomii lub w równoważności ich nabycia inny sprzęt urologiczny)
P.098	Worki do zbiórki moczu w ilości do 12 szt. w przypadku nefrostomii lub w równoważności ich nabycia inny sprzęt urologiczny (np. cewniki urologiczne, paski mocujące itp.)	Nefrostomia (z wyłączeniem jednoczesnego zaopatrzenia w worki do zbiórki moczu z odpływem do 12 szt.)
P.099	Worki stomijne samoprzylene jednorazowego użycia w ilości do 90 szt. w systemie jednoczęściowym lub w równoważności ich kosztu i płytki w systemie dwuczęściowym lub inny sprzęt stomijny: zestawy irygacyjne, nocne zbiorniki na mocz, pasty, pudry oraz paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii	<ul style="list-style-type: none"> Stomia na jelicie cienkim (ileostomia); Stomia na jelicie grubym (kolostomia); Stomia na układzie moczowym (urostomia)
P.100	Pieluchomajtki do 60 szt. miesięcznie lub zamiennie pieluchy anatomiczne do 60 szt. miesięcznie lub zamiennie majtki chłonne do 60 szt. miesięcznie lub zamiennie podkłady do 60 szt. miesięcznie lub zamiennie wkłady anatomiczne do 60 szt. miesięcznie	<ul style="list-style-type: none"> choroba nowotworowa przebiegająca w postaci owrzodziałych lub krwawiących guzów krocza lub okolicy krzyżowej; przetoki nowotworowe lub popromienne; nietrzymanie stolca lub moczu w wyniku chorób nowotworowych
P.101	Pieluchomajtki do 60 szt. miesięcznie lub zamiennie pieluchy anatomiczne do 60 szt. miesięcznie lub zamiennie majtki chłonne do 60 szt. miesięcznie lub zamiennie podkłady do 60 szt. miesięcznie lub zamiennie wkłady anatomiczne do 60 szt. miesięcznie	<p>Neurogenne i nieneurogenne nietrzymania moczu lub stolca (z wyłączeniem wysiłkowego nietrzymania moczu) i występowanie co najmniej jednego z kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> głębokie upośledzenie umysłowe, zespoły otępienne o różnej etiologii, wady wrodzone i choroby układu nerwowego, trwałe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, wady wrodzone dolnych dróg moczowych będące przyczyną nietrzymania moczu, jatrogenne lub pourazowe uszkodzenie dróg moczowych będące przyczyną nietrzymania moczu, jatrogenne lub pourazowe uszkodzenie układu pokarmowego będące przyczyną nietrzymania stolca.



Dziecięce marzenia

mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA, mgr AGNIESZKA MAJCHRZAK

„Nawet jeśli trochę się skarżę – mówiło serce – to tylko dlatego, że jestem sercem ludzkim, a one właśnie są takie. Obawiają się sięgnąć po swoje największe marzenia, ponieważ wydaje im się, że nie są ich godne albo, że nigdy im się to nie uda...”

Paulo Coelho

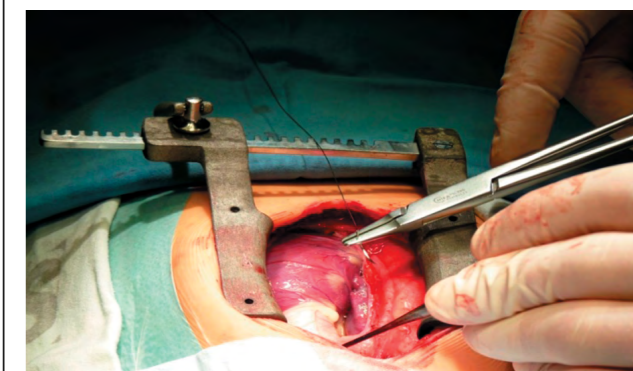
Każdy z nas był kiedyś dzieckiem. Przypomnijmy sobie jak to było. Dziecięce marzenia wyrażane są z pewnością i wiarą w to, że się spełnią. Dzieci z ciężkimi wrodzonymi wadami serca nigdy nie będą w pełni zdrowe. Przestrzeganie reguł narzuconych przez chorobę jest szkołą odpowiedzialności za własne zdrowie. Racjonalizacja ich życia powoduje, że już weczesnym dzieciństwie potrafią różnicować związki pomiędzy swoimi zachowaniami, a przebiegiem choroby. Jednak nawet w trudach choroby nie przestają marzyć. Bez względu na przebieg choroby, bez względu na wyniki badań jest w nich nadzieja i wiara w to, że mogą żyć jak zdrowe dzieci. Pacjenci leczeni w Instytucie CZMP są poddawani wielokrotnym procedurom terapeutycznym. Po każdym pobycie „rodzą” się na nowo. Żyją w ciągłej obawie o swoje zdrowie, jednak nadal są dziećmi, które mają swoje życie i szczerze dziecięce marzenia...

Każdego roku w Polsce kardiochirurdzy dziecięcy operują około 3 tysięcy małych serc, które wymagają „naprawy”. Są to operacje bardzo ciężkich i skomplikowanych wad wrodzonych. Wśród operowanych małych pacjentów, około 100 to pacjenci, którzy rodzą się z zespołem niedorozwoju lewego serca – sercem jednokomorowym (wada HLHS). W 2012 roku ponad połowa dzieci urodzonych z wadą typu serce jednokomorowe i około 40 proc. dzieci z najtrudniejszą do prenatalnego wykrycia wadą – przełożeniem wielkich pni tętniczych – była zdiagnozowana prenatalnie. W naszym kraju ciężkie wady serca u dzieci operowane są w CZD w Warszawie, w szpitalu w krakowskim Prokocimiu, w Poznaniu oraz w klinice kierowanej przez prof. Jacka Molla w ICZMP ośrodku referencyjnym w Łodzi, gdzie w ciągu 20 lat pracy zoperowano 9 tysięcy dzieci. Zgodnie z najnowszymi trendami, leczenie kardiologiczne wrodzonych wad serca polega na całkowitej, wczesnej korekcji wady w wieku, w którym operacja taka jest technicznie możliwa. Wczesna, całkowita korekcja eliminuje konieczność prze-



prowadzania zabiegów paliatywnych, zapobiega rozwojowi choroby naczyń płucnych i/lub trwałych zmian w układzie sercowo-naczyniowym charakterystycznych dla określonych wad serca. Wytyczne dotyczące czasu oraz rodzaju operacji są różne w poszczególnych ośrodkach.

Obserwowane obecnie w kardiologii dziecięcej lepsze wyniki leczenia wynikają po części z poprawy technik operacyjnych i metod krążenia pozaustrojowego – perfuzji/ protekcji narządów i tkanek (cardiopulmonary bypass – CPB), czyli zastąpienie funkcji serca i płuc podczas zabiegu kardiologicznego poprzez zastosowanie sztucznego urządzenia płuco-serca. Korekcja anomalii wewnętrzsercowych, takich jak ubytek przegrody międzykomorowej (ventricular septal defect – VSD), tetralogia Fallota (tetralogy of Fallot – TOF) i przełożenie wielkich pni tętniczych (transposition of the great arteries – TGA) wymaga przeprowadzenia operacji na otwartym sercu. Zabiegi korekcji wad pozasercowych, np. koarktacji aorty (coarctation of aorta – COA), przetrwałego przewodu tętniczego (patent ductus arteriosus – PDA) lub niektórych operacji paliatywnych (zespoleń systemowo-płucnego lub opaski zwężającej pień tętnicy płucnej), nie wymagają zastosowania CPB. Ogromny postęp, jaki dokonał się w kardiologii, jednocześnie wielodyscyplinarne i skoordynowane postępowanie lecznicze przyczyniło się do zmniejszenia śmiertelności oraz chorobowości okołoperacyjnej. Śmiertelność zmniejszyła się z 30 proc. aktualnie do około 10 proc., a w niektórych wadach, jak np. w przypadku transpozycji wielkich pni tętniczych z 20 proc. do prawie zera.



Fot. 1. Operacja na „otwartym sercu”. Blok Operacyjny (ICZMP w Łodzi)



Fot. 2. Perfuzjoniści obsługujący płuco-serce w trakcie operacji z użyciem krążenia pozaustrojowego. W Klinice Kardiologii zatrudnionych jest 7 perfuzjonistów, w tym również pielęgniarki/pielęgniarze (ICZMP w Łodzi)

Perfuzjoniści to wyspecjalizowana grupa zawodowa, która zajmuje się obsługą urządzeń do krążenia pozaustrojowego, utleniania membranowego/oksygenacji zewnątrzustrojowej ECMO, do wspomagania pracy serca tj. sztucznej komory serca. Czynnicy biorą udział również w operacjach transplantacji wątroby obsługując biopompę.

Prof. Jacek Moll, inżynier i wybitny kardiolog dziecięcy, kierownik Kliniki Kardiologii ICZMP w Łodzi, członek Rady Społecznej przy Arcybiskupie Łódzkim, w wywiadzie do nowo powstałej gazety, podkreśla integrację jako podstawę funkcjonowania zespołu na wszystkich szczeblach i wymienia właśnie zespół pielęgniarski, od którego spostrzegawczości wielokrotnie zależy życie pacjenta, jako niedoceniony w Polsce:

Jedna osoba nie może decydować i mieć wpływu na to, co się dzieje, to musi być praca zespołowa. Zespół anestezyjologiczny (w Stanach Zjednoczonych nazywany intensywiwistami) znieczula pacjenta i prowadzi go później. Kardiologzy diagnozują wadę, my kardiologowie ją oceniamy. Perfuzjoniści odpowiadają za krążenie pozaustrojowe – bo my – inaczej niż przy wszystkich innych typach operacji – musimy serce zatrzymać. Oczywiście największa odpowiedzialność spada na mnie, ale chirurg nic nie zrobi sam. Muszą być asystenci i zespół pielęgniarski, w Polsce niedoceniany – pielęgniarki operacyjne, instrumentariuszki, pielęgniarki anestezyjologiczne. Ci wszyscy ludzie są przecież dobrem społecznym, którzy pogłębiają swoją wiedzę, aby jak najlepiej wykonywać swoją pracę na rzecz chorych dzieci. To jest tzw. „grająca orkiestra”, dobrze prowadzona i dobrze zestrojona. Ogromnie ważną sprawą, której wciąż nie można przeważyć to niedoceniecie pracy zespołu pielęgniarek pooperacyjnych, od których również zależy życie pacjentów. Nasze pielęgniarki mają doświadczenie ponad 20 lat pracy i mamy do nich takie zaufanie, że spokojnie powierzamy pacjenta ich opiece.



Fot. 3. Zespół operacyjny (ICZMP w Łodzi)



Fot. 4. Zespół pielęgniarek/pielęgniarzy anestezyjologicznych (ICZMP)

W ICZMP jako ośrodku o najwyższym stopniu referencyjności, dysponującym wieloprofilowym szpitalem pediatrycznym, przyjmowani są i leczeni pacjenci z całej Polski i nie tylko. Kobiety ciężarne objęte są profesjonalną opieką prof. Respondek-Liberskiej i jej Zespołu w Zakładzie Kardiologii Prenatalnej w pawilonie „B”. Diagnostyka prenatalna to pierwsze ogniwo w procesie diagnozy i leczenia wad serca. W oparciu o wynik badania echokardiograficznego płodu (optymalnie badanie takie można wykonać około 18–20 tyg. ciąży) w niektórych przypadkach można podać terapię już w okresie płodowym – łonie matki, czyli „in utero”. Diagnostyka prenatalna umożliwia również zaplanowanie porodu i leczenia dziecka, dzięki czemu udaje się zminimalizować powikłania poporodowe i zapewnić odpowiednie leczenie bezpośrednio po porodzie.



Fot. 5. Pani prof. Maria Respondek-Liberska wraz z małą pacjentką Marysią, dziś lat 7 (w badaniu prenatalnym blok całkowity serca III stopnia – CHB) oraz Zespołem Zakładu Kardiologii Prenatalnej (ICZMP w Łodzi)

Noworodek, w zależności od stanu zdrowia, trafia do Kliniki Neonatologii, Kliniki Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt bądź też Kliniki Kardiologii. W możliwie najkrótszym czasie poddawany jest pierwszemu etapowi operacji. Obecnie na pierwszym etapie wprowadzane jest leczenie operacją Norwooda lub alternatywnie leczenie hybrydowe, jako połączenie działań kardiologii interwencyjnej i kardiologii. Jednak bez podjęcia działań medycznych HLHS jest wadą letalną, dziecko może zginąć w ciągu pierwszego miesiąca życia. Po przeprowadzonych zabiegach operacyjnych bezpośrednią opiekę nad pacjentami przejmuje zespół pooperacyjny bądź też intensywnej terapii.



Fot. 6. Zespół pielęgniarski. Klinika Kardiologii (ICZMP w Łodzi)



Fot. 7/8. Sala pooperacyjna/wyposażenie stanowiska intensywnego nadzoru w specjalistyczny sprzęt medyczny ratujący życie pacjentów oraz Zespół pielęgniarski (ICZMP w Łodzi)



Fot. 9. Zespół pielęgniarski Intensywnej Terapii (ICZMP w Łodzi)

Ostatnim miejscem pobytu dziecka po operacji jest Klinika Kardiologii, która od wiosny 2014 roku jest w „nowej odsłonie”, dzięki Ministerstwu Zdrowia, które przyznało specjalne dofinansowanie na jej przebudowę, a właściwie stworzenie nowego oddziału, co też zostało zrealizowane.



Fot. 10. Zespół pielęgniarski wraz z najmłodszymi pacjentami oraz ich kochanymi mamami. Klinika Kardiologii (ICZMP w Łodzi)



Fot. 11. „Strefa Rodzica”. Dzieci i ich rodzice/opiekunowie mają stworzone odpowiednie warunki – miejsce do zabawy i odpoczynku. Klinika Kardiologii (ICZMP w Łodzi)

Jakimi pacjentami są dzieci?

Prof. Jacek Moll w wywiadzie na stronie internetowej www.dzieciwlozki.pl opowiedział, jakimi pacjentami według niego są dzieci:

Bardzo różnymi. Dobrą rzeczą jest to, że szybko zapominają o cierpieniu i zazwyczaj nie boją się ponownie przychodzić na oddział. Można powiedzieć, że z jednej strony są trudniejszymi pacjentami, ale z drugiej o wiele bardziej „przyjemniejszymi”. Bardzo lubię pracować z dziećmi, chociaż bywają sytuacje niezwykle trudne, jeżeli się źle dzieje ze stanem malucha. Zazwyczaj unikam rozmów z dziećmi przed operacją, bo nie chcę mieć w jej trakcie wizji twarzy dziecka – trzeba się skupić na tym, co powinno się zrobić, a nie nad człowiekiem jako jednostką, która potencjalnie może zginąć. Niektórych dzieci przed operacją w ogóle nie badam, nie widzę, robią to moi koledzy, przedstawiają mi wszystko, robią badania, ja oczywiście muszę postawić diagnozę, zakwalifikować na dany zabieg, przedyskutować itp. Oczywiście inna sytuacja jest z dziećmi, które już kiedyś operowałem, ale nawet jeżeli powracają tu po roku, kiedy w międzyczasie miałem 450–500

innych pacjentów, to mam znów do nich dystans. Również z ich rodzicami rozmawiam krócej niż inni kardiologowie, oczekuję od nich pewnej deklaracji, czy zdają sobie sprawę z ryzyka danej operacji oraz z tego, co by wynikało, gdyby dziecko nie było jej poddane, rodzice muszą akceptować taką sytuację. Emocje trzeba oddzielić w momencie, kiedy się operuje pacjenta.



Fot. 12. Kacper na zdjęciu ma 3 lata i spełnia swoje marzenie o byciu strażakiem (zdjęcie za zgodą rodziców). Kacper ma obecnie 9 lat. W tym roku będzie obchodził uroczystość I Komunii Świętej. Marzenia na dziś – zostać kierowcą rajdowym. Do Kliniki Kardiologii przyjechał na okresowe badania kontrolne (ICZMP w Łodzi)

Regulacje prawne

Nadrzędnym prawem każdego człowieka, a zwłaszcza dziecka, jest prawo do najlepszej opieki medycznej. Prawa dziecka choćego powinny być przestrzegane przez wszystkich pracowników służby zdrowia. Przysługują one każdemu dziecku, niezależnie od wieku i procesu zaawansowania choroby, a respektowanie ich powinno być zgodne z obowiązującymi obecnie przepisami prawnymi ochrony zdrowia dzieci:

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku daje prawo do ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.
2. Konwencja o Prawach Dziecka ustanowiona przez ONZ 20 listopada 1989 roku, ratyfikowana w Polsce w 1991 roku – art. 24 daje prawo do najwyższego poziomu świadczeń zdrowotnych, dostępu do placówek służby zdrowia, ze specjalnym uwzględnieniem opieki podstawowej, dążenia do zniesienia szkodliwych, tradycyjnych praktyk zdrowotnych. Art. 19 mówi o obowiązku państwa chronienia dzieci przed wszelkimi formami przemocy popełnianej przez rodziców lub inne osoby sprawujące opiekę okresową (np. w szpitalu – pracowników służby zdrowia) oraz podejmowania działań prewencyjnych i leczniczych w tym zakresie).
3. Istotną rolę w ochronie dzieci odegrało powołanie Rzecznika Praw Dziecka. W 1997 roku zespół dziecka maltretowanego jest objęty statystyką medyczną i uznany chorobą społeczną, którą leczą chirurdzy, pediatrzy, psychiatry i inni lekarze.
4. Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu (zbiór 10 praw dziecka) – fot. 13. „Plakat współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego” rozpowszechniony w zakładach opieki zdrowotnej. Projekt „Akademia NFZ”, realizowany przez Narodowy Fundusz

Zdrowia. Głównym celem projektu jest poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia poprzez poprawę polityki informacyjnej prowadzonej przez NFZ w stosunku do świadczeniodawców (podmioty prowadzące działalność leczniczą w oparciu o kontrakt z NFZ) oraz w stosunku do świadczeniobiorców (pacjentów) poprzez podjęcie działań edukacyjnych i informacyjnych jak również poprawa relacji między personelem a pacjentami (dzięki uprzejmości Akademii NFZ)

Rola pielęgniarki

W działaniach ochronnych na rzecz dziecka hospitalizowanego podstawową rolę odgrywa pielęgniarka. Wiele zależy więc od odpowiedniego przygotowania personelu do pracy z dziećmi. Pielęgniarki powinny umieć rozmawiać z dziećmi na odpowiednim dla danego wieku poziomie z uwzględnieniem aktualnej wydolności psycho-fizycznej. Należy pamiętać, że dzieci powinny być traktowane z szacunkiem, taktem i wyrozumiałością właściwą do ich wieku. Wszystkie działania personelu powinny sprowadzać się do tego, aby pobyt w szpitalu był dla dziecka wydarzeniem, po którym pozostanie jak najmniej przykrych wspomnień. Nieocenione staje się więc dodatkowe przygotowanie pedagogiczne personelu pielęgniarskiego. Wiele z pielęgniarek, położnych podejmujących studia zaoczne wybiera studia pedagogiczne, psychologiczne. Dziecko konstruuje obraz szpitala i proces leczenia poprzez zrytm pierwszego o nim wrażenia. Jeśli spotka się z niemiłymi doświadczeniami przy pierwszym zetknięciu się ze szpitalem, zazwyczaj będzie stawiało opór wobec leczenia i przejawiało brak zaufania do personelu medycznego. W związku z powyższym bardzo ważna jest właściwa postawa pracowników medycznych w stosunku do dziecka i jego rodziców już w izbie przyjęć: życzliwość, opanowanie, spokój, okazywanie troski i zainteresowania, uśmiech, rzetelne przekazywanie informacji bez pozostawiania niedomówień, przyjazny dotyk. Informacje, które dziecko uzyskuje na samym początku hospitalizacji rzutują na jego odczucia i sposób widzenia placówki oraz osób tam pracujących. Informacje te są stosunkowo trwałe i trudne do skorygowania.

Pacjent kardiologiczny jest szczególnym pacjentem, gdyż opiekę nad nim sprawuje interdyscyplinarny zespół. Należy zaznaczyć, że jest „naszym pacjentem” już w momencie prenatalnego rozpoznania wady. Zespoły pielęgniarskie, opiekujące się pacjentem kardiologicznym w ICZMP, to doświadczona „armia” pełnych poświęcenia ludzi, dla których dobro pacjenta jest nadrzędnym celem działania. Pielęgniarki wspierają mamy w czasie ciąży i porodu, po porodzie edukują w zakresie pielęgnacji noworodka, zasad karmienia piersią, pomagają przy laktacji. Ponad 20-letni staż pracy zespołów, zaangażowanie oraz wypracowane standardy i procedury, sprawiają, że usługi medyczne świadczone przez pielęgniarki osiągają coraz wyższy poziom. Świadomość pacjentów i ich rodziców, przyzwyczajenie do pracujących w klinikach od lat tych samych pielęgniarek, daje im poczucie bezpieczeństwa. Buduje się swego rodzaju więź i wzajemne zaufanie, co sprawia, że „nasze dzieci” poczawszy od noworodka aż po pacjenta, który „stał się” dorosły, łagodniej i lepiej znoszą wieloetapowy proces leczenia.

KARTA PRAW DZIECKA - PACJENTA

JESTEM DZIECKIEM I MAM PRAWO:



Mam prawo do opieki i leczenia jeśli jestem chory.
Mam prawo do leczenia w szpitalu, jeśli nie mogę być leczony w domu, pod opieką poradni lub na oddziale dziennym.



Ja i moi rodzice rodzice lub opiekunowie mamy prawo do informacji o stanie zdrowia i etapach leczenia.
Ja i moi rodzice rodzice lub opiekunowie mamy prawo do współuczestniczenia we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia.



Mam prawo wymagać, aby moi rodzice lub opiekunowie mieli możliwość bycia przy mnie w szpitalu przez 24 godziny.
Mam prawo wymagać, aby traktowano mnie z taktem i wyrozumiałością.



Mam prawo przebywać w szpitalu z rówieśnikami.
Mam prawo do zabawy, odpoczynku i nauki nawet jeśli przebywam w szpitalu.
Będąc w szpitalu mam prawo do ciągłości leczenia.



Fot. 13

W ICZMP, szpitalowi przyjaznemu dziecku, ze względu na długi proces leczenia, stworzona jest baza hotelowa dla rodziców/opiekunów. Istnieje również możliwość ciągłego przebywania z dzieckiem w klinikach, co korzystnie wpływa na stan emocjonalny małego pacjenta. Rodzice, a przede wszystkim pacjenci mają możliwość skorzystania ze wsparcia w sferze emocjonalnej i duchowej, udzielanego przez personel klinik, psychologa oraz osobę duchowną. Na terenie ICZMP bardzo prężnie działa Filia Nr 3 Zespołu Szkół Specjalnych Nr 8, która współtworzy szpital przyjazny dzieciom – umożliwia ciągłość edukacji, łagodzi stresy związane z chorobą i hospitalizacją, wspomaga proces leczenia, uatrakcyjnia dzieciom pobyt w szpitalu, pod czujnym okiem Pani Kierownik Marioli Adamczyk.



Fot. 14. Nauczyciele ZSS nr 8, Filii nr 3 przebrani w kolorowe stroje z okazji Świąt Wielkanocnych wręczali małym pacjentom ICZMP drobne upominki w postaci długopisów i małych kurczaczków.

Pierwsze dni pobytu dziecka w szpitalu są zawsze trudnym, przykrym i obciążającym psychicznie doświadczeniem nacechowanym stresem, lękiem, niepewnością i poczuciem zagrożenia. Młodsze dzieci reagują intensywniej na hospitalizację niż dzieci starsze. Hospitalizacja dzieci jest najtrudniejsza od 18 miesiąca do 3–4 roku życia, w tym okresie dziecko przejawia silne (zaborcze) przywiązanie do matki i bezgranicznie jej ufa, interpretuje jej nieobecność jako porzucenie. Około 2 roku życia u dziecka nasilają się lęki separacyjne, dlatego długotrwały brak rodzica w szpitalu w tym okresie życia pozostawia trwałe zmiany w psychice dziecka. Rolą pielęgniarki powinna być więc intencja poznania i zrozumienia procesów emocjonalnych pojawiających się u dziecka w sytuacji hospitalizacji oraz odpowiedniego dostosowania swojego zachowania do tych reakcji. Dziecko może też myśleć, że zostało oddane do szpitala za karę, bo było niegrzeczne, że rodzice nie chcą już w domu, już go nie kochają.

Dlatego tak ważne jest informowanie dziecka, dlaczego znalazło się w szpitalu oraz jego wspieranie. Pielęgniarka może w znaczący sposób pomóc w przygotowaniu dziecka do operacji i innych zabiegów. Mogą to robić także rodzice jeszcze w domu, jeżeli operacja jest zaplanowana na odleglejszy termin. Najprostsze zabawy w szpital (a nie w lekarza), które dzieci bardzo lubią, pozwalają przełamać strach przed tym, co je czeka. Oswojenie dziecka ze sprzętem, aparaturą, chociażby ze słuchawkami lekarskimi, znacznie zmniejsza jego lęk przed nieznanym i obcym miejscem. Dlatego nigdy nie należy str-

zyć dziecka lekarzem czy szpitalem, gdy chce się na nim wyćwiczyć posłuszeństwo lub inne pozytywne zachowanie. Dziecko przygotowane psychicznie do operacji, właściwie poinformowane o jej przebiegu i konieczności uspienia – lepiej ją zniesie, będzie lepiej współpracowało z personelem, szybciej wróci do zdrowia. U nieprzygotowanych do operacji dzieci obserwuje się więcej komplikacji i powikłań pooperacyjnych, wymagają one częstszego aplikowania środków przeciwbólowych, proces zdrowienia jest dłuższy i trudniejszy. Przeżyte w szpitalu silne stresy psychiczne mogą spowodować u dziecka różne objawy nerwicowe, a nierzadko uraz psychiczny na całe życie. Wskazane jest, aby zoperowane dziecko po przebudzeniu zobaczyło przy sobie bliską, życzliwą osobę, najlepiej kogoś z rodziców, kto potrzyzymałby za rękę, uspokoił, wykonał niezbędne zabiegi uzgodnione z pielęgniarką i lekarzem.

Pielęgniarka również przygotowuje rodziców do właściwego postępowania z dzieckiem po powrocie do domu. Rodzice powinni umieć wykonywać zalecane zabiegi pielęgnacyjne czy rehabilitacyjne, znać terminy kontrolnych wizyt i ich znaczenie, wiedzieć, jakie będą możliwe reakcje psychologiczne dziecka, gdy opuści ono szpital, np. branie odwetu za doznane krzywdy, za rozłąkę z domem, regres w ogólnym rozwoju – powrót do niekontrolowanego oddawania moczu i stolca, odruchów ssania, zaburzenia snu, lęki nocne, trudności w szkole i w kontakcie z rówieśnikami, niechęć do zabawy, agresywne zachowanie lub izolowanie się od bliskich (objawy choroby poszpitalnej).

- Przyczyny, które nasilają negatywne emocje u dziecka
- zaskoczenie
 - brak wyjaśnień na temat zabiegu
 - unieruchomienie, przemoc
 - uwagi personelu i grupy rówieśników oceniających dziecko
 - brak pozytywnego kontaktu emocjonalnego z osobą wykonującą zabieg
 - rozmowa prowadzona przy dziecku niezrozumiałym dla niego fachowym językiem
 - dawanie obietnic, których nie można dotrzymać
 - niepokój rodziców odczuwany przez dziecko.

Otwarcie zamkniętych drzwi

Problemem dziecka w szpitalu zajęto się w Europie na początku lat 60. XX wieku. Wtedy to powstało w Londynie Stowarzyszenie na rzecz Opieki Dobroczynnej Dziecka w Szpitalu – *National Association for the Welfare of Children in Hospital* (NAWCH), a potem *Action for Sick Children*. Pierwsza polska konferencja „Dziecko w szpitalu” odbyła się w 1981 roku w Warszawie. Brali w niej udział lekarze, pielęgniarki, psycholog, pedagog, rodzice pacjentów szpitalnych. Komitet Ochrony Praw Dziecka pod przewodnictwem Marii Łopatkowej rozpoznał tą konferencją działalność na rzecz dzieci chorych. Najpilniejsze sprawy dotyczyły zmiany procedury przyjęć do szpitala i zniesienia zakazu wstępu na oddziały rodziców chorych dzieci. Wypracowanie 8-letniej pacjentki, Ewy N., zaczynające się od zdania: „Żeby dzieciom w szpitalu było miło trzeba, żeby jak najczęściej były z rodzicami, bo nie będą się bały i będą spokojniejsze” – stanowiło motto tej konferencji i było początkiem

działań w Polsce na rzecz chorych dzieci w szpitalu. Do tego czasu w naszym kraju obowiązywały przepisy i zasady postępowania zakazujące wstępu na szpitalne oddziały dziecięce.

Zainicjowanie na początku lat 80. akcji „Otwarte drzwi do szpitali dziecięcych” stało się motorem działania w kierunku nie tylko otwarcia drzwi oddziałów i wprowadzenia rodziców do sal chorych dzieci, ale również umożliwienia im aktywnego udziału w procesie leczenia dziecka. Komitet Ochrony Praw Dziecka podpisał umowę o współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej w celu zmiany zapisów ustaw, regulaminów szpitalnych. W działaniach na rzecz dziecka w szpitalu opierano się na doświadczeniach zachodnich organizacji i pomocy mediów. W praktyce jednak otwarcie drzwi do szpitali dziecięcych nie było łatwe. Zgodnie z przepisami i regulaminem szpitalnym to od ordynatora czy kierownika kliniki zależało, w jakim zakresie umożliwi rodzicom lub opiekunom kontakt z chorym dzieckiem. Jednocześnie dziecięcy psychologowie kliniczni (np. prof. I. Obuchowska) wskazywali na szereg przyczyn stresów dzieci leczonych w szpitalu tj. rozłąka z rodziną, a przede wszystkim z matką, ból i inne objawy choroby, ograniczenie aktywności, strach przed tym, co nieznanne i nieprzewidywalne. Udowodniano, że przeżycia małego dziecka leczonego w szpitalu, niezależnie od choroby, mogą pozostawić trwały uraz, który będzie miał wpływ na jego prawidłowy rozwój. Propagowano wiedzę na temat choroby sierocej (szpitalnej), która jest zespołem chorobowym wynikającym z przerwania więzi uczuciowej chorego dziecka z rodziną. W dniu 1 czerwca 1986 roku rozpoczęto, trwającą rok, wspólną akcję „Expressu Wieczornego” i Komitetu Ochrony Praw Dziecka pod hasłem „Najlepszy lek: mama”. W Europie Zachodniej od wielu lat istnieją stowarzyszenia na rzecz dzieci w szpitalu, które pomagają pracownikom ochrony zdrowia w zaspokajaniu wszelkich potrzeb dziecka w warunkach szpitalnych. W Polsce również mamy takie organizacje pozarządowe, fundacje, stowarzyszenia, społeczne rady, których działalność na rzecz chorych dzieci jest skutecznie realizowana (m.in. Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Kardiologii Prenatalnej, Fundacja tj. Mamy Serce, Serce Dziecka, Cor Infantis).



Fundacja „Mamy Serce”

W Instytucie CZMP działa Fundacja „Mamy Serce” – Fundacja Rozwoju Kardiologii i Kardiologii Wad Wrodzonych Serca, która powstała



Fot. 15. Grupa dzieci na kolonii – Rowy 2012



Fot. 16. Grupa dzieci na kolonii dzięki wsparciu Fundacji „Mamy Serce” – Sarbinowo 2013 rok

11 kwietnia 2012 roku. Założycielkami są Pani Ewa Leszczyńska-Kasprzyk i Pani Krystyna Kornacka-Kopala. To młoda fundacja pełna pomysłów i chęci do pracy na rzecz kardiologii i kardiologii ICZMP w Łodzi oraz naszych pacjentów i ich rodzin. Fundacja „Mamy Serce” swoją działalność opiera na pozyskiwaniu funduszy na rozwój Kliniki Kardiologii i Kardiologii ICZMP w Łodzi. Organizuje imprezy, zbiórki, różnorodne formy wypoczynku dla dzieci po operacjach kardiologicznych. Prowadzi szkolenia, kursy, warsztaty, konferencje związane z celami Fundacji. Szeroko upowszechnia wiedzę o chorobach dzieci, o możliwości leczenia i prowadzenia profilaktyki zdrowotnej, szczególnie w formie publikacji, wywiadów, seminariów, konferencji oraz przez inne formy masowego przekazu, także podczas organizowania zbiórek publicznych, z których dochód jest przeznaczony na cele Fundacji. Ludzie o wielkim sercu, pracownicy Kliniki Kardiologii podsunęli pomysł zorganizowania wyjazdów kolonijnych dla swoich pacjentów. Pierwszy wyjazd odbył się 12 lat temu nad morze do miejscowości Rowy. Początkowo wyjeżdżały dzieci z prostymi wadami serca. W miarę upływu lat w wyjazdy włączono również dzieci ze złożonymi wadami, które nie miały szansy na inne zorganizowane wyjazdy, ze względu na stan zdrowia. Rok temu kolonie odbyły się w Sarbinowie, do ich zorganizowania włączyła się również Fundacja. Kolonie trwały dwa tygodnie, odbywały się pod nadzorem kardiologicznym lekarsko-pielęgniarskim. Aktywność fizyczna uczestników była dopasowana do ich stopnia wydolności. Pobyt na koloniach pozwalał dzieciom na integrowanie się z rówieśnikami, zdobywanie pewności siebie, a rodzicom dawał poczucie, że ich pociechy mogą korzystać z życia tak jak zdrowe dzieci. Fundacje dbają również o doposażenie oddziałów medycznych. Kupują sprzęt służący poprawie warunków pobytu dzieci i ich opiekunów w szpitalu, taki jak fotele do nocowania, pojemniki na rzeczy osobiste, czajniki i kuchenki mikrofalowe, a także gry i zabawki dla dzieci. Znaczne środki finansowe przeznaczają na zakup specjalistycznego sprzętu medycznego, którego brakuje klinikom.



Fundacja „Serce Dziecka”

Warszawska Fundacja „Serce Dziecka” im. Diny Radziwiłłowej działająca na rzecz dzieci z wadami serca wspierała

również rozbudowę ośrodków – sfinansowała część prac budowlanych na nowym oddziale kardiologii w Łodzi, dofinansowała rozbudowę oddziału kardiologii w Gdańsku, przekazała pieniądze na rozbudowę sali hybrydowej w Krakowie-Prokocimiu i klimatyzację w nowym zakładzie diagnostyki prenatalnej w Łodzi, jak również doposaża w brakujące meble i sprzęty kardiologię i kardiologię ICZMP Łodzi oraz CZD w Warszawie. Lekarze szacują, że obecnie w kolejce na operacje czeka około 500 dzieci, głównie oczekujących na kolejne etapy leczenia i planowe reoperacje. Wszystkie noworodki operowane są na bieżąco. Oddanie rozbudowywanych sal operacyjnych i oddziałów powinno przyczynić się do zlikwidowania kolejki, dzięki czemu każde dziecko będzie operowane w optymalnym terminie.

Podsumowanie

Hospitalizacja jest niezwykle trudnym doświadczeniem dla dziecka. Wiąże się z dużym obciążeniem fizycznym i psychicznym. Konieczność pobytu w szpitalu wymaga adaptacji dziecka do nowego środowiska. Dla dziecka najważniejszy jest kontakt z najbliższymi, aby do stresu pobytu w szpitalu nie dochodził stres samotności i poczucie porzucenia przez rodzinę. Dlatego bardzo ważna jest możliwość przebywania matki z dzieckiem w szpitalu. Przed pielęgniarkami na oddziałach pediatrycznych stoi zadanie właściwego wprowadzania dziecka w rolę pacjenta, minimalizowania jego niepokoju i lęku oraz nawiązanie i podtrzymanie zarówno z nim jak i z jego rodzicami serdecznego kontaktu. Postawa serdeczności, wyrozumiałości oraz opiekuńcze nastawienie personelu medycznego wprowadza atmosferę pozwalającą opanować negatywne emocje.

Właściwie sprawowana opieka pielęgniarska i umożliwienie dziecku stałego kontaktu z rodzicami są niezbędne do prawidłowego przebiegu procesu hospitalizacji. Mali pacjenci oraz ich rodzice oczekują od personelu pielęgniarskiego nie tylko manualnych zdolności, ale jednocześnie zrozumienia, wsparcia w trudnych chwilach oraz zwykłej życzliwości.

Autorki dziękują wszystkim osobom, które przyczyniły się do powstania niniejszego artykułu, za okazaną życzliwość, wsparcie i pomoc.

Literatura:

1. Respondek-Liberska: *Kardiologia prenatalna dla położników i kardiologów dziecięcych*, Wyd. Czelej, Lublin, 2006.
2. Makowiecka E., Moll J., Moll J: *Mam dziecko z wadą serca*, Wyd. ADI, Łódź, 2001.
3. Belson P., *Children in Hospital*. „Children&Society”, 7 (2). 1997.
4. Dercz M., Rek T., *Prawa dziecka jako pacjenta. Ochrona praw dziecka*, tom II, Rzecznik Praw Dziecka, Warszawa, 2003.
5. Kątna M., Liszyk K., *Prawa dziecka w szpitalu. Materiały informacyjno-szkoleniowe*. KOPDz, Warszawa, 1997.
6. Kątna M., *Skutki wynikające ze zmian w systemie ochrony zdrowia. Materiały informacyjno-szkoleniowe*, KOPDz, Warszawa, 1999.
7. Kurz R., *Child, Illnes and Hospital*. European Conference „Child in the Hospital”, Graz, 1993.
8. Łopatkowa M., *Dziecko i miłość*. cz. I. Wyd. Fundacja „Dziecko”, Kraków, 2005.
9. Mossakowska B. M., *Niektóre inicjatywy KOPDz na rzecz dziecka hospitalizowanego. Materiały informacyjne KOPDz*. 1992
10. Mossakowska B. M., *Prawa dziecka w szpitalu a przemoc instytucjonalna*, „Przegląd Pediatryczny” 28 (3), 1998.
13. Santorski J., *Emocjonalne prawa dziecka. Prawa dziecka – deklaracje i rzeczywistość*, Kraków: Impuls, 1999.
14. www.fetalecho.pl
15. www.dziendobry.tvn.pl
16. www.mamyserce.org.pl
17. www.serce dziecka.org.pl
18. www.corinfantis.org.pl
17. www.akademia.nfz.gov.pl

mgr Elżbieta Janiszewska
Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatrycznej,
ICZMP w Łodzi

mgr Agnieszka Majchrzak
Klinika Kardiologii, ICZMP w Łodzi

Z okazji Dnia Dziecka wszystkiego najlepszego dla wszystkich dzieci:

dla małych
szczęśliwego dzieciństwa, kochających i troskliwych rodziców

tym większym
samych właściwych wyborów w życiu, dużo radości i miłości

a tym dorosłym
spełnienia zbieranych przez całe życie marzeń

życzy Redakcja

Co szkodzi piękności – złość czy... brak złości, czyli rzecz o regulacji emocji

mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

Poczucie przytłoczenia przez emocje i brak umiejętności radzenia sobie z nimi często odbiera nam radość życia. To właśnie z tego powodu uciekamy w trudnych chwilach do destrukcyjnych zachowań – kiedy odczuwasz zbyt silny smutek, złość czy lęk i nie wiesz, jak sobie z nimi poradzić, szukasz ratunku np. w objadaniu się. Równie niebezpieczną strategią radzenia sobie z problematycznymi uczuciami jest zamknięcie się w sobie (czyli odrętwienie, aby nic nie czuć= nie cierpieć) bądź unikanie bodźców, które przywołują te emocje (ktoś, kto boi się przeżywać strach, nie będzie oglądał filmów

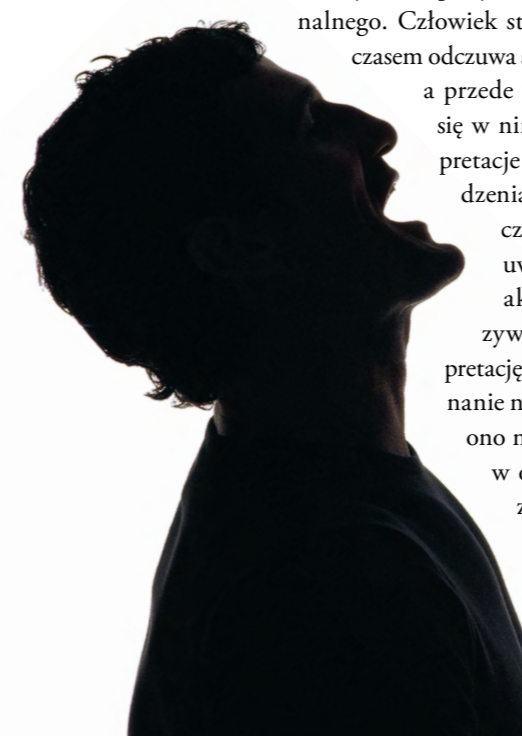
zasady „niektóre uczucia są złe”). Towarzyszą temu: brak akceptacji dla swojego stanu emocjonalnego i poczucie niezrozumienia; dana emocja staje się problematyczna i człowiek traci nad nią kontrolę. Reaguje wówczas obwinianiem innych za swój stan bądź zamartwia się, że emocja ta będzie trwała wiecznie. Tutaj pojawia się paradoks – gdyż to, co myślisz o emocjach (czyli ukryte przekonania), faktycznie ma wpływ na czas trwania uczucia, a także na stopień jego nasilenia. Tak więc ludzie re-

Życie bez uczuć nie jest możliwe, nie da się „ich pozbyć”, dlatego ważne jest umiejętne gospodarowanie nimi. Odcięcie się od nich może bowiem skutkować trudnościami w podejmowaniu decyzji (tak!), a także uniemożliwić nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów społecznych, bez których trudno sobie wyobrazić jakiegokolwiek działanie

kryminalnych). Niestety – strategie te nie przynoszą ukojenia i paradoksalnie – zamiast pomóc – powodują narastanie stresu, utrudniając akceptację własnego życia emocjonalnego. Człowiek staje się przygnębiony, czasem odczuwa skłonności do depresji, a przede wszystkim utrwalają się w nim destrukcyjne interpretacje emocji i strategie radzenia sobie z nimi. Kiedy człowiek kieruje swoją uwagę na przeżywane aktualnie uczucie, nazywa je i uruchamia interpretację – wewnętrzne przekonanie na jego temat. Jeśli jest ono negatywne – wyzwala w osobie poczucie winy z powodu doświadczenia tej konkretnej emocji (w myśl

prezentujący katastroficzne przekonanie na temat określonej emocji odczuwają jej eskalację i, w efekcie, utwierdzają się w przekonaniu, że lęk/smutek/złość lub jakiegokolwiek inne negatywne uczucie jest wszechobecne i nie można się go pozbyć. Tymczasem fakty mówią, że każda emocja ma ograniczony czas trwania, a po osiągnięciu szczytu jej nasilenia, musi nastąpić jej osłabienie. Żadne uczucie nie może bowiem trwać w nieskończoność!

Życie bez uczuć nie jest możliwe, nie da się „ich pozbyć”, dlatego ważne jest umiejętne gospodarowanie nimi. Odcięcie się od nich może bowiem skutkować trudnościami w podejmowaniu decyzji (tak!), a także uniemożliwić nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów społecznych, bez których trudno sobie wyobrazić jakiegokolwiek działanie (dowodem na to są przypadki osób chorujących na autyzm bądź Zespół Aspergera). Ogromne znaczenie dla rozwoju naszych zdolności do odczuwania i radzenia sobie z uczuciami ma kontekst, w jakim prowadzone są „rozmowy o emocjach” w domu rodzinnym. Rodziny dające przyzwolenie na mówienie o swoich odczuciach (zarówno tych pożądanych, bo kojarzonych z przyjemnością,



jak i tych niepożądanych – związanych z przykrością) dają swoim potomkom podstawy do rozwoju inteligencji emocjonalnej, która obejmuje: właściwe spostrzeganie, wykorzystywanie i rozumienie emocji oraz zarządzanie nimi. Takie osoby są „skazane” na sukces w życiu, gdyż dzięki umiejętnemu gospodarowaniu emocjami radzą sobie ze wszystkimi przeciwnościami losu (samodzielnie lub z pomocą, o którą umieją poprosić) i łatwo zjedną sobie przyjaciół. Tam, gdzie uczucia stanowią temat tabu, mogą rozwinąć się skłonności do aleksytymii (są to trudności w: rozpoznawaniu, nazywaniu i różnieniu emocji oraz w łączeniu ich ze zdarzeniami w spłoty przyczynowo-skutkowe), a to z kolei może oznaczać kolejne problemy w dorosłym życiu: nadużywanie substancji psychoaktywnych, różnego rodzaju zaburzenia odżywiania, a nawet podatność na PTSD. Do destrukcyjnych sposobów regulacji

Rodziny dające przyzwolenie na mówienie o swoich odczuciach (zarówno tych pożądanym, bo kojarzonych z przyjemnością, jak i tych niepożądanych związanych z przykrością) dają swoim potomkom podstawy do rozwoju inteligencji emocjonalnej, która obejmuje: właściwe spostrzeganie, wykorzystywanie i rozumienie emocji oraz zarządzanie nimi.

emocji może predysponować także wiara w mity na temat życia emocjonalnego wynikające z „umniejszającego otoczenia”. Termin ten oznacza dezaprobatę dorosłych członków rodziny dla różnych uczuć sygnalizowanych przez dziecko, które słyszy wtedy: „nie wolno się smucić, jeśli chcesz, żeby inni cię lubili”; „okazywanie negatywnych emocji jest oznaką słabości”, czy wreszcie: „złość piękności szkodzi”. Takie postępowanie uczy młodego człowieka, że emocje są zbędne. W polskiej kulturze można znaleźć wiele takich szkodliwych mitów, dlatego podejmując decyzję o świadomej i konstruktywnej regulacji emocji, należy rozpocząć pracę od ich identyfikacji.

Czasami trudność może sprawić poczucie braku uprawomocnienia, czyli świadomości, że ktoś rozumie nasze uczucia i okazuje nam właściwą troskę i zainteresowanie. Podbudowę dla takiego poczucia tworzą wczesne więzi emocjonalne z osobą znaczącą – kiedy dziecko płacze, a dorosły właściwie na ten sygnał reaguje, u młodego człowieka tworzy się przekonanie, że „moje uczucia mają sens”. Kiedy dorosły pociesza smutne dziecko, uczy je, że „przykre uczucia można ukoić”. Z czasem, dziecko – na podstawie obserwacji zachowań osób dorosłych – w trudnych dla siebie chwilach może podjąć próby internalizacji tych „kojących” zabiegów podejmowanych przez osobę znaczącą. Wówczas, nawet jeśli dorosły jest chwilowo nieobecny, dziecko może samodzielnie kierować do siebie optymistyczne, kojące myśli na wzór komunikatów otrzymywanych wcześniej od rodzica. Tworzy się w nim wówczas wewnętrzne przekonanie, które będzie towarzyszyło mu przez całe dorosłe życie, że uczucia mają sens i że można na nie wpływać, kojąc je. Jeśli dorosły będzie również rozmawiał z dzieckiem o jego stanach emocjonalnych i wyjaśniał związki przyczynowo-skutkowe zachodzące między zdarzeniem a jego samopoczuciem („Jesteś smutny, bo zgubiłeś swojego ulubionego misia”), stworzy

w ten sposób okazję do rozwijania zdolności do okazywania empatii, uprawomocnienia i współczucia dla innych. Taki człowiek bez trudu będzie mógł ukoić siebie i innych, którzy będą tego potrzebowali.

Kiedy jednak komuś brakuje poczucia uprawomocnienia przez innych (a tak się dzieje właśnie w umniejszającym otoczeniu), może łatwo wpaść w pułapkę nieskutecznych metod, których celem ma być zdobycie poczucia uprawomocnienia. Do najczęściej spotykanych strategii należą:

- ruminacje (czyli nieustanne powtarzanie tych samych negatywnych myśli i uczuć w oczekiwaniu, że ktoś je wreszcie zrozumie);
- katastrofizowanie (czyli wyolbrzymianie jakiegoś problemu do tego stopnia, by wreszcie inni zrozumieli, że „naprawdę jest źle!”);

- obrażanie się („Ja ci pokażę! Inna koleżanka rozumie mnie lepiej niż ty. Pokaż, że tobie zależy bardziej niż jej.”) i krytykowanie innych (by zrozumieli, jak bardzo jest nam źle). Takie postępowanie jest jednak mało skuteczne, gdyż, zamiast przynieść oczekiwane ukojenie i poczucie zrozumienia, potęguje cierpienie i nienawiść do siebie.

Kiedy odczuwasz brak zrozumienia dla swoich uczuć, możesz doświadczać smutku, lęku. Wtedy właśnie istnieje ryzyko sięgnięcia po te niewłaściwe sposoby radzenia sobie z brakiem uprawomocnienia. Pociąga to za sobą wiele kolejnych problemów i przykrych napięć, a z czasem prowadzi do nienawiści, odczuwanej do samego siebie za własne złe samopoczucie. Jeśli nie chcesz do tego dopuścić, zastosuj technikę, która pozwoli ci na identyfikację, jak sobie radzisz w sytuacjach poczucia braku zrozumienia. Przez kilka tygodni obserwuj i notuj wszystkie swoje sygnały (werbalne i niewerbalne) na sytuację poczucia braku zrozumienia.

Pożądanymi strategiami radzenia sobie z trudnymi emocjami są:

- ich akceptacja, praca nad zmniejszeniem pobudzenia (czyli np. chwila relaksu dla ciała i ducha nad ulubioną książką czy filmem);
- działania w kierunku rozwiązania problemu (jak powiedział Dalajlama: „jeśli problem ma rozwiązanie, należy go szukać, a jeśli problem nie ma rozwiązania – nie ma sensu się tym zajmować”)
- i wreszcie – poszukiwanie wsparcia społecznego.

Wiadomo przecież nie od dziś, że „problem opowiedziany bliskiej osobie jest już tylko połową problemu”.

mgr Monika Kowalska-Wojtysiak
Zakład Pedagogiki w Pielęgniarstwie UM w Łodzi



Fałszywe dźwięki dwugłosu

„Demokratyczna Polska nie może tworzyć pozornych uprawnień. Karmiono nas tylko nadziejami, bez zapisania jasno i czytelnie warunków naszej pracy”.

W dniu 5 maja 2014 roku, w Warszawie, podczas uroczystych obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Położnych zorganizowanego przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych we współpracy z Fundacją im. Friedricha Eberta odbyła się debata pt. „Pielęgniarki i położne w Polsce – dziś, a jutro?”, której moderatorem była socjolog Uniwersytetu Warszawskiego dr Julita Kubisa. Do udziału w spotkaniu zaproszono Longinę Kaczmarską, wiceprzewodniczącą OZZPiP, Grażynę Rogalę-Pawelczyk – Prezes NRPiP, Marię Olszak-Winiarską – Rzecznika OZZPiP, Halinę Kalandyk – Członka Prezydium OZZPiP, a także Beatę Cholewkę – Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia. Debata wywołała wiele emocji, pokazała rozpiętość niezwykle trudnej sytuacji w pielęgniarstwie. Jak każda debata rozpoczęła się od wypowiedzi zaproszonych gości, którzy mieli swój czas na wyłonienie istotnych spraw.

Longina Kaczmarska wypowiedziała się na temat stanu pielęgniarstwa i norm zatrudnienia pielęgniarek w Polsce. W czasie gdy mówi się o dobrej, profesjonalnej praktyce zawodowej – dobrą praktyką byłoby brać wzór w temacie solidarnego negocjowania warunków zatrudnienia od lekarzy tzn., „nie ma wynagrodzenia – nie ma nas” – będziemy docenianie, ale nie jesteśmy, ponieważ boimy się, że nie wystarczy na przeżycie i ze strachu przyjmujemy wszystkie proponowane nam warunki. Mitem jest zespół interdyscyplinarny. Faktycznie nie

istnieje taka współpraca. Nie będzie inaczej, jeśli pielęgniarka nie zaistnieje w systemie. Nie robi się w tym celu nic.

Komentarz autora

W jednym ze szpitali poproszono doświadczone pielęgniarki o podjęcie pracy w ramach umowy zlecenia w trybie pilnym. Znalazły się osoby zainteresowane. Podczas negocjacji warunków zaproponowano im stawkę 20 zł brutto/h. Pielęgniarki odrzuciły propozycję, przekazując swoje warunki tj. 40 zł brutto/h. Po kilku godzinach dyrekcja zgodziła się przyjąć warunki. Brakuje nam poczucia wartości wobec negocjowania stawek. Mam koleżankę, która od lat uczestniczy w różnego rodzaju negocjacjach na rzecz środowiska. Gdy istnieje kwestia sporna, w poważny sposób, lecz – rzecz jasna – z użyciem satyr, wypowiada takie słowa do Dyrekcji: „Panie Dyrektorze, ja już dawno mówiłam, że pielęgniarki to zbędny balast w szpitalu, nic nie robią, piją kawę i chciałyby pieniędzy – zwolnić darmozjady, po co one są potrzebne?”.

Podaje się wiele przykładów dobrych praktyk pielęgniarstwa europejskiego, uprawnień pielęgniarek, lecz pomija całą strukturę organizacji ich pracy (wyposażenie w bardzo dobry

sprzęt ułatwiający pracę w chorym, współpracę z opiekunami medycznymi, dobre wynagrodzenia, dobre świadczenia socjalne, dodatkowe ubezpieczenia w ramach uposażenia itd.), wskazując jedynie „wisienkę na torcie”. W ten sposób niszczy się ten zawód. Nie ma argumentów przemawiających dla młodzieży, która miałaby motywację by podjąć naukę i pozostać w kraju, w zawodzie. Pracodawca woli pielęgniarki mało wyedukowane, bo faktycznie pozostają przestraszone utratą pracy i na bazie tego spolegliwe, lecz nie ma to nic wspólnego z europejskim profesjonalizmem.

Rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej jest aktem, który nie satysfakcjonuje środowiska pielęgniarek. Lecz nie tylko o satysfakcję chodzi, ale przede wszystkim o bezpieczeństwo pacjenta. Dzisiaj w szpitalu, pod opieką jednej pielęgniarki jest 60 pacjentów. Tym zawodem nikt się nie interesuje młodzież kończy studia i wyjeżdża za granicę. Jest dużo lekarzy, a pielęgniarek pozostających w Polsce coraz mniej. Rozpiętość płac pomiędzy lekarzem, a pielęgniarką jest nie do przyjęcia. Od ponad 20 lat nie było takiej rozpiętości jak obecnie. Rządzący mają wiele do zrobienia. Nie zawsze dobry lekarz jest dobrym dyrektorem. Często młody lekarz zarabia więcej, niż pielęgniarka wykształcona profesjonalistka z 25-letnim stażem.

Halina Kalandyk, Maria Olszak-Winiarska – staż pracy w zawodzie, doświadczenie zawodowe, a także zdobyte kwalifikacje i wykształcenie nie mają wpływu na płace pielęgniarek. W Polsce zarobki brutto 53 proc. pielęgniarek kształtują się na poziomie 2000–2500 zł. Obecnie największą grupę stanowią pielęgniarki w wieku 47 lat. Na 1000 mieszkańców przypada 6 pielęgniarek. Ponad 60 proc. pielęgniarek aktywnych zawodowo wyraża niezadowolenie z wykonywanej pracy. Najistotniejsze przyczyny to: niskie zarobki w stosunku do ogromnego obciążenia zdrowotnego i psychicznego, duże obciążenie pracą, niski status zawodowy, postrzeganie pozycji zawodowej jako niskiej. Stan pielęgniarstwa w Polsce to narastająca góra problemów: niskie zarobki w stosunku do ogromu pracy, złe warunki pracy, klika etatów na jedną pielęgniarkę, starzejąca się grupa zawodowa, brak motywacji do podjęcia nauki, emigracja. Płace pielęgniarek w latach 2006, 2007, 2010, 2011 – to „nadzieje zapisane w prawie”, bez godnej płacy nie będzie młodych pielęgniarek w tej pracy.

Beata Cholewka – Atrakcyjność zawodu pielęgniarki nigdy nie była mocną stroną tej profesji, bo jest to zawód sfeminizowany. Problem atrakcyjności zawodu nie jest jedynie polskim problemem. Ministerstwo zna wszystkie krytyczne uwagi grupy zawodowej, ale ten zawód nigdy nie był atrakcyjnym wyborem zawodowym. Możemy poszczycić się transformacją systemu kształcenia pielęgniarek. Liczba osób kształcących się na studiach pierwszego stopnia jest dużo większa, niż liczba osób wchodzących do zawodu. Kwestią zasadniczą, co do której nie możemy czuć się winni ani odpowiedzialni to fakt, że środowisko upatrywało, iż ze zmianą kształcenia przyjdzie zmiana sytuacji finansowej. Należy cieszyć się z tego, że ponad połowa z 200 000 liczby pielęgniarek aktywnych zawodowo ma wykształcenie wyższe.

Komentarz autora

Wiele razy słyszałam przy różnych okazjach, jaki wspinały zawód wykonują, że to jest powołanie, że pielęgniarki w Kazachstanie pracują za miskę zupy itd. Nie trzeba mnie pocieszać ani utwierdzać. Pielęgniarstwo jest moim wyborem, świadomym, ponieważ mam odpowiednie predyspozycje, lubię swoją pracę i bardzo mnie drażni, gdy osoby, które reprezentując moje środowisko próbują nakreślić, że moja praca to jest poświęcenie. To jest trudna praca, każdego dnia lub nocy narażam życie i zdrowie, ale za tą gotowość należy mi się – jak w każdym innym wykonywanym solidnie zawodzie – adekwatne wynagrodzenie. Nie dziwi mnie, że młodzież po ukończeniu studiów opuszcza ten kraj i odnajduje pracę za granicą.

W życiu bardzo ważne jest zadowolenie. Ono kreuje podejście do pracy. Mogę tylko pogratulować zapału w tworzeniu coraz lepszych programów edukacji. Nie wiem tylko, jakie są adekwatne korzyści dla przyszłości ludzi chorujących w tym kraju, jeśli świetnie wyedukowana młodzież wyjeżdża. Oczywiście, zdaje sobie sprawę, że wszyscy jesteśmy tego świadomi. Także osoby odpowiedzialne za „tą ścieżkę”.

Grażyna Rogala Pawelczyk – Dzisiaj „bezpieczna pielęgniarka” to bezpieczeństwo lub brak bezpieczeństwa pacjenta. W Polsce bardzo dużo pracy przypada na jedną pielęgniarkę natomiast płaca stanowi 1/10 tego co zarabia lekarz. Nie jesteśmy w stanie zapewnić bezpieczeństwa pacjentowi. Pielęgniarki to starzejąca się grupa przyszłych pacjentek. Pielęgniarki starzeją się, a wraz z ich wiekiem rośnie ilość zdarzeń niepożądanych podczas sprawowania opieki.

Komentarz autora

W Polsce, w roku 2014 weszła w życie norma nowa zarządzania jakością (PN-EN 15224:2013). Obecnie jako jedyna w pełni dedykowana ochronie zdrowia, oparta na ISO 9001. Zarządzanie jakością buduje na tle działań, których zadaniem jest identyfikowanie krytycznych punktów, zapewniających eliminację bądź redukcję zdarzeń niepożądanych zagrażających bezpieczeństwu pacjenta. Jedną z podstawowych zasad wdrożenia normy jest Bezpieczeństwo Pacjenta wyrażające się następującą treścią „określić akceptowalne ryzyko związane z usługami opieki zdrowotnej. Wdrażać skuteczne działania zapewniające minimalizację lub uniknięcie szkód dla pacjenta”.

W odpowiedzi na słowa przedmówczyni należy podkreślić, że zawód pielęgniarki był niezwykle atrakcyjny. W latach 70. XX wieku na jedno miejsce w szkole pielęgniarskiej przypadały 4 kandydatki. Polskie pielęgniarstwo wyrosło

z tradycji „kobiety – opiekunki rodziny”. Na tej bazie rozwijał się profesjonalizm zawodowy. Byłyśmy zbyt ułożone, dostosowane, spolegliwe. Pracowałyśmy kosztem czasu poświęconego dzieciom, mężowi, rodzinie. Jest granica, której nam nie wolno przekroczyć. Forma kształcenia stoi na takim poziomie, że jeśli ktoś dziś kończy studia na wydziale pielęgniarskim, to jedzie za granicę i nie pracuje w kuchni zmywając naczynia, ale podejmuje pracę w zawodzie i jest ceniony jako profesjonalista bardzo dobrze przygotowany do pracy. Prestiż zawodu jest więc bardzo wysoki, a pielęgniarka wyposażona w wiedzę na wysokim poziomie. Jeśli zatem dziś dodaje się nam uprawnień odnośnie wypisywania recept, to należy nam za to zapłacić. To jest poziom profesjonalizmu europejskiego.

Komentarz autora:

Dla pełniejszego wprowadzenia w temat, przypomnę, że w kwietniu środowisko miało zaopiniować propozycję Ministerstwa Zdrowia, w sprawie zmniejszenia kolejek do lekarzy specjalistów poprzez nadanie pielęgniarkom dodatkowych uprawnień.

W maju tego roku, w „Gazecie Prawnej” ukazał się wywiad Beaty Lisowskiej z Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych Beatą Cholewką, pt: „Pielęgniarki gotowe na zlecenie leków”. Pani Dyrektor z optymizmem wyraża zdanie „całego środowiska”. Autorka artykułu przytacza, że w projekcie nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, minister zaproponował rozwiązania dotyczące nowych uprawnień dla pielęgniarek i położnych w zakresie wystawiania recept. Dyrektor B. Cholewka rozwija temat określając, że pielęgniarka/położna z wykształceniem wyższym będą miały prawo samodzielnie ordynować określone leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, także określone wyroby medyczne – w tym wystawiać na nie zlecenia – jeżeli ukończy kurs specjalistyczny w tym zakresie. Obowiązek jego ukończenia nie będzie dotyczył pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych, którzy w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarskich i w szkołach położnych zdobędą wiedzę objętą takim kursem. Wiąże się to z koniecznością zmiany standardów kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo.

Komentarz autora:

pomyślano o pracy nad zmianami w szkolnictwie, w dalszym ciągu pomija się problem płac, choć Dyrektor Beata Cholewka sama zauważyła, że to już taki zawód i nikt nie obiecywał większych zarobków pomimo posiadanych kwalifikacji. Jaka jest motywacja, by podejmować te działania? Cały czas postrzegane jesteśmy jako „spolegliwe matki-opiekunki polskie”.

Autorka artykułu ma wątpliwości, czy pielęgniarki chcą poszerzenia uprawnień, gdyż ich samorząd i związki zawodowe

wskazują, że to nie są uprawnienia, lecz nowe obowiązki. Pielęgniarek jest za mało, a nowe zadania jeszcze bardziej ograniczą czas, który mają dla pacjentów. Pani Dyrektor omija problem wyjaśniając, że nowa regulacja ma na celu poszerzenie kompetencji pielęgniarek, nadanie im uprawnień, a nie narzucenie dodatkowych obowiązków. Mają czas na przygotowanie się, ponieważ zaproponowany termin wejścia ustawy w życie to styczeń 2016 r. Kolejne pytanie autorki wywiadu odnosi się do problemu czy przyznanie pielęgniarkom prawa do wypisywania recept nie otworzy pola konfliktu z lekarzami? Pani Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych odpowiada, że „oba zawody przeszły dużą transformację – kształcenie odbywa się wyłącznie na poziomie wyższym. Prawo do wypisywania recept ma stanowić nową płaszczyznę współpracy z lekarzami, a nie pole konfliktu”.

Komentarz autora

Ciekawi fakt, że w kontekście poszerzenia uprawnień jest równe traktowanie z grupą lekarzy, ale nie idzie to zupełnie w parze w płacami. Tutaj jako zawody mające wyłącznie wyższe wykształcenie, kolosalnie się jednak odróżniamy.

Kolejne pytanie odnosiło się do uprawnień pielęgniarek za granicą odnośnie wypisywania recept. Pani Dyrektor podzieliła się przykładem Wielkiej Brytanii, gdzie charakter uprawnień i kompetencji pielęgniarek i położnych jest zróżnicowany na trzech różnych poziomach. Przyznawanie uprawnień do wystawiania recept rozpoczęto od pielęgniarek środowiskowych. Pacjenci mają łatwiejszy dostęp do świadczeń zdrowotnych. A to stanowi podstawę do rozszerzenia uprawnień na inne grupy pielęgniarek. Ma to przełożenie na satysfakcję podopiecznych, którzy są chętni do ponownej konsultacji z pielęgniarką postrzeganą jako profesjonalistką, na efekty ekonomiczne i oszczędność czasu. Powyższe zmiany wpływają na bardziej racjonalne gospodarowanie zasobami kadrowymi ochrony zdrowia.

Komentarz autora

Oczywistą sprawą jest pominięcie po raz kolejny faktu adekwatnego wynagrodzenia i obecności w opiece nad pacjentem dodatkowej kadry w postaci opiekunów medycznych. Wszystkie poruszone aspekty mają niebagatelne znaczenie, jednak w realiach Polski nie istnieje mechanizm racjonalnego gospodarowania zasobami kadrowymi w ochronie zdrowia i adekwatne opłacanie tej odpowiedzialnej pracy. Podobne obawy wyraża stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie wnioskuje o podjęcie w procesie nowelizacji zmian dotyczących całości problematyki uprawnień i poziomów kompetencyjnych pielęgniarek podkreślając, że przedstawiona propozycja jest fragmentaryczna,

dotyczy wyłącznie problematyki ordynacji leków i materiałów oraz zlecenia badań diagnostycznych. Nie rozwiązuje to bardzo istotnych deficytów kompetencji w codziennej praktyce pielęgniarskiej. Głębokie obawy Towarzystwa wynikają z faktu iż nowelizacja Ustawy skutkuje dodatkowymi zadaniami dla personelu pielęgniarskiego, którego wskaźniki dostępności dla populacji są jedne z najniższych w Europie (wskaźnik 4,5 piel. na 1 tys. ludności). Niedopuszczalne jest, aby następstwem proponowanej zmiany było niezadowolenie środowiska zawodowego np. pielęgniarek zatrudnionych w warunkach szpitalnych. PTP uważa, że niebezpiecznym krokiem jest nadanie uprawnień wyłącznie w oparciu o posiadanie kwalifikacji formalnych (np. mgr posiadający uprawnienia bez dostatecznej wiedzy i doświadczenia klinicznego). Niezbędnym powinno być wprowadzenie systemu kształcenia ustawicznego jako systematycznego podnoszenia wiedzy i kompetencji w zakresie świadczeń realizowanych przez pielęgniarki, gwarantujących bezpieczeństwo pacjentom w Polsce. Stanowisko PTP podkreśla, by do uwiarygodnienia proponowanych zmian przygotować równoległe projekty zmian legislacyjnych odnośnie źródeł i zasad finansowania proponowanych zmian np. finansowania zadań związanych z wystawianiem recept (ocena pacjenta, wypisywanie i dokumentowanie ordynacji), a także źródła finansowania zlecanych badań diagnostycznych szczególnie w POZ (zwiększenie stawki kapitałowej pielęgniarek lub przesunięcie środków ze stawki lekarzy rodzinnych). Wprowadzenie zmian systemowych nie może spowodować konfliktów w środowisku pielęgniarek i lekarzy. Uwidocznienie pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej wymaga, by wypisywanie przez nią recept zapewniło możliwość dokumentowania czynności z wykorzystaniem dostępnych systemów elektronicznego kodowania procedur pielęgniarskich (np. kodu z ICNP[®]: wypisanie recepty [10015534]), co przekłada się na rozliczanie usługi z płatnikiem.

Podsumowanie

Poszerzenie uprawnień wymaga doskonalenia jakości, ponieważ dzisiaj bezpieczny pacjent to świadoma pielęgniarka. Mamy szkolenia, ale nie mamy czasu, aby z nich skorzystać. W jednym z łódzkich szpitali „życie” przeprowadziło swoisty test. Przełożony poprosił o oszczędne używanie koreczków jednorazowych do kaniul. Jak zespół zrozumiał to proste polecenie? Cześć pielęgniarek przyjęła tę wiadomość jako informację, aby szczególnie uważać i nie marnować niepotrzebnie sprzętu, ale część pielęgniarek zrozumiała to polecenie jako przyzwolenie na wielokrotne używanie jednorazowych koreczków. Gdzie leży wina, odpowiedzialność i bezpieczeństwo? Oburzymy się i powiemy „ukarać niedouczone koleżanki? Pewnie tak, ponieważ wychowała nas „kultura obwiniania”, tylko że wina leży po stronie strachu przed utratą pracy, braku czasu na odpowiedni poziom szkoleń z powodu przeciążenia pracą. W odpowiedzi na wszystkie słowa, jakie w ostatnim czasie środowisko pielęgniarek i położnych usłyszało z ust przedstawiciela Departamentu Pielęgniarek i Położnych, pragniemy podzielić się następującymi wnioskami: jak z praktycznego punktu widzenia będzie wyglądała praca pielęgniarki w poradni specjalistycznej po nadaniu jej uprawnień do wypisywania recept?

Ponad 50 proc. polskich pielęgniarek ma wykształcenie wyższe, świadczymy opiekę na wysokim poziomie, jesteśmy na tle innych krajów oceniane jako bardzo dobrze wyedukowana grupa. Mamy coraz szerszy zakres kompetencji, coraz więcej możemy bez zlecenia lekarskiego. Dzisiaj, pielęgniarka z tak szerokim wachlarzem możliwości wykonuje następujące czynności w poradni specjalistycznej: przygotowanie pacjenta, pobieranie materiału do badań, szkolenie pacjentów, wykonywanie ekg, rejestrowanie, planowanie wizyt, liczenie punktów za wizytę, wypisywanie skierowań, zleceń i recept, rachunków, obsługiwanie kasy fiskalnej, stemplowanie dokumentów pieczęcią lekarską, którą „w ramach przyjaźni” pozostawia lekarz, porządkowanie dokumentów, drukowanie, kserowanie potrzebnych dokumentów, wysyłanie i odbieranie korespondencji, mycie podłóg, a nawet okien. W tzw. międzyczasie lekarz prosi o pomoc: „pani Krysio coś mi się stało z komputerem...”, „nie wie pani, gdzie leżą druki do recept”? Podobnych pytań jest masa. Nasi partnerzy w pracy często nie zdają sobie sprawy jak „tym brakiem zorientowania, dezorganizują nam pracę (nota bene, nieustanne wyręczenie przez nas, jest naszą winą i skutkiem dziejowej spolegliwości polskiej tzw. współpracy w zespole interdyscyplinarnym po polsku).

Gdy rzeczywistość pracy polskiej pielęgniarki zejdzie się w parze z wizją Pani Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w postaci słów: „Ministerstwo zna wszystkie krytyczne uwagi grupy zawodowej, ale ten zawód nigdy nie był atrakcyjnym wyborem” – jako osoba posiadająca muzyczny słuch słyszę fałszywy dwugłos. Nie ma woli, by zmierzyć się z problemami. Przychodzą na myśl słowa z II części Dziadów A. Mickiewicza: „Kto nie dotknął ziemi ni razu, ten nigdy nie może być w niebie”. Fruwanie ponad ziemią pośród wizji nie mających styczności z ziemską rzeczywistością tego „nieatrakcyjnego zawodu”, nie tworzy czystej muzyki, ale fałszywie brzmiący koncert, prowadzony ręką dyrygenta, który nie tworzy jedności z „muzykami”. Niestety, jako przedstawiciel mojej grupy zawodowej, nie utożsamiam się z takim podejściem i jestem nim rozczarowana. Pani Dyrektor jako przedstawiciel kadry zarządzającej najlepiej wie, jakie znaczenie w każdej gałęzi rozwijającego się rynku pracy ma doskonalenie jakości. Pierwszym źródłem niskiej wydajności pracy jest uciążliwość pracy. Koszt usunięcia skutków wywołanych przez wadę w produkcji rośnie bardzo szybko, wraz z liczbą etapów produkcyjnych i handlowych pomiędzy etapem powstania wady, a etapem jej wykrycia. W modelu TQM dbałość, to łańcuch jakości rozpoczynający się u dostawcy (Departament Pielęgniarek i Położnych), a zakończony u klienta (pacjent). Doskonalenie sposobów tworzenia „PRODUKTU DOBREJ JAKOŚCI” musi zachodzić w całym środowisku pracy, wówczas wzrostowi jakości towarzyszy oszczędność czasu i pieniędzy, których szukamy. Pracownik zadowolony będzie wykonywał swoją pracę z należytą starannością. Dzisiaj, doskonalenie jakości dobrze opłaconej pracy, a nie wykorzystywanie troskliwej opiekuńczości kształtuje bezpieczeństwo pacjenta i systemu. Tamte czasy już nie wrócą... CZAS ZDAĆ SOBIE Z TEGO SPRAWĘ.

Nazwisko autora do wiadomości redakcji

Sprawozdanie z warsztatów prawnych dla personelu medycznego

W dniu 28 marca 2014 roku w Warszawie w Polskim Centrum Edukacji odbyły się warsztaty prawne dla personelu medycznego. W trakcie warsztatów omówiono następujące tematy:

- Personel medyczny jako uczestnik postępowania karnego, cywilnego oraz postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej – podstawowe zasady.
- Personel medyczny jako świadek (prawa i obowiązki, usprawiedliwienie niestawiennictwa) – symulacja przesłuchania.
- Skarga pacjenta – zasady postępowania.
- Osoba wykonująca zawód medyczny jako obwiniona i oskarżona – zasady odpierania zarzutów, prawa i obowiązki, elementy taktyki procesowej.

Wykonywanie każdego zawodu medycznego i związane z tym wysokie ryzyko popełnienia błędów pociąga za sobą konieczność respektowania nie tylko zasad wiedzy medycznej, ale i szeregu regulacji prawnych. W chwili obecnej obserwujemy lawinowy wzrost skarg pacjentów kierowanych wobec placówek medycznych oraz konkretnych osób wykonujących zawody medyczne. W wielu przypadkach skutkiem tych wystąpień jest pociągnięcie do odpowiedzialności zawodowej, cywilnej a nawet karnej. Sytuacja ta rodzi konieczność znajomości zasad, jakie obowiązują w niniejszych postępowaniach oraz praw i obowiązków ich uczestników.

Odpowiedzialność karna – założenia ogólne

Przestępstwo – czyn człowieka zabroniony przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia, bezprawny, zawiniony o stopniu społecznej szkodliwości wyższym niż znikoma. Pociągnięcie konkretnej osoby do odpowiedzialności karnej warunkowane jest zaistnieniem trzech głównych przesłanek:

1. Wyczerpanie przez sprawcę znamion (czyli elementów opisu) konkretnego, określonego przez ustawę przestępstwa. Przykład: lekarz (odpowiednio pielęgniarka, położna, ratownik medyczny) może odpowiadać karnie za nieudzielenie pomocy, jeżeli w danej sytuacji wystąpią wszystkie elementy opisu przestępstwa określonego w art. 162 kodeksu karnego. Do popełnienia tego czynu dojdzie więc, jeśli osoba zobowiązana do udzielenia pomocy nie udzieli jej człowiekowi znajdującemu się w położeniu groźącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.
2. Istnieniu szczególnego rodzaju związku między zachowaniem sprawcy a określoną zmianą w świecie zewnętrznym zwaną związkiem przyczynowym.

Na gruncie obowiązującego prawa karnego przyjmujemy, iż dany skutek pozostaje w związku z zachowaniem człowieka, jeśli jest on następstwem typowym, dającym się przewidzieć.

3. Istnieniu po stronie sprawcy winy.

Wina może przybrać postać u, polegającej na tym, że sprawca ma zamiar popełnienia przestępstwa, to jest chce go popełnić albo przewidując możliwość jego popełnienia, na to się godzi (art. 9 § 1 k.k.). W praktyce odpowiedzialności personelu medycznego za spowodowanie uszczerbku na zdrowiu pacjenta, podstawowe znaczenie ma nieumyślność polegająca na tym, że sprawca nie mając zamiaru popełnienia przestępstwa, popełnia go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał albo mógł przewidzieć (art. 9 § 2 k.k.). Owa ostrożność w procesach medycznych badana jest głównie poprzez porównanie zachowania osoby pociąganej do odpowiedzialności z wzorcem prawidłowego (wynikającego z aktualnej wiedzy medycznej oraz przepisów) zachowania w danej sytuacji.

Postępowanie karne – założenia ogólne

Podstawą wszczęcia procesu karnego jest zaistnienie uzasadnionego podejrzenia popełnienia przestępstwa (art. 303 kodeksu postępowania karnego). W praktyce organy ścigania owo uzasadnione podejrzenie popełnienia przestępstwa, kształtują głównie w oparciu o zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa składane przez pokrzywdzonego (np. pacjenta) lub osoby trzecie (członków rodziny pacjenta, organy kontrolne itp.). Pierwszy etap procesu to postępowanie przygotowawcze prowadzone początkowo jako tzw. postępowanie w sprawie (*in rem*). Jeżeli zgromadzony na tym etapie materiał dowodowy w sposób dostateczny uzasadnia postawienie zarzutów określonej osobie (osobom), dalsze postępowanie toczy się przeciwko nim (*in personam*). Zgodnie z przepisami za podejrzanego uważa się osobę, co do której wydano postanowienie o przedstawieniu zarzutów albo której bez wydania takiego postanowienia postawiono zarzut w związku z przystąpieniem do przesłuchania w charakterze podejrzanego (art. 71 § 1 k.p.k.). Po zakończeniu postępowania przygotowawczego postępowanie można umorzyć (jeżeli nie dało podstaw do wystąpienia ze skargą do sądu) lub skierować przeciwko podejrzanym akt oskarżenia do sądu. W tym momencie podejrzany staje się oskarżonym, a więc osobą, przeciwko której wniesiono oskarżenie do sądu, a także osobą, co do której prokurator złożył wniosek o warunkowe umorzenie postępowania (art. 71 § 2 k.p.k.).

Prawa i obowiązki podejrzanego i oskarżonego

Podstawowym prawem oskarżonego jest prawo do obrony (art. 6 k.p.k.). Obrona może przybrać postać tzw. obrony formalnej, a więc oskarżony może ustanowić obrońcę (maksymalnie trzech). Obrona materialna to całokształt uprawnień i podejmowanych w oparciu o nie czynności zmierzających do odparcia zarzutów. Ważnym zagadnieniem jest zakres czasowy prawa do obrony. Nie ulega wątpliwości, że prawo takie przysługuje od momentu wydania postanowienia o przedstawieniu zarzutów lub przystąpienia do przesłuchania w charakterze podejrzanego (art. 71 § 1 k.p.k.). W orzecznictwie sądowym znajdziemy jednak przykłady rozszerzania tego prawa na czas poprzedzający powyższe czynności. W ocenie Sądu Najwyższego to nie formalne przedstawienie zarzutów, ale już pierwsza czynność ukierunkowana na ściganie określonej osoby czyni ją podmiotem prawa do obrony (wyrok SN z 9 lutego 2004 r., V KK 194/03). W wyroku z 30 czerwca 2009 r. (V KK 25/09) Sąd Najwyższy przyjął, że jeżeli w związku z określonym zdarzeniem zachodzą podstawy pociągnięcia określonej osoby do odpowiedzialności, to nie można jej zarazem stawiać zarzutu złożenia fałszywych zeznań dotyczących przebiegu tego zdarzenia, nawet wtedy gdy doszło do przesłuchania przed zebraniem dowodów uzasadniających postawienie jej zarzutów. Nie popełnia zatem przestępstwa fałszywych zeznań, kto umyślnie składa nieprawdziwe zeznania dotyczące okoliczności mających znaczenie dla realizacji jego prawa do obrony (uchwała SN z 20 września 2007 r. I KZP 26/07, OSNKW 2007/10/71).

Do uprawnień oskarżonego realizującego prawo do obrony zaliczamy:

1. Prawo do składania wyjaśnień. Oskarżony może wyjaśnienia składać, może odmówić ich składania, może w końcu składając wyjaśnienia odmówić odpowiedzi na poszczególne pytania (bez podawania powodu odmowy). Co istotne polskie prawo nie sankcjonuje karnie czynu polegającego na składaniu przez oskarżonego fałszywych wyjaśnień.

2. Prawo do składania wniosków dowodowych. Można wnieść (pisemnie lub ustnie do protokołu) wnioski o przesłuchanie konkretnych osób, odczytanie dokumentów, okazanie rzeczy itp. We wniosku dowodowym należy podać oznaczenie dowodu oraz okoliczności, które mają być udowodnione. Można także określić sposób przeprowadzenia dowodu. Wniosek dowodowy może zmierzać do wykrycia lub oceny właściwego dowodu. Zgodnie z art. 170 § 1 k.p.k. oddala się wniosek dowodowy, jeżeli:

- przeprowadzenie dowodu jest niedopuszczalne;
- okoliczność, która ma być udowodniona, nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy albo jest już udowodniona zgodnie z twierdzeniem wnioskodawcy;
- dowód jest nieprzydatny do stwierdzenia danej okoliczności;
- dowodu nie da się przeprowadzić;
- wniosek dowodowy w sposób oczywisty zmierza do przedłużenia postępowania.

§ 2. Nie można oddalić wniosku dowodowego na tej podstawie, że dotychczasowe dowody wykazały przeciwieństwo tego, co wnioskodawca zamierza udowodnić.

§ 3. Oddalenie wniosku dowodowego następuje w formie postanowienia.

§ 4. Oddalenie wniosku dowodowego nie stoi na przeszkodzie późniejszemu dopuszczeniu dowodu, chociażby nie ujawniły się nowe okoliczności.

3. Prawo do zadawania pytań świadkom i biegłym.

4. Prawo do zaskarżenia decyzji procesowych. Oskarżony (podejrzan) może w terminie 7 dni skarżyć negatywne dla niego postanowienia (np. postanowienie o zastosowaniu tymczasowego aresztowania) a także w terminie 14 dni nieprawomocny wyrok sądu I instancji.

5. Prawo do składania wniosku o wyłączenie członka składu orzekającego lub innej osoby (np. prokuratora) prowadzącej postępowanie, jeżeli istnieje okoliczność tego rodzaju, że mogłaby wywołać uzasadnioną wątpliwość co do jego bezstronności w danej sprawie (art. 41 k.p.k.).

Oskarżony (podejrzan) jest adresatem szeregu reguł, których przestrzeganiem związane są organy prowadzące postępowanie:

1. Zasada domniemania niewinności. Oskarżonego uważa się za niewinnego, dopóki wina jego nie zostanie udowodniona i stwierdzona prawomocnym wyrokiem (art. 5 § 1 k.p.k.).

2. Zasada *in dubio pro reo*. Nie dające się usunąć wątpliwości rozstrzyga się na korzyść oskarżonego.

3. Oskarżony nie ma obowiązku dowodzenia swej niewinności ani obowiązku dostarczania dowodów na swoją niekorzyść (art. 74 § 1 k.p.k.).

Podstawowym obowiązkiem oskarżonego jest zobowiązanie do stawiennictwa na każde wezwanie organu prowadzącego postępowanie. W przypadku niedopełnienia tego obowiązku oskarżony (podejrzan) może zostać zatrzymany i doprowadzony przez policję, a w skrajnych przypadkach tymczasowo aresztowany. Oskarżony jest w pewnych sytuacjach obowiązany poddać się:

- oględzinom zewnętrznym ciała oraz innym badaniom niepołączonym z naruszeniem integralności ciała; wolno także w szczególności od oskarżonego pobrać odciski, fotografować go oraz okazać w celach rozpoznawczych innym osobom,

- badaniom psychologicznym i psychiatrycznym oraz badaniom połączonym z dokonaniem zabiegów na jego ciele, z wyjątkiem chirurgicznych, pod warunkiem że dokonywane są przez uprawnionego do tego pracownika służby zdrowia z zachowaniem wskazań wiedzy lekarskiej i nie zagrażają zdrowiu oskarżonego, jeżeli przeprowadzenie tych badań jest nieodzowne; w szczególności oskarżony jest obowiązany przy zachowaniu tych warunków poddać się pobraniu krwi, włosów lub wydzielin organizmu

- pobraniu przez funkcjonariusza policji wymazu ze słuzówki policzków, jeżeli jest to nieodzowne i nie zachodzi obawa, że zagrażałoby to zdrowiu oskarżonego lub innych osób.

Świadek – prawa i obowiązki

Świadkiem w znaczeniu procesowym jest każda osoba wezwana do złożenia zeznań w takim charakterze. Osoba wezwana ma obowiązek stawić się na wezwanie i co do zasady złożyć zeznania. Składane zeznania powinny być szczere, świadek nie może

zatajać prawdy. Zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”

W pewnych sytuacjach świadek nie ma obowiązku złożenia zeznań lub odpowiedzi na poszczególne pytania. W myśl art. 182 k.p.k.: Osoba najbliższa dla oskarżonego może odmówić zeznań. Prawo odmowy zeznań trwa mimo ustania małżeństwa lub przysposobienia. Prawo odmowy zeznań przysługuje także świadkowi, który w innej toczącej się sprawie jest oskarżony o współudział w przestępstwie objętym postępowaniem.

Zgodnie z art. 183 § 1 k.p.k.: „Świadek może uchylić się od odpowiedzi na pytanie, jeżeli udzielenie odpowiedzi mogłoby narazić jego lub osobę dla niego najbliższą na odpowiedzialność za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe.” Natomiast na podstawie art. 185 k.p.k. można zwolnić od złożenia zeznania lub odpowiedzi na pytania osobę pozostającą z oskarżonym w szczególnie bliskim stosunku osobistym, jeżeli osoba taka wnosi o zwolnienie.

Niezwykle istotną rzeczą w postępowaniach z udziałem przedstawicieli zawodów medycznych jest poszanowanie tajemnicy zawodowej. Polskie prawo obowiązek ten respektuje, choć w pewnych przypadkach dopuszcza zwolnienie lekarza z obowiązku zachowania tajemnicy w związku z wezwaniem do złożenia zeznań. Osoby obowiązane do zachowania tajemnicy lekarskiej mogą być przesłuchiwane co do faktów objętych tą tajemnicą tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu. W postępowaniu sądowym oraz przygotowawczym w przedmiocie przesłuchania lub zezwolenia na przesłuchanie decyduje sąd (art. 180 § 2 k.p.k.).

Kary porządkowe nakładane na świadka

Na świadka, który bez należytego usprawiedliwienia nie stawił się na wezwanie organu prowadzącego postępowanie albo bez zezwolenia tego organu wydalili się z miejsca czynności przed jej zakończeniem, można nałożyć karę pieniężną w wysokości do 10 000 złotych (art. 285 k.p.k.). Karę pieniężną należy uchylić, jeżeli ukarany dostatecznie usprawiedliwi swe niestawiennictwo lub samowolne oddalenie się. Usprawiedliwienie może nastąpić w ciągu tygodnia od daty doręczenia postanowienia wymierzającego karę pieniężną. W razie uporczywego uchylania się od złożenia zeznania sąd może zastosować, niezależnie od kary pieniężnej, aresztowanie na czas nie przekraczający 30 dni.

Personel medyczny jako pokrzywdzony w postępowaniu karnym

Jak zauważono we wstępie personel medyczny często pada ofiarą niezgodnych z prawem (agresywnych) zachowań ze strony pacjenta lub jego bliskich. Skalę tego zjawiska obrazują wyniki ankiety przeprowadzonej pod patronatem Naczelnej Izby Lekarskiej w 2007 roku. Spośród ankietowanych lekarzy aż 51 proc. stwierdziło, że osobiście zetknęło się z przejawami agresji ze strony pacjenta.

W grupie zawodowej pielęgniarek i położnych statystyki te są jeszcze bardziej niepokojące. W zależności od tego, z jakim rodzajem agresywnego zachowania pacjenta mamy do czynienia oraz skutku, jaki owo działanie spowodowało, sprawca może podlegać odpowiedzialności na podstawie następujących przepisów kodeksu karnego: spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 k.k.), spowodowanie tzw. średniego i lekkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 157 k.k.), naruszenie nietykalności cielesnej (art. 217 k.k.), groźba karalna (art. 190 k.k.), zniesławienie (art. 212 k.k.), zniewaga (art. 216 k.k.).

W pewnych przypadkach ustawodawca przyznał lekarzom, pielęgniarkom oraz położnym ochronę przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych. Podkreślić należy, że nie oznacza to automatycznego uznania przedstawicieli wymienionych zawodów za funkcjonariuszy publicznych, a jedynie przyznanie im ochrony prawnej dla takich funkcjonariuszy przewidzianej.

Zgodnie z art. 44 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty „lekarzowi, który wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadku, o którym mowa w art. 30, przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu”. Ochrona przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych będzie więc przysługiwała lekarzowi, po pierwsze, w sytuacji wykonywania świadczeń w ramach pomocy doraźnej. Pojęcie pomocy doraźnej obejmuje przewidziane w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym czynności ratunkowe (art. 3 pkt 4) oraz tzw. „pierwszą pomoc” (art. 3 pkt 7). Sytuacja druga, to przypadki, o których mowa w art. 30 u.z.l., zgodnie z którym „lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”.

Podobną ochronę przewidują dla pielęgniarki i położnej art. 11 § 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. W myśl tego przepisu „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 na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

Najważniejszą konsekwencją przyznania personelowi medycznemu ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych w przypadkach wymienionych powyżej jest to, że ściganie sprawców agresywnych zachowań następować będzie w drodze oskarżenia publicznego. Oznacza to, że funkcjonariusze organów ścigania, którzy uzyskają wiedzę o takim czynnie (głównie z zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa) mają prawny obowiązek wszcząć i przeprowadzić postępowanie, zaś oskarżyciel publiczny (prokurator) jest zobligowany do wniesienia i popierania aktu oskarżenia. W toczącym się postępowaniu pokrzywdzony wystąpi zasadniczo w roli strony postępowania przygotowawczego. W ewentualnym postępowaniu sądowym pokrzywdzony może zostać oskarżycielem posiłkowym (art. 53–58 k.p.k.) lub (i) powodem cywilnym (art. 62–70 k.p.k.).

Odpowiedzialność zawodowa

Członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Podobnie członkowie samorządu pielęgniarek i położnych podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu. Diagnostyci laboratoryjni podlegają odpowiedzialności dyscyplinarnej za zawinione, nienależyte wykonywanie czynności diagnostyki laboratoryjnej oraz za czyny sprzeczne z zasadami etyki zawodowej lub przepisami dotyczącymi wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej.

W przypadku przedstawicieli powyższych grup zawodowych pierwszy etap odpowiedzialności zawodowej to postępowanie przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej a następnie przed sądem zawodowym. Z uwagi na represyjny charakter tych postępowań (możliwość orzekania kar) ich model zasadniczo jest zbliżony do przedstawionego powyżej modelu postępowania karnego, oczywiście przy zachowaniu wszelkich odrębności wynikających z jego specyfiki. Podobnie jak w postępowaniu karnym, obwinionemu przysługuje prawo domniemania niewinności, może korzystać z pomocy obrońcy (przedstawiciela swego zawodu, radcy prawnego lub

adwokata – maksymalnie 2). Organy prowadzące postępowanie związane są wymienioną wyżej regułą *indubio pro reo*.

Odszkodowanie i zadośćuczynienie w postępowaniu cywilnym

W przypadku gdy działanie personelu medycznego wyrządziło pacjentowi szkodę (uszkodzenie ciała, pogorszenie stanu zdrowia), poszkodowany, na podstawie art. 415 k.c. może w pozwie skierowanym do sądu dochodzić odszkodowania. Jego wysokość zależeć będzie od rozmiarów wyrządzonej szkody. Powód (osoba składająca pozew) zobligowany będzie wykazać sam fakt zaistnienia szkody rozumianej jako realny uszczerbek w posiadanym majątku. Na odszkodowanie mogą się więc składać koszty leczenia lub utraconych korzyści (np. zarobków). Z podobnym roszczeniem personel medyczny może wystąpić wobec pacjenta lub członka jego rodziny w przypadku powstania szkody spowodowanej ich agresywnym zachowaniem. Zadośćuczynienie zasądzone jest jako następstwo wyrządzonej krzywdy. Jego wysokość nie jest wyraźnie prawnie określona. Powinna ona odpowiadać rozmiarowi wyrządzonej krzywdy.

Lucyna Okulska, Ewa Ratowicz

W związku z zakończeniem w dniu 25 kwietnia 2014 r. kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa onkologicznego”, program dla pielęgniarek, składamy serdeczne podziękowania dla kierownika kursu pani **Agnieszki Dubieńskiej**, a także wszystkim wykładowcom za profesjonalizm i przekazanie ogromnej wiedzy w tej dziedzinie. Dziękujemy także OIPIP za umożliwienie odbycia nam kursu oraz pracownikom Działu Szkoleń za rzetelne przygotowanie materiałów dydaktycznych i sal wykładowych, co przełożyło się na zdobycie cennej wiedzy, którą będziemy mogły wykorzystać w naszej pracy.

Uczestniczki kursu

