



O NAS DLA NAS

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁYMSTOKU

W tym wydaniu:

Samorząd to MY

- Karki z kalendarza OIPiP w Białymstoku

- Dlaczego świętujemy w maju?

Praktyka Zawodowa

- Zdarzenia niepożądane w szpitalu – przyczyny, konsekwencje, profilaktyka

- Szkoła rodzenia w Bielsku Podlaskim – metody i efekty pracy

Opinie i stanowiska

Parlamentarny
Zespół ds. zawodów
medycznych i terapeutycznych
o zagrożeniach zawodowych

Na naszej okładce

mgr pielęgniarstwa
Paulina Terry ze Stacji Dializ,
Szpital Powiatowy w Łapach



O NAS DLA NAS

**Informator Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych w Białymstoku**

Wydawca

OIPiP w Białymstoku
ul. Marii Curie-Skłodowskiej 12/19
15-097 Białystok
e-mail: izba@oipip.bialystok.pl
tel. kom. 510 835 623
tel. 85 747 00 16

Zespół redakcyjno-promocyjny

dr n. med. Beata Janina Olejnik,
redaktor naczelna
mgr pielęgniarstwa Dorota Rodziewicz,
sekretnarz redakcji
mgr pielęgniarstwa Elżbieta Waluk
mgr pielęgniarstwa Alina Jurczuk
mgr pielęgniarstwa Elżbieta Wasilko
dr n. med. Anna Baranowska
dr n. med. Anna Sienkiewicz
mgr pielęgniarstwa Magdalena Dąbrowska
mgr pielęgniarstwa Katarzyna
Dziwiątkowska-Wigda
mgr pielęgniarstwa Aleksandra Kowalczyk
mgr pielęgniarstwa Katarzyna Marta Malibo
lic. pielęgniarstwa Weronika Puchalska

Opracowanie graficzne i skład

emildruk.pl

**Informator ukazuje się wyłącznie w formie
elektronicznej** – do pobrania ze strony
internetowej www.oipip.bialystok.pl

Zapraszamy do grona autorów

- Artykuł powinien być podpisany imieniem i nazwiskiem autora, prosimy o podanie tytułu naukowego i miejsca pracy i danych do kontaktu, np. numer telefonu, adres e-mail.
- Objętość artykułu nie powinna przekraczać 8 tysięcy znaków ze spacjami.
- Fotografie, ryciny, tabele prosimy przesyłać w osobnym pliku.
- Artykuł prosimy zapisać w programie Word for Windows i przesyłać na adres redakcja@oipip.bialystok.pl
- Artykuł nie powinien być wcześniej publikowany.
- Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych, a także zastrzega sobie prawo do redagowania i skracania nadesłanych artykułów i listów.

**Wykorzystywanie części i całości tekstów
bez pisemnego zezwolenia jest zabronione.**

**Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za
treści ogłoszeń i konsekwencje opinii
wyrażonych przez autorów.**

Spis treści

Samorząd to MY. OIPiP w Białymstoku

- 5** Kartki z kalendarza. Aktywności ORPiP w Białymstoku
- 6** Dlaczego świętujemy właśnie w maju?
- 7** Z ostatniej chwili – ważne dla pielęgniarek i położnych POZ

Praktyka Zawodowa

- 8** Poród łagodny, godny i satysfakcjonujący. Szkoła rodzenia
- 11** Zdarzenia niepożądane w szpitalu. Przyczyny, procedury, zapobieganie

Nie tylko z naszego regionu

- 15** Samodzielność zawodowa w praktyce
- 17** Praca personelu pełna wyzwań.
Inauguracyjne posiedzenie Parlamentarnego Zespołu
ds. Zawodów medycznych i terapeutycznych

InspirujeMY

- 19** Kobieta odważna – Paulina za granicą. Wywiad
- 22** Sztuka koszenia trawy. Felieton



Beata Janina Olejnik

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Drogie Koleżanki Drodzy Koledzy

Staramy się poruszać w naszym biuletynie najistotniejsze kwestie związane z autorytetem w miejscu pracy, prestiżem naszych profesji, a także potrzebą posiadania wzorów osobowych. W tym szczególnym miesiącu, kiedy obchodzimy Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Krajowy Dzień Położnej, rozpoczynamy na łamach „O nas. Dla nas” nowy cykl pt. „InspirujeMY”. Nasze koleżanki i koledzy opowiedzą o tym, kto i co sprawiło, że są takimi pielęgniarkami, pielęgniarzami, położnymi, jakimi są.

Florence Nightingale mawiała: „Jeśli człowiek rodzi się ze skrzydłami, powinien zrobić wszystko, żeby się nimi posłużyć i latać”. Życzę Państwu, by te pielęgniarskie skrzydła unosiły Was każdego dnia.

Nikogo już dzisiaj nie trzeba przekonywać, że pielęgniarki, pielę-

gniarze, położne i położni to samodzielni i odpowiedzialni profesjonalści o gruntownym wykształceniu i doskonałym przygotowaniu zawodowym. Dostrzegamy sens ciągłego ustawicznego rozwoju zawodowego. Ponad 90% z nas podnosi swoje kwalifikacje zawodowe poprzez kursy, specjalizacje, studia, udział w konferencjach, bo to niezbędne do zapewnienia lepszej jakości opieki, rozwoju zawodu i – co istotne – osobistego sukcesu i zyskania zadowolenia z pracy. Jesteście Państwo profesjonalistami świadomymi znaczenia nie tylko poziomu wiedzy, ale i wartości etycznych, o czym zresztą przypominają nam wielkie osobistości światowego i krajowego pielęgniarstwa i położnictwa: Florencja Nightingale, Hanna Chrzanowska, Rachela Hutner czy Stanisława Leszczyńska.

Jestem przekonana, że każdy z nas wnosi coś nowego do zawodu, czegoś poszukuje, stawia na profe-

sjonalizm, dzięki czemu pielęgniarstwo, położnictwo zyskuje większą autonomię i status naukowy. A jeśli kiedykolwiek zwątpimy w to, co robimy, przypomnijmy sobie słowa:

*W świat niesiemy swe serca gorące
Najpiękniejsze głosimy idee
Aby ludziom dać pokój i słońce
By cierpiącym przywrócić nadzieję...*

Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej pragnę przekazać wszystkim pielęgniarkom i położnym życzenia pomysłowości. Życzę Państwu nieustającej chęci do podejmowania nowych wyzwań i osiągania wytyczonych celów. Życzę Państwu zasłużonej satysfakcji z pracy zawodowej, także tej finansowej, oraz szczęścia w życiu osobistym i... dużo zdrowia.

Pozdrawiamy
zespół redakcyjny

BIURO Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

ul. M. Curie-Skłodowskiej 12/19, klatka II, 15-097 Białystok



PRZEWODNICZĄCA

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Beata Janina Olejnik

tel. kom. 505 854 995

e-mail: b.olejnik@oipip.bialystok.pl

SEKRETARZ

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Dorota Rodziewicz

tel. kom. 500 017 005

e-mail: d.rodziewicz@oipip.bialystok.pl

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Agata Panas

tel. kom. 696 674 190

e-mail: oroz@oipip.bialystok.pl

OROZ pełni dyżur w OIPiP w Białymstoku:

w 2 i 4 środę miesiąca

w godzinach: 15:00 – 17:00

SKARBNIK

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Elżbieta Waluk

e-mail: e.waluk@oipip.bialystok.pl

SEKRETARIAT BIURA

Alina Klimeczuk

tel. kom. 510 835 623

tel. 85 747 00 16 wew. 32

tel. 85 744 11 09

e-mail: izba@oipip.bialystok.pl

REJESTR PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Uznawanie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych

Ośrodek Informacyjno-Edukacyjny

Biuletyn Informacji Publicznej System IMI

(Internal Market Information System)

Katarzyna Rymarczyk

tel. kom. 780 598 527

tel. 85 747 00 16 wew. 33

e-mail: k.rymarczyk@oipip.bialystok.pl

DZIAŁALNOŚĆ MERYTORYCZNA

Rejestr podmiotów wykonujących

działalność leczniczą

Rejestr podmiotów prowadzących

kształcenie podyplomowe

Przeszkolenia po ponad 5-letniej przerwie

w wykonywaniu zawodu

Biblioteka

Istnieje możliwość zamówienia książek

telefonicznie i odbiór w godzinach pracy

biura OIPiP

IBUK Libra

Obsługa SMK System Monitorowania

Kształcenia Pracowników Medycznych

Dorota Rojsza

tel. kom. 690 537 891

tel. 85 747 00 16 wew. 34

e-mail: d.rojsza@oipip.bialystok.pl

każdy pierwszy wtorek miesiąca

praca w terenie (kontrole)

KSIĘGOWOŚĆ

Mariola Bogdan

tel. kom. 786 972 094

tel. 85 747 00 16 wew. 35

e-mail: m.bogdan@oipip.bialystok.pl

KASA

Alina Packiewicz

tel. kom. 786 972 094

tel. 85 747 00 16 wew. 36

RADCA PRAWNY

Dariusz Prokopowicz

tel. kom. 510 835 668

Udziela członkom OIPiP w Białymstoku

porad prawnych, dotyczących wykonywania

zawodu pielęgniarki i położnej:

w każdy poniedziałek w godz. 12-15 – osobiście

w siedzibie OIPiP (po uprzednim uzgodnieniu

z sekretariatem tel. 85 747 00 16 wew. 32)

od wtorku do piątku w godz. 9-15

INSPEKTOR DANYCH OSOBOWYCH

tel. kom. 510 835 668

e-mail: ido@oipip.bialystok.pl

Numer konta:

PKO Bank Polski S.A. I O/Białystok

21 1020 1332 0000 1702 0026 1180

Godziny pracy biura

poniedziałek..... 7:30 – 15:30

wtorek..... 7:30 – 15:30

środa..... 10:00 – 18:00

czwartek..... 7:30 – 15:30

piątek..... 7:30 – 15:30

Kartki z kalendarza

Najistotniejsze aktywności ORPiP w Białymstoku.

Autor tekstu: mgr pielęgniarstwa Dorota Rodziewicz, sekretarz ORPiP w Białymstoku

Kwiecień 2024

04.04.2024

Egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeńiowo-oddechowa”

08.04.2024

Spotkanie Zespołu Redakcyjno-Promocyjnego, w którym uczestniczyły: Beata Janina Olejnik, Dorota Rodziewicz, Elżbieta Wasilko, Katarzyna Malibo, Anna Baranowska, Weronika Puchalska, Magdalena Dąbrowska, Katarzyna Dziewiątkowska-Wigda, Aleksandra Kowalczyk, Anna Sienkiewicz.

08.04.2024

Posiedzenie Komisji ds. Pomocy Socjalnej. Komisja przyznała zapomogi:

- z powodu trudnych sytuacji losowych: 6 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku,
- w ramach funduszu samopomocowego: 1 członkowi samorządu OIPiP w Białymstoku,
- w ramach funduszu emerytalnego: 31 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku.

08.04.2024

Posiedzenie Komisji ds. Dofinansowania Kosztów Kształcenia Poddyplomowego. Przedmiotem posiedzenia było dofinansowanie:

- kosztu udziału w studiach II stopnia kierunku pielęgniarstwo i położnictwo: 3 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku,
- kosztu udziału w szkoleniu specjalizacyjnym: 7 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku,
- kosztu udziału w kursie specjalistycznym: 1 członkowi samorządu OIPiP w Białymstoku.

16.04.2024

Posiedzenie Prezydium NRPIP w Warszawie – uczestniczyła w nim Beata Janina Olejnik, przewodnicząca ORPiP.

18.04.2024

Wizytacja pielęgniarek wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – koordynowana przez Dorotę Rojsę i Dorotę Rodziewicz.

20.04.2024 r.

Pielęgniarki i Położne z Podstawowej Opieki Zdrowotnej z Białegostoku i Łap uczestniczyły w wizycie studyjnej w Łomżyńskim Centrum Medycznym w celu wymiany doświadczeń dotyczących dobrej praktyki pielęgniarki i położnej w podstawowej opiece zdrowotnej.

25.04.2024

II Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Studenckiego Koła Naukowego przy Zakładzie Ginekologii i Położnictwa Praktycznego pt. „Położnictwo holistycznie”, w której uczestniczyła Beata Janina Olejnik, przewodnicząca ORPiP w Białymstoku.



Dlaczego świętujemy właśnie w maju?

8 i 12 maja to szczególne dni w naszym kalendarzu – Krajowy Dzień Położnych i Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek. Obie daty zostały wybrane nieprzypadkowo.

Czy wiesz, z czym się wiązą?

Autor tekstu: lic. pielęgniarstwa Kinga Jurezyk, lic. pielęgniarstwa Zuzanna Jabłońska absolwentki Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, członkinie zespołu historycznego OIPiP w Białymstoku

Maj to wyjątkowo urzekający miesiąc, wiosna pojawia się już w pełnym rozkwicie. Jednakże w Polsce jest on również szczególny ze względu na to, że wiele majowych dni poświęcono promocji zdrowia – dwa z nich dedykowane są pielęgniarcom oraz położnym. Mowa tu o 8 maja – wyznaczonym przez polskie położne jako datę swego święta, a także 12 maja – wskazanym jako Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek i Położnych. Obie daty są tu nieprzypadkowe, ponieważ każda powiązana jest z postacią, która odgrywa znaczącą rolę w historii naszych zawodów.

Jeżeli mowa o 8 maja...

to dzień ten wiąże się z narodzinami Stanisławy Leszczyńskiej, urodzonej w Łodzi w 1896 roku. Była niezwykle odważną, szczerze oddaną swej pracy położną. Udowodniła to w trakcie pobytu w obozie koncentracyjnym Auschwitz II-Birkenau, przyjmując ok. 3000 porodów i jawnie sprzeciwiając się rozkazom wydanym przez obozowe władze.

Z kolei 12 maja...

świętujemy rocznicę przyjścia na świat Florence Nightingale, prekursorki nowoczesnego pielęgniarstwa, a także założycielki pierwszej świeckiej szkoły pielęgniarek. W roku 1965 Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) postanowiła na kongresie w Meksyku o wyróżnieniu dnia, który stanowiłby święto dla wszystkich osób wykonujących zawód pielęgniarstwa. Miałby on stwarzać okazję nie tylko do celebrowania, ale również zwrócenia uwagi szerokiej opinii publicznej na problemy, z którymi muszą zmagać się pielęgniarki oraz na ich pozycję w systemie opieki zdrowotnej. ICN widziało w tym szansę na zwiększenie wpływu działań pielęgniarek w zakresie globalnym. W ten sposób ustanowiono Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki, którego data, czyli 12 maja, nawiązuje do narodzin Florence Nightingale.



Głównym celem Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki jest podkreślenie wagi tej profesji we współczesnym świecie oraz systemowe jej wzmacnianie. Stwarza on możliwość nasilenia przekazu komunikatów o obecnej sytuacji pielęgniarstwa i jego randze w społeczeństwie. Z kolei poprzez nawiązanie do postaci Florence Nightingale dzień ten ma przypominać o wyznawanych przez nią wartościach etycznych, a tym samym dawać przykład i motywację do sumiennego oraz przykładowego wykonywania zawodu, zarówno dla adeptów, jak też doświadczonych pracowników. Podczas organizowanych obchodów zasłużonym pielęgniarkom przyznawane są specjalne wyróżnienia jako wyraz uznania dla ich działalności i zaangażowania.

W celebracji święta wszystkich pielęgniarek bierze także udział Światowa Organizacja Zdrowia (WHO).

Aby jeszcze bardziej zjednoczyć światowe środowisko pielęgniarskie, ICN od 1971 r. corocznie ogłasza nowy temat Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek. Celem jest skupienie uwagi rządzących oraz całej społeczności wokół wybranego zagadnienia z zakresu ochrony zdrowia, a następnie wskazanie im, jak istotna i niezbędna jest praca pielęgniarek na rzecz rozwiązania danego problemu.

Każdego roku w państwach członkowskich Międzynarodowej Rady Pielęgniarek aranżowane są wydarzenia, które umożliwiają prezentację wspomnianych działań wskazanych w motywie przewodnim. Na przestrzeni lat motta obejmowały swoim zasięgiem problematykę różnorodnych dziedzin medycyny. Należały do nich m.in. bezpieczeństwo macierzyństwo, walka z ubóstwem, przeciwdziałanie dyskryminacji osób chorych na AIDS, opieka nad rodzinami, zdrowie

w szkole, zjednoczenie przeciwko przemocy, pozytywne środowisko pracy, wysoka jakość świadczeń zdrowotnych, budowa lepszej przyszłości dla młodych ludzi, bezpieczeństwo pacjentów, zrównoważony rozwój, opieka długoterminowa, innowacje w ochronie zdrowia, zwiększanie równości i niwelowanie różnic oraz wiele innych.

Hasło uroczystości na 2024 rok brzmi „Nasze pielęgniarki. Nasza przyszłość. Ekonomiczna siła opieki”. ICN chce w ten sposób podkreślić, że współczesne pielęgniarstwo, stanowiąc podstawę opieki zdrowotnej, często boryka się z ogólnym niedowartościowaniem i ograniczeniem finansowym. Wskazuje też, iż redukcja budżetu w obszarze ochrony zdrowia zazwyczaj odbywa się kosztem usług pielęgniarstwa, których wartość dla medycyny i całości populacji nierzadko jest pomijana. Przedstawiciele ICN uważają, że – biorąc pod uwagę obecną sytuację na świecie (skutki pandemii COVID-19, kryzys klimatyczny, konflikty zbrojne, niestabilność finan-

Hasło ICN na 2024 rok brzmi

„Nasze pielęgniarki. Nasza przyszłość. Ekonomiczna siła opieki”.

sowa) – kondycja zdrowotna ludności jest zagrożona, zatem nadszedł czas na zmianę aktualnej perspektywy. Za cel obrano więc poinformowanie decyzyjnych osób u władzy oraz opinii publicznej, jak strategiczne inwestycje w pielęgniarstwo mogłyby przynieść znaczne korzyści społeczne oraz gospodarcze.

Pielęgniarstwo jak i położnictwo...

nie jest łatwą ścieżką kariery zawodowej. Ratowanie życia, ochrona zdrowia, a także liczne zobowiązania niosą za sobą ogromne pokłady stresu. Tym bardziej ważnym jest, aby edukować społeczeństwo na temat tych profesji. Zarówno 8, jak i 12 maja są dniami, które mają na celu nie tylko szerzenie wiedzy na ich temat, ale też docenienie trudu, jaki wkładają w opiekę nad pacjentami pielęgniarki i położne oraz refleksję nad przyszłością tych profesji.

Piśmiennictwo:

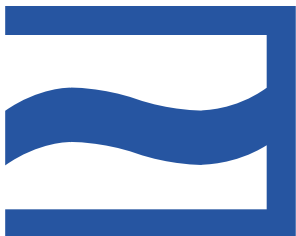
1. International Council of Nurses: International Nurses Day 2024 theme announced! Our Nurses. Our Future. The economic power of care. 16.01.2024, online: Ogłoszono temat Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek 2024! Nasze pielęgniarki. Nasza przyszłość. Ekonomiczna siła opieki | ICN – Międzynarodowa Rada Pielęgniarek, dostęp: 04.04.2024

2. Zarzycka D., Dobrowolska B., Ślusarska B. Symbole i ceremonie zawodowe pielęgniarstwa – relikty przeszłości czy wartość zawodowa? Problemy Pielęgniarstwa. 2009; 17 (1): 54–62

3. Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego. Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek

<https://www.wmpp.org.pl/pl/symbole-pielęgniarskie/mi%C4%99dzynarodowy-dzie%C5%84-piel%C4%99gniarki.html> dostęp: 10.04.2024

Z ostatniej chwili – ważne dla pielęgniarek i położnych POZ



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Z końcem tego roku, tj. z dniem 31 grudnia 2024 r. miały stracić ważność deklaracje złożone do pielęgniarki POZ (Podstawowej Opieki Zdrowotnej), położnej POZ, lekarza POZ, którzy nie stworzyli zespołu POZ na podstawie przepisów przejściowych w art. 33 i 34 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. Opiekę pielęgniarki POZ i położnej POZ utraciliby 7 704 963 pacjentów, co stanowi 20,3% społeczeństwa! Dzięki działaniu NRPiP udało się temu zapobiec.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oczekiwała od rządu, Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia pilnego wprowadzenia przepisu gwarantującego możliwość oddzielnego i samodzielnego kontraktowania świadczeń zdrowotnych w ramach poszczególnych zakresów: pielęgniarki POZ, położnej POZ, lekarza POZ. Umożliwiłoby to zachowanie swobody działalności gospodarczej i pozwoli świadczeniodawcom na udzielanie świadczeń zdrowotnych w formach przewidzianych przez obowiązującą ustawę o działalno-

ści leczniczej. – Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przyjęła stanowisko w sprawie podjęcia pilnych prac legislacyjnych nad utrzymaniem samodzielności podmiotów sprawujących opiekę nad pacjentami w podstawowej opiece zdrowotnej w zakresie: pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, położna podstawowej opieki zdrowotnej. Jeśli nie będzie zmian pacjenci zostaną bez opieki, a nam uniemożliwi się wykonywanie naszej pracy. Znowu mamy do czynienia z nieprzemyślanym działaniem. Mimo apeli, monitów i składanych przez nas

zastrzeżeń projekt wszedł w życie. Czy ktoś zastanowił się nad konsekwencjami? Mamy ostatni moment na zmiany – pytała Mariola Łodzińska, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Informujemy, że dialog NRPiP z Ministerstwem Zdrowia oraz na posiedzeniach ministerialnego Zespołu ds. opieki koordynowanej przyniósł efekt w postaci nowelizowanej ustawy, gdzie znosi się datę 31.12.2024 r. To sukces samorządu zawodowego pielęgniarzek i położnych!

Poród łagodny, godny i satysfakcjonujący

Czy każdy poród nie powinien być taki, jak ten tytułowy? Ale żeby tak było, trzeba się do niego przygotować. Szkoła rodzenia to nie tylko miejsce edukacji przyszłych mam, ale też miejsce pracy nieporównywalne z żadnym innym. Opowiada nam o tym mgr położnictwa Aleksandra Goljasz, która prowadzi szkołę rodzenia w Bielsku Podlaskim.

Rozmawiały: dr Anna Sienkiewicz, mgr Katarzyna Dziewiątkowska-Wigda, mgr Aleksandra Kowalczuk

Redakcja: Skąd pomysł na pracę w szkole rodzenia?

Aleksandra Goljasz: Właściwie wszystko samo naturalnie się potoczyło. Na etapie studiów myślałam o pracy z noworodkami. Pracując już na oddziale szpitalnym w Bielsku, zostałam poproszona o objęcie tego stanowiska i kontynuowanie działalności szkoły rodzenia. Na co dzień pracuję na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym z Pododdziałem Noworodkowym w Szpitalu SPZOZ w Bielsku Podlaskim.

R: Jak długo istnieje szkoła rodzenia w Bielsku?

A.G.: Tak naprawdę trudno powiedzieć. Wcześniej szkoła rodzenia funkcjonowała w trochę innej formie niż dotychczas. Działa od lat 90., natomiast specyfika jej działalności zmieniała się wraz z rozwojem oraz przemianami, jakie zachodziły w położnictwie na przestrzeni ostatnich lat.

R: Ile położnych tu pracuje?

A.G.: W szkole rodzenia pracuję samodzielnie. Poza zajęciami prowadzę również fanpage na Facebooku oraz organizuję spotkania tematyczne ze specjalistami. Dostrzegam w tej pracy wiele plusów, ponieważ kiedy dostaje się wolną rękę, można zrobić wiele nowych rzeczy, można zrobić „po swojemu” – to jest bardzo ciekawe i satysfakcjonujące.

R: Czy jest wymagany jakiś dodatkowy kurs lub doświadczenie, żeby prowadzić zajęcia?

A.G.: Nie. Natomiast warto rozgraniczyć dwie kwestie – czym jest szkoła rodzenia, a czym edukacja przedporodowa. Edukacja przedporodowa to forma, która jest prawnie określona, opisana dokładnie, przepisy wskazują, że zajmują się tym położne, określając od



Zdjęcia archiwum Aleksandry Goljasz.

którego tygodnia ciąży i wyszczególniając tematy, które trzeba zrealizować z pacjentką. Jeśli chodzi o szkołę rodzenia, to nie jest opisana prawnie, nie ma wytycznych mówiących o tym, że może ją prowadzić wyłącznie położna. Stąd też różne profile szkół i zakres tematyki.

R: Czy w ramach waszej działalności funkcjonuje poradnia laktacyjna?

A.G.: Nasz Szpital jest przyjazny dziecku – staramy się ze wszystkich sił propagować karmienie piersią, ale też wspieramy mamy w ich wyborach i nie naciskamy na nie ani nie oceniamy. Poradnia Laktacyjna działa przy oddziale, jest czynna całodobowo. Panie zazwyczaj dzwonią

i ustalają swój przyjazd w celu odbycia konsultacji. Na zajęciach również poruszam tematy dotyczące laktacji – jej fizjologii, problemów z nią związanych oraz ich rozwiązywania.

R: Jaki jest koszt uczestnictwa w szkole?

A.G.: Uczęszczanie na zajęcia jest bezpłatne. Szkoła finansowana jest ze środków szpitala.

R: Ile osób uczestniczy na zajęciach?

A.G.: Zazwyczaj pojawia 4–5 par, choć czasem zdarza się nawet 15.

R: Od którego miesiąca ciąży kobiety uczęszczają do szkoły rodzenia?

A.G.: W naszej szkole pojawiają się po 26. tygodniu ciąży.



R: Jaki jest cel zajęć?

A.G.: Najogólniej mówiąc, zdobycie wiedzy teoretycznej i praktycznych umiejętności oraz przygotowanie do macierzyństwa i rodzicielstwa.

R: Jaki jest ich zakres i tematyka? Ile jest spotkań?

A.G.: Szkoła ma charakter otwarty. Nie ma jednej stałej grupy, panie przychodzą, kiedy jest im wygodnie, kiedy mają taką możliwość. Nie muszą się zapisywać, wystarczy, że podpiszą dokument, w którym wyrażają zgodę na uczestniczenie w zajęciach prowadzonych przez szkołę rodzenia. Muszą też dostarczyć zaświadczenie od lekarza, że nie mają przeciwwskazań do uczęszczania na zajęcia. Cały cykl zajęć trwa około 2 miesiące i składa się z 12 zajęć. Treści podzielone są na 4 główne moduły: ciąża, poród, połóg, noworodek. Tematów

jest dużo – każdy znajdzie coś dla siebie. Każde zajęcia dzielę na 2 części. Zwykle pierwsza to wykład i instruktaż. Drugi – ćwiczenia dla kobiet w ciąży. Panie bardzo lubią ten etap spotkania. Zależy mi na tym, żeby w trakcie zajęć stworzyć coś dla ciała, ale też dla ducha. W trakcie ćwiczeń bardzo staram się dbać o bezpieczeństwo. Kładę też duży nacisk na psychoedukację. Jestem przekonana, że ma ona ogromne znaczenie.

R: Czy na zajęcia są zapraszani jacyś goście, specjaliści?

A.G.: Tak, pojawiają się specjaliści, np. fizjoterapeutka uroginekologiczna, braffitterka, osoba kompetentna w temacie szczepień czy pierwszej pomocy.

R: Czy zauważasz, że są pewne tematy zajęć, którymi panie w ciąży są najbardziej zainteresowane?

A.G.: Na początku są najbardziej zaciękane tematem pielęgnacji noworodka. Natomiast z każdymi kolejnymi zajęciami dostrzegam przemianę ich zainteresowań. Tematy dotyczące porodu i położu okazują się bardziej zajmujące. Często w tym momencie dochodzi do zmiany ich przekonań. Panie nabierają pewności, sprawczości. Zaczynają wierzyć, że poród może być łagodny, godny i pełen satysfakcji.

R: Czy są osoby, które nie powinny uczęszczać do szkoły rodzenia?

A.G.: Tak, są takie osoby. Myślę tu o kobietach w ciążach wysoko zagrożonych, kiedy pojawiają się przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach. W takiej sytuacji rekomenduję szkoły rodzenia online lub indywidualne edukacje. Istotna też jest przeszłość położnicza – nieprzepracowanie niedawno przeżytego poronienia oraz sytuacje trudne, które miały miejsce w przeszłości. Natomiast są to już sytuacje bardzo indywidualne.

R: Czy warto na zajęcia chodzić z partnerem?

A.G. Tak, na pewno warto, żeby się pojawiali. Mężczyźni zadają często więcej pytań niż przyszłe mamy. Głównie interesują ich tematy dotyczące porodu i noworodka. Mam wrażenie, że też początkowo wyobrażają sobie poród zupełnie inaczej niż jak przebiega on w rzeczywistości. Bardzo często obserwuję, że przyszli ojcowie, którzy aktywnie uczestniczą w trakcie zajęć, na sali porodowej są pomocą i wsparciem dla swojej partnerki.

R: Czy warto brać udział w szkole rodzenia podczas kolejnej ciąży?

A.G.: Panie, które przychodzą w kolejnej ciąży dużą uwagę zwracają na ćwiczenia, ale przede wszystkim interesuje ich aktualizowanie swojej wiedzy. W szkole rodzenia często nawiązują nowe przyjaźnie i znajomości. Zdecydowanie warto, niezależnie od tego, która to ciąża, jakie były porody, czy planowany jest poród naturalny czy poprzez cięcie cesarskie – każdy znajdzie coś dla siebie.

R: Czy zdarza ci się, że kobiety przychodzą po porodzie, żeby pokazać ci swoje pociechy?

A.G.: Tak. Bywały sytuacje, że Panie przychodziły. To bardzo satysfakcjonujące.

R: Co było najbardziej zaskakujące w pracy z pacjentkami? Potrafisz przytoczyć jakieś szczególne sytuacje, które zapadły ci w pamięć?

A.G.: W tym momencie przychodzi mi do głowy jedna sytuacja, kiedy w trak-

cie zajęć opowiadałam o tym, co niepokojącego może się dzieć w trakcie ciąży. Kolejnego dnia jedna z pań uczestniczących w zajęciach pojawiła się w szpitalu. Powiedziała wtedy, że gdyby nie usłyszała dzień wcześniej mojego wykładu, nie zorientowałyby się, że pewne objawy są istotne i nie pojawiłaby się w związku z nimi u lekarza. To bardzo mocno pokazuje, jak ważne mogą być nasze spotkania w formie szkoły rodzenia.

R: Czy położna i pielęgniarka to trudniejsze uczennice w szkole?

A.G.: Wydaje mi się, że tak. Wiedza może być jednocześnie błogosławieństwem, ale też bywa przekleństwem. Myślę, że wnika to w pewien sposób z ich świadomości na temat porodu. Często te panie patrzą na poród przez pryzmat medyczny. Wydaje mi się, że dużo trudniejsza sytuacja ma miejsce, kiedy na sali porodowej przebywa mama kobiety rodzącej. Myślę, że czasem lepiej, kiedy jest tam teściowa (z przymrużeniem oka).

R: Czy wśród okolicznej społeczności funkcjonują jakieś zabobony związane z ciążą, porodem lub porodem?

A.G.: Oczywiście, że tak! Czerwone wstążeczki traktowane są wręcz jako standard. Ogromnie istotną rzeczą w Bielsku są „odwietki” – ich rodzaje są różne, to zależy od rodziny. Najbardziej ekstremalna sytuacja, o której słyszałam, to kiedy kobieta od razu po powrocie ze szpitala musi wysprzątać dom i przygotować ciasto, ponieważ w każdej chwili mogą pojawić się goście – ciocie, znajomi, sąsiadki. Pacjentka bardziej obawiała się wyjścia do domu niż pobytu w szpitalu. Jest też mnóstwo historii związanych z Babką z Orli – ale ten temat zasługuje na oddzielny artykuł (uśmiech). Ładnym powiedzeniem jest też, że „godny pólóg to godna starość”. Oznacza to tyle, że jeśli w trakcie porodu kobieta zajmie się nie tylko noworodkiem, ale zadba również o siebie i odpocznie, wtedy czeka ją starość spokojna, nieobciążona problemami.

R: Dlaczego warto skorzystać ze szkoły rodzenia?

A.G.: Myślę, że po to, by oswoić wszelkie obawy przed porodem. Człowiek często obawia się nowych rzeczy. Natomiast kiedy poszerzamy swoją wiedzę, poznajemy coś, to poziom lęku się zmniejsza.

R: Bardzo dziękujemy za rozmowę. □



Zdarzenia niepożądane w szpitalu.

Przyczyny, procedury, zapobieganie

Zdarzenia niepożądane mogą wystąpić na każdym etapie hospitalizacji pacjenta od chwili przyjęcia do szpitala do momentu jego wypisu. Wskazujemy te najczęstsze.

Autor tekstu: mgr pielęgniarstwa Ewa Wyluda

Zdarzenie niepożądane (ang. *adverse event*) jest to niezamierzone i niespodziewane wydarzenie, które powstało w trakcie procesu diagnostycznego lub leczniczego, powodując przejściową lub trwałą szkodę u pacjenta, niezwiązaną z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia pacjenta.

Błądem medycznym (ang. *medical error*) nazywamy zdarzenie niepożądane, którego można było uniknąć, któremu można było zapobiec, ale tego nie uczyniono.

Nieomal błędy (ang. *near miss, close call*) są to sytuacje, które przez przypadek lub dzięki podjętemu na czas działaniu zakończyły się pomyślnie (czyli nie wystąpiła szkoda u pacjenta). Powinno się je traktować jako poważne odchylenia od właściwego postępowania, rejestrować i analizować.

Jak jest skala zjawiska?

W Polsce to około 20–30 tysięcy przypadków zdarzeń niepożądanych rocznie, brak szczegółowych danych. Według WHO – dotyczy 10% hospitalizowanych, według Komisji Europejskiej – 8–12% hospitalizowanych. W USA notuje się 6,3 mln udokumentowanych przypadków (wg raportu Society of Actuaries 2010):

- 7% poszkodowanych w leczeniu szpitalnym,
- 2500 zgonów,
- 1,5 mln błędów medycznych.

Najczęstsze czynniki ryzyka wystąpienia zdarzenia niepożądanego podczas hospitalizacji obejmują:

- przyczynę zdarzenia:

- charakter i złożoność procedury operacyjnej,
- diagnostyka inwazyjna,
- czynności lekarskie,
- opieka pielęgniarska,



- warunki hospitalizacji:

- obłożenie łóżek,
- liczba zatrudnionego personelu medycznego,
- istnienie procedur i standardów postępowania.

- warunki środowiska:

- jakość sprzętu i materiałów medycznych,
- stan sanitarno-epidemiologiczny pomieszczeń,

- warunki ludzkie:

- wiek i płeć pacjenta,
- stan zdrowia i choroby współistniejące,
- zmęczenie personelu medycznego,
- kwalifikacje personelu,
- przestrzeganie istniejących procedur i standardów postępowania.

Można wskazywać różne aspekty zdarzeń niepożądanych w dziedzinie opieki zdrowotnej:

- medyczne,
- prawne,
- ekonomiczne,
- ergonomiczne,
- zarządcze,
- psychologiczne,
- socjologiczne i inne.

Uwarunkowania zdarzeń niepożądanych mogą mieć różną naturę, a w szczególności:

- medyczne – działania niezgodne z wiedzą i praktyką medyczną,
- prawne – brak odpowiednich regulacji,
- ekonomiczne – niedostateczny poziom finansowania opieki zdrowotnej,

- organizacyjne – złe rozwiązania, brak kontroli itp.,
- techniczne – nienależyte wyposażenie w aparaturę, zły jej stan techniczny, brak konserwacji,
- psychologiczne i socjologiczne – wadliwe zachowania ludzi, nawyki, postawy.

Najczęściej występujące zdarzenia niepożądane

Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki w celu monitorowania zdarzeń niepożądanych stworzyło Rejestr, w którym można zgłaszać występujące zdarzenia:

1. Pomyłka w identyfikacji pacjenta

Identyfikacja pacjenta to proces prawidłowego dopasowania pacjenta do zaplanowanych działań medycznych w procesie leczenia oraz dokładnego i niezawodnego przekazywania informacji o tożsamości pacjenta przez cały okres leczenia.

Do pomyłki w identyfikacji pacjenta może dojść na różnych etapach leczenia – rejestracji, wypisu pacjenta ze szpitala, w tym wystawiania skierowań i recept:

- przyjęcia pacjenta pod kartoteką innego pacjenta, który wcześniej został zarejestrowany,
- używania numeru sali chorych podczas identyfikacji pacjenta, którego w międzyczasie przeniesiono do innej sali,
- proszenia pacjenta o potwierdzenie swojego nazwiska („Czy jesteś Panem X?”), zamiast poproszenia pacjenta o podanie swojego imienia („Proszę podać mi swoje imię”),
- korzystania z dokumentacji medycznej pacjenta o nazwisku podobnym do nazwiska pacjenta, który ma być leczony,
- wpisywania danych medycznych do niewłaściwej dokumentacji (innego pacjenta),
- uzupełniania dokumentacji medycznej metodą „kopiuj – wklej” – z dokumentacji innego pacjenta,
- podawania pacjentowi leków przed potwierdzeniem tożsamości pacjenta,
- polegania na informacjach podawanych przez pacjentów nie w pełni świadomych, np. po premedykacji przed zabiegami operacyjnymi.

2. Odcewnikowa infekcja łóżyska naczyniowego

Podczas używania cewników do naczyniowych może dojść do skażenia, a w konsekwencji do skolonizowania patogenami chorobotwórczymi (przede wszystkim bakteriami, o wiele rzadziej grzybami np. *Candida spp.*). Do zainfekowania dojścia donaczyniowego

może dojść podczas:

- niewystarczającej antyseptyki skóry w miejscu wkłucia lub użycia mało sterylnego obłożenia miejsca dostępu naczyniowego,
- kontaktu miejsca wkłucia, nasadki cewnika lub innych elementów cewnika z rękoma personelu,
- podawania dożylnego skażonych leków lub płynów,
- używania skażonych roztworów płynów do płukania lub roztworów „korków” do wypełnienia światła naczynia,
- skażenie miejsca wkłucia (np. wydzielina z respiratora u pacjenta poddawanego mechanicznemu oddychaniu, gdy cewnik umieszczony jest w żyłę szyjną), przy przemoczeniu lub oderwaniu się opatrunku lub przy wykonanej nieudolnie zmianie opatrunku,
- namnażanie się bakterii kolonizujących miejsce wkłucia w wyniku zmniejszenia aktywności działania antyseptyków,
- skażenie niechronionych połączeń do wlewu dożylnego płynami (np. wodą podczas pielęgnacji pacjenta lub potem w przypadku pacjenta gorączkującego),
- skażenie elementu cewnika położonego wewnątrz naczyniowo w przypadku rozprzestrzenienia się zakażenia drogą krwi z innego źródła lub po przeniesieniu z błon śluzowych.

3. Zakażenie układu moczowego związanego z utrzymaniem cewnika w pęcherzu moczowym

Sprzyja mu:

- długi czas utrzymania cewnika w pęcherzu moczowym,
- nieprawidłowe wykonanie procedury zakładania cewnika do pęcherza moczowego,
- brak prawidłowej higieny okolic krocza przed założeniem cewnika, a także podczas jego stosowania.

4. Odrespiratorowe zakażenie układu oddechowego (ang. ventilator-associated pneumonia – VAP) związane ze stosowaniem wentylacji mechanicznej i instrumentacji dróg oddechowych

- odrespiratorowe zapalenie płuc rozwija się u 8 – 28% wszystkich pacjentów leczonych za pomocą wentylacji mechanicznej,
- im dłużej stosowany jest oddech zastępczy, tym większe jest prawdopodobieństwo wystąpienia zapalenia płuc związanego z wentylacją mechaniczną,
- źródła zakażenia: urządzenia stosowane w oddziale intensywnej terapii, mikroflora otaczającego sro-

dowiska (powietrze, woda, sprzęt, odzież), personel medyczny, pacjent,

- czynniki mające wpływ na kolonizację zależą od chorego i zastosowanej podczas leczenia terapii, m.in.: stan ciężkości podstawowej choroby, zastosowany zakres zabiegów operacyjnych, antybiotykoterapia, kontakt ze sprzętem do procedur inwazyjnych.

5. Komplikacje związane z toaletą jamy ustnej, rurki intubacyjnej/tracheotomijnej

- wykonywanie toalety dróg oddechowych i jamy ustnej jest ważne w celu zachowania drożności oraz zapobiegania infekcjom układu oddechowego,
- płukanie i oczyszczanie jamy ustnej oraz gardła przy pomocy doustnych środków biobójczych ma wpływ na zmniejszenie częstości występowania szpitalnych zapaleń płuc i stanowi element rutynowej pielęgnacji pacjenta wentylowanego mechanicznie.

6. Wypadnięcie z łóżka

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) każdego roku docho-
dzi do średnio do 10 000 urazów wśród dzieci w wieku dwóch lat i młodszych związanych z przebywaniem w łóżeczkach. Najwięcej, ponad 66% urazów, jest wynikiem wypadnięcia z łóżeczka. Należy zachować jak największą czujność podczas przebywania dziecka w łóżeczku. Różne czynności przy pacjencie należy wykonywać z zachowaniem wszelkich reguł bezpieczeństwa:

- nie można oddalać się od łóżka małego dziecka, jeśli nie zastosowane zostały barierki,
- podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych powinno się zachować środki ostrożności przed przypadkowym upadkiem z wysokości łóżeczka lub przewijaka.

Zapobieganie wypadnięciu z łóżka dotyczy także pacjentów starszych, w szczególności chorych, którzy z powodu choroby przebywają na stałe w łóżku. Powinny być stosowane różne udogodnienia i zabezpieczenia podczas przebywania w łóżku.

Do upadku może dojść także podczas przenoszenia pacjenta z łóżka na łóżko lub kozetkę. Przy wykonywaniu tych czynności powinna być odpowiednia ilość osób, żeby zachowane były warunki bezpieczeństwa. W wyniku wypadnięcia z łóżka może dojść do groźnych urazów, które negatywnie wpłyną na stan zdrowia pacjenta, a także przedłużą jego hospitalizację.

7. Komplikacje dla pacjenta spowodowane nieprawidłowym przemieszczaniem pacjenta

Upadki pacjenta podczas przemieszczania należą do najczęstszych zdarzeń niepożądanych na terenie szpitala. Konsekwencją upadków mogą być zarówno obrażenia lekkie, jak i ciężkie. Do upadku może dojść podczas przemieszczania się pacjenta np. po świeżo umytej podłodze.

W wyniku powikłań poupadkowych może dojść ograniczenia samodzielności pacjenta, długotrwałego unieruchomienie predysponującego do powstania różnego rodzaju komplikacji oraz patologii klinicznych.

8. Obcogrupowe przetoczenie krwi/osocza

Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. z 2019 r. poz. 1222):

- **NIEPOŻĄDANE ZDARZENIE:** niezamierzony i niekorzystny zdarzenie związane z pobieraniem, badaniem, preparatyką, przechowywaniem, wydawaniem i transportem krwi lub jej składników lub ich przetoczeniem, mające miejsce przed, w trakcie lub po przetoczeniu krwi lub jej składnika, mogące prowadzić do wystąpienia niepożądanego reakcji.
- **NIEPOŻĄDANA REAKCJA:** niezamierzona i niekorzystna reakcja u dawcy krwi lub biorcy krwi, związana czasowo z przetoczeniem lub pobraniem krwi lub jej składników.

W zależności od rodzaju i nasilenia można wyróżnić lekkie i poważne (ciężkie) reakcje poprzetoczeniowe. Poważna niepożądana reakcja prowadzi do śmierci, zagrożenia życia, utraty sprawności, pogorszenia stanu zdrowia lub powoduje hospitalizację lub chorobę albo ich przedłużenie.

9. Komplikacje związane z podawaniem leków

Do zdarzeń niepożądanych związanych z wystąpieniem komplikacji podczas podania leku można zaliczyć:

- podanie niewłaściwego zleconego leku spowodowany np. tym, że opakowania dwóch różnych leków są do siebie podobne,
- podanie niewłaściwej dawki leku (nieprawidłowe przeliczenie dawki przez personel),
- nieprawidłowa droga podania leku,
- reakcja ze strony organizmu chorego na podany lek np. wstrząs anafilaktyczny czy działania niepożądane.



Czynniki mające wpływ na działania niepożądane związane z podawaniem leków:

- mało czytelne oznaczenie dawki leku na opakowaniu,
- podobne opakowania leków,
- ze strony personelu – nieprawidłowe przygotowanie leku do podania bez uprzedniego sprawdzenia dawki leku na opakowaniu (szybkie przygotowanie leku, zmęczenie personelu),
- ze strony pacjenta (opiekuna, rodzica) – nieprawidłowa droga podania leku, np. rodzic nie słuchał, jak należy prawidłowo podać lek.

Zapobieganie wystąpienia zdarzenia niepożądanego podczas podawania leków:

- dokładne sprawdzanie nazwy i dawki leku przed podaniem przez personel,
- osobiste podawanie leku przez personel lub przez rodzica pod kontrolą personelu,
- podanie leku po przygotowaniu, nie pozostawianie przy łóżku pacjenta do późniejszego podania,
- dokładne i zrozumiałe poinformowanie opiekuna/rodzica, jak lek powinien być podany i jaka może być nieprawidłowa reakcja organizmu.

10. Zachłyśnięcie

Zachłyśnięcie jest to nieumyślne wprowadzenie do dróg oddechowych (krtani, tchawicy i oskrzeli) substancji płynnych. Często dochodzi do zachłyśnięcia wodą, śliną, treścią pokarmową podczas wymiotów, mlekiem czy innym płynnym pokarmem u dziecka, a w szczególności u noworodka czy niemowlaka. Może do tego dojść podczas kąpeli w wannie, picia wody czy karmienia piersią:

- w wyniku zachłyśnięcia może dojść do niedrożności dróg oddechowych – obserwuje wówczas cichy i nieefektywny kaszel, dziecko ma problem z zaczerpnięciem oddechu,

- reakcja na zachłyśnięcie powinna być bardzo szybka – należy udrożnić drogi oddechowe poprzez:
- ułożeniem dziecka na brzuchu z nisko spuszczoną głową i oklepać okolicę międzyłopatkową,
- wykonywaniem naprzemiennie 5 uderzeń w okolicę międzyłopatkową i 5 uciśnień klatki piersiowej,
- wykonanie manewru Heimlicha, który polega na kilkukrotnym i energicznym uciśnięciu nadbrzusza dziecka, które jest w pozycji pochylonej ku przodowi.

Na skutek zachłyśnięcia może dojść do poważnych powikłań zdrowotnych, a nawet zgonu.

11. Komplikacje związane z trudnymi drogami oddechowymi

Przed wykonaniem zabiegu operacyjnego lekarz anestezjolog przeprowadza badanie pacjenta w celu określenia stopnia trudności podczas ewentualnej intubacji.

Podczas wykonywania intubacji lub udrażniania „trudnych dróg oddechowych” może dojść do zdarzeń niepożądanych, takich jak: ból gardła, uszkodzenie zębów lub obrażenia ust lub języka. Do najbardziej poważnych, ale też rzadko występujących zdarzeń należy tzw. aspiracja treści pokarmowej do płuc podczas intubacji. W celu zminimalizowania ryzyka, pacjent nie powinien spożywać żadnych posiłków na 6 godzin przed planowanym zabiegiem. Niektóre poważne powikłania mogą doprowadzić do śmierci, uszkodzenia mózgu lub nieplanowanego przyjęcia na oddział intensywnej terapii.

12. Komplikacje związane ze sprzętem

Do zdarzenia niepożądanego może dojść także na skutek używania różnej

aparatury medycznej lub innego sprzętu medycznego. Duże znaczenie w występowaniu zdarzeń niepożądanych mają także ukryte wady sprzętu medycznego lub nieodpowiednie jego oznaczenie.

Na wystąpienie takiego zdarzenia może mieć wpływ zużycie sprzętu poprzez długą eksploatację, wady sprzętu ukryte lub nieprawidłowe jego użytkowanie. Bardzo ważnym czynnikiem jest także przeszkolenie kadry medycznej, która używa danej aparatury.

W celu zapobiegania występowaniu zdarzeń niepożądanych podczas eksploatacji sprzętu i aparatury medycznej powinny być prowadzone częste kontrole sprawności oraz odpowiednia konserwacja sprzętu. Stary zużyty sprzęt należy konsekwentnie wymieniać na nowy.

13. Zachowania i relacje interpersonalne oraz komplikacje związane z organizacją pracy

Występowaniu zdarzeń niepożądanych mogą sprzyjać także niektóre błędy wykonywane przez profesjonalistów:

- brak odpowiedniej wiedzy, brak wyuczonych umiejętności, rutynowe wykonywanie czynności, za mała dbałość, lekceważące podejście do procedur medycznych, błędy komunikacyjne wśród personelu, brak zaznaczenia odpowiedzialności, brak kontaktu z pacjentem lub zbyt powierzchowny kontakt.
- wykonywanie pracy w nieakceptowalnych warunkach ma wpływ na przemęczenie personelu, rozproszenie uwagi na różne czynności, wykonywanie pracy pod presją czasu oraz niewłaściwą komunikację,
- ważne są również przyczyny zdarzeń niepożądanych związane z błędami systemowymi. Zaliczmy do nich: nieuzasadnione oszczędności, braki kadry medycznej, ograniczone osobowo składy zespołów pracowników, co wiąże się z zwiększeniem ilości przypadających na pracownika zadań do wykonania,
- do zdarzeń niepożądanych dochodzi często w wyniku błędu ludzkiego, dlatego też bardzo ważne jest ich eliminacja poprzez częste szkolenia pracowników (całych zespołów), tak aby mogli wykorzystać w pełni swoją wiedzę teoretyczną i praktyczną w różnych sytuacjach zawodowych. Ofiarami zdarzeń niepożądanych są także pracownicy medyczni, dlatego bardzo istotne jest przestrzeganie norm zatrudnienia personelu w podmiotach leczniczych zgodnymi z przepisami prawa. Wpływa to na wzrost bezpieczeństwa pacjenta oraz na stworzenie optymalnych warunków podczas

procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego i rehabilitacyjnego. Natomiast personel będzie odczuwał satysfakcję z pracy oraz bezpieczeństwo podczas wykonywania swojego zawodu.

Działania zapobiegawcze:

- raportowanie zdarzeń niepożądanych,
- analiza,
- szukanie rozwiązań,
- szkolenia, szkolenia, szkolenia!

Do zadań kadry kierowniczej placówek medycznych należy:

- tworzenie katalogu zdarzeń niepożądanych (ZN),
- utworzenie czytelnego systemu raportowania ZN,
- ustawiczne szkolenia personelu,
- zapewnienie wsparcia pracownikowi,
- tworzenie zespołów do spraw analizy zgłoszonych przypadków,
- szukanie różnych rozwiązań,
- wdrażanie nowych zaleceń, standardów, wytycznych mających wpływ na zapobieganie ZN,
- kontrola wykonania tych zaleceń.

Głównym celem identyfikowania i monitorowania zdarzeń niepożądanych jest poprawa bezpieczeństwa pacjentów:

- podstawa prawna: Standardy akredytacyjne 2009r. PJ 5 – z działu standardów Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta – z działu standardów Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta,
 - wymagania standardu – wprowadza się system rejestracji zdarzeń niepożądanych polegający na:
 - identyfikacji zdarzenia niepożądanego,
 - gromadzeniu danych dotyczących zaistniałych zdarzeń,
 - monitorowaniu i przeprowadzanie okresowych analiz w placówce medycznej.
- Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych ma na celu:
- poprawę bezpieczeństwa pacjenta,
 - wdrożenie do praktyki opracowanych rozwiązań, które miałyby wpływ na eliminację lub ograniczenie występowania ZN,
 - poddanie dogłębnej analizie wystąpienia ZN – ustalenie okoliczności i przyczyn,
 - Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych jest niezależne z rejestrem skarg, nie służy stygmatyzacji oraz inicjuje działania naprawcze.

Regulacje prawne:

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- Zalecenie Rady Europy UE w zakresie Bezpieczeństwa Pacjentów i Zakażeń związanych z Opieką Zdrowotną
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011r. – o zmianie ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych

Uwaga. Od stycznia 2022 roku, zgodnie z projektem ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, zadaniem RPP jest rejestrowanie zdarzeń niepożądanych.

Piśmiennictwo:

1. Michalska-Krzanowska G, Zawada T, Pakulski C. Zastosowanie systemu Hi-Care u chorych sztucznie wentylowanych. *Anest Intens Ter* 1999,31(3):213–214.
2. Dzieża-Grudnik A, Czekaj D, Wójcik-Bugajska M, et al. Upadki w trakcie hospitalizacji – częstość występowania i konsekwencje. *Przeg Lek.* 2014,71(10):537–40.
3. Głowacka M, Kochman D, Rezmer-ska L, et al. Zdarzenia niepożądane w praktyce zawodowej pielęgniarek anestezjologicznych i intensywnej opieki. *J Publ Health NursMedRescue.* 2012, 2: 22–31.
4. Pokorski J. Medyczne i pozamedyczne czynniki bezpieczeństwa pacjenta oraz jakości w opiece zdrowotnej. *Streszczenia. Konferencja: Bezpieczeństwo pacjenta w ujęciu holistycznym.* Kraków, 2014: 42–43.
5. Medak E, Aftyka A, Rozalska-Wałaszek I. Błędy medyczne w praktyce lekarskiej i pielęgniarstwa – definicja, klasyfikacja, przyczyny, odpowiedzialność. *Pielęg XXI w.* 2014, 2(47): 43–46.
6. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. *Poprawa Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta (PJ). Zestaw Standardów Akredytacyjnych* Kraków, 2009: 105–112.
7. Aftyka A, Rozalska-Wałaszek I, Medak E, et al. Opinie pielęgniarek na temat częstości występowania błędów medycznych w codziennej praktyce. *Pielęg XXI w.* 2014, 4(49): 5–10.
8. <https://www.rcoa.ac.uk/>
9. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie. *Akredytacja szpitali.* www.cmj.org.pl



Samodzielność zawodowa w praktyce

Oto nasze spostrzeżenia i refleksje po wizycie w Łomżyńskim Centrum Medycznym w Łomży, gdzie koleżanki pielęgniarki i położne realizują w praktyce samodzielność zawodową.

Autor tekstu: mgr położnictwa, mgr pedagogiki Agata Płońska, dr n. o zdr., mgr pielęgniarstwa Jolanta Kraśnicka

Zawody medyczne są zawodami samodzielnymi, w tym również zawód pielęgniarki i położnej – zgodnie z art. 2 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Kwestia ta jest istotna i ważna dla kształtowania tożsamości zawodowej naszej grupy i budowania wizerunku. Jako OIPIP w Białymstoku chcemy czerpać z dobrych praktyk i wzorców, dlatego w myśl, że podróże kształcą, udaliśmy się z wizytą do Łomżyńskiego Centrum Medycznego w Łomży.

Spotkanie odbyło się dzięki współpracy z Dyrektorem Naczelnym Centrum Diagnostyczno-Leczniczego dr n. zdr. Bartoszem Pędzińskim, który jest niewątpliwie dumny ze swoich pracowników, jak również otwarty i chętny, by dzielić się osiągnięciami swojej placówki, by podnosić standardy w ochronie zdrowia. Podczas pobytu w Centrum zwiedziliśmy infrastrukturę oraz zapoznaliśmy się ze sposobem jego zarządzania i organizacji. Obserwując członków zespołu podczas naszego pobytu, naszą uwagę zwróciły relacje partnerskie, zaangażowanie, pasja, chęć rozwoju i samodoskonalenia pracowników.

Rola i zadania

Magister położnictwa Katarzyna Jankowska i magister pielęgniarstwa Katarzyna Kowalska, panie pracujące w Łomżyńskim Centrum Medycznym zapoznały nas ze ścieżką rozwoju wspierającą samodzielność pracy położnych i pielęgniarek w tej placówce oraz sposobem kształtowania świadomości wśród pacjentów wizerunku położnej i pielęgniarki jako samodzielnego, kompetentnego specjalisty. Na stronie Centrum możemy przeczytać: „W Łomżyńskim Centrum Medycznym możesz uzyskać nie tylko konsultacje lekarza ginekologa – położnika, badania USG i KTG, ale także konsultację położnej. W wielu kobiecych sprawach dotyczących ciąży, porodu lub opieki nad noworodkiem położna może poświęcić Ci więcej czasu i empatii niż lekarz. Nie z każdym problemem trzeba się też od razu kierować do ginekologa.



Dla pacjentek objętych naszą stałą opieką, położne zlecają badania laboratoryjne i wypisują recepty w ramach kontynuacji farmakoterapii. Wymaz do badania cytologicznego może pobrać położna – wynik zawsze oceniany jest w laboratorium (zakładzie diagnostyki cytologicznej). Położna może także pobrać wymaz z pochwy i ocenić go pod mikroskopem w kierunku infekcji bakteryjnej, grzybiczej lub pierwotniakowej... Jeśli trapią Cię dolegliwości ginekologiczno-położnicze, skontaktuj się z położną Łomżyńskiego Centrum Medycznego, która wybierze dla Ciebie najlepszą ścieżkę postępowania w ramach NFZ lub wizyt prywatnych.” Przytoczony cytat to nie puste deklaracje, ale codzienna praktyka w tym miejscu, która przynosi niekwestionowane korzyści zarówno dla pacjenta, jak i pracowników Centrum, którzy są zadowoleni i usatysfakcjonowani warunkami swojej pracy.

Opieka koordynowana

Magister Katarzyna Kowalska zaprezentowała nam miejsce pielęgniarki w opiece koordynowanej POZ, gdzie

w pełni wykorzystywane są kompetencje pielęgniarek. Niezwykle ważnym elementem opieki koordynowanej są porady edukacyjne, których zakres pielęgniarka dobiera indywidualnie, w zależności od potrzeb pacjenta. Pielęgniarki pracujące w Łomżyńskim Centrum Medycznym prowadzą w sposób profesjonalny poradę pielęgniarską, która jest zawarta w świadczeniach gwarantowanych pielęgniarki POZ. W ramach tej porady przeprowadzają u pacjenta badanie fizykalne, wystawiają skierowania na określone badania laboratoryjne, oceniają wyniki zleconych badań, a tylko w sytuacji, gdy stwierdzają niepokojące objawy, kierują do lekarza. Pielęgniarki podczas porady pielęgniarskiej wystawiają również recepty w ramach kontynuacji leczenia oraz zlecenia na wyroby medyczne. Opieką pielęgniarską objęci są także pacjenci z ranami przewlekłymi, gdzie pielęgniarka samodzielnie podejmuje decyzje o doborze sposobów leczenia ran. Jednym ze świadczeń gwarantowanych pielęgniarki i lekarza POZ jest program profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK) i tutaj również pielę-

gniarki realizują go samodzielnie: przeprowadzają wywiad i kierują na badania (pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz badania biochemiczne). Na ich podstawie dokonują oceny ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia oraz wskazują, w zależności od potrzeb, dalsze zalecenia. Wiele problemów związanych ze zdrowiem pacjentów pielęgniarki rozwiązują właśnie podczas porad pielęgniarskich, zmniejszając czas oczekiwania pacjenta na wizytę poradni.

Informatyzacja

W placówce mogliśmy przyrzeć się również dobrym praktykom w zakresie informatyzacji systemu ochrony zdrowia, telemedycyny, gdzie np. e-recepty wystawiane przez pielęgniarki i położne stanowią ok. 70% ogółu recept.

Komunikacja

Magister pielęgniarstwa Pani Katarzyna Kowalska zaprezentowała nam standardy obowiązujące w Centrum, sposób ich ewaluacji oraz organizację codziennej pracy w podmiocie, która w znaczącym stopniu opiera się o dobrą i efektywną komunikację z pacjentem, a także członkami zespołu medycznego. Jest to kluczowe do tworzenia relacji z pacjentem, a przez to realizacji założeń procesu leczniczego, uwzględniającego samodzielne decyzje pielęgniarki i położnej.

Pielęgniarki i położne, z którymi mogliśmy się spotkać i rozmawiać, podkreślały, iż są dumne ze swojej samodzielności, ale również zwracały uwagę na rolę współpracy, wsparcia – szczególnie ze strony dyrekcji, wzajemnego zaufania i zaangażowania, czyli nieustannego doksztalcania, celem podnoszenia kwalifikacji i poszerzania kompetencji, dzięki którym coraz szerzej mogą ją realizować.

Dyrekcja i Zespół Łomżyńskiego Centrum Medycznego dowodzi, że można realizować założenia współczesnej ochrony zdrowia na najwyższym poziomie i według najnowszych standardów, gdzie każdy członek interdyscyplinarnego zespołu jest postrzegany jako partner i kompetentny, samodzielny specjalista, który jest wartością. Samodzielność pielęgniarek i położnych w Łomżyńskim Centrum Medycznym to nie slogan, a codzienna rzeczywistość, która ukazuje, że zmiana w myśleniu i działaniu jest możliwa.

Dziękujemy dyrekcji i koleżankom za przedstawienie dobrych praktyk w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. □



Praca personelu medycznego pełna wyzwań

Inauguracyjne posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. zawodów medycznych i terapeutycznych

Brak bezpiecznego sprzętu, narażenie na kontakt z toksycznymi lekami, brak pomocy psychologa i ciągle zmęczenie. To tylko niewielki ułamek z tego, z czym na co dzień mierzą się pracownicy ochrony zdrowia. 9 kwietnia odbyło się pierwsze, inauguracyjne posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. zawodów medycznych i terapeutycznych podczas, którego dyskutowano o najważniejszych problemach związanych z pracą personelu medycznego. Jednak pojawiają się też nowe szanse. Zgromadzeni eksperci jasno i zgodnie wskazali rozwiązania, których wdrożenie może realnie podnieść poziom bezpieczeństwa personelu i pacjentów, a także usprawnić funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia.

Bezpieczeństwo i dobrostan pracowników medycznych są ogromnym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia – Eksperci Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali wypracowali stanowisko z zaleceniami do wskaźników jakości w ochronie zdrowia.

Pierwszym punktem posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. zawodów medycznych i terapeutycznych było omówienie aktualnych wyzwań związanych z pracą personelu medycznego. Maciej Latos, ekspert Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali oraz Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Infuzyjnego przedstawił problemy, z którymi na co dzień mierzą się medycy.

Niezbędne jest, aby szpitale miały dostęp do bezpiecznego sprzętu, a zdarzenia niepożądane były zgłaszane w rejestrach prowadzonych w formie elektronicznej. Bardzo ważne jest również bezpieczne przygotowywanie leków cytotoksycznych w szpitalach oraz kontrola i raportowanie zakażeń szpitalnych, w tym alarmujących patogenów – podkreśla ekspert.

Rozwiązaniem, które proponuje wdrożyć Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali, jest uwzględnienie pięciu dodatkowych wskaźników jakości w rozporządzeniu dotyczącym wskaźników jakości w ochronie zdrowia:



- Wskaźnik liczby zgłoszonych ekspozycji zawodowych,
- Wskaźnik liczby / odsetek przeszkolonego personelu,
- Wskaźnik monitorujący zakażenia szpitalne,
- Wskaźnik monitorujący wykorzystanie bezpiecznego sprzętu (igły, kaniule, systemy do pobierania krwi),
- Wskaźnik wystąpienia sepsy na 100 wypisanych pacjentów.

Na podstawie Zintegrowanego Modelu Bezpieczeństwa Szpitali oraz doświadczenia i wiedzy Ekspertów wyróżniliśmy 5 wskaźników, które umożliwią bezpieczną pracę personelu medycznego oraz zwiększą poziom bezpieczeństwa pacjentów. Zakażenia szpitalne to ogromny problem, a ich przyczyną może być brak bezpiecznego sprzętu w szpitalach, zdarzenie niepożądane czy brak wiedzy personelu medycznego i pacjentów. Nie można także zapominać o problemie antybiotykooporności –

komentuje dr n. med. Monika Pintal-Ślimak, ekspert Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali, Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Ważnym poruszonym aspektem, był również dobrostan personelu medycznego, który jest przemęczony.

Pracownicy ochrony zdrowia powinni mieć stały dostęp do pomocy psychologicznej, a także do urlopu rehabilitacyjnego. Ponad 40% pielęgniarek, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej są powyżej 50. roku życia, co wiąże się nie tylko z chorobami zawodowymi, ale niestety także krótszą średnią wieku.

Najbardziej krytycznym elementem bezpieczeństwa jest czynnik ludzki. Organizacja pracy personelu pielęgniarskiego może pozytywnie wpływać na bezpieczeństwo pacjenta lub stanowić zagrożenia dla pacjenta. Pracownik, który pozostaje na stanowisku pracy powyżej 8 godzin, pracuje z obniżoną koncentracją, spada jego motywacja, a także przestaje myśleć krytycznie.

Dlatego fakt przyzwalania przez szpitale pracy pielęgniarek w systemie nawet 24-godzinny należy uznać za jedno z zagrożeń bezpieczeństwa pacjenta. Politycy i zarządzający muszą się zmierzyć z tym tematem. Pielęgniarka powinna mieć również większą rolę w podejmowaniu decyzji klinicznych i bardziej samodzielnie działać – podkreśla dr n. o zdr. Grażyna Wójcik, Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Bezpieczny dostęp naczyniowy to nadal wyzwanie. Jednak w Polsce zachodzą pozytywne zmiany, o których warto głośno mówić.

Uzyskanie bezpiecznego dostępu naczyniowego wciąż jest problemem, a wśród najczęstszych powikłań u pacjentów występują m.in. infekcje, zapalenia i zakrzepice żył oraz krwawienie. Rozwiązaniem tych problemów mają być nie tylko już wypracowane rekomendacje bezpiecznego dostępu naczyniowego, ale także powstawanie interdyscyplinarnych zespołów dostępu naczyniowych w szpitalach. Należy również zwiększać kompetencje zespołów pielęgniarskich w zakresie kwalifikacji pacjentów, wprowadzania różnych rodzajów dostępu, m.in. PICCs oraz konsultacji pacjentów podczas terapii dożylnych. Takie rozwiązania na co dzień funkcjonują w Europie m. in. w Wielkiej Brytanii, Włoszech, Hiszpanii, Czechach czy Norwegii.

Wiele rozwiązań systemu ochrony zdrowia z Unii Europejskiej jest traktowane wybiórczo. Dlatego trzeba zmieniać rzeczywistość, implementując w Polsce programy pilotażowe i rozwiązania, które na co dzień dobrze działają za granicą. W Polsce jako pierwsi utworzyliśmy zespół dostępu naczyniowego, który funkcjonuje w UCK WUM w Warszawie, następnie zaczęliśmy tworzyć kolejne takie zespoły – obecnie jest ich

w Polsce około 10. To bardzo duży krok naprzód w uczynieniu dostępu naczyniowego bezpiecznym – dodaje Maciej Latos, ekspert Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali, Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Infuzyjnego.

Narażenie na kontakt z toksycznymi lekami oraz koordynacja i optymalizacja przepływu leków w szpitalach to obszary, w których potrzebne są zmiany.

Eksperti zgodnie zwrócili uwagę, że wciąż mają miejsce zdarzenia związane z narażeniem personelu medycznego i pacjentów na kontakt z lekami cytotoksycznymi. Taka sytuacja nie powinna mieć miejsca. Problem ten wykazał raport „Bezpieczny Szpital to Bezpieczny Pacjent”, z którego wynika, że niemal 40% szpitali wciąż nie prowadzi oceny ryzyka narażenia na skażenia lekiem cytotoksycznym, a 42% szpitali nie ma opracowanych, wdrożonych i egzekwowanych procedur postępowania awaryjnego po skażeniu lekiem cytotoksycznym.

Niezbędne jest wprowadzanie farmaceutów szpitalnych na oddziały w szpitalach oraz koordynowanie wydawania leków, tym samym umożliwi to optymalizację kosztów związanych z ich wydawaniem. Zła dekontaminacja powierzchni płaskich w szpitalach, złe wydawanie antybiotyki oraz narażenie personelu medycznego i pacjentów na ekspozycję podczas przygotowywania leków cytotoksycznych to kolejne wyzwania dla polskich szpitali – zauważa dr n. farm. Piotr Merks, ekspert Grupy Roboczej ds. Bezpiecznego Dostępu Naczyniowego Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali, Przewodniczący Związku Zawodowego Pracowników Farmacji.

Głos ten podzieliła również Alina Górecka, Wiceprezes Naczelnej Rady

Aptekarskiej, dodając, że wszystkie leki wysokiego ryzyka podawane do żyły pacjenta powinny być przygotowywane w zwalidowanych warunkach pracowni apteki szpitalnej. Pielęgniarki mają prawo do bezpiecznego leku, który będą podawały pacjentowi. Konieczne są zmiany systemowe dotyczące przygotowywania leków w szpitalach.

Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali została zawiązana w 2021 roku, a głównym jej celem jest zwiększanie bezpieczeństwa pracowników ochrony zdrowia w miejscu pracy, m.in. poprzez promowanie i zachęcanie szpitali do korzystania z bezpiecznego sprzętu medycznego. Głównym projektem Koalicji jest program „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent”, do którego przyłączają się placówki medyczne, przestrzegające zaleceń w niej zawartych. Patronat nad projektem objęły: Narodowy Fundusz Zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Polska Federacja Szpitali, Naczelna Izba Lekarska, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polski Klub Dostępu Naczyniowego, Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, Naczelna Izba Aptekarska, Europejskie Stowarzyszenie Czyste Leczenie, Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, Polskie Towarzystwo Mikrobiologów, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej oraz Polskie Towarzystwo Pielęgniarskiego Infuzyjnego.

Materiał prasowy 



Kobieta odważna – Paulina za granicą

Każdy chciał posłuchać, ale nikt jeszcze nie zapytał! Jak wygląda praca pielęgniarki w Wielkiej Brytanii? Z Pauliną Terry ze Stacji Dializ w Łapach rozmawia mgr Magdalena Dąbrowska

Paulino, spotykamy się w łapskim Szpitalu na Stacji Dializ, ale tak naprawdę przygodę z nerką dializacyjną zaczęłaś jako pielęgniarka w Wielkiej Brytanii. Skąd decyzja o emigracji?

Od zawsze byłam osobą spontaniczną, poszukującą swojego powołania, więc cała moja historia oparła się o to, że chciałam czegoś nowego. Poszłam na kurs języka angielskiego dla pielęgniarek, gdzie były prowadzone rozmowy o pracę i dostałam atrakcyjną ofertę. To była szybka decyzja, nie miałam nic, co mnie zatrzymywało w Polsce. Pomyślałam: „Dlaczego nie?”. Rozmowy o pracę odbyły w czerwcu, a we wrześniu byłam już w Wielkiej Brytanii. To był skok na głęboką wodę. Pojechałam, nie znając nikogo. Miałam tylko pewne miejsce zatrudnienia. Miał to być rok albo dwa, żeby podszkolić język, zobaczyć, jak wygląda wielki świat. Zostałam na dziesięć lat.

– Skoro byłaś tam tak długo, nie mogło Ci się nie podobać! Pamiętasz jakie było pierwsze zderzenie z angielską rzeczywistością?

Przyznam, że szok i zderzenie były dość duże. Pierwsza rzecz – przesłam z pracy w domu do szpitalu do domu opieki, druga – zupełnie inny system pracy, w którym musiałam się odnaleźć w czasie miesięcznego przeszkolenia. Potrzeba sporo samozaparcia, żeby opanować kwestie prawne, zarządzanie sobą i grupą opiekunów medycznych, poznać kulturę pracy i schematy postępowania, no i oczywiście język. Znajomość angielskiego to jedno, a skróty, język branżowy i szybkie zwroty używane w codziennej pracy to inna kwestia – trzeba poznawać je na bieżąco. W domu opieki pielęgniarka na odcinku jest jednostką decydującą w wielu sprawach, zwłaszcza podczas dyżurów nocnych i weekendowych. W systemie, w którym pracowałam była jedna pielęgniarka na odcinek i to ona odpowiada za opiekę. Musiałam opanować sporo umiejętności managerskich, a co także bardzo ważne – kulturę pracy tego kraju, zwyczaje panujące wśród pacjentów i współpracowników.



– Czyli w tamtym momencie zauważyłaś pierwszą różnicę w organizacji pracy pomiędzy Polską a Wielką Brytanią. Opowiedz, co zwróciło Twoją uwagę.

Praca w domu opieki to był pierwszy krok. Widziałam różnicę, jednak znacznie więcej zauważyłam, gdy rozpoczęłam pracę w angielskim szpitalu. Podczas pracy na stacji dializ największe zdziwienie wywołał u mnie brak obecności lekarza dyżurnego. Jest on dostępny

zawsze „pod telefonem” i w czasie miesięcznych konsultacji oraz w sytuacjach zagrażających życiu i zdrowiu pacjenta. Pielęgniarki dializacyjne mają znacznie szersze kompetencje, np.: badają pacjenta podczas przyjęcia, ustalają parametry dializy, mogą decydować o pobraniu krwi na badania oraz odczytać ich wyniki i zdecydować o dalszym postępowaniu. To my ustalaliśmy parametry zabiegu zgodnie z naszą wiedzą



i umiejętnościami. Braliśmy czynny udział w spotkaniach tak zwanych multi disciplinary team. Są to comiesięczne spotkania zespołu, w skład którego wchodzi: pielęgniarka dializacyjna, lekarz i dietetyk. Mają one na celu ocenę jakości leczenia pacjenta oraz ustalenie planu leczenia na następny miesiąc. Do jednych z moich obowiązków należało też prowadzenie zestawień wyników badań dotyczących anemii i przedstawianie ich na tych spotkaniach w celu ustalenia dawek żelaza i erytropoetyny.

Pielęgniarki na moim oddziale także były odpowiedzialne za odpowiednią opiekę nad dojściem naczyniowym (wykonywały USG naczyń) i to one bezpośrednio kontaktowały się z chirurgiem naczyniowym w przypadku ewentualnego zabiegu na przetocze żyłno-tętniczej czy wymiany cewnika.

Później praca w szpitalu jako „nurse in charge” mocno zweryfikowała moje umiejętności managerskie. Pracując, musisz znać perfekcyjnie wszystkie przepisy i regulacje, to jest w Anglii podstawą. Każde działanie jest oparte o pewien schemat, wszystkie sytuacje są przewidziane, a metody postępowania są bardzo dobrze opisane. Pracując jako pielęgniarka, odpowiadasz za podjęte decyzje, a jako „nurse in charge” dodatkowo za zespół.

Anglicy są bardzo precyzyjni, jeśli chodzi o przepisy. Bardzo poważnie podchodzą do kwestii odpowiedzialności za popełnione błędy. Sytuacja, w której błąd wystąpi jest kilkakrotnie analizowana i wyciągane są wnioski. Myślimy, co zrobić, żeby więcej się nie wydarzyło. Wszystko opiera się o powrót do procedury i sprawdzanie, czy czynność została wykonana zgodnie z procedurą.

Ciekawym faktem, o którym mogę tu

wspomnieć, jest to, że UK jest jednym z nielicznych krajów, gdzie są prowadzone hemodializy domowe. Pacjenci są bardzo dobrze przeszkoleni przez pielęgniarki dializacyjne, wiedzą, jak wykonywać zabiegi samodzielnie.

- Wyjazd zarobkowy za granicę znacznie różni się od tego wakacyjnego. Jak wyglądało Twoje odnalezienie się w rzeczywistości poza szpitalem?

Wyjechałam do Anglii z pomocą agencji pracy. Na pierwsze dwa tygodnie mieliśmy zapewnione zakwaterowanie i opiekuna, który pomógł nam w najważniejszych kwestiach, np. otworzenie konta w banku. To było bardzo ważne, bo wypłata wpływała na konto w systemie tygodniowym. Sam pracodawca był również przyjaźnie nastawiony, więc mogliśmy liczyć na jego pomoc. Po tych dwóch tygodniach zostaliśmy w pewnym sensie zostawieni sami sobie. Z założenia powinniśmy być osobami samodzielnymi, które mają gdzie mieszkać, posiadają konto w banku i wiedzą, jak dotrzeć do pracy.

- Dwa tygodnie to krótki okres czasu!

Krótki, ale w dobie Internetu jest to możliwe. Mieszkania są dostępne od ręki, więc jeśli jesteś zaradną osobą, można to sprawnie zorganizować.

- Wróćmy jeszcze na chwilę do języka angielskiego. Czy poziom, z którym zakończyłaś kurs angielskiego dla pielęgniarek był wystarczający do podjęcia pracy?

Jeszcze wcześniej przed kursem miałam zderzenie z amerykańskim angielskim, ze względu na to, że wyjeżdżałam jako studentka w programie Work and Travel. Szokiem w Wielkiej Brytanii był pierwszy dzień, w którym poszłam do McDonalda i odkryłam, że nie potrafię zamówić sobie nawet jedzenia. Zdawało mi się, że ja mówię wyraźnie, ale mimo to zupełnie nie rozumiałam, co odpowiada sprzedawca (uśmiech). Angielski, którego się uczymy, a język żywy, z silnym akcentem, np. Essex, i potocznymi wyrażeniami jest zupełnie inny. Potrzeba chwili, aby się osłuchać. Dodatkowo praca z ludźmi chorymi, to też swoiste wyzwanie, ich język często jest „zabarwiony” przez trudności, z jakimi się borykają. Jednak w środowisku medycznym pracuje bardzo dużo ludzi z różnych stron świata. Każdy z nich mówi angielskim naznaczonym swoim narodowym akcentem czy gramatyką. Sprawia to, że jest duża otwartość na zrozumienie.

- Polacy nie są jedyną narodowością, która decyduje się na emigrację. Jak

współpracowało Ci się w międzynarodowym zespole? Czy to było duże wyzwanie?

Współpracowałam z ludźmi z Europy (Hiszpanii, Rumuni, Francji, Norwegii, Włoch). Ponadto byli ludzie z Filipin, z Indii i krajów afrykańskich. Wspominam tę współpracę bardzo miło ze względu na to, że wszyscy współpracowali ze sobą, pomagali sobie, bo każdy był w nowej sytuacji. Wykazali się wobec siebie ogromnym zrozumieniem i cierpliwością. Każdy z nas przyjechał ze swojego kraju z innymi umiejętnościami, z innego systemu zarządzania, ale mimo wszystko potrafiliśmy się razem zgrać i porozumieć.

Czasem występują nieporozumienia z powodu różnic kulturowych, jednak – zachowując otwartość – przeradzają się one w zabawne anegdotki. Praca w międzynarodowym zespole bardzo dużo uczy i poszerza horyzonty.

Najmilej wspominam stół w pokoju socjalnym zastawiony pysznościami z różnych krajów w czasie momentów celebracji.

- Paulino, zapomniałam zapytać, czy przed wyjazdem do Anglii pracowałaś jako pielęgniarka w Polsce?

Tak, przed wyjazdem pracowałam przez trzy lata w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim w Warszawie na gastroenterologii.

- Czy umiejętności, które zdobyłaś w kraju były wystarczające, żeby spokojnie podjąć pracę w Wielkiej Brytanii?

Wyjeżdżając, miałam duże obawy, bo nigdy nie pracowałam w domu opieki. Nie wiedziałam do końca, czego można się tam spodziewać. Największym stresem był jednak język i lęk, czy jego poziom jest wystarczający. Uważam, że jesteśmy dobrze wyszkolonym personelem medycznym, który potrafi odnaleźć się w wielu sytuacjach. Mamy bardzo dużo umiejętności nabytych już w trakcie studiów licencjackich. Na przykład pobierania krwi/zakładania kaniuli uczymy się jako pierwszych czynności praktycznych, gdzie świeżo upieczone pielęgniarki w UK uczą się tego dopiero podczas kursów w pracy. Także trzyletnia praca na oddziale internistycznym pozwoliła mi na zdobycie wystarczających umiejętności do pracy w różnych warunkach i z różnymi pacjentami.

- Czyli kończąc studia w Polsce, możemy śmiało czuć się jako profesjonalistki na wysokim poziomie...

Dokładnie tak. Uważam, że nie mamy czego się wstydzić.

- Lećmy już powoli w kierunku Polski. Wróciłaś po 10 latach. Niewątpliwie w polskim pielęgniarstwie nastąpiło w tym czasie dużo zmian...

Nie odciełam się zupełnie od ojczyzny, koleżanki opowiadały mi o różnych „innowacjach”, które są wprowadzane, ale różnica jest niewątpliwie zauważalna. Kiedy wyjeżdżałam do Anglii, do mojego szpitala dopiero wchodziły pierwsze systemy informatyczne. Dziś ciężko wyobrazić sobie oddział bez kilku komputerów. Dodatkowo duża ilość sprzętu... Co raz rzadziej mamy obraz biednego szpitala, w którym nie ma podnoszonych łóżek i kardiomonitorów. Mamy coraz więcej zaawansowanego technologicznie sprzętu i potrafimy go wykorzystać.

- Zbliżając się już do końca rozmowy, chciałabym zadać ostatnie pytanie. Jakie cechy charakteru trzeba mieć Twoim zdaniem, żeby spróbować żyć i pracować w innym miejscu? Nie musi to być emigracja zarobkowa, ale forma poszukiwania swojego miejsca w świecie i w zawodzie.

Ciekawość świata i ludzi jest rzeczą, bez której ciężko będzie sobie poradzić. Musisz być otwarta i odważna i przede wszystkim się nie bać. Wszystkiego innego można się nauczyć. Nie musimy karmić się kompleksami o byciu niewystarczającym.

- Piękne podsumowanie. Bardzo dziękuję Ci za rozmowę. □

Zapraszamy także na spotkanie z Pauliną w necie

Influenserów pielęgniarstwa i położnictwa nie trzeba daleko szukać. Oni są wśród nas! W ramach naszej autorskiej serii „InspirujeMY” będziemy pokazywać pielęgniarki i położne z okręgu białostockiego. Nazywamy je bohaterkami codzienności. Chcemy chwalić się i pokazywać nasze koleżanki jako profesjonalistki.

https://www.facebook.com/profile.php?id=61557907282799&locale=pl_PL



Sztuka koszenia trawy

Wiek XXI to wielka tęsknota za oryginalnością. Człowiek chce się wyróżniać, czy to poprzez ubiór, samochód, czy jedynie właściwy sposób zawiązywania sznurówek.

Autor tekstu: mgr Sebastian Kukło

pielęgniarz, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, oligofrenopedagog

Na jednej z grup FB, do których należę, zamieszczono zdjęcie przedstawiające pomarańczową, niewyraźną powierzchnię. Społeczność zajmująca się fotografią w nurcie minimalizmu (czyli oszczędnych w szczegółach kadrach, podkreślających temat, linie geometryczne lub nietypową grę barw), podzieliła się na krytyków, jak i fanów mandarynkowej plamy. W moim przekonaniu było to dzieło wątpliwe, jak do reszty podarte spodnie, w których dziurach dopatrywać się można symboli i kształtów. Ale dla wielu innych była to uczta dla oczu. Kolory, odcienie, światło, tekstura... Jednym słowem – sztuka dla konesera, której piękno doceni jedynie najbardziej wytrenowane oko.

Okazało się jednak, że wspomniane zdjęcie było dziełem przypadku. Ylke, jego autorka, zdradziła, że fotografia, posądzana o artystyczną głębię, przedstawia po prostu jej spodnie, a dokładniej – ich kieszeń. Co więcej, za jej powstaniem stoi nie minimalizm (nazywany już przez niektórych awangardowym nurtem zeroizmu), ale zupełnie niezamierzone dotknięcie spustu migawki. Tym samym produkt, określany z uporem mianem wykwiintnej uczty, był zaledwie wypadkiem w kuchni i daniem niestrawnym, przypadkiem podanym na stół. Sama Ylke, patrząc na wszystko z boku, nie mogła wyjść ze zdumienia. Żadne z jej poprzednich, intencjonalnych zdjęć nie wywołało tak żywych, entuzjastycznych reakcji, jak ten jeden pomarańczowy kleks, będący wynikiem wpadki.

Pragnienie bycia oryginalnym jest szczególnie trudne w dobie Internetu (trendy), jak i masowej cyfryzacji i symplifikacji życia (AI). Człowiek nie zawsze świadomie naśladuje innych. I nie zawsze udanie. Coraz trudniej przychodzi nam myśleć, szukać nowych rozwiązań lub dedukować w oparciu o dane. Wszystkie pytania rozwiewa dziś smartphone. Sieć podsuwa gotowe pomysły, oparte o wcześniej opracowany szablon. Kreatywność sprowadza się często do przerysowania z kalki, czerstwym ideom brakuje świeżości, a rozwiązaniom prostoty. Nie ma się jednak co dziwić. To,



Autorem zdjęć jest Sebastian Kukło

co dawniej wymagało myślenia, dziś jest zaledwie kwestią łączności z siecią.

A mimo to wewnętrzna potrzeba skomentowania i wejścia w rolę eksperta bywa silną potrzebą chwili. Asertywność, mylona z autorytetem, sprowadza się często do głośnych, soczystych anonsów stwarzających pozory racji. W rzeczywistości nie ma nic prostszego od bycia komentatorem. Ba, od lat uważam, że najwięcej do powiedzenia mam w sprawach, na których się nie znam. Bo przecież to wstyd się nie znać. W pędzącym świecie, który bazuje na ciągłej aktualizacji danych, zmiennym jak kurs bitcoina, niewiedza jest jakaś wstydliva, obnażająca mózg. Lepiej więc wrzucić z brzdękiem trzy grosze niż być posądzonym o wsteczność. Ekspert brzmi

dumniej niż dziaders. Przy czym nie chodzi tu wcale o wiedzę...

Świat, a już szczególnie Internet, pełen jest konsumentów recenzujących produkty. Osoby komentujące wywiady bądź strojące miny do wrzucanych przez innych rolek, stosują przemiał wtórny gotowych, autorskich treści, nabijając z łatwością dziesiątki tysięcy kliknięć. Z mojego punktu widzenia to droga na skróty, gdzie do wniosków i puenty prowadzi nas czyjaś ręka. Czasem to oczywiście forma zabawy, spędzania wolnego czasu na „odmóżdżaniu”, które stanowi dziś święte, nienaruszalne prawo każdego Polaka. Niestety, wyręczanie w myśleniu prowadzi z czasem do rozleniwienia, gdzie jedynym wysiłkiem intelektualnym jest sunięcie po wyslizga-

nych na polysk szynach własnej rutyny i powtarzalności.

Oczywiście, znajdują się i obrońcy gotowych pomysłów, jak książki kucharskiej, z której można bez końca ściągać. Wkońcu omlet to omlet, a szpital to szpital i jako taki nie wymaga pionierskich, trudnych w implementacji rozwiązań. Ktoś może dodać, że samo naśladownictwo nie jest złe z definicji i będzie mieć rację. Wszyscy opieramy się na stabilnych fundamentach zawodowych, które mają potężne ściany i żelbetonowy strop. Poza tym, jak powiedział Oscar Wilde, imitacja jest niczym innym, jak najwyższą formą pochlebstwa. No cóż. Do pewnego stopnia. Wydaje mi się bowiem, że w dobie ChatGPT kopiowanie jest często dowodem nie tyle postępu, co zwykłego lenistwa i oszczędności, jeśli nie w złotychkach, to w czasie. Ba, swoistą obsesją szpitali jest szeroko pojęta redukcja kosztów, wydatków, pacjentów i personelu. Uniwersalnym symbolem placówek ochrony zdrowia jest figa z makiem. W jej garści najkrócej żyją pomysły, na które przeważnie nie ma zwyczajnie pieniędzy.

To, co nowe jest nie tylko niechciane, ale nawet zagrażające. Po co nam drugie spodnie, skoro na dziurach można naszywać łaty? Do czego nam kalkulator, skoro mamy liczydła? Rozumiem wygodę, która może rozkwitać na niezmiennym, statycznym gruncie. Szkopuł

w tym, że rzeczywistość jest w ciągłym ruchu, wymaga więc nie redukcji, a domóżdżenia (znamienne, że takie słowo wciąż nie istnieje). Co i kiedy wkładamy do głowy? W jakich ilościach? Czy szukamy nowych rozwiązań? A może – jak podejrzewam – pielęgnujemy wczorajsze tradycje w obawie, że to co nowe, obnaży naszą własną wygodę i niechęć do zmian? O ile nauczyliśmy się dzisiaj karmić ciało i brzuchy w oparciu o diety jutra, o tyle gorzej idzie nam z głową. Zaniedbania w przestrzeni myślenia krytycznego czy sceptycyzmu będą – w moim odczuciu – największym problemem najbliższych dziesięciu lat.

Wydaje mi się, że mimo wszystko wielu z nas przejawia tęsknotę za oryginalnością. Pobrzmiewa w nas ona niczym burczenie brzucha, które zagłuszane jest rutyną i krzykiem „Nie wychodź przed szereg!”. Sir Ernest Shackleton, jeden z pionierów wyprawy na Biegun Północny, zamieścił przed laty ogłoszenie: „Poszukiwani ludzie do pracy. Niskie zarobki, srogi mróz, miesiące w ciemności, ciągle niebezpieczeństwo, wątpliwa szansa na powrót. W przypadku sukcesu – honor i sława”. I co? W przeciągu kilku dni zgłosiło się do niego kilkuset chętnych. I nikt, wbrew obawom, nie zginął.

Współczesny „shackletonizm” przejawiać się może poprzez poszukiwanie nowych rozwiązań. Pisałem nie raz

o certyfikacji szpitali w ramach placówek przyjaznych osobom niepełnosprawnym, o rozszerzaniu uprawnień pielęgniarzów, o wyciszaniu czy wyciemnianiu szpitala, ewaluacji koordynatorów lub ikonograficznym znakowaniu chorych o szczególnych potrzebach (w zakresie spożywania posiłków czy płynów). Wiem aż za dobrze, jak trudno jest przełamywać stare przyzwyczajenia i stawiać na nowe (wbrew komentarzom innych). To proces podobny do wysiewania trawy, głaskanej potem ostrzem kosiarzki. Niskie, konserwatywne cięcia. Nic powyżej krawędzi noża. Mimo wszystko innowacyjność jest naszym przywilejem i obowiązkiem. Z punktu widzenia postępu na szczególną uwagę zasługują nie tylko pomysłodawcy, ale i konsumenci, którzy krzywią się cierpko na samą myśl o zmianie dotychczasowej diety. To oni koszą zbyt nisko trawę, zapewniając spokojny żywot zbutwiającemu pędowi. Czy jest to polityka przyszłości, zależy już w dużej mierze od zarządcy ogrodu, jakim jest oddział czy szpital.

Minimalizm, jako trend w sztuce, jest estetyczną koncepcją ujawniającą piękno nieoczywistych, trywialnych z pozoru obiektów. W kontekście pracy – to wejście w rolę krytyka, dla którego najlepszą obroną jest atak.





ROK ZAŁOŻENIA 1991

