

ISSN 1640-7679

# Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

1-2/2023



**Stanowisko nr 65  
Naczelnej Rady  
Pielęgniarek  
i Położnych**

**Informacja  
o składkach  
członkowskich**

**Obowiązek  
statystyczny  
za rok 2022**

**Jakość przywództwa  
a bezpieczeństwo  
opieki**

**W trosce  
o radość w życiu**

**11 lutego**

**Światowy Dzień  
Chorego**



# Uroczyste otwarcie Izby Pamięci im. sł. b. Stanisławy Leszczyńskiej

„Historia jest świadkiem czasów, światłem prawdy, życiem pamięci i nauczycielką życia...”  
Cyceron

W dniu 14 grudnia 2022 r. w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi przy ul. Emilii Plater 34 odbyła się uroczystość poświęcenia i otwarcia Izby Pamięci im. sługi bożej Stanisławy Leszczyńskiej. W uroczystym otwarciu udział wzięli: Biskup Ireneusz Pękałski z Archidiecezji Łódzkiej, Elżbieta Wiatrowska – wnuczka i Bronisław Leszczyński – wnuk Stanisławy Leszczyńskiej, Agnieszka Kałużna – Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, pielęgniarki i położne oraz goście zaproszeni na uroczystość. Po przecięciu wstęgi, aktu poświęcenia dokonał Biskup Ireneusz Pękałski.

Zawody pielęgniarki i położnej mają bogatą tradycję i historię. Nowo powstała Izba Pamięci to nie tylko wystawa przedmiotów z przeszłości, ale zbiór dokumentów, biografii i pamiątek pielęgniarek i położnych zasłużonych dla zawodu. Celem utworzenia tego miejsca było nie tylko ocalenie od zapomnienia historii zawodów, ale i kształtowanie identyfikacji z zawodem u studentów pielęgniarstwa i położnictwa.

Izba powstała m.in. dzięki eksponatom gromadzonym przez lata przez śp. mgr Danutę Kozłowską – nauczycielkę i wychowawcę wielu pokoleń pielęgniarek. Jej marzeniem było zorganizowanie Izby Pamięci dotyczącej historii medycyny i zawodów medycznych a głównie profesji pielęgniarek i położnych. W związku z jej długotrwałą chorobą nie udało się tego zrobić i przekazała wszystkie swoje zbiory do siedziby OIPIP w Łodzi. Nie doczekała chwili otwarcia, ale pozostanie w naszej pamięci jako jedna z pomysłodawczyń jej powstania.

J.G.



## Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi  
Agnieszka Kałużna

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi  
Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi  
Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi  
Halina Gmaj-Budziarek

Skarbnik ORPiP w Łodzi  
Maria Kołatek

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej  
Małgorzata Pniak  
dyżuruje w II i IV wtorek miesiąca  
w godz. 13.00–15.00  
tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych  
Edyta Ziemkiewicz  
dyżuruje w I i III czwartek miesiąca  
w godz. 15.00–17.00

## Redaktor Naczelny „Biuletynu”

Joanna Gąsiorowska  
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 10

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
ul. Emilii Plater nr 34, 91-762 Łódź  
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74  
czynne: wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;  
**poniedziałek – dzień bez interesantów**  
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl  
– **przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału  
w kształceniu podyplomowym**

## Konto bieżące OIPIP

Santander Bank Polska SA, ul. Sienkiewicza 24, 11 Oddział w Łodzi  
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

## Prawo wykonywania zawodu

poniedziałek: dzień bez interesantów; wtorek: 10.00–17.45  
środa, czwartek 8.00–15.45; piątek: dzień bez interesantów  
tel. 42 633 32 13

## Kształcenie podyplomowe

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00  
tel. 42 639 92 62

## Biblioteka OIPIP

poniedziałek, środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;  
wtorek: 10.00–18.00

## Pośrednictwo pracy i dział socjalny

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

## Radca prawny

wtorek: 11.00–17.00, środa: 11.00–15.00, czwartek: 11.00–15.00  
tel. 42 633 71 06

## Kasa

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

# W NUMERZE:

## 2 SERWIS INFORMACYJNY

Z prac Okręgowej Rady

Stanowisko nr 65 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Informacja o składkach członkowskich

Obowiązek statystyczny za rok 2022

## 8 PRAKTYKA ZAWODOWA

Jakość przywództwa a bezpieczeństwo opieki

Wpływ lampy sollux na leczenie pieluszkowego zapalenia skóry

W trosce o radość w życiu – naszym podopiecznym i ich bliskim

## 22 GŁOS ZE ŚRODOWISKA

Wycieczka do Nieborowa

## 24 POŻEGNANIA

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34

tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;

e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelny: Joanna Gąsiorowska

Bank Zdjęć Photogenica: okładka

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

## Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

Posiedzenia i głosowania przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość na podstawie art. 14 hb Ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2095 ze zm.)

### XCII posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 28 grudnia 2022 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarki.
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu położnej i wpisano do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Przyznano na czas określony prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Przedłużono termin ważności zaświadczenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarek, 1 praktyki pielęgniarki.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 praktyk pielęgniarki, poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Przyznano członkowi OIPiP w Łodzi 1 zapomogę losową w wysokości 2500 zł.
- ▶ Podjęto decyzję dotyczącą składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi:
  - wyrażono zgodę na zwrot nadpłaty składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi zgodnie z wnioskiem – 1 pielęgniarki.
- ▶ Podjęto decyzję w sprawie sfinansowania i dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w:
  - konferencji – 2 osobom.
  - kursie specjalistycznym – 1 osobie

- ▶ Zatwierdzono:
  - zawarcie umowy cywilno-prawnej na świadczenie usług sprzątnięcia budynku OIPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do rad społecznych w podmiotach leczniczych.

### XCIII posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 18 stycznia 2023 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek.
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę/pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek/pielęgniarki OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek i pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Przedłużono termin ważności zaświadczenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wydano duplikat zaświadczenia o prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, zgodnie z Program przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
  - skierowano na przeszkolenie – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 10 praktyk pielęgniarek, 2 praktyk pielęgniarki.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyk pielęgniarki, poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Dokonano wpisu zmiany danych w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – SMK w zakresie 1 szkolenia specjalistycznego, zgodnie z wnioskiem 1 organizatora.

- ▶ Przyznano członkowi OIPiP w Łodzi 1 zapomogę losową w wysokości 2000 zł.
- ▶ Podjęto decyzję dotyczącą składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi:
  - wyrażono zgodę na rozłożenie na raty spłaty zaległych składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi – zgodnie z wnioskiem – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Podjęto decyzję w sprawie sfinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w konferencji – przyznano sfinansowanie – 3 osobom. Odmówiono 1 osobie przyznania dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych ze względów regulaminowych.
- ▶ Zatwierdzono:
  - koszty udzielania porad psychologicznych członkom OIPiP w Łodzi związanych z nieodwołaną sytuacją epidemiczną w Polsce – stanem zagrożenia epidemicznego, do czasu trwania zagrożenia.
  - koszty odnowienia usługi korzystania z programów finansowo-księgowych i kadrowo-płacowych w dziale księgowości OIPiP w Łodzi.
- komisję kwalifikacyjną dla 1 kursu specjalistycznego oraz komisje egzaminacyjne dla 1 kursu kwalifikacyjnego

- i 2 kursów specjalistycznych i organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi.
- komisję kwalifikacyjną dla 1 kursu specjalistycznego oraz komisje egzaminacyjne dla 3 kursów specjalistycznych w ramach realizacji projektu Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020 (PO WER 2014-2020) finansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego, numer POWR.07.01.00-00-0004/22.
- kadrę dydaktyczną dla 11 kursów specjalistycznych oraz zmiany w kadrze dydaktycznej dla 2 kursów specjalistycznych realizowanych na podstawie umowy z Ministerstwem Zdrowia ze środków publicznych oraz organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi.
- kadrę dydaktyczną dla 1 kursu specjalistycznego w ramach realizacji projektu Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014- 2020(PO WER 2014-2020) finansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego, numer POWR.07.01.00-00-0004/22.

oprac. mgr Halina Gmaj-Budziarek  
Sekretarz ORPiP w Łodzi

## XXXVII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (sprawozdawczo-wyborczy)

odbędzie się w dniu 16 marca 2023 r.

w Urzędzie Miasta Łodzi  
ul. Piotrkowska 104, budynek B,  
Duża Sala Obrad, II piętro.

Początek obrad od godz. 9.00



## STANOWISKO NR 65

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
z dnia 14 grudnia 2022 r.

**w sprawie stosowania ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r.  
o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego  
niektórych pracowników zatrudnionych  
w podmiotach leczniczych po 1 lipca 2022 roku**

Mając na uwadze wpływające do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych („NRPiP”) informacje o działaniach pracodawców polegających na wręczaniu wypowiedzeń warunków pracy i płacy pracownikom zatrudnionym dotychczas na stanowiskach magister pielęgniarstwa ze specjalizacją, magister położnictwa ze specjalizacją albo na stanowiskach pielęgniarka specjalista albo położna specjalista oferując stanowisko pracy pielęgniarka lub położna z jednoczesną zmianą zakresu obowiązków, lub pozostawiając z tym samym zakresem, NRPiP przedstawia poniższe stanowisko w sprawie stosowania ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (dalej jako „Ustawa”)

Przepisy Ustawy nie dają podstaw do tego, aby pracownikom, z których kwalifikacji do tej pory pracodawcy korzystali, dokonywać wypowiedzeń warunków pracy i płacy oferując pracę na innym stanowisku za wynagrodzeniem bez uwzględnienia podniesionych kwalifikacji.

Powyższe działania nie wytrzymują krytyki. Ich konsekwencje mogą być daleko idące zarówno dla pacjentów, jak i dla osób, które podejmują decyzje o wyborze zawodu pielęgniarki, położnej, a tym samym dla nas wszystkich, bo każdy z nas wcześniej czy później stanie się pacjentem – zarządzający podmiotami leczniczymi także.

Jeśli pracodawca do tej pory zatrudniał pracownika na stanowisku magister pielęgniarstwa lub magister położnictwa ze specjalizacją albo na stanowisku pielęgniarka specjalista albo położna specjalista to znaczy, że korzystał z posiadanych przez pracownika kwalifikacji, a zatem je uznawał. Jeśli ten sam pracownik miałby po okresie wypowiedzenia warunków pracy i płacy zostać zatrudniony na stanowisku pielęgniarki, położnej i nie wykorzystywać już zdobytych kwalifikacji w stosunku do pacjentów, to znaczy, że pracodawca zamierza nie tylko zdegradować kadrę medyczną, ale także odebrać

pacjentom możliwość opieki nad nimi przez personel zgodnie z posiadanymi kompetencjami.

Taki stan rzeczy doprowadzi w szybkim tempie do ogromnego kryzysu w opiece nad pacjentami, przyczyni się także bezpośrednio do braku motywacji kadry pielęgniarskiej, położniczej do podnoszenia kwalifikacji. Zdobywanie wiedzy i umiejętności przez pielęgniarki, położne stanie się nieopłacalne, nieatrakcyjne, wręcz zbędne, a zarządzający podmiotami leczniczymi staną się ofiarami własnych decyzji na skutek ciężącej na nich odpowiedzialności karnej, cywilnej i zawodowej.

Zatem, NRPiP sprzeciwia się dalszemu, uporczywemu niestosowaniu Ustawy przez zarządzających podmiotami leczniczymi. Dokonywanie wypowiedzeń zmieniających warunki pracy i płacy najwyższej wykwalifikowanemu personelowi pielęgniarki położnych na tej podstawie, że zdobyty tytuł zawodowy magister pielęgniarstwa, magister położnictwa oraz uzyskany tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lubw dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia były tylko i wyłącznie wolą pracownika a nie wymaganiami pracodawcy jest bulwersującym procederem, wyrazem braku odpowiedzialności za pacjentów i personel medyczny.

### Uzasadnienie

Jeśli zarządzających podmiotami leczniczymi, którzy obecnie wypowiadają warunki pracy i płacy pielęgniarkom i położnym, które zdobyły tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa oraz uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lubw dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, nie jest w stanie przekonać istnienie przepisu art. 61 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, zgodnie z którym „Pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy umie-

jętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego”, to należy przypomnieć także rozwiązania w prawie międzynarodowym i europejskim w zakresie ustawicznego kształcenia.

W dniu 9 października 1980 r. Polska ratyfikowała Konwencję Międzynarodowej Organizacji Pracy przyjętą w Genewie w dniu 21 czerwca 1977 roku a dotyczącą zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego (DZ. U. z 1981 r. nr 2, poz. 4).

Konwencja zobowiązała Polskę do podjęcia niezbędnych kroków w celu zapewnienia personelowi pielęgniarskiemu:

- wykształcenia i wyszkolenia odpowiadającego wykonywanym funkcjom oraz
- warunków zatrudnienia i pracy, w tym również perspektyw zawodowych wynagrodzenia, które umożliwiłyby przyciągnięcie personelu do tego zawodu i pozostanie w nim.

Było to ponad 40 lat temu. Należy zatem zadać retoryczne pytanie: Czy obecne działania zarządzających podmiotami leczniczymi są zgodne z powziętymi przez Państwo Polskie zobowiązaniami cztery dekady temu?

W ocenie reprezentowanego przez nas środowiska pielęgniarek i położnych – oczywiście nie. Dlatego też opisane w niniejszym stanowisku działania należy jak najszybciej zakończyć dla dobra pacjentów, personelu oraz samych zarządzających.

Jeżeli również prawo międzynarodowe miałooby nie stanowić odpowiedniego argumentu dla zakończenia procedury wypowiedzeń zmieniających, to przywołać należy także regulacje prawa europejskiego.

Otóż Rada Europy uwzględniła założenie edukacji ustawicznej w art. 10 Europejskiej Karty Społecznej (DZ. U. 1999.8.67) sporządzonej w Turynie dnia 18 października 1961 r., a także w europejskim porozumieniu w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek z dnia 25 października 1967 r. Rady Europy (DZ. U. z 1996 r. nr 83, poz. 384).

Do koncepcji edukacji ustawicznej nawiązuje także Unia Europejska w Karcie Podstawowych Praw Pracowników (art. 15) i Traktat w Maastricht (art. 127 pkt 2).

Mając powyższe na uwadze w kategorii ciekawostki należy traktować argument przedstawiany przez pracodawców stosujących wypowiedzenia zmieniające jakoby uzyskanie tytułu zawodowego magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa i tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, było tylko i wyłącznie wolą pracownika a nie wymaganiami pracodawcy.

Jeśli pracownik nie miałby woli podnoszenia kwalifikacji i pracodawca nie miałby wymagań w tym zakresie, to oznaczałoby, że jedna i druga strona narusza swoje podstawowe obowiązki.

Dla osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej obowiązek doskonalenia zawodowego jest zarówno powinnością etyczną, jak i obowiązkiem prawnym, nie tylko wynikającym

z powołanego wyżej przepisu art. 61 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Zgodnie bowiem z treścią przyrzeczenia zawodowego (pkt 6 Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej – dalej jako „KEPP”), osoba wykonująca zawód pielęgniarki, położnej zobowiązana jest do systematycznego doskonalenia swoich umiejętności i wiedzy dla dobra zawodu, a w części szczegółowej KEPP wskazano, że: „Obowiązkiem pielęgniarki, położnej jest ciągle podnoszenie kwalifikacji zawodowych” (Część II, pkt 1 KEPP). „(...) Pielęgniarka, położna powinna upowszechniać osiągnięcia naukowo-badawcze związane z wykonywaniem zawodu poprzez wystąpienia i publikacje, które powinny być rzetelne i pozbawione znamion sensacji” (Część II, pkt 15 KEPP). Każda pielęgniarka, położna mająca większe doświadczenie zawodowe jest zobowiązana do przekazywania młodszym koleżankom i kolegom swojej wiedzy i umiejętności zawodowych. Natomiast: „Pełnieniu obowiązków kierowniczych przez pielęgniarki, położne powinno towarzyszyć poczucie odpowiedzialności za rozwój zawodu i naukowy podwładnych” (Część IV, pkt 1 i 5 KEPP).

Z kolei zarządzający podmiotami leczniczymi jako pracodawcy muszą realizować jedną z podstawowych zasad prawa pracy, jaką jest zasada ułatwiania pracownikom podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Zasada ta została wprowadzona jako obowiązek pracodawcy (art. 94 pkt 6 Kodeksu pracy).

Zatem, obowiązkowi pielęgniarki, położnej do ciągłego podnoszenia kwalifikacji zawodowych odpowiada obowiązek pracodawcy do ułatwiania podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

W sytuacji, gdy pracodawca korzystał już z wyższych kwalifikacji zawodowych pracownika, nie może następnie skutecznie twierdzić, że nie są już one potrzebne, ponieważ postanowił zmienić zakres obowiązków pracownikowi. Jest to czynność dokonana jedynie dla pozorów, w celu wywołania określonych skutków prawnych, tj. przyznania niższego niż należne wynagrodzenia minimalnego na podstawie Ustawy. Tymczasem pozorna czynność jest nieważna na mocy art. 83 Kodeksu cywilnego.

Mając powyższe na uwadze, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w całej rozciągłości podtrzymuje stanowisko nr 62 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 sierpnia 2022 r. i ponownie apeluje do kierowników podmiotów leczniczych o zaprzestanie praktyk poszukiwania rozwiązań w celu niestosowania Ustawy, narażających bezpieczeństwo prawne podmiotów leczniczych i swoje jako zarządzających, a kiedyś pacjentów.

Sekretarz NRPiP  
Joanna Walewander

Prezes NRPiP  
Zofia Małas

## Informacja o składkach członkowskich

Na podstawie art. 11 ust. 2 pkt 4 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 916, ze zm.) członkowie samorządu pielęgniarek i położnych obowiązani są regularnie opłacać składkę członkowską. Wysokość składki członkowskiej została określona w Uchwale nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

Członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi mogą dokonywać wpłaty składek członkowskich:  
– indywidualnie poprzez stronę internetową [www.oipp.lodz.pl](http://www.oipp.lodz.pl) logując się w zakładce „użytkownik indywidualny”,  
– na rachunek bankowy OIPIP w Łodzi – Santander Bank Polska SA, ul. Sienkiewicza 24, II Oddział w Łodzi nr 20 1090 1304 0000 0000 3000 3869 – za pośrednictwem pracodawcy.

Składka członkowska dla pielęgniarek i położnych prowadzących indywidualne bądź grupowe praktyki zawodowe w ramach działalności gospodarczej wynosi za okres: 01.01.–31.12.2023 r. – 52,24 zł/miesiąc.

\* \* \*

Od 2023 r. uległy zmianie opłaty za:

- wpis i zmianę wpisu danych do rejestru organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych i wynosi – 400 zł
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – 134 zł
- zmianę wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – 67 zł
- wystawianie i wydawanie członkom samorządu zaświadczenia o kwalifikacji i przebiegu pracy – do czerwca 2023 r. 104,70 zł i od lipca 2023 r. 108,00 zł.

## Obowiązek statystyczny za rok 2022:

### praktyki zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów

Wydział Zdrowia Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi uprzejmie informuje, że zgodnie z art. 30 ust. 1 pkt. 3 Ustawy o statystyce publicznej z dnia 29 czerwca 1995 r. (Dz.U. 2022 poz. 459) oraz Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 19 listopada 2021 r. w sprawie Programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2022, wszystkie praktyki zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów mają obowiązek złożenia sprawozdań statystycznych niezależnie od kodu, jaki mają wpisany w księdze rejestrowej.

Sprawozdania należy wysłać w formie elektronicznej za pomocą Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia (SSOZ) – <https://ssoz.ezdrowie.gov.pl>. W przypadku praktyk o liczbie pracujących nie większej niż pięć osób dopuszcza się przekazywanie danych w formie papierowej, jednak należy korzystać z aktualnych formularzy obowiązujących w 2023 r. (za 2022 r.), które można pobrać ze strony <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/formularze-statystyczne>. Sprawozdania w formie papierowej należy przesyłać na adres: Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi, Wydział Zdrowia, Oddział Zdrowia Publicznego, ul. Piotrkowska 104, 90-926 Łódź

Do wypełnienia sprawozdań potrzebne jest założenie konta użytkownika w Systemie Statystyki w Ochronie Zdrowia (SSOZ). Dostęp do systemu znajduje się na stronie <https://ssoz.ezdrowie.gov.pl>. Konta użytkowników, którzy wypełniali sprawozdania w latach ubiegłych, pozostają aktywne. Do pracy w systemie zaleca się używanie darmowej przeglądarki Mozilla Firefox.

Sprawozdania MZ-88 i MZ-89 (dot. personelu) są obowiązkowe dla wszystkich praktyk niezależnie od rodzaju praktyki

i rodzaju prowadzonej działalności. Pozostałe sprawozdania są przypisywane na podstawie zarejestrowanego rodzaju specjalności oraz na podstawie ankiety, która pojawia się przy pierwszym logowaniu do systemu w danym roku sprawozdawczym. Ankietę należy bezwzględnie wypełnić. Niewypełnienie może skutkować brakiem sprawozdań lub przypisaniem niewłaściwych formularzy. Przed sporządzeniem sprawozdań należy zapoznać się z objaśnieniami zamieszczonymi na każdym formularzu statystycznym albo na stronie internetowej, gdzie znajdują się aktualne wzory sprawozdań.

**W razie wątpliwości informacji udziela** Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi. Telefony do Oddziału Zdrowia Publicznego: 42 664 10 36, 42 664 10 32, 42 664 10 72. Infolinia techniczna Centrum e-Zdrowia – tel. 19 239.

**W przypadku pytań dotyczących sprawozdań:**

- MZ-35A i MZ-35B informacji udziela Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy – tel. 42 27 19 34;
- MZ-15, MZ-19 i MZ-30 informacji udziela Instytut Psychiatrii i Neurologii – tel. 22 45 82 615
- MZ-06 informacji udziela Instytut Matki i Dziecka – tel. 22 32 77 410 oraz Centrum e-Zdrowia – tel. 22 597 09 27, e-mail: [biuro@cez.gov.pl](mailto:biuro@cez.gov.pl).

Przypominamy, że zgodnie z art. 57 i 58 ustawy o statystyce publicznej za niewywiązywanie się z obowiązku statystycznego bądź przekazywanie danych statystycznych po upływie wyznaczonego terminu grozi kara grzywny.

## Sprawozdania statystyczne Ministra Zdrowia za 2022 rok

Formularze sprawozdań dostępne są na stronie:

<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/formularze-statystyczne>

Symbol i nazwa sprawozdania	Podmioty zobowiązane do przekazania danych	Termin przekazania
MZ-88 Sprawozdanie o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą	Wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych, w tym indywidualne i grupowe praktyki zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych, praktyki zawodowe fizjoterapeutów oraz regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa	10 kwietnia 2023 r.
MZ-89 Sprawozdanie o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą	Wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych, w tym indywidualne i grupowe praktyki zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych, praktyki zawodowe fizjoterapeutów oraz regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa	10 kwietnia 2023 r.
MZ-11 Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, praktyki fizjoterapeutów, indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarek i położnych udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w ramach środków publicznych (umowa z NFZ)	31 marca 2023 r.
MZ-13 Sprawozdanie o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym indywidualne i grupowe praktyki zawodowe lekarzy, udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób płuc i gruźlicy	22 lutego 2023 r.
MZ-14 Sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym indywidualne i grupowe praktyki zawodowe lekarzy, udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową	1 marca 2023 r.
MZ-15 Sprawozdanie z działalności jednostki lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym indywidualne i grupowe praktyki zawodowe lekarzy, udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego	28 lutego 2023 r.
MZ-19 Sprawozdanie z działalności zespołu/oddziału leczenia środowiskowego/domowego	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym indywidualne i grupowe praktyki zawodowe lekarzy, udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia środowiskowego/domowego	15 lutego 2023 r.
MZ-24 Sprawozdanie o przerwaniach ciąży wykonanych w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	Podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym indywidualne i grupowe praktyki zawodowe lekarzy, udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa	14 lutego 2023 r.
MZ-29 Sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego	Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego z wyłączeniem szpitali psychiatrycznych	24 lutego 2023 r.
MZ-29A Sprawozdanie o działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej	Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające stacjonarnych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej i hospicyjnej	24 lutego 2023 r.
MZ-30 Sprawozdanie podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej	Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające stacjonarnych świadczeń zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego, leczenia odwykowego, rehabilitacji narkomanów z wyłączeniem szpitali ogólnych oraz regionalne ośrodki psychiatrii sądowej	15 lutego 2023 r.
MZ-06 Sprawozdanie z realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach	Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych oraz higienistki szkolne w zakresie opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą szkolną	29 września 2023 r.



# Jakość przywództwa a bezpieczeństwo opieki

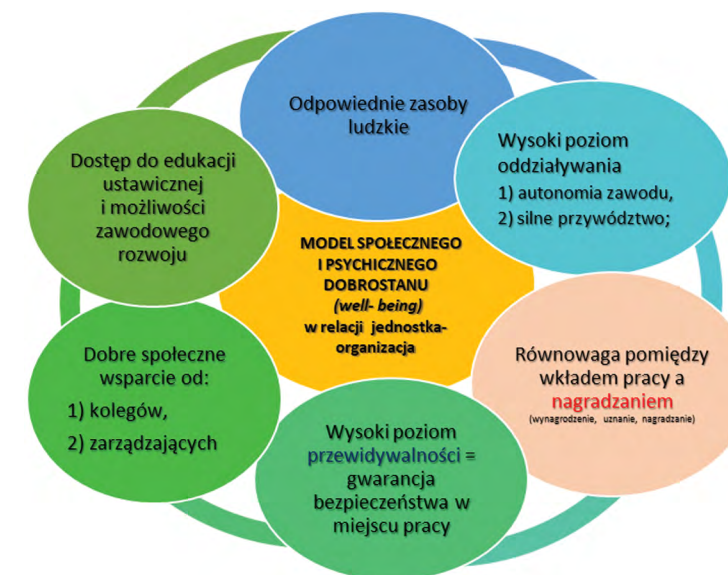
dr n. o zdr. prof. UM  
DOROTA KILAŃSKA

**Mamy XXI wiek, od dziesięcioleci próbujemy jako społeczeństwo (poprzez swoich liderów, polityków) budować zdrowsze społeczeństwo. Wymyślamy cele, agendy, analizujemy wyniki wprowadzanych zmian i publikujemy raporty, nawet próbujemy prowadzić badania naukowe, aby zrozumieć co zrobić lepiej...**

Tak od 1948 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) systematycznie wzmacnia kraje członkowskie dostarczając im nie tylko zadania do wykonania, daje im przede wszystkim narzędzia, z których dowiadujemy się nie tylko co, ale i jak zrobić, abyśmy żyli długo i te długie lata żyli w zdrowiu możliwym do osiągnięcia. Nie da się uniknąć tezy, że osiągnięcie tego ambitnego celu wymaga zasobów. Wśród tych zasobów wymienia się zasoby rzeczowe (sprzęt, miejsce realizacji świadczeń, narzędzia do pracy itd.), ale też, a może przede wszystkim zasoby ludzkie – pracowników, których kompetencje pozwolą na dostarczenie usług o wysokiej jakości. Usług, które spowodują że ludzie będą zdrowieć szybciej, a ich kompetencje zdrowotne spowodują, że będą jak najdalej od systemu ochrony zdrowia, w miejscu tańszym i często dla nich korzystniejszym – ich własnym środowisku. Od lat 70. próbujemy, jako system ochrony zdrowia, odsunąć ludzi od szpitali, wyposażyć ich w kompetencje dające im możliwość zadbania o siebie. Od lat 2000 w Polsce powołutku uczymy pielęgniarki, jak nie tylko dbać o człowieka chorego, lecz również wyposażać go w umiejętności zadbania o własne zdrowie – uczymy promocji zdrowia, profilaktyki, psychologii, aby potrafili nie tylko zaplanować edukację, lecz także dostarczyć odpowiednią wiedzę, narzędzia, by człowiek, który nie do końca rozumie co powinien zrobić był gotowy na zadbanie o siebie. To wszystkim się opłaca... Opłaca się inwestować w pielęgniarstwo, opłaca się inwestować w kompetencje. To już policzono za nas. Od wielu lat pielęgniarki i ekonomiści prowadzą na świecie badania pokazujące, że każda zainwe-

stowana w wykształcenie pielęgniarek złotówka to korzyść. Również badania prowadzone przez dyrektor ds. pielęgniarstwa na podstawie danych z własnego szpitala pokazały, że ta zainwestowana złotówka = 60 gr zwrotu. Fantastyczna inwestycja! Opublikowana w 2020 r. publikacja analizująca wpływ kompetencji pielęgniarek na Produkt Krajowy Brutto (PKB) pokazała niesamowitą korzyść dla budżetu. W Polsce tylko liczba pielęgniarek dostępnych w systemie to współczynnik wzrostu PKB 1.5! Nie jesteśmy już tylko kosztem dla systemu. Co więcej, zainwestowanie w kompetencje przyniesie jeszcze większe korzyści dla budżetu państwa. Jesteśmy w niesamowitym miejscu historii. Do 2020 r. wykształciliśmy 56 127 pielęgniarek w systemie studiów wyższych (18,5 proc.), aż 11 proc. to pielęgniarki, które w 2020 r. miały tytuł magistra. Szpitale są coraz piękniejsze, coraz lepiej wyposażone, wprowadzane są coraz nowsze technologie, pielęgniarki uzyskują coraz większą autonomię w wykonywaniu zadań. To ważne! Polscy pacjenci oczekują (badanie Eurobarometr), że będą się nimi opiekować kompetentni pracownicy. Aż 33 proc. pielęgniarek posiada (t. 2022) specjalizację. Wydobyć z tego potencjału potrzebnych dla pacjentów jest kluczowe, inaczej stracimy na tym wszyscy. Nie tylko pacjenci – straci zawód. Jesteśmy tak silni, jak silną mamy organizację, a siła organizacji zależy od zaangażowania nas wszystkich, a teraz szczególnie tych, w których rękach jest przyszłość zawodu.

Robimy to nie tylko dlatego, że mamy wpisane w plan pracy WHO ambitny cel Zrównoważonych Celów Rozwoju (SDGs) „Dobre Zdrowie i Jakość Życia”, ale także dlatego, że należy się to pielęgniarstwu, należy się naszym koleżankom, uczciwie jest zadbać o jakość życia przyszłych pokoleń. Stąd liderzy pielęgniarstwa na świecie bardzo o to zabiegają. Doprowadzili do tego, że w 2020 r. WHO – po raz trzeci w historii (od 1948 r.) – wsparła działania pielęgniarek i przyjęła (tzn. ministrowie zdrowia – przedstawiciele rządów krajów członkowskich, w tym Polski) „Kierunki strategiczne dla pielęgniarstwa i położnictwa na lata 2020–2025”. Teraz czas, aby rządy w dążeniu do osiągnięcia jak najlepszego zdrowia swoich obywateli pochylili się szczególnie nad kompetencjami pielęgniarek wykonujących zawód. Zwraca się uwagę na kierunek „dostarczanie usług”, gdzie podkreśla się konieczność wykorzystania pełnych – wyuczonych – kompetencji kadr w systemie: „Położne i pielęgniarki pracują w pełnym zakre-



Rys. Model Kristens'a (1999), [W:] Positive Practice Environments, Quality Workplaces = Quality Patient Care. Information and Action Tool Kit, Geneva, ICN 2007, s. 6, oprac. własne

stowanej swojej edukacji i kwalifikacji nabytych podczas szkoleń w bezpiecznych i wspierających środowiskach świadczenia usług”. Tak więc zadaniem rządów poszczególnych krajów jest doprowadzenie do tego, aby nie marnować kompetencji pielęgniarek w praktyce. Budować nowe role w pielęgniarstwie dla lepszego zdrowia swoich obywateli. Jednym z priorytetów polityki, wskazanym w strategii jest: adaptacja miejsc pracy, aby umożliwić położnym i pielęgniarkom maksymalny udział w świadczeniu usług w interdyscyplinarnych zespołach opieki zdrowotnej. Podkreślono więc korzystanie z kompetencji pielęgniarek jako kluczowego działania w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego. Także Komisja Europejska ten rok ustanowiła rokiem kompetencji.

W systemie mamy obecnie kilka poziomów pielęgniarstwa, mamy pielęgniarki specjalistów, mamy pielęgniarki magistrów i specjalistów, mamy pielęgniarki z tytułem doktora i wyzwaniem jest przypisanie w praktyce zadań, które odzwierciedlają ich kompetencje. Jest to wyzwanie, ale nie jest to niemożliwe. Od lat pielęgniarki na świecie budują kompetencje opierając je na wynikach badań naukowych, pokazujących efektywność pracy pielęgniarki w zależności od posiadanych kompetencji. Mamy wiele badań, które potwierdzają ten słuszny dla praktyki pielęgniarstwa kierunek. To wyzwanie dla zarządzających pielęgniarstwem. To ich mądrość i jakość realizowanego przez nich zarządzania jest kluczem do sukcesu dla nas wszystkich.

Dzisiaj już mamy dowody, że wykształcenie ma wpływ na bezpieczeństwo pacjentów, tzn.: na ryzyko występowania zgonów, zakończonych niepowodzeniem reanimacji, zakażeń dróg moczowych itd. Udowodniliśmy to także w kontekście poziomu obsad pielęgniarstwa i ich kompetencji. Jasne jest, że wykształcenie ma m.in. wpływ na wprowadzenie zmian w systemie ochrony zdrowia, na ich rozumienie, a co za tym idzie zaangażowanie się. Udowodniliśmy także, że kiepskie

warunki pracy to wiele niepotrzebnych zgonów pacjentów, niedostarczona opieka skutkująca niedożywieniem, odleżynami, zakażeniami płuc itd. Stąd rozwiązanie przynoszą dobre praktyki, które wskazują kierunek. Od 2008 r. Światowa Organizacja Zdrowia zachęca do tworzenia pracownikom dobrych warunków pracy, w tym szczególnie dobrego zarządzania – niezbędnego dla budowania odporności systemu w sytuacji reagowania na kryzysy. Udowodniono także, jakie zachęty przyciągają ludzi do pracy i dają im motywację do pracy na 100 proc. posiadanych kompetencji. Nie wymyślono niczego nadzwyczajnego. Pielęgniarka, jak każdy pracownik potrzebuje warunków pozwalających do spokojnego wykonywania obowiązków, którego nie odciąga myślenie o bezpieczeństwie rodziny. Pozytywne środowisko pracy, to typowe dla każdego środowiska pracy zmienne, które pokazuje powyższy rysunek.

Poczucie wysokiego poziomu oddziaływania na system mierzony poprzez m.in. zasoby ludzkie i autonomię. Zasobów mamy niewystarczająco, lecz dzisiaj pielęgniarki kształcimy już w ponad 100 uczelniach i każdego roku tysiące absolwentów opuszcza uczelnie. Autonomia zawodowa poszerza się – choć nie może tak, jak potrzebuje tego dzisiaj pacjent, ale w ciągu ostatnich dziesięcioleci pielęgniarka uzyskała nie tylko autonomię w zakresie samodzielnego przygotowania planu opieki i administrowania nim, w niektórych specjalnościach wykonuje zadania, które kiedyś były domeną innych zawodów. Przywództwo? Jest wiele definicji przywództwa, jedną z nich jest złożona z kilku zdań wypowiedź Admiral Arleigh A. Burke (1987) „Przywództwo to rozumienie ludzi i obejmowanie ich pomocą w pracy. Obejmuje takie cechy, jak: integracja, zaangażowanie dla realizacji celów, bezinteresowność, wiedza, umiejętności przywódcze, determinacja w działaniu oraz umiejętność przyjmowania niepowodzeń.” W przywództwie ważny jest też optymizm, zgodnie z zasadą,

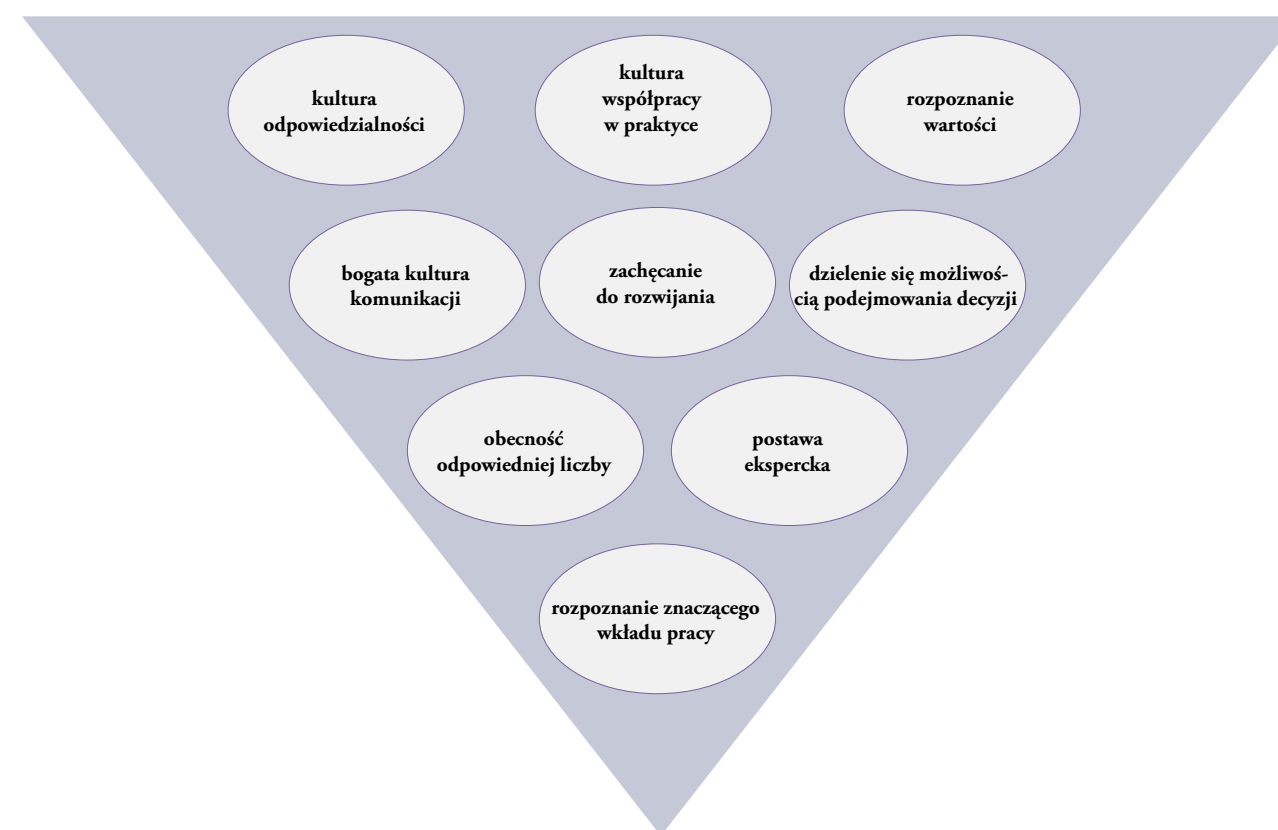
że żaden pesymista wojny nie wygrał... Coraz więcej organizacji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia zwraca uwagę na wspólne (zbiorowe) przywództwo, oznaczające wspólną odpowiedzialność za sukces organizacji jako całości – nie tylko samych liderów dla ich własnych stanowisk lub obszaru pracy. Kontrastuje to z tradycyjnym podejściem do przywództwa, które skupiało się na rozwijaniu indywidualnych zdolności, zaniedbując potrzebę rozwijania zdolności zbiorowych lub osadzania rozwoju liderów w kontekście organizacji, w której pracują. Wspólne przywództwo jest zdecydowanie popierane przez międzynarodowe organizacje jako kluczowe podejście do świadczenia usług zdrowotnych, jako odpowiedź na coraz bardziej złożone formy organizacji definiowane przez szybkie zmiany w technologii medycznej, profesjonalizację i rosnącą specjalizację. Nieodpowiednie przywództwo osłabia systemy opieki zdrowotnej i może przyczynić się do zdarzeń niepożądanych, w tym odmowy konsekwentnego ustalania priorytetów i wdrażania zaleceń dotyczących bezpieczeństwa oraz oporu wobec wypalenia personelu. Na całym świecie wzrost średniej długości życia i liczby osób żyjących z wieloma chorobami przewlekłymi przyczynia się do większej złożoności systemów opieki zdrowotnej. Tak złożone środowisko wymaga wkładu i przywództwa wielu profesjonalistów dzielących się punktami widzenia i wiedzą. Większą nagrodą jest ustanowienie zbiorowego przywództwa potrzebnego do zmiany sposobu świadczenia usług zdrowotnych i opieki w lokalnych systemach opieki zdrowotnej. Wymaga to od organizacji rozwijania jednostek i zespołów zdolnych do współpracy dla większego dobra populacji, której służą.

Co o przywództwie mówi doświadczenia świata pielęgniarskiego przełożone na publikacje. Co możemy dzisiaj dowiedzieć się od innych, czego się nauczyć? Możemy zacząć od siebie, od tego jak się komunikujemy, jak się szanujemy i jak szanujemy swoje kompetencje. W systemie mamy dzisiaj kilka pokoleń pielęgniarek, pokoleń, które różnią się od siebie oczekiwaniami, kulturą pracy i możliwościami. Budowanie klimatu organizacyjnego to rola zarządzającego, ale też to jego sukces lub porażka. Niewłaściwe zarządzanie kompetencjami to największa porażka dla ludzi, którzy muszą funkcjonować wśród niejasnych zasad, kiepskiego klimatu organizacyjnego, niezrozumiałego systemu zachęt (motywatorów), niewiadomego sposobu przypisywania zadań do kwalifikacji, czy też w zaburzonych atmosferach niszczących stosunki międzyludzkie. Trudne to zadanie, bo wśród załogi są: Weterani (1922–1945) „Populacja osób lojalnych”, którzy za wszelką cenę zrealizują zadania, Baby Boomers (1946–1964) „Populacja miłości”, ich mocną jest zaangażowanie w pracę, optymizm i szerokie spojrzenie na problemy, Generacja X (1965–1979) „Stracona populacja”, ponieważ musiało żyć w okresie kryzysu i to pokolenie najtrudniej przeżywa to, że nie udało się osiągnąć wiele więcej; Generacja Y (1980–2000) „Populacja łącząca”, to pierwsze pokolenie wychowane w czasach globalizmu, powszechnego internetu, komputerów – w warunkach kapitalizmu i Generacja C – to generacja, które całe swoje życie spędziła w internecie. Zrozumienie funkcjonowania tychże

buduje obraz wyzwań przed jakimi stoją zarządzający. Stąd od dziesięcioleci próbuje się zdefiniować, co zrobić, aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentów i jednocześnie zadbać o personel w taki sposób, aby był zmotywowany do pracy na oczekiwanym poziomie. Kilkanaście lat temu amerykańska organizacja pielęgniarek zarządzających zapytała wprost swoich pracowników, co powinno się zdarzyć w środowisku, aby ludzie dobrze się w nim czuli. Efektem jest piramida oczekiwań pielęgniarek wobec zarządzających, w której u odwróconej podstawy jest kultura odpowiedzialności, kultura współpracy w praktyce oraz rozpoznanie wartości i wkładu pielęgniarek w efekty zdrowienia pacjentów. To także charakteryzuje szpitale magnesy (Magnet Hospitals), których idea oparta jest na certyfikacji miejsc przyjaznych pracownikowi. Oczekuje się w nim m.in., że wartością jest współpraca w zespołach w ramach i pomiędzy dyscyplinami, istnieje wzajemny szacunek jest oparty na założeniu, że wszyscy członkowie zespołu mają istotny i znaczący wkład w osiągnięcie efektów klinicznych (leczenia), a także istnieją strategie zarządzania konfliktem i są skutecznie wykorzystywane, gdy jest to niezbędne. Co ważne dla stylu zarządzania liderzy pielęgniarskiego kreują środowisko wspierające uczestniczenie w procesie pracy. Zachęca się personel do zgłaszania wszelkich informacji, które są rejestrowane i dyskutowane, personel zarządzający pielęgniarskim jest widoczny w organizacji i jest zobowiązany do skutecznego komunikowania się z pozostałym personelem. To jest normalne zachowanie w tysiącach szpitali także w Europie. Komunikacja, na którą zwracały uwagę pielęgniarki ma przeogromny wpływ na bezpieczeństwo pacjenta i samych pielęgniarek. Bez kluczowych dla pracy informacji giną pacjenci. Komunikowanie się to także droga pisemna i jakość tego co zostawiamy w dokumentacji, w raportach ale i odpowiedź zwrotna, pokazująca zrozumienie procedur, zasad współpracy i nie gniewanie się na siebie.

W organizacji typu Magnes jakość przywództwa w pielęgniarskim silna jest wiedzą liderów, z jasno opisaną strategią zarządzania ryzykiem, filozoficznym wizjonerstwem. Lider to kompetentna osoba nie tylko zarządzająca, ale będąca adwokatem pracowników (w sytuacjach trudnych) i pacjentów (kiedy tego potrzebują). Wyniki jakości przywództwa są widoczne w praktyce pielęgniarskiej i opiece nad pacjentem. Postawa ekspercka, kompetencje – wiarygodność jest rozpoznawana nie tylko przez personel. Jej siłę dostrzegają pacjenci. Korytarze takich oddziałów wyposażone są w informacje o wskaźnikach jakości opieki pielęgniarskiej, aby każdy pacjent wiedział jakiej opieki może się spodziewać i czy może jej zaufać.

Co ważne istnieje wspólna odpowiedzialność za praktykę pielęgniarską, wszyscy czują się odpowiedzialni i działają wspólnie. Dzielnie podejmowaniem decyzji polega na decentralizacji decyzji, tzn. że: decyzje podejmowane są w oparciu o wnioski wszystkich uczestników organizacji, każda pielęgniarka jest słyszana, a organizacja jest otwarta na proponowane zmiany, ważne są innowacje; organizacja jest przewidywalna w swoich działaniach – znamy jej cele i wiemy co jest najważniejsze; pielęgniarki pełnią funkcje na poziomie dyrektorów wykonawczych. Monitorowana jest jakość opieki,



Rys. Wartości i elementy zdrowego pracy/środowiska pracy pielęgniarek (za zgodą NOA 2007 r.)

a w oddziałach szpitalnych (jak na przykładzie szpitala HUS w Helsinkach) znajdują się tablice, na których pielęgniarki zgłaszają swoje pomysły zgodnie z metodyką „Białej Tablicy Kaizen”. Powołany w strukturach zespół pielęgniarek ocenia pomysły i po sprawdzeniu możliwości zmian i ich zasadności, podejmowana jest decyzja o wdrożeniu. Kryterium zainicjowania zmiany to wartość dodana dla pacjentów „Działamy bo tego potrzebują pacjenci”. Pielęgniarki, na zielonych kartkach, wskazują, co jest według nich stratą czasu, co utrudnia im pracę – każda taka sprawa jest rozważana. Im więcej informacji, że coś nie działa tym lepiej, usprawnia to pracę i eliminuje niepotrzebne działania – oszczędza czas. Jeżeli podstawą do zmiany są badania naukowe, to zmiana wdrażana do praktyki.

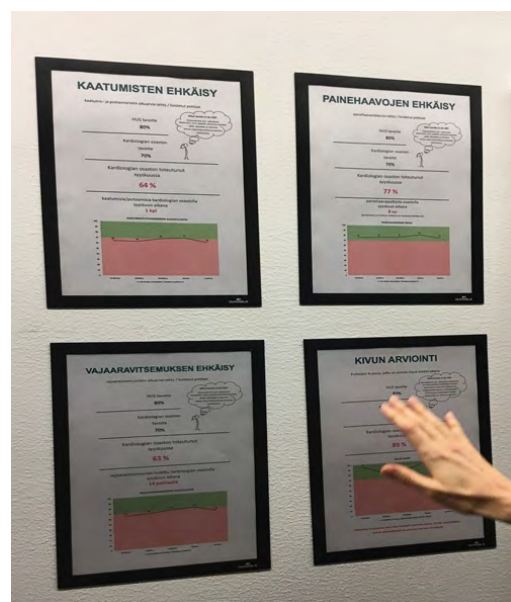
W pokazanej w artykule piramidzie sukcesu zarządzania organizacją kluczowa jest wspólna odpowiedzialność za efekty pracy – za efekty kliniczne, płatność odbywa się za wartość dla pacjenta, a „rozpoznanie znaczącego wkładu pielęgniarek” jest powszechne i nikt go nie kwestionuje. W polskich badaniach pielęgniarki wskazały czynniki, które skłaniają je do odejścia z pracy z zawodu. Ma to największe znaczenie, kiedy pielęgniarki oceniają swoją pracę jako niesatysfakcjonującą (OR=12), stresującą (OR=5), kiedy środowisko pracy nie jest wspierające, np. kierownik nie motywuje do pracy, czy też brak jest wsparcia ze strony koleżanek, kolegów – zmienne te pokazują poniższy rysunek. Należy zaznaczyć, że wskaźnik OR>1 oznacza, że szanse są większe w pokazanej grupie, niż

w grupie, w której pielęgniarki pozytywnie oceniają swoje środowisko pracy.

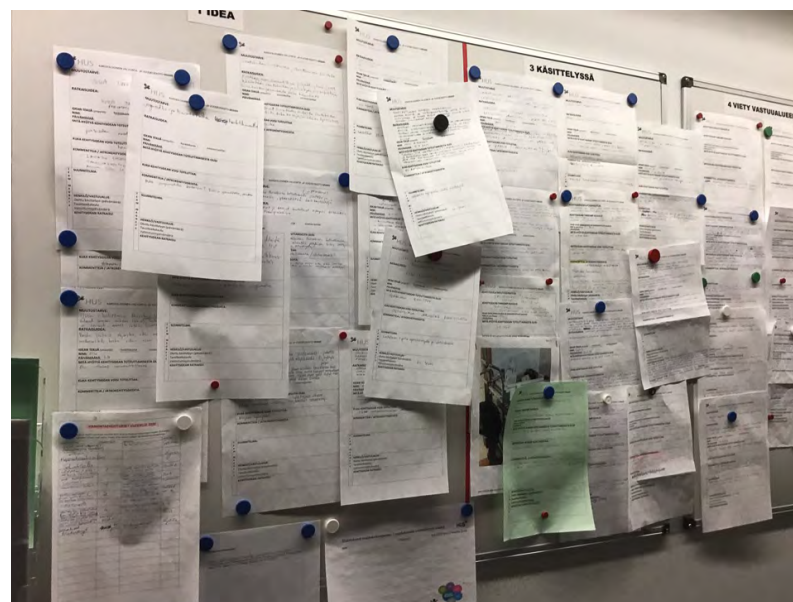
Jest to efekt badań przeprowadzonych w Polsce w 10 uczelniach w latach 2008–2011.

Pielęgniarki wskazują na brak możliwości wykonywania swoich zadań zgodnie z obowiązującymi standardami zawodowymi. Dodatkowo prowadzenie opieki nie jest autonomiczne w zakresie dokonywania samodzielnej oceny, podejmowania działań pielęgniarskich w oparciu o posiadane kompetencje, profesjonalną ocenę i wiedzę. Pielęgniarka nie ma możliwości samodzielnego praktykowania. To ważny obszar działania w zakresie polityki kierunków strategicznych dla pielęgniarskiego WHO – skorzystanie z kompetencji posiadanych przez pielęgniarki. Zdiagnozowaliśmy problem. W Wielkiej Brytanii tego rodzaju wyniki to tło do działania na poziomie organizacji, na poziomie organizacji pielęgniarskiej – wdrażanie rozwiązań niezbędnych do zapobiegania odejściom z pracy, jako efektu słabego zarządzania. Policzone także, że to konkretne koszty dla organizacji, które w wielu przypadkach są nieuświadomione. To koszty ogłoszeń, godzin poświęconych na rekrutację, adaptacja pracownika i zmniejszenie efektywności innych pracowników, którzy są oddelegowani do wdrożenia nowego członka zespołu. To także koszty, jakie ponosimy w związku z brakiem poziomu kompetencji pracownika, który odszedł z organizacji. Koszty te, to także koszty rozpatrywane w kontekście z odejść z pracy, absencji i błędów medycznych spowodowanych w niedoinwestowanych środowiskach pracy.





Wskaźniki jakości opieki pielęgniarskiej w Oddziale Kardiologii w Szpitalu HUS w Helsinkach  
 fot. D. Kilańska



Tablica pomysłów pielęgniarek w Oddziale Kardiologicznym HUS w Helsinkach  
 fot. D. Kilańska

Stąd od działania na rzecz zmiany polegającej na wprowadzeniu kultury zbiorowego przywództwa, która charakteryzuje się tym, że cały personel koncentruje się na ciągłym uczeniu się, a przez to na poprawie opieki nad pacjentem. Zbiorowe przywództwo reprezentuje nowy sposób dzielenia się władzą na każdym poziomie w odniesieniu do każdego zadania. Ostateczna odpowiedzialność za jakość opieki zapewniającej przez organizację spoczywa na ubezpieczycielu, jakim w Wielkiej Brytanii jest NHS. Liderzy muszą dopilnować, aby wszyscy pracownicy przyjęli role przywódcze w swojej pracy i brali indywidualną oraz wspólną odpowiedzialność za dostarczanie bezpiecznych, skutecznych, wysokiej jakości i współczującej opieki dla odbiorców usług. Osiągnięcie tego wymaga starannego planowania, wytrwałego zaangażowania i ciągłego skupiania się na pielęgowaniu przywództwa i kultury organizacji. W Szpitalu Magnes, w Helsinkach polega to na obecności kierownictwa operacyjnego na każdej zmianie 24/7 dni w tygodniu. Na każdej zmianie zapewnia ono, że wszyscy wiedzą czego się od nich oczekuje, skąd uzyskać pomoc i jak przekazywać problemy wyżej. Celem jest utrzymanie rutyny pracy i rozwijanie identyfikacji i rozwiązywania problemów. Nowe pomysły mają być wypróbowywane szybko w praktyce i podczas burzy prób. Chodzi o przewidywanie i minimalizowanie ryzyka. Innym interesującym rozwiązaniem jest organizacja pracy pielęgniarek pracujących w bezpośredniej opiece nad pacjentem. W wizytowanym oddziale (40 łóżek i 100 pielęgniarek na trzy zmiany), pracownicy mają dostęp do monitoringu wszystkich pacjentów w każdej sali pacjenta i na korytarzu oddziału w postaci zanonimizowanej. W salach pacjenta znajdują się punkty pielęgniarskie, jak również na korytarzu oddziału (co najmniej trzy) z dostępem do sprzętu umożliwiającego dokumentowanie elektroniczne (EHR) z wyko-

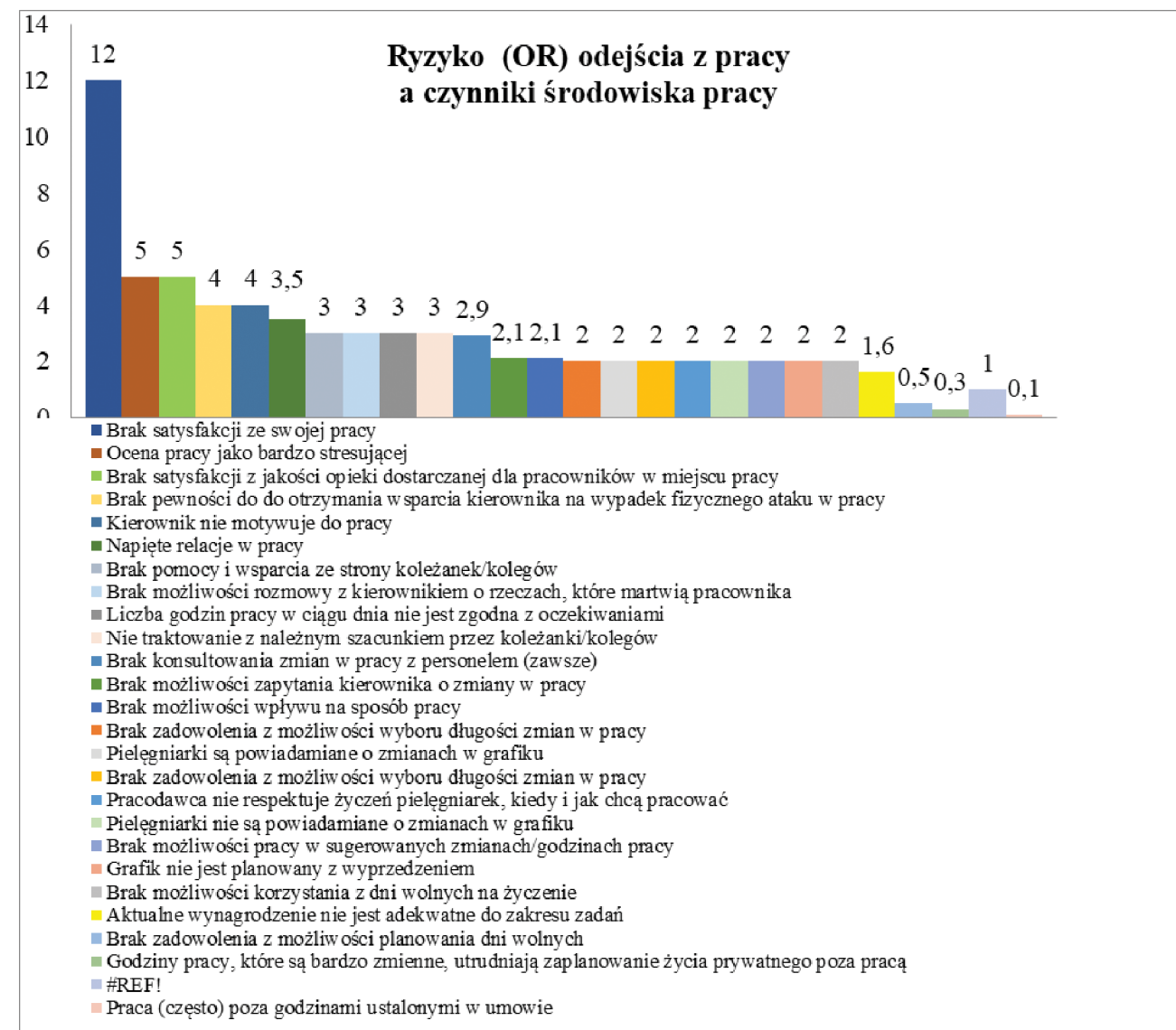


Wyposażenie punktów pielęgniarskich w oddziale kardiologii Szpitala HUS w Helsinkach  
 fot. D. Kilańska

rzystaniem mobilnych stacji pielęgniarskich. Takie stanowisko znajduje się na korytarzu co kilka sal.

W szpitalu HUS działa medyczna linia pomocy Uusimaa, uruchomiona w Porvoo Hospital Area pod koniec 2017 r. W 2018 r. w odebrano prawie 82 000 połączeń. W infolinii kompetentna pielęgniarka ocenia potrzebę opieki osoby dzwoniącej i kieruje ją do odpowiedniego miejsca oraz wydaje instrukcje w zakresie samoopieki. Jako wsparcie dla poradnictwa pielęgniarki mają ujednolicone instrukcje w zakresie opieki i dostępu do konsultacji z lekarzem. Udowodniono, że jakość przywództwa wpływa na wzajemne relacje, na szacunek do kompetencji, wykształcenia i tego co robimy i jak robimy.

Jak to wygląda w praktyce? Kilka prawdziwych historii... „My młode jesteśmy winne wszystkiemu: błędy starszych



Rys. Czynniki wpływające na decyzje pielęgniarek o odejściu z pracy

koleżanek wytykane są nam, ponieważ jesteśmy niedoświadczone; nasze propozycje, pomysły nie są brane pod uwagę (bo co my wiemy o życiu?) Jeśli jest cokolwiek do zrobienia, a na dyżurze są 3 pielęgniarki (w tym jedna „młoda”), to logiczne, że to ja muszę wstać i iść. Nie ważne, że właśnie jem posiłek; wyrażanie opinii przez „młode” pielęgniarki na forum odbierane jest jako „próba wybicia się”, nazywane jesteśmy „karierowiczkami”, kiedy zwróciłyśmy uwagę koleżance” „Brak weryfikacji pracy opiekunów medycznych; przyzwolenie oddziałowej na zabieranie jednej pielęgniarki na oddział COVID, wówczas na dyżurze zostaje, na 30 pacjentów, jedna pielęgniarka” „Dyżury „obstawiane” w okrojonej obsadzie, w tym jedna młoda niezależnie od liczby pacjentów. Starsze koleżanki, czy koleżanki oddziałowej zawsze pracują w 3 osobowym składzie. Zgłoszenie problemu nic nie zmieniło – przecież jesteśmy młode, pełne sił. Owszem jesteśmy, ale chciałybyśmy mieć wsparcie ze strony doświadczonej pielęgniarki. My natomiast, gdy dochodzi do pogorszenia stanu pacjenta zostawione jesteśmy same sobie” „opiekunowie

medyczni w dniach „wyjazdów z pacjentami” mają wolne lub są tak pochowani, że musimy jeździć same”

„Nie wyrobisz się z pracą do 19! Nie ma takiej możliwości. Musisz zostać i dokończyć pracę, bo tak wypada, bo chcemy aby nocne pielęgniarki miały przygotowany oddział. Nie pozwala się na wpisywanie w raporcie, że skończyło się pracę o godzinę później; na naszym oddziale pracownicy szybko rezygnują z pracy; nie chcą być ofiarami wypalenia zawodowego już po 1 miesiącu pracy; a ma to miejsce kiedy pracujemy za 3 osoby” „starsze koleżanki nie wyrażają chęci nauki, czy szkolenia się; po co? co to da? Dla nich najistotniejsze jest to, dlaczego młode dostają takie samo lub większe wynagrodzenie; przecież my nic nie wiemy o pracy”

„Moje doświadczenie z osobami zarządzającymi nie jest jeszcze duże, ale to co zauważyłam i z czym spotykają się moi współpracownicy, to brak docenienia ich pracy. Mam na myśli, że po dyżurze osoba zarządzająca mogłaby wyrazić zadowolenie i jakiegokolwiek zrozumienie a nie doszukiwać się błędów i „rzucić” uwagi do osób, które przez całą noc ratowały





Rys. Koszty odejścia z pracy pielęgniarek

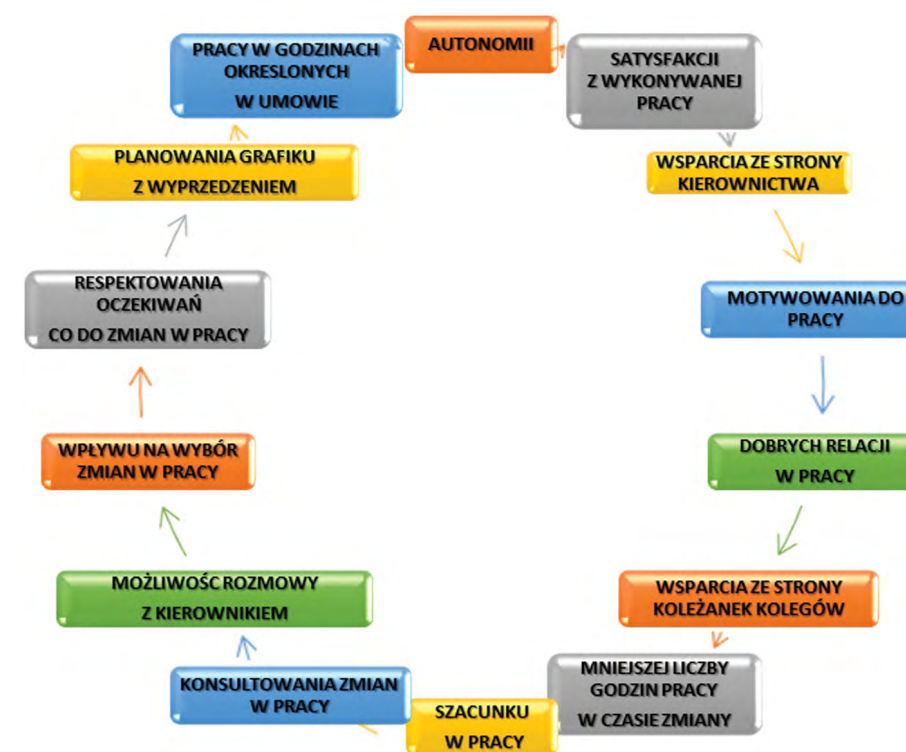
czyje życie. Nasz praca jest stresująca, wymagająca i odpowiedzialna; tak więc bardzo łatwo o wypalenie zawodowe. Myślę, że małe gesty, jedno słowo byłoby w stanie dać nam radość, satysfakcję po ciężkim dyżurze. Gdyby osoby zarządzające bardziej angażowały się w pracę i nie zamykały się na swoje obowiązki, to może zauważyłyby bardziej trud swoich pracowników. Kluczem jest zrozumienie, że gdy chwali się inną osobą, to nie oznacza, że ona spoczywa na laurach i się rozleniwiła. W moim odczuciu daje to poczucie, że trud nie idzie na marne i stara się utrzymać dobre wrażenie wykonując swoją pracę jeszcze lepiej”.

„Wszelkobenność mobbing, nierówne traktowanie, znęcanie się psychiczne, komentowanie innych publicznie (zamiast w cztery oczy), obgadywanie innych; zwracanie uwagi kończy się lekceważeniem; faworyzowanie innych, wprowadzanie złej atmosfery, tak widzę zachowanie pielęgniarki oddziałowej. To krótka ścieżka do depresji, załamania, obniżenia samooceny, zachęcenie do porzucenia zawodu. Każdy dyżur staje się koszmarem, czeka się tylko na niemiły komentarz. Zaprzeczają to cechom, które powinna mieć osoba zarządzająca”; „pierwsza praca po studiach; pielęgniarstwo nigdy nie było moją pasją ani kierunkiem, który chciała wybrać; trafiłyśmy razem na trudny oddział; wbrew temu co sądziłam swoją pracę bardzo polubiłam i wykonywałam obowiązki z największą starannością; ktoś chciał nas rozdzielić zrobić na złość pozbawić prawa wykonywania zawodu; osoba która powinna nas wspierać, zachęcać, motywować obgadywała własnych pracowników,

straszyła...” „lekarz pobrał samodzielnie wymaz pacjentowi, nie przekazał pielęgniarkę o konieczności dostarczenia do laboratorium; pielęgniarka nie zauważyła sytuacji; oddziałowa pyta dlaczego nie zostało dostarczone do laboratorium; odpowiedziano, że nikt nie powiedział aby to zrobić, trudno pilnować innych co robią; upomnienie, które otrzymałam to, że zrobiłam dobre pierwsze wrażenie, szybko się wdrożyłam, jestem super, ale jak dalej będziesz postępować będziemy musieli się pożegnać; czułam się najgorsza, bezużyteczna; niepomaganie w czynnościach pielęgnacyjnych opiekunom oznacza – brak szacunku wobec opiekunów; brak wyznaczonych kompetencji opiekunów; pacjenci przydzieleni tylko na raporcie – po nim wszyscy robią wszystko; używanie pieczętów przez nieuprawnione osoby jest niezauważane...”

„Niewystarczająca obsada – 2 pielęgniarki na nocnym dyżurze na ciężkim oddziale zabiegowym z 40 pacjentami; wytykanie najmniejszych niedociągnięć, nastawianie personelu przeciwko sobie; braki w podstawowym sprzęcie, lekach na dyżurach weekendowych; trzeba pożyczać leki z innych oddziałów”

„zdejście dyżuru zatrudnionym na umowę o pracę i przekazanie pielęgniarkom na kontrakcie, czy na umowę zlecenie; zdejmowanie dyżuru w dniu kiedy powinno się być w pracy; układanie grafiku pod osoby nie zatrudnione na umowę o pracę; częste uwagi w kierunku personelu, aby wykonywały czynności pielęgnacyjne razem z opiekunami pomimo, że obsada opiekunów jest dwa razy większa (nie są zajęci opieką),



Rys. D. Kilańska, na podstawie badań własnych

a pielęgniarki są tylko 2 na 25 pacjentów; okres adaptacji tylko dwa tygodnie i dalsza samodzielna praca w sali intensywnego nadzoru, bez wsparcia – bardzo było to stresujące, pielęgniarka nie czuła się gotowa do przejęcia nowych kompetencji; przewaga piel. na kontraktach uniemożliwia przygotowanie grafiku na dni świąteczne”

„Z uwagi na lekceważenie zmian wprowadzanych przez oddziałową przez starsze stażem pielęgniarki uwagi kierowane są do młodych pielęgniarek; faworyzowanie opiekunów medycznych, pielęgniarki obciążane są odwożeniem pacjentów na badania...; opiekunowie medyczni wchodzą w kompetencje pielęgniarek – bez reakcji oddziałowej; osoby które chcą odejść z pracy nawet nie są wysłuchiwane o przyczynach; nierówne rozłożenie obowiązków – podczas zmiany często nie mamy czasu zjeść posiłku, czy skorzystać z toalety, kiedy opiekunowie mają czas na kilka posiłków podczas zmiany...”

Wiemy, co dolega pielęgniarstwu, wiemy, jakie są dobre praktyki i czego potrzebują pielęgniarki (rys.), czy potrafimy stworzyć środowisko pracy, w którym kultura organizacyjna, przywództwo sprzyjają bezpieczeństwu pacjenta. W cywilizowanym świecie problemy się rozwiązują, aby wszyscy czuli się bezpiecznie. Nie trzeba wiele, tylko zapewnić pozytywne środowisko pracy, a będzie mniej zgonów, niedostarczonej opieki a młode pielęgniarki chętniej będą podejmować pracę.

To sprawdzona metoda, nie ma lepszej drogi.

Czy jednak jesteśmy wystarczająco zmotywani, aby wykorzystać potencjał naszych kadr w systemie dla nas, dla

pacjenta dla silnego przywództwa profesji? Niechaj ten artykuł będzie inspiracją do zmiany dla dobrego zrozumienia międzypokoleniowego, pożegnania zawiści w kierunku kreowania zbiorowego przywództwa. Sukces jest w naszych rękach, dajmy rozwinąć skrzydła kompetencjom. Świat nie będzie czekać aż dorośniemy, pobiegnie dalej zostawiając nas na bocznym torze. To jak się zachowamy, zależy od nas. Możemy się przeciwstawić, możemy się przyglądać lub też wsiąść do pędzącego pociągu i wesprzeć konieczne zmiany. Dzisiaj jedynym argumentem dla praktyki są dowody naukowe, a te wskazują, że zbiorowe interwencje przywódcze mogą skutkować lepszym zaangażowaniem personelu, satysfakcją, wzmocnieniem efektywności, wspólnym podejmowaniem decyzji, komunikacją, jasnością ról i celów, zrozumieniem pracy zespołowej, wzajemnym szacunkiem, zaufaniem, pewnością siebie we wkładzie w pracę (Aufegger 2019; De Brún 2019), proaktywnością zachowania, zadowoleniem pacjentów oraz poprawą jakości i bezpieczeństwa opieki (De Brún 2020). Może to również prowadzić do redukcji kosztów (Okpala 2018). Badania wielokrotnie sugerowały pozytywny związek między podejściem do kolektywnego przywództwa a efektywnością lub wynikami pracy zespołu (Aufegger 2019; D’Innocenzo 2016; De Brun 2019; Nicolaidis 2014; Wanga 2014).

dr n. med. o zdr. prof. UM  
Dorota Kilańska  
Fundacja Florencia



## Wpływ lampy sollux na leczenie pieluszkowego zapalenia skóry u noworodków

mgr JOANNA WERONIKA KUZNOWICZ

Skóra noworodków jest niezwykle delikatna i wrażliwa zwłaszcza na działanie czynników zewnętrznych. Wynika to przede wszystkim z różnic w budowie, funkcjonowaniu, w składzie oraz w zwiększonej wrażliwości na uszkodzenia w porównaniu ze skórą dorosłego.

Nawiązując do różnic w budowie należy w pierwszej kolejności zauważyć, iż każda z warstw skóry noworodka będzie zawierała elementy, które będą świadczyć o odrębności skóry noworodka. W naskórku występują komórki układu barwnikowego, komórki układu immunologicznego oraz komórki obwodowego układu nerwowego. W skórze właściwej, która zbudowana jest z włókien tkanki łącznej, znajdują się również komórki łącznotkankowe, naczynia krwionośne, zakończenia nerwowe oraz przydatki skóry. W tkance podskórnej która zbudowana jest z zrazików tłuszczowych poprzedzielanych tkanką łączną włóknistą obecne są: części wydzielnicze gruczołów potowych, naczynia krwionośne oraz włókna nerwowe. Wszystkie wymienione wyżej cechy skóry noworodków będą miały odzwierciedlenie w:

- zmniejszeniu naturalnego natłuszczenia naskórka
- wzmożonej przepuszczalności (co będzie powodować działanie drażniące)
- wyższym pH skóry i co za tym idzie większe ryzyko uszkodzeń
- zwiększonej absorpcji wody i leków
- obniżonej zdolności wydzielania
- zmniejszonej pigmentacji
- niedojrzałym mechanizmie odpornościowym.

Dlatego tak łatwo u noworodków może dochodzić do pieluszkowego zapalenia skóry, zwłaszcza u dzieci przebywających w szpitalach. Absolutnie nie wynika to ze złej pielęgnacji rodziców bądź personelu pielęgniarskiego ale najczęściej przez leki, które przyjmowane drogą dożylną będą miały właściwości drażniące w momencie wydalania ich ze stolcem. Tutaj należy pamiętać o farmakokinetyce leków



zwłaszcza antybiotyków, których takie cechy jak wchłanianie, dystrybucja czy metabolizm będzie w sposób znaczący różnił się od osoby dorosłej. Najczęściej właśnie drażniące działanie leków wydalanych ze stolcem dziecka powoduje pieluszkowe zapalenie skóry na oddziałach noworodkowych. Proces ten rozpoczyna się od pojawienia grudki, pęcherzyków, które początkowo są pojedyncze, ale mogą „zlewać się” prowadząc wtedy do wtórnego nadkażania.

Oczywiście zawsze lepiej zapobiegać niż leczyć, jednakże, gdy pojawią się już takie zmiany oprócz standardowego postępowania polegającego na częstej zmianie pieluszek (co 3–4 godziny), stosowania przy każdym założeniu pieluchy odpowiednich środków, które będą działały przeciwzapalnie i osuszająco, wykorzystuje się również lecznicze działanie lampy sollux.

Lampa sollux jest to urządzenie, które wykorzystuje promieniowanie podczerwone o długości fali elektromagnetycznej od 760 do 15 000 nm. Podczas zabiegów stosuje się dwa rodzaje filtrów: czerwony i niebieski, w zależności jaki efekt chcemy uzyskać. Filtr czerwony, który przede wszystkim wykorzystuje się przy pieluszkowym zapaleniu skóry, zmniejsza stan zapalny tkanek miękkich, zmniejsza wysięki, przyspiesza trudno gojące się rany i uszkodzenia skóry.



Przy wykonywaniu naświetlania z użyciem lampy sollux należy pamiętać o kilku zasadach. Przede wszystkim pielęgniarka powinna poinformować rodzica o możliwości wykonania zabiegu i wytłumaczyć cel tego działania. Pielęgniarka lub rodzic rozbierają dziecko i zdejmują pieluszkę. Miejsce, w którym będzie leżeć dziecko podczas naświetlania należy zabezpieczyć podkładem w razie ewentualnego oddania stolca. Dziecko powinno być ułożone w taki sposób, aby kąt padania światła na konkretne miejsce wynosił około 90 stopni. Pozycja noworodka powinna być dostosowana do możliwości dziecka jednak najlepsza to leżenie na brzuchu (zdjęcie nr 1). Dodatkowo podczas zabiegu można rozchylić pośladki, aby promienie docierały do zmian znajdujących się w okolicy odbytu. Drugą pozycją może też być leżenie na boku (zdjęcie nr 2). W obu przypadkach absolutnie pod żadnym pozorem nie wolno pozostawiać dziecka bez opieki. Czas zabiegu standardowo wynosi 15 minut, jednakże początkowo można zacząć od 5 minut i stopniowo przy każdym następnym naświetlaniu zwiększać o parę minut dochodząc do optymalnych 15 minut. Nie każde dziecko oczywiście będzie w stanie wytrzymać tyle czasu w jednej pozycji, ale zazwyczaj ciepło, które daje włączona lampa sollux, po pierwsze działa rozluźniająco. Po



drugie dźwięk włączonej lampy (szumienie) działa uspokajająco, dlatego w większości przypadków dzieci po prostu usypiają. Po naświetlaniu dodatkowo można zastosować maści, które również będą przyspieszać regenerację tkanek (Tormentiol).

Przesłaniem do stosowania lampy sollux jest szybsza regeneracja uszkodzonej skóry niemowląt, spowodowanej wydalaniem antybiotyków. Lepsze gojenie się ran to nie tylko lepsze funkcjonowanie dziecka, ale również rodziców, którzy się nim zajmują. Dodatkowym aspektem, który ma korzystny wpływ to zmniejszenie ryzyka powstawania kolejnych zmian na skórze.

Lecznicze działanie lampy sollux wykorzystywane jest przez profesjonalny personel pielęgniarski Oddziału Patologii Noworodka Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Łodzi, gdzie wieloletnie doświadczenie potwierdza skuteczność tej metody.

mgr fizjoterapii  
Joanna Weronika Kuznowicz

Piśmiennictwo:

1. „Neonatologia Praktyczne umiejętności w opiece nad noworodkiem”, Monika Salamończyk, Anna Łozińska – Czerniak, Ewa Dmoch-Gajzlerska, PZWL, Warszawa 2014.
2. „Opieka nad wcześniakiem” Anna B. Pilewska – Kozak, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
3. „Neonatologia” Jerzy Szczapa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
4. „Neonatologia i opieka nad noworodkiem” Janusz Świątliński, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.
5. Standardy opieki medycznej nad noworodkiem, Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, Warszawa 2015.
6. Przewodnik Metodyczny po wybranych zabiegach fizykalnych Aleksandra Bauer, Marek Wiecheć, Wydawnictwo Markmed Rehabilitacja.
7. <https://www.mp.pl/pediatrics/artykuly-wytuczne/artykuly-przegladowe/167773,diagnostyka-roznicowa-pieluszkowego-zapalenia-skory> 21.06.2022.



## W trosce o radość w życiu – naszym podopiecznym i ich bliskim

mgr KATARZYNA BABSKA

Zamiast wstępu:

„Co inni powiedzą,  
oddała matkę  
do domu starców...”

„Każdy podopieczny posiada swoją historię, która bardzo często stanowi jedyny punkt odniesienia w postrzeganiu otaczającej go rzeczywistości”.

Im jesteśmy starsi, tym bardziej zakłady opiekuńczo-lecznicze wpisują się w naszą codzienność. Prędzej czy później „stają na drodze”. Zmienia się stopniowo sposób postrzegania ich znaczenia. Kilka dni temu rozmawiałam przez telefon z kobietą w średnim wieku. Powiedziała mi, że nie przez przypadek kontaktuje się ze mną. Poszukuje miejsca dla osoby bliskiej swojemu sercu, gdyż jej zaawansowana choroba przewlekła i pogarszająca się samodzielność, nie dają już możliwości, aby mogła pozostać bez ciągłej opieki. Osoby stojące wobec tak trudnych decyzji przeżywają poważne kryzysy i dylematy życiowe. Poddają się okrutnemu osądowi, a w ich głowach pojawiają się dręczące myśli. „Co inni powiedzą, oddała matkę do domu starców, jak to wygląda, a przecież ta matka ją wychowywała”. Doświadczenie, w którym los zmusza do podjęcia tak trudnej decyzji, brak wsparcia, osady i opinii, w końcu osobiste przekonania, nie prowadzą do rozwiązania problemu. Dzieci osób starszych, które z powodu przewlekłych chorób nie są w stanie sprawować nad sobą opieki, to najczęściej osoby aktywne zawodowo, mające dzieci. Niezwykle trudno podzielić tak wiele zadań do wykonania i znaleźć przestrzeń do zapewnienia bezpiecznej opieki. Wydaje się, że nawet najgorsze warunki, ale domowe, to najlepsze rozwiązanie. Realia jednak w większości przypadków wyglądają tak, że nasz ukochany senior pozostaje w domu sam, gdyż nie jesteśmy w stanie zapewnić mu ciągłej obecności. Patrzy na cztery ściany. Czasem zapomina, gdzie jest toaleta, czasem zapomina zjeść przygotowany przez nas posiłek, zapomina, że powinien przyjmować płyny, czasem zapomina przyjąć przygotowane przez nas leki, a czasem weźmie dawkę leków przeznaczoną na trzy pory dnia – jednorazowo. Narazony jest na upadki, brak możliwości rozmowy, pomocy w zwykłych



czynnościach. Po jakimś czasie odzywa się coraz mniej, z uwagi na ograniczone kontakty społeczne. Ograniczenie zwykłej rozmowy w postaci wymiany zdań, z dnia na dzień ogranicza zasób zapamiętywanych słów. Pozostawiony w domu przez kilka godzin, patrzy samotnymi oczyma w okno, może w TV. Z powodu ograniczonej aktywności fizycznej nie ma siły i z czasem przestaje chodzić. Częściej z powodu nudy zapada w sen w ciągu dnia, a w nocy budzi się wyspany i chodząc budzi innych członków rodziny, którzy chcą się wyspać, aby następnego dnia pójść do pracy. Jest to powodem napięć, nieporozumień i złości.

Wracając do rozmowy, którą miałam kilka dni temu, dowiedziałam się od wspomnianej już kobiety, że chciałaby aby jej bliska osoba trafiła do zakładu opiekuńczo-leczniczego, w którym pracuję, ponieważ wie, że właśnie tam seniorzy czują się dobrze, są uśmiechnięci, żyją swoim życiem i czują się szczęśliwi. Gdy rozpoczęłam tu pracę, nie zdawałam sobie sprawy jak wiele nasi seniorzy potrafią dać nam – personelowi. Wówczas wyobrażałam sobie, że jest to jednostronne, że oni potrzebują opieki personelu. Jest coś wielkiego w tej relacji. My dajemy im uważną opiekę jako zespół, a zespół to wszyscy pracownicy. Począwszy od pracownika gospodarczego, sprzątającego, pracownika kucharki, opiekuna medycznego, pielęgniarki, logopedy, psychoterapeuty, terapeuty zajęcio-



wego, fizjoterapeuty poprzez pracownika administracyjnego, koordynatora a skończywszy na lekarzu. Z uwagi na to, że jestem pielęgniarką, wydawało mi się, że opieka lekarsko-pielęgniarsko-opiekuńcza jest najważniejsza, ponieważ tak jest w szpitalu. Jednakże zakład opiekuńczo-leczniczy to nie jest szpital. W tym miejscu kluczowym zadaniem nie jest leczenie, ale sprawowanie opieki. Z tego powodu cały zespół terapeutyczny odgrywa istotną rolę. Dlatego dla najwyższego dobra naszych podopiecznych wspólnie konsultujemy, co jest dla nich optymalnie dobre w określonym czasie. Musieliśmy się tego nauczyć, wspólnego szacunku, a tego właśnie najbardziej nauczyli nas nasi seniorzy. Dlaczego? Gdy przychodzę do pracy tutaj, wita mnie uśmiech i wyciągnięte ramiona tych ludzi. Oni tu na nas szczerze czekają. Nie ma dla nich różnicy, czy ktoś jest kierownikiem czy panią, która sprząta. Dla nas wszystkich mają takie same ciepłe ramiona i dobre słowo. Wiele razy właśnie ich oczekiwanie wprawia mnie w dobry albo jeszcze lepszy nastrój. Bardzo ważną rolę odgrywa także kontakt z rodzinami naszych podopiecznych. Nawiązujemy dobre relacje i jesteśmy w stałym kontakcie. Wzajemnie się słuchamy i staramy się współdziałać dla dobra ich dobra. Jako zespół terapeutyczny dbamy o zapewnienie im najlepszego komfortu życia. Zapominają o samotności, o braku aktywności, ich dni są urozmaicone, ciekawe. Nawiązują relacje,



codziennie uczestniczą w zaplanowanych aktywnościach, uspołecniają się na nowo, nawiązują bliskie znajomości pomiędzy sobą. Ośmielę się powiedzieć, że takiego rodzaju aktywności, nie da się zbyt często osiągnąć w innych warunkach. Nasi podopieczni rozpoczynają przygodę z aktywnym życiem z częścią zespołu terapeutycznego, który codziennie o to dba (fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, psycholog, logopeda). W systematycznej obserwacji stanu zdrowia i czynnościach wymagających stałego nadzoru uczestniczą opiekunowie, pielęgniarki i lekarz. Dzisiaj, ze szczególną uwagą oddam głos naszym terapeutom zajęciowym, ponieważ przy ich dużym udziale nasi seniorzy, mogą doświadczać intelektualnych aktywności. Jest to jeden z dużych atutów, dla których chcą tu z nami być i cieszyć się sobą.

### Terapeutka zajęciowa Justyna:

Samotność to stan umysłu, który można zmienić, a terapia zajęciowa stanowi najlepszą z form. W terapii zajęciowej nie chodzi o to, aby podopieczny znalazł drogę, tylko ta droga ma odnaleźć podopiecznego. Terapeuta jest od tego aby wskazać tę drogę. To nie podopieczny znajduje terapeuta, tylko terapeuta odnajduje osobę, którą poznaje, zaprzyjaźnia się i używa wszystkich środków, aby jak najlepiej stworzyć diagnozę terapeutyczną. Od skuteczności zajęć terapeutycznych zależy sens naszej pracy. Wyznacznikiem tego czy jesteśmy skuteczni jest rozwój podopiecznego w sferze emocjonalnej, motorycznej, społecznej czy poznawczej. Skuteczność działań



terapeutycznych będzie zależała od wielu czynników: pierwszy z nich to sam pacjent. Podopieczny z jakim mamy do czynienia, bo to od jego predyspozycji intelektualno-ruchowych będzie zależała właściwie postawiona diagnoza. Skuteczność działań będzie zależała także od samego terapeuty i działań jakie będzie podejmował, ale także od możliwości i warunków ich realizacji. Od wiedzy terapeuty, jego umiejętności i kompetencji, postawy i pomysłowości, a także zaangażowania będzie zależało czy podopieczny będzie chciał podejmować z nami pracę terapeutyczną. Osobowość terapeuty, jego empatia, wrażliwość, poczucie humoru i zdolności motywacyjne, entuzjazm i radość wpływają na powodzenie relacji podopieczny – terapeuta. Warunkiem, aby podopieczny wyrażał chęć współpracy jest podmiotowy stosunek do podopiecznego, postawa pełna akceptacji, uczciwość i poszanowanie godności, sumienność i systematyczność, ale przede wszystkim konsekwencja w aktywizowaniu i wzmacnianiu, nie wyręczaniu pacjenta w działaniach terapeutycznych. Zawsze zastanawiałam się nad tym, jak to się dzieje, że pracując ponad pięć lat w naszym ośrodku udaje mi się zgromadzić na zajęcia grupowe tak dużo osób, a osoby dla których robię terapię indywidualną, przyłóżkową wyczekują mojego przyjścia, gdyż tak bardzo mi ufają i wspierają. Na marginesie wspieramy i mobilizujemy się nawzajem. Podopieczni dzielą się ze mną własnymi doświadczeniami i wiernie mi kibicują, nie ukrywam – ja też jestem ich wiernym kibicem. Jeżeli pomiędzy terapeutą a podopiecznym panują ciepłe relacje, jeżeli faktycznie się lubią, to ich wspólna praca staje się przyjemnością, a nie obowiązkiem. Zadałam sobie takie pytanie: Na czym polega moja praca? Kim jest dobry terapeuta? Jakie cele mi towarzyszą? Doszłam do wniosku, że dobry terapeuta zajęciowy to taki, który niesie radość i chęć do działania. Dobry terapeuta to taki, który wchodzi do pokojów podopiecznych i zostawia w nich radość. Dobry terapeuta to taki człowiek, który poza tym, że wnosi radość i uśmiech, to po jego wyjściu z pokojów, ten uśmiech nadal na ich twarzach pozostaje. Skuteczność terapii będzie również zależała od samych zajęć: czy odbywają się w przyjaznej atmosferze, która nie będzie budziła lęku i nie będzie wywoływała strachu lub stresu? Czy zajęcia sprawiają podopiecznemu radość, motywują go do działania. Zajęcia muszą być atrakcyjne, idealnie skrojone do możliwości, potrzeb i zainteresowań podopiecznego. Należy również uwzględnić zasadę stopniowania trudności, oddziaływanie na podopiecznego musi być jakościowo dobre, dostosowane do Jego możliwości. Jestem socjologiem z wykształcenia i bardzo bliski jest mi temat sfery społecznej, szczególnie w odniesieniu do seniorów. Socjoterapia jest dla mnie najbliższą z form oddziaływania terapeutycznego. Buduje relację z innymi uczestnikami procesu terapeutycznego i terapeutą. Prawidłowo prowadzony proces terapeutyczny, a także nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów z innymi uczestnikami procesu terapeutycznego, jeżeli do tej pory podopieczny takiej inicjatywy nie przejmował, jest tu kluczowe. Każdy człowiek, który odczuwa samotność odnajdzie się w tej metodzie, rozwinięte ważne umiejętności społeczne, takie jak asertywność, pewność

siebie, budowanie relacji opartych na szacunku do innych uczestników terapii, jak i samego siebie. Uczy się w prawidłowy sposób rozwiązywać konflikty i pełnić określone role społeczne. Jedną z form socjoterapii są panele dyskusyjne, pacjenci bardzo często wyzbywają się na nich negatywnych emocji, poznają siebie na nowo i weryfikują własne poglądy, porównując je z innymi uczestnikami. Odreagowują często frustracje, które wynikają z problemów dnia codziennego. Nie są osamotnieni w swoich problemach, troskach i często rozwiązują je w grupie lub indywidualnie z terapeutą, w atmosferze zaufania i zrozumienia. W ośrodku w którym pracuję, kieruję socjoterapię do osób, które borykają się z fobiami, depresją, zaburzeniami somatycznymi czy obsesyjno-kompulsywnymi. Ten rodzaj terapii pomaga również osobom, które zmagają się z problemami życiowymi i osobistymi. Fascynuje mnie także muzykoterapia, fantastycznie angażuje pacjentów i powoduje, że podopieczny pogłębia wiedzę o sobie samym, co realnie pomaga mu w poprawie relacji międzyludzkich. Muzykoterapia pełni fantastyczną rolę rekreacyjno-ludyczną, czyli zaspakaja potrzebę zabawy i spędzenia wolnego czasu. Zaobserwowałam, że u moich podopiecznych muzykoterapia pełni funkcję ekspresyjną, zaspakajającą naturalne potrzeby działania i ruchu. Odpowiednio dobrany repertuar muzyczny zmienia napięcie mięśni, zmniejsza poczucie niepokoju, wpływa fantastycznie na wyciszenie, pomaga w relaksacji i regenerowaniu sił. Terapeuta zajęciowy nie może opierać się na improwizowanej działalności, ale na dobrze opracowanym planie terapii indywidualnej i grupowej. Najważniejszym elementem w planach indywidualnych i grupowych jest ich elastyczność. Z doświadczenia wiem, że często dokonywane są korekty zarówno w samej diagnozie, jak i ustalonego na jej podstawie planu działania. Nie wyobrażam sobie życia bez tego co wspólnie tworzymy.

### Terapeuta zajęciowy Zbysław:

Każdy może zastanowić się lub zadać sobie pytanie: „Jak funkcjonowałyby placówki medyczne pozbawione zespołów terapeutycznych? Jak wyglądałoby codzienne życie pacjenta bez wsparcia terapeutycznego? Co tak naprawdę wpływa na zdrowie, ogólny dobrostan i brak poczucia osamotnienia? Czy jesteśmy w stanie wyobrazić sobie pacjenta, który zdany jest jedynie na opiekę medyczną lub pielęgniarzką? Dlaczego w dzisiejszych czasach ciężko jest nam sobie wyobrazić placówki medyczne pozbawione sprawnie i prężnie funkcjonującej terapii zajęciowej?” Terapeuta zajęciowy jest członkiem zespołu interdyscyplinarnego. Jego głównym zdaniem jest maksymalna aktywizacja pacjenta w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej, organizowanie czasu wolnego oraz budowanie i kreowanie nowych umiejętności lub szlifowanie już posiadanych. Terapia zajęciowa posiada różne oblicza i jest uzbrojona w ogrom technik i metod, dzięki którym dochodzi do skutecznego i wielofunkcyjnego usprawniania pacjenta. Główne metody to przede wszystkim arteterapia, czyli wsze-

laki, aktywny lub bierny kontakt ze sztuką, pobudzający wyobraźnię, kreatywność, popychający w kierunku twórczego wyzwolenia. Bierna forma, czyli samo słuchanie muzyki, oglądanie filmu lub spektaklu w tej metodzie, aktywizuje obszary związane z emocjami, odczuwaniem i empatią. Sztukę można tworzyć lub odbierać i właśnie na te obszary nastawiona jest arteterapia. Drugą główną metodą jest ergoterapia, w której korzyści terapeutyczne wynikają z wykonywania różnego rodzaju prac ręcznych i manualnych, przykładowo jest to: krawiectwo, wikliniarstwo, introligatorstwo, ogrodnictwo, stolarstwo etc. W minionym roku wiosną sadziliśmy z naszymi podopiecznymi rośliny w ogrodzie i uwielbiali to. Ergoterapia nastawiona jest między innymi na usprawnianie zdolności motoryki małej i dużej, ma także ogromny wpływ na poprawę jakości koncentracji i umiejętności skupienia uwagi. Ostatnią główną metodą jest socjoterapia, czyli czerpanie korzyści terapeutycznych wynikających z różnego rodzaju interakcji społecznych i międzyludzkich, składają się na nią integracje grupowe oraz treningi umiejętności społecznych. Korzyść terapeutyczna płynie tutaj z grupy, w której znajduje się pacjent, oraz z interakcji jakie zachodzą między jej członkami.

Każdy dom pomocy społecznej, zakład opiekuńczo-leczniczy lub warsztat terapii zajęciowej rządzi się własnymi prawami pod kątem prowadzenia zajęć. Terapia musi być dostosowana do potrzeb oraz możliwości pacjenta. Ważna jest motywacja oraz maksymalne zaangażowanie przy jednoczesnym uwzględnieniu potencjału, możliwości i dysfunkcji, z którą mierzy się pacjent. Metodą, która zdecydowanie króluje w placówkach medycznych jest czynna arteterapia, idąca w parze z ergoterapią. Kolorowe, ręcznie wykonane dzieła, obrazy i rysunki wszelkiej maści są oczywiście owocem pracy podopiecznych kierowanych przez wykwalifikowanego terapeuty. Warto zadać sobie pytanie, jakie metody i techniki terapii zajęciowej, sprawdzają się najbardziej w pracy z pacjentem chorującym na Alzheimera, czy zespół otępienny? Odpowiedź nie jest prosta i wynika ze ścisłych obserwacji, codziennej pracy oraz dialogu z podopiecznymi.

Na arteterapię nie składa się tylko aktywna forma tworzenia sztuki. Jest to także aktywny lub bierny kontakt z literaturą – dobrą książką lub prasą dobraną i dostosowaną do zainteresowań i możliwości percepcyjnych podopiecznego. Ważną techniką stosowaną w biblioterapii jest także bajkoterapia – wspólne czytanie, omawianie i interpretowanie historii zawierających morał lub dowolną uniwersalną prawdę. Kontakt z literaturą pobudza sferę psychiczną i poznawczą. Dzięki takiej formie zajęć, podopieczny stara się interpretować podane treści, może zabierać głos aby wyrazić swoją opinię, często przełamuje bariery dotyczące swoich ograniczeń. Najlepsze efekty przynoszą zajęcia w grupie. Kolejną niezwykle ważną techniką stosowaną w arteterapii jest muzykoterapia. Odpowiednio dobrana lista piosenek w pracy z seniorem pociąga za sobą również pewnego rodzaju formę reminiscencji, czyli pobudzania i stymulowania wspomnień za pomocą danego bodźca, w tym przypadku muzyki. Bierne zajęcia muzyczne niosą za sobą niesamowity efekt relaksacji, nato-

miast czynny, wspólny śpiew pobudza, aktywizuje i poprawia nastrój. Muzyka jest również istotnym tłem dla innego rodzaju zajęć – ludoterapii. Jest to jedna z najprzyjemniejszych form terapii zajęciowej – czerpanie korzyści terapeutycznych wynikających z uczestnictwa w różnego rodzaju grach, zabawach i rozrywkach. Wspólna aktywność zmusza do uczestnictwa w różnego rodzaju interakcjach. Każda forma terapii, w której uczestniczy grupa osób jest jednocześnie socjoterapią. Proste gry stymulujące pamięć i koncentrację oraz pobudzające wyobraźnię stanowią jeden z ważniejszych punktów terapii. Mogą to być rozrywki niewymagające planszy ani pionków. Wystarczy zwykła zabawa w skojarzenia, tworzenie wyrazów, zabawa w ciekawostki i anegdota, zagadki muzyczne etc. Bardzo często pojawiającym się elementem ludoterapii są także gry karciane i pojedynki w „Tysiaca”, w akompaniamencie muzyki lat 60.

Ważnym elementem spotkań terapeutycznych są także panele dyskusyjne oparte o zaproponowane przez prowadzących tematy. Dają one możliwość wyrażenia i podzielenia się własną opinią, poszerzają horyzonty myślowe oraz pomagają budować asertywną postawę. Panele dyskusyjne i pogadanki oparte są zazwyczaj na faktach związanych z funkcjonowaniem zewnętrznego świata. Przedstawiają problematykę dotyczącą życia społecznego, politycznego i kulturowego.

Podstawą dobrej współpracy jest zbudowanie relacji podopieczny-terapeuta. Ogromnym plusem przebywania w niewielkim zakładzie opiekuńczo-leczniczym jest także naturalne tworzenie się relacji między podopiecznymi. Kameralność placówki sprawia, że pacjenci są zaopiekowani w równym stopniu. W dysfunkcjach związanych z zanikami pamięci i funkcji poznawczych należy mieć otwarty umysł i serce. Każdy podopieczny posiada swoją historię, która bardzo często stanowi jedyny punkt odniesienia w postrzeganiu otaczającej go rzeczywistości. Udział w zajęciach terapeutycznych eliminuje poczucie lęku i samotności, kreuje i buduje poczucie własnej wartości, poszerza horyzonty, stymuluje i pobudza wyobraźnię. Wszystko odbywa się przy jednoczesnym poszanowaniu autonomii podopiecznego w relacji terapeutycznej.

Cechą, która wyróżnia naszą placówkę jest fakt, iż stosując niszowe techniki prowadzenia terapii zajęciowej tworzymy nowy nurt pracy z pacjentem. Organizowanie czasu wolnego oraz interakcje z pacjentem muszą być zgodne z jego potrzebami i zainteresowaniami. Nie ma lepszej recepty na skuteczną i udaną aktywizację.

Podsumowując, składam serdeczne podziękowania Dyrekcji Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „FEL-MED” Sp. z o.o, za otwartość i wspieranie wszelkich inicjatyw dla naszych Podopiecznych. Przede wszystkim niesienie pomocy osobom starszym dotkniętym chorobą w odzyskaniu możliwie największego zakresu sprawności fizycznej i umysłowej we wszystkich dniach ich życia.

W imieniu Pracowników  
ZOL3, ZOZ „FEL-MED” Sp. z o.o  
Katarzyna Babska





ELŻBIETA KRÓL



## Wycieczka do Nieborowa

Wiosną 2022 r. wyruszamy na wycieczkę na tereny dawnej Puszczy Bolimowskiej. W planie mamy zwiedzanie Arkadii i Nieborowa. Niestety, pogoda – silny wiatr w ostatnich dniach – zmieniła nasze zamiary. Autokar wiezie nas do Arkadii – zespołu pałacowo-ogrodowego, która razem z pałacem w Nieborowie stanowi Oddział Muzeum Narodowego w Warszawie. Dyrektor muzeum wydał polecenie zakazu wjazdu i zwiedzania parku w Arkadii i parku w Nieborowie mając na uwadze bezpieczeństwo zwiedzających. Wiekowy drzewostan stanowić mógł zagrożenie. Do autokaru wsiada nasz przewodnik z Koła Przewodników w Łowiczu. Pan Michał Zalewski krótko opowiada o urokach parku w Arkadii, którego założycielką była Helena z Przeździeckich, żona Michała Hieronima Radziwiłła. Park krajobrazowy sentymentalno-romantyczny założony był w 1778 r. Stanowił dzieło życia księżnej Heleny Radziwiłłowej. Dziś nie mogliśmy obejrzeć tego cennego obiektu i pospacerować romantycznymi alejkami, ale mamy nadzieję tu jeszcze wrócić.

Pan przewodnik zaproponował nam zwiedzanie Muzeum Ludowego Rodziny Brzozowskich w Sromowie. Na tym terenie mieszkała rodzina szczególnie uzdolniona w wytwarzaniu ludowych arcydzieł. Zdolności te są wykorzystywane przez kolejne pokolenia. Założycielem muzeum był Julian Brzozowski, urodzony w 1925 r. rolnik ze wsi Sromów. Rzeźbieniem interesował się od najmłodszych lat. Pierwsze figury do muzeum zaczął rzeźbić od 1955 r.

Muzeum sponsorowane jest wyłącznie z prywatnych środków rodziny. Każdego dnia dbają o konserwację bogatych zbiorów i poszerzanie kolekcji. Przewodnikiem w obiektach jest przedstawiciel rodziny Brzozowskich. Z ogromnym entuzjazmem oprowadza naszą wycieczkę po wystawie, do której należą cztery budynki ze zgromadzoną ogromną liczbą eksponatów. Rzeźby wykonane są z drzewa lipowego. Ponad 600 figur, większość ruchoma, pokazują święta religijne, sceny z życia łowickiej wsi. Znajdują się tu też postaci z historii naszego kraju oraz ze sportu. W pierwszym pawilonie widzimy sceny tematyczne z ponad 400 ruchomych rzeźb – szopka

Bożego Narodzenia, procesja Bożego Ciała, poczet Husarii Polskiej, rybacy nad rzeką Bzurą oraz wesele łowickie. Nad naszymi głowami wiszą kolorowe „Pająki”, które kiedyś w chatkach łowickich zastępowały żyrandole. Na ścianach można podziwiać wycinanki tworzone z kolorowego papieru.

Drugi budynek wita nas zestawieniem polskich sportowców, którzy są częścią sceny „Cztery pory roku”. Kamil Stoch oddaje swój mistrzowski skok, obok Adam Małysz, ręką macha Justyna Kowalczyk i Zbigniew Bródka. Oglądamy kolekcje łowickich ręcznie malowanych skrzyni posagowych i rzeźby naturalnej wielkości postaci w strojach ludowych.

W następnych dwóch budynkach znajduje się ponad 30 zaprzęgów konnych z okolic Łowicza, okazałe bryczki, wolanty i sanie. Na ścianach wiszą narzędzia rolnicze i uprzęże konne. Możemy podejrzeć przy pracy rymarza i bednarza. Wszystkie te rzeźby są ruchome. W powozowni widzimy konie naturalnej wielkości, rodzinę siedzącą na wozie, jadącą na targ przy akompaniamencie prosiaków.

Podziwiamy trud i talent rodzinnych twórców ludowych. Oficjalne otwarcie pawilonów odbywało się w roku 1972, 1983, 1986 i 2001. Seniorka rodu, matka Juliana Franciszka, była utalentowaną wycinankarką i hafciarką. Tworzyła piękne łowickie „pająki” i kolorowe bibułkowe kwiaty. Żona Juliana – Wanda Brzozowska (1931–2003) zawsze wspierała męża. Sama wykonywała „pająki”, wycinanki i bibułkowe kwiaty. Zdolności rzeźbiarskie miał też brat Julian Kryśtan, prezentują się tu jego płaskorzeźby pt. „Współczesna

historia Polskie w rzeźbie”. Obecnie właścicielami są Renata i Wojciech Brzozowscy. Uzupełniają kolekcję wspólnie z siostrami, bratem Michałem. Zdolności plastyczne mają też wnuki.

Z dużym szacunkiem do talentów i pracy wielu pokoleń obejrzelśmy tę wystawę, przedstawiającą oblicze wsi łowickiej.

Kolejnym obiektem zwiedzania jest pałac w Nieborowie. Jest to jedna z najpiękniejszych rezydencji magnackich w Polsce. W XVII w. (1697 r.) wybitny architekt doby baroku Tymon z Gameren wznosił w Nieborowie pałac dla prymasa Radziejowskiego. Jest on położony pomiędzy Bolimowem a Łowiczem. Pałac zmieniał kolejnych właścicieli – Towiańscy, Lubomirscy, Ogińscy. Ostatnimi właścicielami od 1774 do 1945 r. była rodzina Radziwiłłów. W 1922 r. nadbudowano drugie piętro z dwoma wieżyczkami. W pałacu Michał Hieronim Radziwiłł w bibliotece starodruków zgromadził w końcu XVIII w. kolekcję obrazów. Wnętrza wyposażył w stylowe meble oraz obiekty sztuki użytkowej i złotniczej. W 1879 r. Michał Piotr Radziwiłł założył w Nieborowie manufakturę mebli, a dwa lata później manufakturę majoliki artystycznej (nazwa fajansów produkowanych we Włoszech pod wpływem ceramiki wschodniej). Z majolik wyrabiano głównie bogato ozdobione naczynia z przewagą elementów w kolorze niebieskim. Bardzo ważną rolę w historii pałacu spełniła żona Michała Hieronima Radziwiłła – Helena z Przeździeckich. Miała gruntowne wykształcenie, władała siedmioma językami. Lubowała się w starożytności. Sprowadzała do pałacu wyroby w tym stylu z podróży do wielu krajów Europy. Spacerując po komnatach pałacowych podziwiamy stylowe meble, cenne obrazy, orientalne dywany, porcelanę saską, wiedeńską, berlińską. W jednej z komnat tzw. „czerwonym salonie” warto przystanąć przed portretem Anny Orzelskiej, ukochanej córki Augusta II Mocnego, uznanej za najurodziwszą Polkę doby baroku. Podobno przy blasku księżycy duch pięknej Anusi przechadza się czasem po komnatach a towarzyszy jej piesek (czy też raczej zjawa

na czterech łapach), z którym uwieczniono jej obraz. Portret pierwszego właściciela rezydencji Michała Radziejowskiego to drugi z nieborowskich „ożywających” nocami obrazów.

Wśród zgromadzonych przez Radziwiłłów kolekcji starożytności wyróżnia się wykonana z białego marmuru „głowa Niobe” pochodząca z rzymskich wykopalisk. Spacerując po kolejnych komnatach pałacu podziwiamy bogactwo historyczne zgromadzonych eksponatów.

Na zakończenie wycieczki mamy obiad w restauracji „Stajnia u kowala”, ognisko z pieczeniem kiełbasek oraz krótką przejażdżkę po okolicznych polach i lasu.

Ta jednodniowa wycieczka wzmogła w nas poszanowanie historii naszego narodu. Zobaczyliśmy dwa światy – jeden to bogactwo pałacu magnackiego a drugi – skromniejszy, ale bardzo różnorodny i kolorowy przedstawiający wieś łowicką. Podziękowaliśmy przewodnikowi za bardzo interesujący spacer i barwną opowieść o historii zwiedzanych obiektów.

Elżbieta Król  
Koło Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych przy OIPIP w Łodzi

### Terminy spotkań Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych w roku 2023

- 13 lutego • 13 marca • 3 kwietnia
- 8 maja • 11 września • 9 października
- 13 listopada • 11 grudnia



„Pokój Ci w cichej krainie  
Gdzie ból nie sięga, gdzie łza nie płynie...”

Ze smutkiem pożegnaliśmy zmarłą 21 listopada 2022 r. Pielęgniarkę

### **śp. Marię Grażynę Kopkę (l. 84)**

Ukończyła Państwową Szkołę Pielęgniarską przy Akademii Medycznej w Łodzi w 1956 r. Pracowała w służbie zdrowia PKP. Kilka lat spędziła w Szwajcarii wykonując zawód pielęgniarki. Chętnie opowiadała o wysokim poziomie usług medycznych w tym kraju i uzyskanym tam doświadczeniu w praktyce pielęgniarskiej.

Przez wiele lat należała do Koła Emerytek przy OIPiP w Łodzi. Była osobą koleżeńską, życzliwą, znającą realia służby zdrowia. Aktywnie uczestniczyła w działalności naszego Koła. Przekazywała nam na zebraniach nowości i programy związane ze zdrowiem, rozdawała ulotki z informacjami. Zapraszała na wykłady gości przekazujących ciekawe tematy. Razem z mężem przez wiele lat byli słuchaczami Uniwersytetu Trzeciego Wieku przy Politechnice Łódzkiej. Uczestniczyli w wykładach z różnych dziedzin – nauki, kultury, sztuki.

Osoba Grażyny Kopki pozostanie w naszej pamięci i wspomnieniach.

Żegnają członkinie Koła Emerytek OIPiP w Łodzi

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dniu 4 stycznia 2023 r. odeszła nasza Koleżanka

### **śp. Zofia Szczęsna**

Wieloletni Pracownik Bloku Operacyjnego ICZMP

Zmarłą żegnają Koleżanki Instrumentariuszki

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość, że po ciężkiej chorobie w dniu 4 lutego 2023 r. odeszła od nas nasza droga Koleżanka, Pielęgniarka

### **śp. Barbara Kowalczyk**

Wieloletni Pracownik Centra Medyczne Medyceusz

Zawsze pogodna i życzliwa, ceniona i szanowana. Potrafiła słuchać i okazywać wsparcie, zawsze wtedy, kiedy tego najbardziej potrzebowaliśmy. Odeszła zdecydowanie za wcześnie. Miała jeszcze tyle planów i marzeń do zrealizowania. Zawsze będzie obecna w naszej pamięci. Nigdy nie zapomnimy, ile dobra uczyniła za życia. Spoczywaj w pokoju.

Rodzinie i Bliskim składamy wyrazy głębokiego współczucia  
Zarząd i Pracownicy Centra Medyczne Medyceusz

Koleżance

### **Janinie Mikołajczyk**

wyrazy szczerego współczucia i żalu z powodu śmierci męża

### **śp. Jacka Mikołajczyka**

zmarłego po długiej walce z chorobą nowotworową

składają Koleżanki Stacji Dializ SK WAM (Żeromskiego 113)

## Uroczyste otwarcie Izby Pamięci im. sł. b. Stanisławy Leszczyńskiej





01

styczeń 1591

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
	2	3	4	5	6	7
	9	10	11	12	13	14
	16	17	18	19	20	21
	23	24	25	26	27	28
	30	31				

02

lutny 1514

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
	6	7	8	9	10	11
	13	14	15	16	17	18
	20	21	22	23	24	25
	27	28				

03

marzec 1425

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
	6	7	8	9	10	11
	13	14	15	16	17	18
	20	21	22	23	24	25
	27	28	29	30	31	

04

kwiecień 1405

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
	3	4	5	6	7	8
	10	11	12	13	14	15
	17	18	19	20	21	22
	24	25	26	27	28	29

05

maj 15915

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
	1	2	3	4	5	6
	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20
	22	23	24	25	26	27
	29	30	31			

06

czerwiec 15915

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
	5	6	7	8	9	10
	12	13	14	15	16	17
	19	20	21	22	23	24
	26	27	28	29	30	

07

lipiec 15915

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
	3	4	5	6	7	8
	10	11	12	13	14	15
	17	18	19	20	21	22
	24	25	26	27	28	29
	31					

08

sierpień 1665

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
	7	8	9	10	11	12
	14	15	16	17	18	19
	21	22	23	24	25	26
	28	29	30	31		

09

wrzesień 15915

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
	4	5	6	7	8	9
	11	12	13	14	15	16
	18	19	20	21	22	23
	25	26	27	28	29	30

10

październik 1665

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
	2	3	4	5	6	7
	9	10	11	12	13	14
	16	17	18	19	20	21
	23	24	25	26	27	28
	30	31				

11

listopad 1514

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
	6	7	8	9	10	11
	13	14	15	16	17	18
	20	21	22	23	24	25
	27	28	29	30		

12

grudzień 14405

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
	4	5	6	7	8	9
	11	12	13	14	15	16
	18	19	20	21	22	23
	25	26	27	28	29	30