

IMPULS

ISSN 1230-5901

Nr 3-4 (341-342), WARSZAWA, czerwiec 2025 r.



WARSZAWSKA OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
Biuletyn samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych

26 Maja 2025 roku

Nie wiem, czy jest gdzieś na świecie,
Czy na pustyni, czy w górach,
Podobnej struktury kwiecie,
Chyba, że w chmurach.
Kim jest ten człowieczeństwa cud,
O którym niesie fama,
Ten mój jedyny szczęścia łut,
To moja mama.

J.W.W.



1 czerwca 2025 roku
Szczęśliwego
Dnia Dziecka



Kolegium redakcyjne:

Nikoleta Broda
Ewa Ślęzak
Jacek Wojciechowski

Kontakt z redakcją:

Warszawska Okręgowa
Izba Pielęgniarek i Położnych
Redakcja Biuletynu
**ul. Żelazna 59, VII piętro,
00-848 Warszawa**
e-mail: woipip@woipip.pl
<http://www.woipip.pl>
tel. 22 826-84-77

Godziny pracy biura:

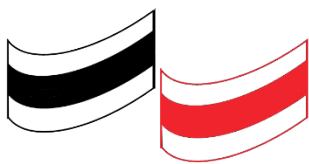
poniedziałek	8:00 – 16:00
wtorek	8:00 – 16:00
środa	8:00 – 16:00
czwartek	8:00 – 17:00
piątek	8:00 – 15:00

Spis treści

XXVIII Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Budżetowy Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych	7
Globalny paradoks – empatia pielęgniarek spotyka przemoc pacjentów.....	12
Przymus bezpośredni nie tylko dla psychiatrii	26
Różnice pokoleniowe a zarządzanie zespołem i związane z nimi problemy – część I.....	39
Widzisz więcej, działasz pewniej – ultrasonografia w codziennej praktyce położnej.....	48
Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych	52
Z życia Izby	55
Podziękowania.....	79
Pożegnanie	82

Warunki publikacji nadesłanego materiału:

1. Nadesłany tekst musi być podpisany: imię, nazwisko, zawód/stanowisko, ew. miejsce pracy (do wiadomości redakcji należy podać adres i nr telefonu).
2. Artykuły przyjmowane są w wersji elektronicznej zapisane w formacie Word (edytowalne).
3. Tekst: Times New Roman, rozmiar 12, interlinia 1,5 bez wersalików podkreśleń itp. Tekst wymagający wyróżnienia należy pogrubić (**wyboldować**).
4. Miejsce wstawienia rycin i ilustracji zaznaczone: >>> ryc. 1 <<<
5. Obrazki i ryciny w oddzielnym pliku w wersji edytowalnej podpisane numerem obrazka.
6. Przypisy i bibliografia na końcu tekstu.
7. Jeśli tekst jest przedrukiem należy podać pełne źródło (adres internetowy) i zgodę na przedruk.
8. Materiały do biuletynu należy przesłać na adres: merytoryczny@woipip.med.pl
9. Redakcja:
 - a) nie publikuje tekstów anonimowych,
 - b) zastrzega prawo redagowania tekstów,
 - c) nie zwraca nadesłanych materiałów,
 - d) nie odpowiada za treść nadesłanych ogłoszeń.



Hymn pielęgniarki

1. *W świat niesiemy swe serca gorące,
Najpiękniejszą głosimy ideę,
Aby ludziom dać spokój i słońce,
By cierpiącym przywrócić nadzieję.*
2. *W służbie naszej przodować będziemy
Dla Ojczyzny, Jej dobra pracować,
A gdy trzeba i ginąć będziemy,
Aby życie człowieka ratować.*
3. *Zawód nasz przeszedł wielkie dni chwały
Gdy o wolność się walki toczyły,
Pielęgniarki na frontach też były
I ofiarnie swą służbę pełniły.*
4. *My nie chcemy ni wojen, ni bojów
Dość krwi bratniej i ofiar faszyzmu
My jesteśmy siostrami pokoju,
Służyć chcemy idei humanizmu.*





Szanowni Państwo, chciałabym serdecznie powitać wszystkich delegatów Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Spotykamy się dzisiaj celem pochylenia się nad analizą budżetu i przekazania Państwu sprawozdań z działalności Okręgowej Rady oraz pozostałych organów i komisji. Przedstawimy też sposób realizacji uchwał podjętych na ubiegłorocznym Zjeździe.

Na wstępie chciałabym pochylić się nad realizacją zadań Okręgowej Rady. Rok 2024 był przede wszystkim rokiem organizacji szkoleń kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych oraz organizacji wielu konferencji. Przez wiele lat sami musieliśmy finansować podnoszenie naszych kwalifikacji, więc robimy wszystko, aby teraz pozyskać fundusze na ich realizację również z innych źródeł, a Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych na równi z nami zabiega o środki na ten cel. Z nadzieją czekamy na nowy projekt unijny w tej kwestii.

Zaczęliśmy sami organizować w siedzibie naszej Izby konferencje tematyczne według potrzeb naszego środowiska. Mamy dwa potężne filary, to nasz majątek, czyli hotel, gdzie znajduje się ośrodek kształcenia podyplomowego oraz siedziba Izby z 3 ogromnymi salami wykładowymi. Wprowadzając w sprawy, które w dniu dzisiejszym zawierają sprawozdania pragnę podkreślić prężne działania organów naszej Izby poprzez m.in. organizację konferencji i szkoleń.

Konferencja „Współczesne oblicza pielęgniarstwa” zorganizowana w 2024 roku przez naszą komisję naukową, której przewodniczy Paweł Witt, spotkała się z dużym uznaniem wśród naszych koleżanek i kolegów. To była duża inspiracja i motywacja do dalszego działania. Kolejna konferencja „Położnictwo i ginekologia w codziennej pracy” obejmowała aktualne potrzeby środowiska położnych podzielone na dwie sesje: Położnictwo i Ginekologia, którą zorganizowały położne z Panią Barbarą Mazurkiewicz wskazującą potrzeby naszego środowiska oraz „Praktyczne aspekty pracy pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania”, poświęconą problemom w pracy pielęgniarek i położnych POZ. „Rozwój samodzielności pielęgniarek POZ w opiece koordynowanej” to kolejna konferencja zorganizowana 8 marca z okazji Dnia Kobiet odbiła się szerokim echem w środowisku. Nie możemy zapomnieć o XVIII Dniach Chirurgicznych, w których braliśmy udział, także finansowy.

Ale to jeszcze nie koniec. Koleżanki i koledzy zwracają się nadal z propozycjami dalszych szkoleń i warsztatów w różnych dziedzinach. Odbyła się konferencja dedykowana zagadnieniom w psychiatrii oraz szkoleniu pielęgniarek i położnych z udziałem psychologów, mające na celu wsparcie psychiczne w sytuacji utraty pacjenta.

Komisja kształcenia i doskonalenia zawodowego, której przewodniczącą jest Elżbieta Drózd-Kubicka, zorganizowała warsztaty i szkolenia z zakresu kompetencji wystawiania recept, urologii i seksuologii, uzależnienia, portów naczyniowych oraz odpowiedzialności zawodowej. Na uwagę zasługują także świetnie pracujące i działające na rzecz naszego środowiska pozostałe komisje i sekcje, takie jak sekcja pielęgniarek diabetologicznych, komisja pielęgniarek zarządzających, pielęgniarek niepublicznych ZOZ-ów, sekcja pielęgniarek anestezyjologicznych i intensywnej opieki, pielęgniarek chirurgicznych, które rozpoczynają cykl warsztatów, a których przewodniczącym i autorem programu bezpłatnych warsztatów dobrej praktyki w opiece stomijnej jest Pan Tomasz Piątek. Agnieszka Tarłowska wkroczyła w cykl szkoleń i warsztatów z zakresu edukacji i opieki pacjentów chorych na cukrzycę. Nasz kolega członek Okręgowej Rady – Marcel Solecki będący współzałożycielem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Infuzyjnego, prowadzi szkolenia z zakresu dostępu naczyniowego realizowane nie tylko w Warszawie, ale również w innych Izbach na terenie Polski. Oprócz tego obejmujemy opieką naszych członków i w zdrowiu, i w chorobie. Nasze komisja socjalna i komisja sanatoryjna rozpatrują bardzo liczne wnioski o pomoc materialną. W życiu codziennym uczestniczymy w licznych konkursach na stanowiska pielęgniarek naczelnych, oddziałowych, ordynatorów czy dyrektorów ds. medycznych. Zapoznajemy się i opiniujemy projekty rozporządzeń i ustaw, które wpływają do nas z Ministerstwa Zdrowia, a dotyczą bieżących zagadnień i problemów w naszej pracy.

W sprawozdaniu przedstawiamy również liczby, kwoty – efekty pracy naszego Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych i Działów Merytorycznego i PWZ: ile kursów, konferencji do-

finansowaliśmy, i w jakich kwotach, ile pielęgniarek i położnych ukończyło studia, ile z nich podjęło pracę w polskich placówkach ochrony zdrowia. Nadal redagujemy biuletyn „Impuls”, przy którym pracują Nikoletta Broda, Ewa Ślęzak i Jacek Wojciechowski. Tą drogą pragnę zachęcić koleżanki i kolegów do pisania i przysyłania artykułów, które moglibyśmy zamieścić w naszym magazynie, dzieląc się naszą niemałą wiedzą i doświadczeniem. Warszawska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych przyznała różnym konferencjom i szkoleniom wiele patronatów. Prezydent RP ANDRZEJ DUDA zaprosił przedstawicieli naszej Izby do wspólnego świętowania z okazji 3 maja – Jedyna Izba, która uczestniczyła w tym wydarzeniu.

Zostaliśmy zaproszeni przez Ministrę Zdrowia wraz z naszym chórem na uroczystą Wigilię Bożego Narodzenia. Departament zdrowia i polityki społecznej Urzędu Marszałkowskiego zaprosił mnie ponownie do kapituły konkursu „Medyczne Wydarzenie Roku”. Wyróżnienie otrzymała nasza koleżanka z Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie Agata Waszczuk

W naszej Izbie jak zwykle odbywają się zajęcia studyjne kierunków pielęgniarstwa i położnictwa z prawie wszystkich uczelni działających na terenie Warszawy. Celem tych spotkań jest ukazanie działalności naszego samorządu, a przy okazji zaprezentowanie Muzeum Pielęgniarstwa i Położnictwa w naszej siedzibie.

Jak co roku podczas uroczystości z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej nasze koleżanki i koledzy zostali nagrodzeni za swoją pracę i za zasługi dla ochrony zdrowia. I tak WOIPiP za zasługi działalności na rzecz Izby – 13 osób, NIPiP 14 osób, Ministerstwo Zdrowia 85 osób, Marszałek Województwa Mazowieckiego – 15 osób, Odznaczenia Prezydenta Miasta Warszawy 34 osoby, Starostowie Powiatów – 5 osób, Złoty Indeks IMB Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna 1 osoba, Położna Roku 1 osoba i z okazji 10 lecia Budzika Centrum Zdrowia Dziecka 6 osób.

Należy również wspomnieć o Nocy Muzeów. Komisja Historyczna przedstawiła w niesamowity sposób udział pielęgniarek i sanitariuszek w Powstaniu Warszawskim. Wystawa poświęcona była 80 rocznicy Powstania Warszawskiego i bitwy pod Monte Cassino. Przez 5 godzin wystawę obejrzało ponad 300 osób. Już teraz zapraszam państwa wraz z rodzinami na kolejną noc muzeum w naszej siedzibie, która odbędzie się 17 maja 2025 roku w godzinach od 16:00 do 23:00.

Samorząd nie jest organizacją polityczną, ale tak jak każda organizacja musi mieć swoją politykę działania. Jednym z jej aspektów jest nawiązywanie współpracy z tymi, którzy mają i będą mieć w mieście wpływ na funkcjonowanie podmiotów leczniczych. Bo bez współpracy ze światem zewnętrznym nie ma poprawy naszej sytuacji. My nie możemy o poprawie naszej sytuacji rozmawiać tylko wewnątrz naszej organizacji. Nam nasze problemy są znane, my musimy zaangażować w rozwiązywanie naszych problemów reprezentantów świata zewnętrznego. Współpracujemy ze wszystkimi uczelniami wyższymi, które w swoim zakresie mają pielęgniarstwo i położnictwo.

Szanowni Państwo, jak już wspomniałam, na funkcjonowanie samorządu mają istotny wpływ czynniki zewnętrzne. Moim zdaniem wyszliśmy z cienia. Pokazaliśmy, że taka organizacja jak nasza jest potrzebna. Pielęgniarki i położne chcą uczestniczyć w życiu społecznym, chcą zabierać głos w sprawach istotnych dla samorządu, ale też dla naszych podopiecznych, którymi się w życiu zawodowym zajmują. Dlatego też, jak co rok, 1 sierpnia składamy hołd poległym podczas wojny służbom sanitarnym, a także uczestniczymy w obchodach 11 listopada z okazji Odzyskania Niepodległości Polski. Reakcja z jaką spotkałyśmy się, wśród ludzi zgromadzonych na tej uroczystości, była nieoceniona: ogromna sympatia i słowa podziękowania za naszą obecność potwierdziły, że nasze działanie było zasadne. Za naszą obecność w uroczystościach podziękowały nam również najwyższe władze państwa i samorządu terytorialnego. Dziś, w rozmowach nie jesteśmy już anonimowi i jeżeli przyjdzie nam rozmawiać o rzeczach ważnych dla naszego środowiska, nasz głos będzie słyszalnym.

Proszę Państwa pragnę poinformować, że wszystkie zadania z planu pracy Okręgowej Rady oraz wszystkie Uchwały Okręgowego Zjazdu udało się zrealizować. Dodać należy wszelkich starań aby należycie wykonywać wszystkie zalecenia i Uchwały trwającego Okręgowego Zjazdu.

Pamięć i historia bogactwem pielęgniarstwa

XXVIII Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Budżetowy Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych



Dnia **28 marca 2025 roku** w Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie, ul. Okopowa 59, odbył się XXVIII Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Budżetowy Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Obrady rozpoczęły się od wystąpienia Pani Anny Dudzińskiej Przewodniczącej WOIPiP. Po wprowadzeniu sztandaru WOIPiP, powitaniu przybyłych gości i zebranych delegatów przewodnicząca oddała głos Panu Konradowi Janowskiemu Rektorowi uczelni. Na Przewodniczącą Zjazdu delegaci wybrali Panią Wiesławę Załuską, która poprowadziła dalsze obrady. Zgodnie z obowiązującą procedurą dokonano wyboru Prezydium Zjazdu oraz Komisji Zjazdowych.



Przewodnicząca Zjazdu – Wiesława Załuska
Z-ca Przewodniczącej – Małgorzata Antonow
Sekretarz – Małgorzata Kaszuba

Członek – Beata Szyszkowska-Suchta
Członek – Anna Wyrzykowska



Przewodnicząca Komisji Mandatowej – Beata Grygier
 Z-ca Przewodniczącej – Wioletta Galuba
 Sekretarz – Katarzyna Złotowska
 Członek – Iwona Stańczuk

Przewodnicząca Komisji Skrutacyjnej – Elżbieta Drózdź-Kubicka
 Sekretarz – Agnieszka Matosek-Czarnecka
 Członek – Gilbert Kolbe



Przewodnicząca Komisji Uchwał i Wniosków – Iwona Nastkiewicz
 Z-ca Przewodniczącej – Agnieszka Karaś
 Sekretarz – Grażyna Kaca
 Członek – Katarzyna Kołodziejska
 Członek – Ewa Ślązak
 Członek – Jacek Wojciechowski

Przewodnicząca Komisji Mandatowej odczytała protokół komisji, w którym ustalono, iż na ogólną liczbę **376** Delegatów obecnych jest **256**, co stanowi **68,08%** ogółu, w związku z tym XXVIII Okręgowy Zjazd WOIPiP był prawomocny i mógł dokonywać wyborów oraz podejmować uchwały.

Po uzupełnieniu zgłoszonych wniosków delegaci zatwierdzili porządek obrad Zjazdu, następnie Przewodnicząca Okręgowej Rady Pani Anna Dudzińska przedstawiła sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady WOIPiP za 2024 rok, omówiła działania i decyzje podjęte w najważniejszych sprawach dotyczących między innymi:

- stwierdzania prawa wykonywania zawodów,
- rejestru finansowania zapomóg i udziału w szkoleniach,
- podjętych stanowisk związanych z aktualną sytuacją w ochronie zdrowia.



Pani Helena Falkowska, Skarbnik Okręgowej Rady, udzieliła dodatkowych informacji do przedstawionego w materiałach zjazdowych sprawozdania do wykonania Planu Budżetu WOIPiP za rok 2024, które zjazd zatwierdził.

Kolejnymi uchwałami zatwierdzono:

- Plan Budżetu WOIPiP na 2025 rok i I kwartał 2026 roku.
- Zmiany do Regulaminu Okręgowej Rady Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.
- Zmiany do Regulaminu Okręgowego Zjazdu Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Sprawozdania z działalności organów przedstawiły:



Krystyna Ambroziak
– Przewodnicząca
Okręgowej Komisji
Rewizyjnej



Urszula Królikowska
– Przewodnicząca
Okręgowego Sądu



Elżbieta Iwanicka
– Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Sprawozdania Przewodniczących zatwierdzono kolejnymi uchwałami.

Delegaci na Zjazd przyjęli w głosowaniu do realizacji wnioski złożone do Komisji Uchwał i Wniosków w sprawach:

- ustanowienia urlopu zdrowotnego dla pielęgniarek i położnych,
- nadania uprawnień pielęgniarkom i położnym stosowania zamienników leków,
- prawnego uregulowania stanowiska lidera – opiekuna pielęgniarek, położnych wkraczających do zawodu,
- opracowania i powiązania kompetencji pielęgniarek i położnych z wynagrodzeniem,
- zmian treści uchwały Nr 5 z 23 września 2024 roku Nadzwyczajnego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

Po wyczerpaniu wszystkich wniosków, apeli i stanowisk Przewodnicząca Okręgowej Rady poprosiła o wyprowadzenie sztandaru WOIPiP, a pani Wiesława Załuska Przewodnicząca XXVIII Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo-Budżetowego Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych zakończyła obrady.





*Dziękujemy
wszystkim
delegatom
za merytoryczne
obradę.*

Redakcja Impusu



mgr WIESŁAWA ZAŁUSKA, MBA

Z-Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością
Członek Zespołu FKZM przy Rzeczniku Praw Pacjenta

Globalny paradoks – empatia pielęgniarek spotyka przemoc pacjentów

Agresja i przemoc wobec personelu medycznego, ale również innych osób, przybiera na sile, co niestety potwierdziły w Polsce ostatnie tragiczne wydarzenia, w których śmierć ponieśli medycy. Źródła brutalnych zachowań są wieloczynnikowe – obejmują niedofinansowanie sektora ochrony zdrowia, deficyt kadr medycznych, utrudniony dostęp do świadczeń zdrowotnych, pogłębiające się napięcia społeczne, kryzys kultury dialogu, brutalizację debaty publicznej, narastające podziały polityczne, światopoglądowe i klasowe, ale również zwiększająca się ilość zażywania substancji psychoaktywnych i zaburzeń psychicznych w społeczeństwie. Stres ekonomiczny i ostatnie traumatyczne wydarzenia pandemii i wojny oraz niepewność przyszłości za wschodnią granicą, stworzyło klimat permanentnego napięcia.

Wobec problemów emocjonalnych agresja staje się niekiedy sposobem wyrażania sprzeciwu, frustracji, a nawet tożsamości grupowej. W przestrzeni publicznej znaczącą rolę odgrywają media i internet, gdzie hejt, dezinformacja i brutalizacja języka mają wpływ na zachowania offline. Użytkownicy czują się anonimowi, co obniża próg kontroli negatywnych emocji, a treści pełne nienawiści często są podbijane algorytmicznie przez media społecznościowe. W licznych przypadkach świadkowie przemocy, zarówno w przestrzeni publicznej, jak i w miejscu pracy, pozostają bierni, co skutkuje zjawiskiem rozproszenia odpowiedzialności, w którym osoby, mimo świadomości sytuacji, unikają podjęcia działania.

Mowa nienawiści wobec różnych grup społecznych i zawodowych, w tym pracowników ochrony zdrowia, skutkuje brutalnymi aktami przemocy. Równocześnie, często brak szybkiej i skutecznej pomocy odpowiednich służb oraz adekwatnej reakcji instytucji wymiaru sprawiedliwości, powoduje, że sprawcy czują się bezkarni.

Ostatnie akty bestialskiej przemocy zszokowały i skłoniły do refleksji, a przede wszystkim do podjęcia natychmiastowych skutecznych rozwiązań systemowych w celu poprawy bezpieczeństwa personelu medycznego.

Prezentowany artykuł stanowi fragment publikacji zgłębiającej temat w szerszym kontekście, którą przygotowałam z myślą o wzmocnieniu głosu naszego środowiska w debacie publicznej nad tym dramatycznie aktualnym problemem i wskazującą, że nie ma naszej zgody na agresję



i przemoc pacjentów wobec pielęgniarek. Kompleksowa publikacja zawierać będzie również konkretne, praktyczne rekomendacje dotyczące rozwiązywania problemów oraz formułowania skutecznych strategii postępowania z agresją i przemocą pacjentów wobec pielęgniarek, pielęgniarzy, położnych i położników (dalej: pielęgniarek) na poziomie poszczególnych podmiotów leczniczych.

Granice agresji – od teorii do współczesnych wyzwań

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN – International Council of Nurses) definiuje agresję (ang. aggression) pacjentów jako „każde zachowanie werbalne, niewerbalne, psychiczne lub fizyczne, które wywołuje u pielęgniarki uczucie zagrożenia, szkody, uraz lub stres, niezależnie od tego, czy zostało ono zamierzone, czy nie”. Agresja jest zachowaniem, które wyraża złość, frustrację lub wrogość, często impulsywnie i nie zawsze z zamiarem wyrządzenia krzywdy.

Należy zauważyć, że agresja może mieć różne formy – od gróźb i zniewag słownych, przez przemoc fizyczną, aż po subtelne formy zastraszania – i że kluczowe znaczenie ma wpływ, jaki to zachowanie wywiera na pielęgniarkę, a nie jedynie intencje pacjenta.

Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work) agresję w miejscu pracy definiuje jako „każde zdarzenie, podczas którego osoba jest obrażana, zastraszana lub atakowana w okolicznościach związanych z pracą, co stanowi wprost lub pośrednio zagrożenie jej bezpieczeństwa, dobrego samopoczucia i zdrowia”.

Z medycznego punktu widzenia nagłe zachowania agresywne określane są jako zaburzenia kontroli impulsów czy zaburzenia dysforyczne i mogą występować w przebiegu różnych zaburzeń psychicznych oraz schorzeń somatycznych.

W psychologii (Zimbardo, P.G., Johnson, R.L., & McCann, V.) agresja definiowana jest jako „zachowanie ukierunkowane na wyrządzenie szkody fizycznej lub psychicznej innej osobie, która nie chce być obiektem takiego działania”. Istotą agresji jest intencjonalność – agresor działa z zamiarem skrzywdzenia drugiego człowieka, niezależnie od tego, czy szkoda rzeczywiście zostanie wyrządzona.

Pisząc niniejsze opracowanie doszłam natomiast do przekonania, że zjawisko agresji w stosunku do personelu medycznego ma silne podłoże socjologiczne. W ujęciu socjologicznym bowiem agresja to nie tylko indywidualny akt przemocy czy wrogości, lecz zachowanie społeczne, które wynika z określonego kontekstu kulturowego, norm społecznych, struktury społecznej oraz relacji władzy. Socjologowie postrzegają agresję przede wszystkim jako reakcję na napięcia społeczne, nierówności, frustrację wynikającą z marginalizacji lub konfliktów interesów – a nie jedynie jako zjawisko zakorzenione w biologii czy emocjach.

Anatomia przemocy – rany niewidoczne gołym okiem

Przemoc wobec personelu medycznego nie jest incydem, lecz systemowym, narastającym problemem – to nie tylko jednorazowy akt, lecz głęboko zakorzeniony problem w strukturach, relacjach i zaniedbaniach. Dopiero zaglądając za kuliszy szpitalnych korytarzy, analizując ukrytą epidemię przemocy wobec tych, którzy codziennie walczą o zdrowie i życie pacjentów, widzimy, że przemoc jest codziennością – bolesną, obciążającą, samotną, która nie zostawia siniaków, ale wypala od środka.

Dlaczego w dyskursie na temat zagrożeń wobec personelu medycznego kluczowe staje się rozróżnienie między agresją a przemocą? Agresja może, ale nie musi prowadzić do przemocy, dlatego w fachowej literaturze przedmiotu agresja i przemoc podlegają różnicowaniu. Choć pojęcia agresji i przemocy bywają używane zamiennie w języku potocznym, to z perspektywy psychologii, socjologii oraz prawa różnią się one zarówno zakresem znaczeniowym, jak i konsekwencjami interpretacyjnymi.

Agresja odnosi się do zachowań nacechowanych wrogością lub intencją wyrządzenia szkody, jednak nie zawsze prowadzi do realnego uszczerbku – może mieć charakter impulsywny, jednorazowy, a nawet nieintencjonalny.

Przemoc natomiast zakłada **świadome, powtarzalne lub strukturalne działanie**, które skutkuje naruszeniem integralności fizycznej, psychicznej lub emocjonalnej drugiego człowieka. Z tego względu przemoc uznawana jest za zjawisko głębiej zakorzenione w relacjach siły, władzy i nierównowagi.

W kontekście pracy pielęgniarek, które funkcjonują na styku empatii i systemowego przeciążenia, przemoc staje się formą przewlekłego, nierzadko bagatelizowanego obciążenia. Zjawisko to wykracza poza jednorazowe akty agresji – obejmuje m.in. werbalne nadużycia, groźby, mobbing, molestowanie, a także systemowe zaniedbania w zakresie ochrony pracowników przed takimi doświadczeniami. Dlatego to właśnie pojęcie przemocy lepiej oddaje rzeczywisty wymiar ryzyka i cierpienia, jakiego doświadczają przedstawiciele zawodów medycznych w codziennej praktyce.

Podkreślenia wymaga, że w opracowaniach angielskojęzycznych dotyczących zjawiska agresji i przemocy w stosunku do pielęgniarek, praktycznie zawsze spotkałam się ze sformułowaniem ang. *violence*, co w tłumaczeniu oznacza: przemoc, gwałtowność, siła, moc, impet.

Za uśmiechem pielęgniarki często kryje się zmęczenie, rana zadana przemocą, ciche łzy, które płyną, gdy opada kurtyna dyżuru. ICN definiuje przemoc (ang. *violence*) jako „wszelkie incydenty, w których pielęgniarki są narażone na nadużycie, groźby lub napaść fizyczną albo psychiczną podczas wykonywania obowiązków zawodowych”, co może skutkować obrażeniami fizycznymi, stresem psychicznym, urazem emocjonalnym, obniżeniem poczucia własnej wartości, wypaleniem zawodowym, a nawet rezygnacją z pracy.

Natomiast EU-OSHA definiuje przemoc w miejscu pracy jako „umyślne użycie siły, groźące lub rzeczywiste, przeciwko innej osobie lub grupie, w okolicznościach związanych z pracą, które albo powoduje, albo ma duże prawdopodobieństwo spowodowania obrażeń, śmierci, szkody psychologicznej, zaburzeń rozwoju zawodowego lub deprywacji”. W kontekście zawodowym, przemoc w miejscu pracy obejmuje incydenty, w których pracownicy są nękanici, grozi się im lub są atakowani fizycznie bądź psychicznie w związku z ich pracą. Może to dotyczyć zarówno przemocy ze strony współpracowników, jak i osób spoza organizacji, takich jak pacjenci. EU-OSHA wyróżnia **przemoc zewnętrzną** (*external violence*), która jest przedmiotem niniejszego opracowania oraz **przemoc wewnętrzną** w miejscu pracy (*internal violence*).

Przemoc zewnętrzna definiowana jest jako „rodzaj przemocy stosowanej wobec osoby w miejscu pracy przez osoby niebędące częścią firmy”, która może przybierać różne formy, takie jak agresywne zachowanie, werbalna agresja czy akty przemocy zagrażające zdrowiu i życiu pracownika.

Natomiast **przemoc wewnętrzną** w miejscu pracy odnosi się do aktów przemocy, nękania lub agresji występujących między pracownikami tej samej organizacji. Sprawcami są współpracownicy, przełożeni lub podwładni, a ofiarą może być każdy członek organizacji – niezależnie od stanowiska. Zasygnalizuję tylko, że przemoc wewnętrzną w stosunku do pielęgniarek może przybierać różne formy,



takie jak mobbing (nękanie w pracy), bullying (przemoc psychiczna), molestowanie seksualne (słowne, fizyczne lub wizualne), przemoc fizyczna, werbalna lub instytucjonalna/strukturalna (związana z nadużywaniem władzy i organizacją), czy też cyberbullying (cyberprzemoc). Kompleksowe opracowanie poświęcone zjawisku przemocy wewnętrznej, autorstwa naszej koleżanki Barbary Kaliwody, ukazało się drukiem jako specjalny dodatek do numeru 1–2/2025 czasopisma Impuls WOIPiP.

Przemoc ma praktycznie zawsze konotacje prawne, bowiem użycie siły lub przewagi (fizycznej, ekonomicznej, psychicznej) w sposób, który powoduje szkodę, cierpienie lub naruszenie praw drugiej osoby, ma swoje odzwierciedlenie w konsekwencjach przewidzianych przepisami prawa. Przemoc zawsze oznacza przekroczenie granicy poprzez skrzywdzenie kogoś lub naruszenie jego godności. Przemoc jest więc świadomym, zamierzonym działaniem i wyrządzającym szkodę – fizyczną, psychiczną lub emocjonalną.

Cicha przemoc – głośna agresja

Kiedy agresja przekształca się w narzędzie, mówimy o przemocy. Agresja stanowi jedynie początek, zaś przemoc jest złożonym systemem, w którym przemoc fizyczna, psychiczna i społeczna stają się integralnymi elementami wzajemnie się wspierającymi. Przemoc, w odróżnieniu od agresji, zawsze ma więc charakter krzywdzący i często jest bardziej powtarzalna lub systematyczna. Agresja to działanie o charakterze wrogim lub nieprzyjaznym, które może, ale nie musi, prowadzić do fizycznej lub psychicznej szkody – jest to impuls, reakcja lub stan emocjonalny i często jest wynikiem chwilowego wzburzenia lub napięcia. Przemoc ma charakter strukturalny i może być wynikiem długotrwałych warunków społecznych, kulturowych, czy systemowych.

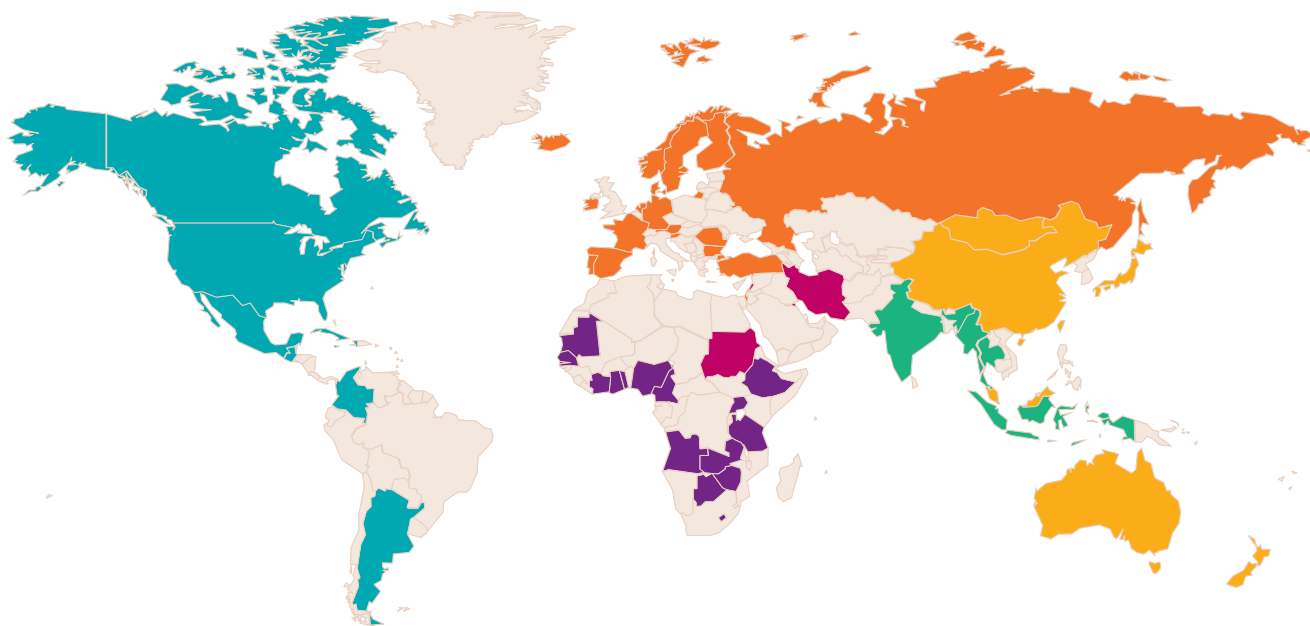
CECHA	AGRESJA	PRZEMOC
Intencja	Nie zawsze celowa	Zawsze celowa i świadoma
Skutek	Może nie wyrządzać szkody	Zawsze wyrządza krzywdę
Forma	Może być impulsywna	Często zaplanowana i powtarzalna
Skala	Może być mniej szkodliwa	Zawsze poważniejsza i traumatyzująca

Globalna mapa przemocy wobec pielęgniarek

Przemoc i agresja wobec pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego to poważny, globalny problem, który występuje we wszystkich systemach opieki zdrowotnej – niezależnie od poziomu ich rozwoju. Pielęgniarki pełnią kluczową rolę w bezpośredniej opiece nad pacjentami, a w praktyce oznacza, że są na pierwszej linii interakcji z pacjentem oraz jego bliskimi. W sytuacjach nagłych lub stresujących pacjenci i ich rodziny często doświadczają frustracji, bezsilności, czy też szoku i agresji. Ponieważ pielęgniarka jest najbliższą i najłatwiej dostępną osobą z personelu medycznego, to właśnie na nią kierowane są negatywne emocje. Badania pokazują, że poziom frustracji pacjentów koreluje z częstością przypadków agresji wobec personelu pielęgniarskiego, co czyni tę grupę zawodową wyjątkowo narażoną na przemoc.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) opublikowała przełomowy raport „Assessing the Global Sustainability of the Nursing Workforce. A Survey of National Nurses’ Association Presidents within the International Council of Nurses” oparty nowym badaniem przeprowadzonym w okresie lipiec-październik 2024 roku i obejmującym 68 krajów. Spośród 130 stowarzyszeń pielęgniarek

✓ Distribution of respondent NNA by WHO regions.



Legend

■ Africa ■ Eastern Mediterranean ■ South-East Asia
■ Western Pacific ■ Europe ■ Americas ■ No response

(NNA – National Nurses' Association), które zrzesza ICN z Europy w badaniach nie były wytypowane do wzięcia udziału między innymi takie kraje jak Polska, Czechy, Słowacja, Rumunia, Włochy, Wielka Brytania, czy też Chorwacja, natomiast poniższa mapa przedstawia kraje z poszczególnych kontynentów, które były objęte badaniem.

ICN wydając raport w przeddzień Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki, dostarczyło konkretnych dowodów zarówno na głębokość kryzysu w pielęgniarstwie, jak i wskazując na rozwiązania i wzywając do podjęcia niezbędnych działań. Choć Polska nie została uwzględniona w grupie badanej, jego wyniki w pełni korespondują z wyzwaniami i problemami systemowymi obserwowanymi w polskim pielęgniarstwie, co niestety nie napawa optymizmem i stanowi istotny sygnał alarmowy dla decydentów.

Jako globalny rzecznik ponad 29 milionów pielęgniarek na całym świecie ICN opublikowała równoległe raport „International Nurses Day 2025: State of the World's Nursing report launch”, w którym deklaruje swoje zaangażowanie w reprezentowanie głosu pielęgniarek, artykułowanie ich problemów na najwyższych szczeblach decyzyjnych oraz podejmowanie działań na rzecz zapewnienia, aby były one doceniane, chronione i posiadały realny wpływ na kształtowanie systemów opieki zdrowotnej.

Światowy puls przemocy wobec pielęgniarek

Badania NNA miały szerszy zakres niż identyfikacje zjawiska przemocy wobec pielęgniarek i dotyczyły całokształtu problemów, rozwoju i trendów w pielęgniarstwie w latach 2021-2024. Publikacja wskazuje, że wiele pielęgniarek na świecie znajduje się w punkcie krytycznym, wepchnięte w wypalenie zawodowe oraz boryka się z ogromną presją fizyczną, psychiczną i emocjonalną.

Raport ujawnia również alarmującą skalę przemocy wobec pielęgniarek na całym świecie oraz jego negatywne konsekwencje dla personelu medycznego i systemów opieki zdrowotnej. Pytania w rozсланiej ankiecie koncentrowały się na bezpieczeństwie i wdrożonej polityce w celu zapewnienia bezpiecznego poziomu zatrudnienia oraz na tym, w jaki sposób pielęgniarki są chronione przed przemocą i agresją w miejscu pracy. Dane, które porażają i najważniejsze wnioski opracowane na podstawie publikacji ICN przedstawiają się następująco.

86.2%	➤ Zdecydowana większość (86,2%) NNA odnotowało przypadki przemocy wobec personelu pielęgniarskiego – zarówno fizycznej, jak i werbalnej – wskazując na powszechność i skalę tego zjawiska. ➤ Co niepokojące, w części państw wciąż nie funkcjonują żadne instytucjonalne mechanizmy prawno-organizacyjne mające na celu ochronę pielęgniarek przed przemocą w środowisku pracy
71%	➤ Ponad dwie trzecie (71,0%) pielęgniarek zrzeszonych w NNA wskazało, że personel pielęgniarski doświadcza aktów przemocy lub agresji ze strony innych członków zespołu terapeutycznego.
68.3%	➤ Równocześnie ponad dwie trzecie (68,3%) NNA zadeklarowało istnienie krajowych strategii mających na celu przeciwdziałanie przemocy wobec pracowników ochrony zdrowia w miejscu pracy.
53.9%	➤ Ponad połowa organizacji (53,9%) oceniła, że przy obecnym kształcie systemów opieki zdrowotnej oraz aktualnym modelu funkcjonowania zawodu pielęgniarki, ich kraj będzie w stanie – choćby w ograniczonym zakresie – sprostać potrzebom zdrowotnym społeczeństwa w perspektywie najbliższych dwóch dekad.
64.2%	➤ Jednocześnie około dwie trzecie (64,2%) badanych alarmuje o istotnych niedoborach kadry pielęgniarskiej, które utrudniają zapewnienie pacjentom i klientom systemu ochrony zdrowia bezpiecznych warunków opieki.
51.5%	➤ Ponad połowa badanych organizacji (51,5%) NNA zgłosiła, że posiada strategię wspierania nowych absolwentów lub niedoświadczonego personelu.
47.6%	➤ Jedynie 47,6% NNA zgłosiło, że w ich krajach funkcjonują rozwiązania umożliwiające pielęgniarkom dostęp do wsparcia psychologicznego oraz opieki w zakresie zdrowia psychicznego.
2/3	➤ Co więcej, około dwie trzecie organizacji przyznało, że w ich systemach brakuje polityk zapewniających optymalną strukturę kompetencji zawodowych oraz odpowiedni poziom obsad kadrowych.

Co ciekawe, po przeanalizowaniu według grupy dochodowej, zaobserwowano tendencję do wzrostu narażenia na przemoc ze strony pacjentów lub ogółu społeczeństwa wraz ze wzrostem dochodu. Jednak odwrotną tendencję zaobserwowano w przypadku narażenia na przemoc ze strony innych pracowników w miejscu pracy. Zgłoszone narażenie na przemoc ze strony pacjentów/soczeństwa i innych pracowników według badań ankietowych NNA przedstawia ponijsza tabela.

✓ **Reported exposure to violence from patients/general public and other employees.**

	Patients or the general public		Other employees where they work	
	n	%	n	%
Low/LM income	16	80.0	14	77.8
Upper middle income	13	86.7	10	66.7
High income	27	90.0	20	69.0
Overall	56	86.2	44	71.0

Od iskry do płomienia – mapowanie predyktorów przemocy

Respondenci NNA zostali poproszeni o opisanie tego, co zaobserwowano w ich kraju w związku z przemocą lub wrogością wobec pielęgniarek ze strony pacjentów lub ogółu społeczeństwa. Aby zapewnić strukturę procesowi analizy, odpowiedzi zostały dedukcyjnie zmapowane na podstawie ramy przemocy w miejscu pracy identyfikuje pięć źródeł ryzyka:

1. **Czynniki organizacyjne** obejmują niewystarczające przywództwo, szkolenia i politykę prewencji lub jej brak.
2. **Czynniki społeczne** podkreślają takie problemy, jak wrażliwe populacje pacjentów i negatywne nastawienie społeczeństwa do pracowników ochrony zdrowia.
3. **Kliniczne czynniki** ryzyka koncentrują się na obawach związanych z pacjentem, w tym zatruciach, stanach psychicznych i długim czasie oczekiwania.
4. **Czynniki środowiskowe** obejmują niewystarczające środki bezpieczeństwa, złą konstrukcję placówki i narażenie na hałas.
5. **Czynniki ekonomiczne** obejmują ograniczenia budżetowe i niedobory kadrowe. Te czynniki ryzyka łącznie przyczyniają się do zwiększonego prawdopodobieństwa narażenia pielęgniarek na przemoc w miejscu pracy.



Jakościowa ocena czynników ryzyka przyczyniających się do przemocy i wrogości wobec pielęgniarek opracowana na podstawie badań ICN przedstawia się następująco.

KATEGORIA CZYNNIKÓW RYZYKA	ANALIZA I KOMENTARZE
 Organizational risk factors	Organizacyjne czynniki ryzyka obejmują brak przywództwa, niedojrzałą kulturę organizacyjną, brak odpowiednich procedur oraz nadmierne obciążenie pracą. Wiele krajowych stowarzyszeń pielęgniarских wskazywało na deficyty w kulturze zgłaszania przypadków przemocy, które obserwuje się wśród pielęgniarek. Niski poziom raportowania wynikał często z przekonania, że przemoc i agresja w miejscu pracy stanowią nieodłączny, „normalny” element wykonywanego zawodu, z obawy przed represjami lub z ogólnego braku wiary w to, że zgłoszenia przyczyniają się do zapobiegania podobnym incydentom. „Znaczny odsetek pielęgniarek doświadczył jakiejś formy przemocy w pracy, jednak wiele z tych przypadków pozostaje niezgłoszonych z powodu strachu przed odwetem lub przekonania, że przemoc to „część pracy”. Respondenci wskazywali również na brak polityk zakładowych oraz niedostateczne szkolenie pielęgniarek w zakresie reagowania na sytuacje przemocy lub agresji oraz technik deeskalacyjnych.
 Societal risk factors	Społeczne czynniki ryzyka obejmują dyskryminację, wrogość i przemoc na tle płci oraz rasy. Zostało to wyraźnie zaznaczone w wypowiedziach krajowych stowarzyszeń pielęgniarских (NNA), które wskazywały na niski poziom społecznego szacunku dla zawodu pielęgniarki oraz brak uznania dla jego znaczenia, jak również na nadmierne obarczanie pielęgniarek winą za jakość świadczonej opieki. „Niska świadomość społeczna dotycząca istoty opieki pielęgniarской. Agresja fizyczna, werbalna i psychiczna w obliczu niezadowolającej jakości opieki oraz w odpowiedzi na skargi lub roszczenia pacjentów i ogółu społeczeństwa. Niedocenianie wynikające z braku wiedzy na temat zakresu odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek.”
 Clinical risk factors	Kliniczne czynniki ryzyka obejmują cechy pacjentów, przebieg procesów opieki oraz presję związaną z obciążeniem pracą. Respondenci często wskazywali na kliniczne uwarunkowania ryzyka w postaci frustracji i agresji okazywanej przez pacjentów wobec pielęgniarek, wynikającej z długiego czasu oczekiwania na świadczenia. „W [...], 82,2% pielęgniarek zgłosiło doświadczenie jakiejś formy przemocy, często powiązanej z frustracją pacjentów, na przykład z powodu długiego oczekiwania na usługi.” Wskazywano również na inne czynniki ryzyka, takie jak konieczność opieki nad pacjentami pod wpływem substancji psychoaktywnych lub z zaburzeniami psychicznymi, które znacząco zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia przemocy wobec personelu pielęgniarского. „Przyczynami przemocy były: krytyka udzielonej opieki, zaburzenia poznawcze u sprawców, zbyt długi – w ich ocenie – czas oczekiwania, a także upojenie alkoholowe lub zażycie narkotyków.”

KATEGORIA CZYNNIKÓW RYZYKA	ANALIZA I KOMENTARZE
 Environmental risk factors	Środowiskowe czynniki ryzyka obejmują brak osobistego bezpieczeństwa, niewystarczające bariery i środki ochronne, niewłaściwą kontrolę temperatury oraz ograniczone możliwości ewakuacji. Respondenci podkreślali, że brak zabezpieczeń oraz niemożność szybkiego opuszczenia miejsca zagrożenia stanowią istotne przeszkody w skutecznym reagowaniu na sytuacje przemocy i agresji w trakcie ich trwania. „...Czynnikami sprzyjającymi występowaniu przemocy są m.in. środowisko pracy o wysokim poziomie stresu charakterystyczne dla opieki zdrowotnej oraz niewystarczające środki ochrony, które prowadzą do niebezpiecznych warunków pracy pielęgniarek.”
 Economic risk factors	Ekonomiczne czynniki ryzyka obejmują brak budżetu na programy prewencyjne oraz niewystarczające środki finansowe na inwestycje w zabezpieczenia i ochronę personelu. Respondenci wskazywali m.in. na praktykę outsourcingu ochrony do lokalnych służb porządkowych, co skutkowało narażeniem pielęgniarek na długotrwałe ryzyko przemocy w sytuacjach, gdy funkcjonariusze policji nie byli obecni. „Policja pozostaje na miejscu tylko przez godzinę po przywiezieniu agresywnego pacjenta, co naraża pracowników ochrony zdrowia, pracowników rejestracji oraz oczekujących pacjentów na realne zagrożenie. Policja nie dysponuje wystarczającymi zasobami...” Dodatkowo, respondenci zwracali uwagę na brak odpowiednich regulacji prawnych na szczeblu krajowym oraz niedostateczne zaangażowanie rządowe w tworzenie i finansowanie skutecznych systemów zarządzania przemocą i agresją w miejscu pracy.

Cios w serce systemu – zdrowie pielęgniarek na krawędzi

Ankietowane NNA poproszono o opisanie głównych czynników wpływających na zdrowie psychiczne i fizyczne oraz ogólny dobrostan zawodowy personelu pielęgniarskiego w ich kraju. W celu ułatwienia interpretacji powiązań między czynnikami ryzyka a środowiskiem organizacyjnym i szerszym systemem ochrony zdrowia, odpowiedzi zostały dedukcyjnie pogrupowane według kategorii psychospołecznych czynników ryzyka i podzielono na trzy główne obszary:

1. **Czynniki związane z pracą** obejmują takie elementy jak brak bezpieczeństwa zatrudnienia, konflikt ról, nadmierne obciążenie pracą oraz ograniczona sprawczość zawodowa – wszystkie te aspekty przyczyniają się do wzrostu poziomu stresu i wypalenia zawodowego.
2. **Czynniki operacyjne i zespołowe** odnoszą się do dynamiki środowiska pracy, w tym konfliktów, mobbingu, braku wsparcia ze strony współpracowników lub przełożonych oraz niebezpiecznych warunków pracy.
3. **Czynniki systemowe i polityczne** dotyczą kultury organizacyjnej, sprawiedliwości proceduralnej oraz zmian strukturalnych w organizacji.

Jakościowa ocena czynników wpływających na zdrowie i dobrostan pielęgniarek według badań ICN prezentuje poniższa tabela.

CZYNNIK KATEGORIA	ANALIZA I KOMENTARZE
 Job factors	Opisano szereg czynników związanych ze specyfiką pracy, w tym przeciążenie obowiązkami zawodowymi (tj. wysokie obciążenie pracą i nadmierne wymagania), niekorzystne warunki pracy, wysokie ryzyko zawodowe (tj. praca zmianowa, fizycznie obciążająca, nocna bez odpowiednich środków bezpieczeństwa, narażenie na kontakt z substancjami chemicznymi, zarządzanie sytuacjami traumatycznymi), brak równowagi między wysiłkiem a gratyfikacją (tj. niskie wynagrodzenie) oraz ograniczony zakres autonomii zawodowej, wynikający z częstego delegowania zadań przez innych członków zespołu medycznego. „Duże obciążenie pracą, presja czasu oraz wysokie wymagania emocjonalne to najbardziej powszechne problemy wpływające na zdrowie psychiczne i fizyczne pielęgniarek... Pielęgniarki są na ogół w większym stopniu narażone na te czynniki niż przedstawiciele innych zawodów...”
 Operational & team factors	Wśród czynników operacyjnych i zespołowych wskazywano na brak wsparcia ze strony kadry kierowniczej, kulturę przemocy psychicznej i nękania, narażenie na niebezpieczne fizyczne warunki pracy oraz niewydolną organizację personelu, skutkującą niedoborami kadrowymi i wysokim wskaźnikiem pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę. „Pielęgniarki mogą być narażone na różnorodne czynniki ryzyka wynikające z ekspozycji na niekorzystne warunki środowiskowe w miejscu pracy... Ta ekspozycja może przyczyniać się do rozwoju określonych patologii (np. nowotworów). Pielęgniarki stykają się z wieloma rodzajami zagrożeń: – ryzykiem chemicznym, – ryzykiem biologicznym, – ryzykiem fizycznym (np. ekspozycja na promieniowanie jonizujące, dźwiganie) ...”
 System & policy factors	Respondenci wskazywali na brak systemowych rozwiązań służących ochronie zdrowia psychicznego pielęgniarek, w tym ograniczoną dostępność usług wsparcia psychicznego oraz brak nadzoru zawodowego i mentoringu. Na wyższym szczeblu zwracano uwagę na niedostateczne wsparcie ze strony państwa w zakresie przeciwdziałania czynnikom ryzyka zdrowia psychicznego poza środowiskiem pracy oraz brak działań na rzecz poprawy ogólnej jakości życia pielęgniarek. „Niewystarczające zasoby, zbyt krótkie przerwy w pracy oraz brak wsparcia ze strony kadry zarządzającej potęgują stres i niezadowolenie zawodowe, co poważnie wpływa na kondycję psychiczną pielęgniarek...” „Nieadekwatne wynagrodzenie względem obciążenia pracą i odpowiedzialności prowadzi do stresu finansowego, a w niektórych przypadkach zmusza pielęgniarki do podejmowania dodatkowego zatrudnienia. Trudności w zachowaniu równowagi między życiem zawodowym a prywatnym przy nieregularnym systemie zmianowym negatywnie wpływają na jakość snu, relacje osobiste i ogólne poczucie jakości życia...”

Przerwać milczenie i spiralę przemocy – dla nich, dla nas, dla systemu

Przemoc karmi się ciszą, bo tam, gdzie brakuje reakcji, rośnie bezkarność. Każde zignorowane uderzenie, każdy przemilczany krzyk, każda zlekceważona skarga pielęgniarki to przyzwolenie na spiralę przemocy. Cisza staje się niewidzialnym sprzymierzeńcem agresora, a system, który nie słyszy, nie może chronić. Dlatego właśnie mówienie – otwarte, odważne, konsekwentne – jest pierwszym i najważniejszym krokiem do zatrzymania przemocy wobec pielęgniarek.

Wyniki przeprowadzonego badania ICN ukazują wyraźne luki w zakresie polityk i strategii ukierunkowanych na zapewnienie bezpieczeństwa i dobrostanu zawodowego kadry pielęgniarskiej. Rozwiązanie globalnego kryzysu wymaga skoordynowanych wysiłków na wielu poziomach, a obecna trajektoria zagraża stabilności systemów opieki zdrowotnej na całym świecie, wpływając zarówno na rozwój pielęgniarstwa, jak i na jakość i bezpieczeństwo opieki nad pacjentami.

Należy wskazać, że badanie ICN przyniosło niezbite dowody, że agresja i przemoc wobec pielęgniarek jest niestety zjawiskiem globalnym. Wprawdzie 68,3% NNA zadeklarowało istnienie krajowych ram przeciwdziałania przemocy w miejscu pracy, ale jednocześnie aż 63,3% badanych oceniło, że obowiązujące polityki są co najwyżej przeciętnej lub niskiej jakości.

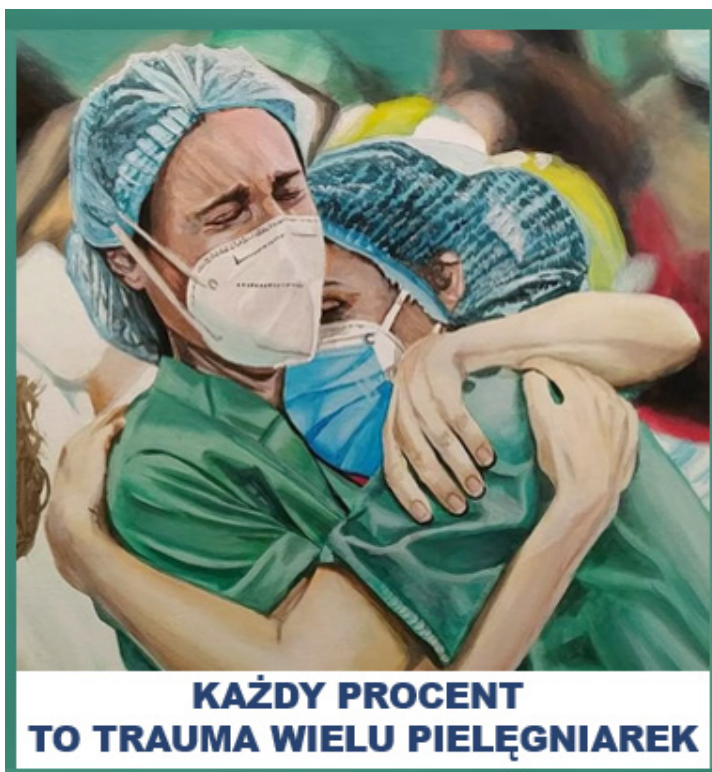
Równocześnie zdecydowana większość NNA zgłosiła, że pielęgniarki doświadczyły jakiejś formy przemocy lub wrogości ze strony pacjentów lub ogółu społeczeństwa (86,2%) bądź innych pracowników ochrony zdrowia (71,0%). Globalne wskaźniki narażenia na przemoc wśród pielęgniarek szacuje się na 39,7% dla mobbingu, 66,9% dla przemocy niematerialnej, 36,4% dla napaści fizycznej oraz 25% dla molestowania seksualnego.

Doświadczenia przemocy i/lub agresji, poza bezpośrednim cierpieniem i uszkodzeniami cielesnymi, mogą skutkować szerokim spektrum negatywnych konsekwencji: zwiększonym ryzykiem zaburzeń psychicznych, takich jak zespół stresu pourazowego i depresja, wyższą częstością wypalenia zawodowego i absencji, zaburzeniami snu oraz obniżeniem jakości pracy, w tym jakości opieki klinicznej.

W raporcie ICN podkreślane jest, iż pomimo wprowadzenia licznych działań prewencyjnych – polityk zerowej tolerancji, programów zarządzania ryzykiem, zespołów ds. agresji oraz systemów zgłaszania incydentów – narastająca skala przemocy i agresji wobec pielęgniarek wskazuje na konieczność dalszych, wzmocnionych interwencji.

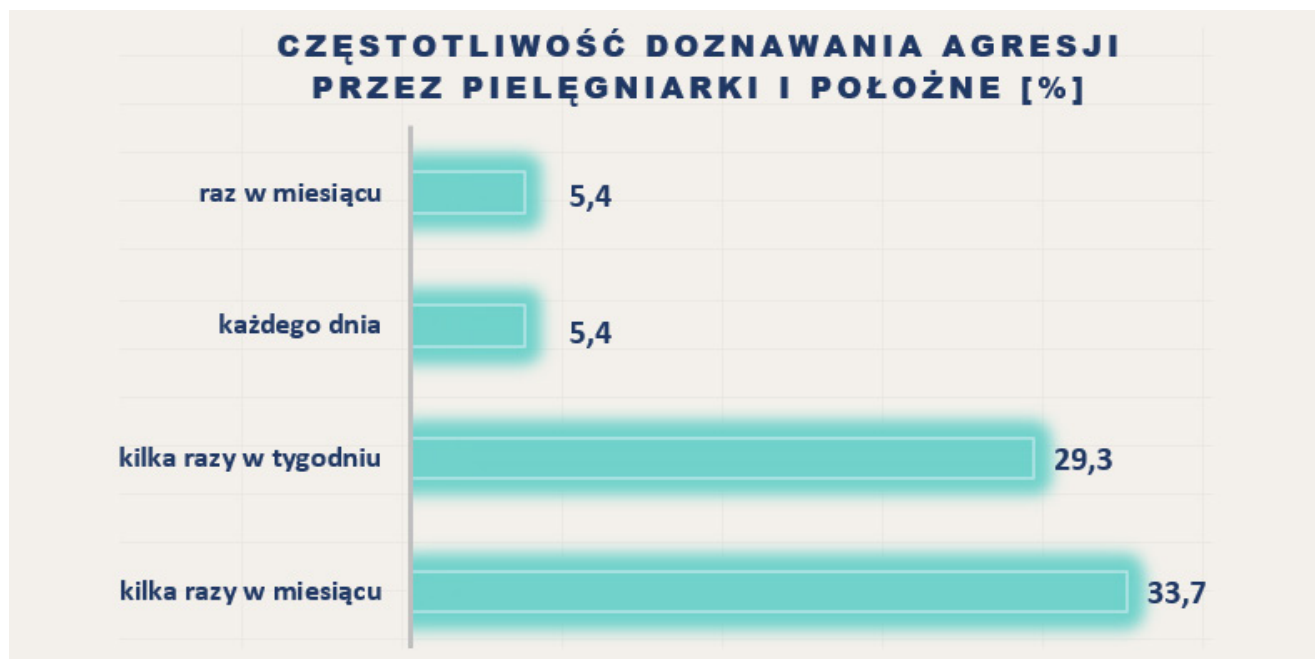
Echo zranionych serc polskich pielęgniarek

Wyniki badań ICN znajdują odzwierciedlenie we wcześniejszych badaniach ankietowych przeprowadzonych w Polsce przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych (NRPiP). Zgodnie z danymi opublikowanymi przez NRPiP w badaniu przeprowadzonym w 2020 roku wśród 817 pielęgniarek i położnych (dalej: pielęgniarek), które wzięły udział w wypełnieniu ankiety, aż 768 osób (94%) zgłosiło doświadczenie agresji w miejscu pracy, podczas gdy jedynie 49 respondentów (6%) nie spotkało się z takimi zachowaniami. Agresja wobec personelu medycznego przybierała różne formy, od werbalnej po fizyczną. Najczęściej zgłaszanymi sprawcami byli



**KAŻDY PROCENT
TO TRAUMA WIELU PIELĘGNIAREK**

pacjenci (691 przypadków) oraz członkowie ich rodzin (616 przypadków) i inni pracownicy medyczni. Zachowania agresywne odnotowano w 21 typach placówek ochrony zdrowia i innych instytucjach, takich jak domy pomocy społecznej czy żłobki. Najbardziej narażeni na przemoc byli pracownicy oddziałów szpitalnych, następnie SOR i izbach przyjęć, nieco mniej na psychiatrii. Z informacji uzyskanych od pielęgniarek wynika, że była niska zgłaszalność agresji na psychiatrii ponieważ panuje przekonanie, że jest to ryzyko wpisane w miejsce pracy i brak możliwości zgłoszenia takich przypadków. Najczęstszą formą agresji, z jaką spotykali się badani, była przemoc fizyczna – groźby, szturchania, popychania.



Najnowsze badanie przeprowadzone w 2024 roku przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych (OZZPiP), a opublikowane w lutym 2025 roku wykazało, że aż 78% pielęgniarek doświadczyło agresji w miejscu pracy, a prawie wszystkie – 97,9% było świadkiem takich zachowań.

54% pielęgniarek wciąż pracuje w miejscu pracy, w którym było świadkiem agresji. 33% było świadkiem lub doświadczyło agresji wobec siebie w ciągu ostatniego miesiąca, 23% w ciągu ostatnich 6





miesiący, 15% w ciągu ostatniego roku. Blisko 70% badanych pielęgniarek doświadcza agresji w sposób powtarzający się, a tylko 30% potraktowało to zdarzenie jako jednorazowy incydent. Pielęgniarki najbardziej narażone są na agresję na SOR, izbach przyjęć, w systemie ratownictwa medycznego oraz na oddziałach szpitalnych, szczególnie psychiatrycznych, wewnętrznym, geriatrycznym.

Jedna trzecia osób (33,7%), która w sposób powtarzalny doświadcza agresji spotyka się z nią kilka razy w miesiącu, blisko jedna trzecia (29,3%) kilka razy w tygodniu, 5,4% pielęgniarek ma do czynienia z nią każdego dnia i taki sam odsetek raz w miesiącu.

Polskie pielęgniarki wskazały, że głównym źródłem agresji są pacjenci (68%) lub ich rodzina (38%). Dominują formy agresji słownej (91%), psychicznej (50%) oraz fizycznej (47%).

Za główne powody agresji badani wskazują: zaburzenia psychiczne pacjentów, niezadowolenie z usług, brak cierpliwości wobec personelu, stres pacjenta oraz konflikt w pracy.

Doświadczenie agresji ma poważne konsekwencje dla zdrowia psychicznego i fizycznego pielęgniarek, które podawały: silny stres: (47%), lęk przed podobnymi sytuacjami (40%), brak motywacji do pracy (31%), problemy ze snem (14%), czy też inne problemy zdrowotne wymagające zwolnienia lekarskiego (17%).

Wyniki badań jednoznacznie wskazują, że agresja wobec pielęgniarek w Polsce stanowi powszechny oraz poważny problem społeczny, którego rozwiązanie wymaga wprowadzenia skoordynowanych działań na poziomie systemowym. Konieczne jest wprowadzenie skutecznych procedur przeciwdziałania agresji, wsparcia psychologicznego dla personelu medycznego oraz edukacji społeczeństwa na temat szacunku i współpracy z pracownikami ochrony zdrowia.

Wobec cienia przemocy – przestańmy patrzeć, zacznijmy działać

Zjawisko przemocy wobec pielęgniarek stanowi problem o szerokim zasięgu, który w ramach niniejszego artykułu jedynie w części udało się ukazać, pozostawiając wiele istotnych kwestii poza zakresem rozważań. Głównym celem artykułu było podkreślenie złożonego i wielowymiarowego charakteru agresji oraz przemocy ze strony pacjentów wobec pielęgniarek, w tym problemów o charakterze syste-

mowym, organizacyjnym oraz psychospołecznym. Wśród kluczowych elementów tego zjawiska znajdują się niedobory kadrowe, przeciążenie obowiązkami, brak wsparcia ze strony pracodawcy oraz niski poziom świadomości społecznej dotyczącej roli pielęgniarek w systemie opieki zdrowotnej.

Przeciwdziałanie przemocy nie może opierać się wyłącznie na działaniach po fakcie – kluczowe jest wdrażanie prewencji, edukacji i szybkiej reakcji na sygnały eskalacji agresji. Przemoc w ochronie zdrowia jest także wynikiem pogłębiających się napięć społecznych, kryzysu kultury dialogu, brutalizacji życia i debaty publicznej, ukształtowanych wzorców zachowań, wzrostu hejtu w internecie, a także pogarszającego się stanu zdrowia psychicznego obywateli. Jeśli nie zostaną podjęte zdecydowane działania edukacyjne, profilaktyczne i legislacyjne, problem będzie nieuchronnie eskalował, zagrażając zarówno bezpieczeństwu pielęgniarek, jak i stabilności społecznej.

Zachęcam do zapoznania się z obszerniejszym opracowaniem, które zostanie opublikowane jako dodatek do „Impulsu” Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Bibliografia i Netografia:

1. Barański, J., Mastalerz-Migas, A., & Steciwko, A. (Red.). (2014). Agresja w opiece zdrowotnej. Edra Urban & Partner.
2. International Council of Nurses. (2025, January 9). ICN puts wellbeing of nurses at centre of International Nurses Day 2025. <https://www.icn.ch/news/icn-puts-wellbeing-nurses-centre-international-nurses-day-2025> ICN – International Council of Nurses+1 ICN – International Council of Nurses+1
3. International Council of Nurses. (2021). Protecting nurses from violence: A priority for patient safety. https://www.icn.ch/system/files/documents/2021-11/ICN_Violence_Report.pdf
4. International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization, & Public Services International. (2003). Work-related violence in the health sector: Country case studies research instruments. Geneva: ILO, ICN, WHO, & PSI. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVquestionnaire.pdf
5. Lickiewicz, J. (2017). Agresywny pacjent. Metody i techniki postępowania. PZWL.
6. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. (2020). Stop agresji wobec pielęgniarek i położnych. Niepokojące wyniki ankiety Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. <https://nipip.pl/stop-agresji-wobec-pielegniarek-i-polozonych/>
7. Piasecka, B. (Red.). (2017). Agresja – perspektywa psychoterapeutów. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
8. Sharplin, G., Clarke, J., & Eckert, M. (2025, March). Assessing the global sustainability of the nursing workforce: A survey of National Nurses' Association Presidents within the International Council of Nurses. International Council of Nurses.
9. Sobczak, I. (2025, 4 marca). Agresja to nasza codzienność – mówią pielęgniarki i położne. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych. <https://ozzpip.pl/agresja-to-nasza-codziennosc-mowia-pielegniarki-i-polozne/>
10. Sternal, D., Gawel, D., & Bąk, E. (2023). The impact of aggressive behavior of patients on staff employed in psychiatric wards. Journal of Education, Health and Sport, 30 (1), 116–139. https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/42103?utm_source=chatgpt.com
11. World Health Organization. (2025, May 12). International Nurses Day 2025: State of the World's Nursing report launch. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2025/05/12/default-calendar/2025-sown-launch> World Health Organization (WHO)
12. Zimbardo, P. G., Johnson, R. L., & McCann, V. (2005). Psychologia. Kluczowe pojęcia (B. Jóźwik, tłum.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
13. https://www.icn.ch/how-we-do-it/campaigns/international-nurses-day?fbclid=IwY2xjawKQGFxleHRuA2Fl-bQIxMABicmlkETBhcVpIUWtGb3VrVFdkZ2Z2ZAR5epf5juoGR4K8qOFbC4DNeWqiKsdF57DpDnKZ6CXi-TarQe5prnDjxLBXV9A_aem_1UzNVNQqfM_ZXGSz13u4jw



mgr WIOLETTA GAWRYCH

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego

Przymus bezpośredni nie tylko dla psychiatrii

Przymus bezpośredni jest to ograniczenie ruchów osoby lub unieruchomienie przy użyciu siły fizycznej, środków mechanicznych bądź innych, w celu zapewnienia bezpieczeństwa własnego i otoczenia, wykonywania zabiegów leczniczych, pielęgnacyjnych lub tym podobnych.

Ramy stosowania przymusu bezpośredniego czyli skrajnej formy naruszenia nietykalności cielesnej są ściśle definiowane przez Ustawę o Ochronie Zdrowia Psychicznego (**z dnia 19 sierpnia 1994 r., z późn. zmianami – Art. 18**) i odpowiednie akty wykonawcze takie jak Rozporządzenie MZiOŚ (**z dnia 21 grudnia 2018 r., z późn. zm. 16 maja 2022 r.**) w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, można stosować tylko wtedy, gdy osoby te:

- dopuszczają się zamachu przeciwko:
 - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub**
 - b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub**
- w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
- poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.
- Przymus bezpośredni można także stosować, aby zapobiec samowolnemu opuszczeniu szpitala psychiatrycznego przez osobę przebywającą w nim bez zgody (art. 34 UoOZP)

Kto decyduje o zastosowaniu przymusu?

O zastosowaniu przymusu bezpośredniego **decyduje lekarz**, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie.

W szpitalach psychiatrycznych, innych zakładach leczniczych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3 jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie **pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza.**

Art. 21 ust. 3 (Osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie – także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego. W tym przypadku art. 18 ma zastosowanie. – ust. 3: W razie potrzeby lekarz przeprowadzający badanie zarządza bezzwłocznie przewiezienie badanego do szpitala. **Przewiezienie takiej osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego).**

Art. 46a (Przy wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego stosuje się art. 18. – ust. 3: zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie przez Policję, o którym mowa w art. 40 i 46, następuje w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego.

Kto podejmuje decyzję c.d.

W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza, informację, o zastosowaniu przymusu, pielęgniarka przekazuje kierownikowi jednostki, który niezwłocznie informuje o tym upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.

W szpitalu psychiatrycznym oraz w innym zakładzie leczniczym lekarz niezwłocznie zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę lub nakazuje zaprzestanie jego stosowania.

Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w trakcie wykonywania czynności osobie, której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego, decyduje i nadzoruje osobiście kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, który jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym dyspozytora medycznego.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na:

- przytrzymaniu,
- przymusowym podaniu leków,
- unieruchomieniu,
- izolacji.

W przypadkach, gdy dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub zagrażają bezpieczeństwu powszechnemu, **jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, Policja, jednostki Służby Więziennej oraz Państwowa Straż Pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi, pielęgniarce lub kierującemu akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy na ich żądanie.**

Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego potwierdzana jest:

- przez lekarza podmiotu leczniczego, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę – **ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego podmiotu, jeżeli jest lekarzem, lub lekarz przez niego upoważniony;**
- przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych – **ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.**

Stosowanie przymusu bezpośredniego

Osobie z zaburzeniami psychicznymi, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji, należy odebrać przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia tej osoby albo innych osób, w szczególności: przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła i źródła ognia.

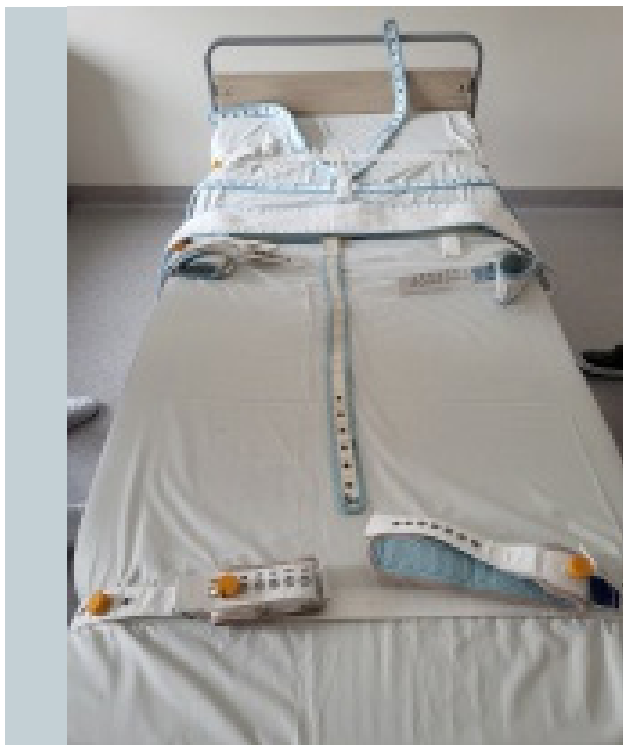
Optymalna liczba osób do przeprowadzenia unieruchomienia to minimum 5.

Stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej kontroluje pielęgniarka nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby.

Przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz zleca na czas nie dłuższy niż 4 godziny.

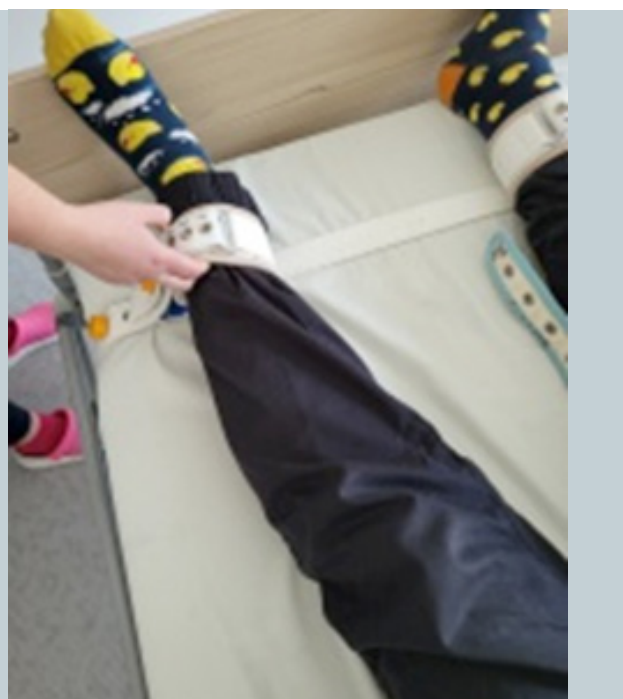
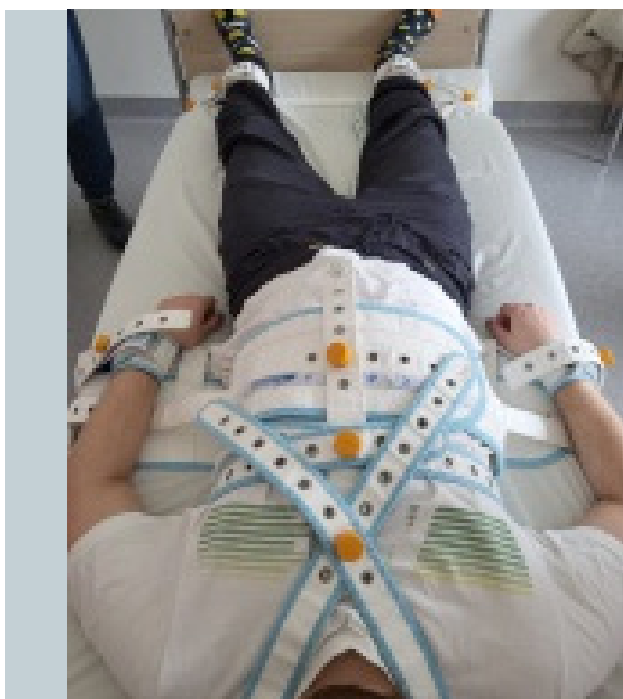
Lekarz, po uzyskaniu zawiadomienia, przeprowadza badanie osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę albo nakazuje zaprzestanie jego stosowania.



Lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może **przedłużyć** stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji **na następne dwa okresy, z których każdy nie może trwać dłużej niż 6 godzin.**

Po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie jego stosowania **na kolejne okresy, z których każdy nie może być dłuższy niż 6 godzin**, jest dopuszczalne wyłącznie **po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza psychiatrę.**

Po upływie 24 godzin stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji **lekarz powiadamia o jego stosowaniu ordynatora** (lekarza kierującego oddziałem albo jednostką lub komórką organizacyjną, w której zastosowano przymus bezpośredni).



W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej w przypadku braku możliwości uzyskania zlecenia lekarza, pielęgniarka może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na **okres nie dłuższy niż 4 godziny**.

Czas stosowania wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji **nie może przekroczyć 8 godzin**. Dalsze przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w tych formach jest dopuszczalne jedynie w warunkach szpitalnych.

O przewiezieniu osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego kierownik jednostki organizacyjnej pomocy społecznej powiadamia przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego tej osoby.

Zastosowanie każdego rodzaju środka przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej.

W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zamieszcza się w prowadzonym przez kierownika tej jednostki rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego zawierającym następujące dane:

- 1) imię i nazwisko osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni;
- 2) imię i nazwisko zlecającego zastosowanie przymusu bezpośredniego oraz osób wykonujących jego stosowanie;
- 3) zastosowany rodzaj środka przymusu bezpośredniego;
- 4) opis przyczyn zastosowania przymusu bezpośredniego;
- 5) czas trwania przymusu bezpośredniego (data i godzina rozpoczęcia i zakończenia jego stosowania);
- 6) przebieg stosowania przymusu bezpośredniego, w tym informację o skutkach jego stosowania dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany.

Przymus bezpośredni może być wykonywany wyłącznie przez osoby poinstruowane w zakresie okoliczności, zasad i sposobu jego stosowania.

Za przekazanie instrukcji bezpośrednio odpowiada:

- kierownik podmiotu leczniczego – dla osób zatrudnionych w kierowanym przez niego podmiocie leczniczym lub osób wykonujących w tym podmiocie działalność na podstawie zawartej umowy lub porozumienia;
- kierownik jednostki organizacyjnej pomocy społecznej – dla osób zatrudnionych w kierowanej przez niego jednostce lub osób wykonujących w tej jednostce działalność na podstawie zawartej umowy lub porozumienia;
- dysponent zespołów ratownictwa medycznego – dla osób wchodzących w skład zespołów ratownictwa medycznego.

Pomieszczenie do unieruchomienia

Osobę, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, umieszcza się w pomieszczeniu jednoosobowym;

W przypadku braku możliwości umieszczenia osoby unieruchomionej w pomieszczeniu jednoosobowym, osłania się ją od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu, zapewniając poszanowanie jej godności i intymności, w tym również przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych.

Przymus bezpośredni w formie izolacji jest stosowany w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi i odpowiadającym wymogom, jakie powinny spełniać pokoje łóżkowe w szpitalu psychiatrycznym lub w innym zakładzie leczniczym albo pokoje mieszkalne w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej.

Pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego.

Obraz z monitoringu pomieszczeń lub ich części przeznaczonych do celów sanitarnohigienicznych jest przekazywany w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych części ciała ludzkiego oraz intymnych czynności fizjologicznych.

Monitorowanie i utrwalanie zapisu dźwięku nie może obejmować informacji objętych tajemnicą spowiedzi lub tajemnicą prawnie chronioną.

Dane utrwalone za pomocą urządzeń monitorujących mogą być przetwarzane wyłącznie przez osoby posiadające pisemne upoważnienie wydane przez administratora danych, w szczególności sędziów oraz Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w celu realizacji zadań określonych w ustawie. Osoby posiadające pisemne upoważnienie są zobowiązane do zachowania tych danych w tajemnicy.

Zapis z monitoringu przechowuje się przez okres **co najmniej 12 miesięcy** od dnia jego zarejestrowania, **nie dłużej jednak niż przez 13 miesięcy** od dnia jego zarejestrowania, o ile nie zostanie on zabezpieczony jako dowód w sprawie w przypadku toczącego się postępowania. Po upływie terminu przechowywania zapis usuwa się w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie. Z usunięcia zapisu sporządza się protokół, w którym należy wskazać datę tej czynności oraz imię i nazwisko osoby, która dokonała usunięcia. Dopuszcza się niszczenie zapisu na urządzeniu monitorującym przez jego automatyczne nadpisanie w przypadku, gdy warunki techniczne tego urządzenia umożliwiają przechowywanie zapisu przez okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym.

Dokumentowanie

Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Jeśli osoba jest niezdolna do zrozumienia przekazywanych jej informacji, w dokumentacji medycznej odnotowuje się przyczynę odstąpienia od uprzedzenia tej osoby o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 21 grudnia 2018 r. (z późn. zm. 16 maja 2022 r.) w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi określa:

- 1) sposób dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz sposób dokonywania oceny zasadności jego zastosowania;
- 2) sposób przeprowadzania oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej;
- 3) rodzaje i wzory dokumentów stosowanych przy wykonywaniu czynności,

Dokumentacja przymusu bezpośredniego

Karta zastosowania przymusu bezpośredniego obejmuje:

- stwierdzenie zastosowania przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem jego rodzaju albo rodzajów oraz przyczyny jego zastosowania;
- wskazanie czasu trwania przymusu bezpośredniego, w tym daty i godziny rozpoczęcia i zakończenia jego stosowania, oraz uzasadnienie poszczególnych okresów jego przedłużania – jeżeli dotyczy;
- opis przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez lekarza lub lekarza psychiatrę oraz skutków stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany, a także imienia i nazwiska oraz stanowiska osoby stosującej przymus bezpośredni;

- imię i nazwisko osób: zlecającej zastosowanie przymusu bezpośredniego, nadzorującej jego wykonanie, zatwierdzającej jego zastosowanie, podejmującej decyzję o zaprzestaniu jego stosowania, a także przedłużającej stosowanie przymusu bezpośredniego – jeżeli dotyczy;
- potwierdzenie przekazania dokumentacji, o której mowa w § 5 ust. 1, podmiotowi oceniającemu zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego. § 3. Kartę zastosowania przymusu bezpośredniego.

Ocenę stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej przeprowadza się w ramach kontroli.

Ocena ta obejmuje informacje dotyczące zachowania, w tym przyjęcia posiłku oraz płynu, snu, a także parametrów wskazanych do oceny na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.

Ocenę stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej sporządza się według wzoru określonego w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

Ocenę zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego lekarz przeprowadza na podstawie karty zastosowania przymusu bezpośredniego oraz innej przekazanej dokumentacji medycznej, jeżeli zawarte w niej wpisy mają znaczenie dla zastosowanego przymusu bezpośredniego, uwzględniając przy ocenie wymagania ustawy, oraz aktualny stan wiedzy medycznej.

Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego obejmuje:

- ocenę istnienia podstawy prawnej i faktycznej do podjęcia decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego;
- ocenę zasadności zastosowanego rodzaju środka przymusu bezpośredniego;
- ocenę prawidłowości zastosowanej procedury dla danego rodzaju przymusu bezpośredniego oraz jej przeprowadzenia, w tym zasadność czasu stosowania poszczególnych środków przymusu bezpośredniego o charakterze ciągłym;
- ocenę sposobu działania w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta – jeżeli dotyczy;
- ocenę prawidłowego udokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego.

Ocenę zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego lekarz zamieszcza w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego.

Karta zastosowania przymusu bezpośredniego oraz ocena stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej stanowią załączniki do indywidualnej dokumentacji medycznej osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni.

Postępowanie z pacjentem unieruchomionym

Każdego pacjenta unieruchomionego czy izolowanego traktujemy jak osobę wymagającą intensywnej opieki i systematycznego nadzoru.

Ponadto bardzo ważne!

- Kontrola skóry w kierunku otarć i obrzęków.
- Ocena prawidłowości unieruchomienia, szczególnie pasów, uchwytów, – czy nie są założone zbyt ciasno lub zbyt luźno.
- Konieczne jest zapewnienie pacjentowi krótkotrwałego zwolnienia od unieruchomienia, w celu zmiany pozycji jak i zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.

NIEBEZPIECZEŃSTWA:

Przede wszystkim zaburzona jest homeostaza organizmu pacjenta, zmienione jest tempo przemian energetycznych. Brak ruchu przyczynia się do upośledzenia reakcji fizjologicznych i reakcji biochemicznych oraz ma niekorzystny wpływ na funkcję wszystkich układów w organizmie.

Możliwe ryzyko powikłań:

Hipokinezja – następstwo braku aktywności ruchowej lub jej ograniczenia.

Ryzyko powikłań ze strony układu oddechowego – trudności w oddychaniu, upośledzona wentylacja płuc, oddech płytki, mała efektywność odruchu kaszlowego lub jego brak, co w konsekwencji może prowadzić do zmian zapalnych w oskrzelach, pogorszenia wydolności oddechowej i krążeniowej. Może dojść do niedodmy, zatoru płucnego i hipostatycznego zapalenia płuc.

Ryzyko powikłań ze strony krążenia- zmniejsza się pojemność wyrzutowa serca oraz ilość krwi krążącej. Brak fizycznego wysiłku powoduje upośledzenie oddziaływania ciśnienia hydrostatycznego na położony poniżej serca układ naczyniowy.

Powolne zmniejszanie się objętości osocza oraz zapotrzebowania tkanek na tlen stwarza ryzyko zakrzepicy.

Ryzyko powikłań ze strony układu nerwowo-mięśniowego oraz kostno-stawowego – zaniki mięśniowe mogą wystąpić już sześć godzin od początku unieruchomienia z powodu braku aktywności ruchowej. Może dojść do atrofii struktur stawowych, przykurczy więzadeł i torebek stawowych. Ponadto wyprostna pozycja kończyn powoduje ból i obrzęk stawów. Może również dojść do zwichnięć i złamań. Ze strony układu nerwowego może dojść do: zaburzeń błędnika, zaburzeń równowagi, pogorszenia sprawności psychomotorycznej, zaburzeń czucia powierzchownego, wzrostu progu odczuwania bólu, niedowładów spowodowanych uszkodzeniem nerwów.

Ryzyko powikłań ze strony układu moczowego i perystaltyki jelit – zaleganie moczu jest powodem rozmnażania flory bakteryjnej w pęcherzu moczowym. Sprzyja to powstawaniu stanu zapalnego. Osłabione są mięśni brzucha i perystaltyka jelit, co skutkuje zaparciami, wzdęciami i jest przyczyną ogromnego dyskomfortu pacjenta.

Odleżyny, otarcia i zadrapania naskórka – wymuszona pozycja ciała, wilgotność, długotrwały ucisk, zanieczyszczenie wydaliniami, tarcie, ugniatanie skóry, długi kontakt skóry z pościelą, sprzyjają powstawaniu odleżyn i otarciom skóry.

Ryzyko urazu głowy – pacjent czasie pobudzenia może uderzać głową np. o barierkę w łóżku.

Ryzyko przygryzienia języka.

Ryzyko zachłyśnięcia i zakrztuszenia – w czasie np. podawania płynów choremu.

Ryzyko ucisku naczyń krwionośnych.

Ryzyko niewydolności nerek do martwicy włącznie.

Ryzyko zadziergnięcia i niedokrwienia kończyn górnych w przypadku stosowania kaftana bezpieczeństwa.

W związku z zastosowaniem przymusu bezpośredniego pod postacią unieruchomienia może dojść do całej gamy powikłań.

Dlatego bardzo ważna jest pielęgnacja pacjenta unieruchomionego. Wszystkie czynności medyczne i procedury wykonywane w stosunku do pacjenta unieruchomianego powinny być wykonywane jak najrzetelniej i na najwyższym możliwym profesjonalnym poziomie.

Zwolnienie z unieruchomienia

Pacjenta z unieruchomienia zwalniamy na zlecenie lekarza!!!

Do zwolnienia pacjenta potrzebne są minimum dwie osoby, aby w razie nagłego pobudzenia można było zapobiec zagrożeniu.

Uwalniamy kończyny naprzemiennie (prawa ręka, lewa noga).

Robimy to powoli stosując przerwy w celu zapobiegnięcia wystąpieniu ortostatycznych spadków ciśnienia krwi.

PAMIĘTAJ!!!

1. Zawsze informuj chorego o sposobie i przyczynie zastosowania środka.
2. Prowadź ścisłą obserwację chorego unieruchomionego.
3. Przymus bezpośredni jest środkiem zapobiegawczym, a nie karą!
4. Pamiętaj, że przymus bezpośredni jest zawsze bardzo przykrym zdarzeniem dla pacjenta, często odbieranym jako naruszenie jego godności osobistej. Swoim działaniem nie utrudniaj tego, nie okazuj wyższości, złości, zniecierpliwienia.
5. Twoim działaniem kieruje troska o pacjenta, a nie złość na niego.
6. Podczas stosowania przymusu bezpośredniego pacjent może być wulgarny, obrażać cię lub grozić. Pamiętaj, że masz do czynienia z osobą chorą, której zdolności panowania nad emocjami i zachowaniem są często znacznie ograniczone. Nie obrażaj się.
7. Tylko agresja czynna, nigdy słowna, daje powód do unieruchomienia.
8. Niezależnie od sposobu zachowania chorego to personel oddziału musi panować nad emocjami.

Dokumentacja zastosowania przymusu bezpośredniego

- Karta zastosowania przymusu bezpośredniego wraz z załącznikami
- Historia Choroby:
 1. Zastosowany środek przymusu bezpośredniego
 2. Przyczyny zastosowania środka, uzasadnienie wyboru środka przymusu
 3. Czas zastosowania i przyczyny przedłużenia
 4. Informacja o uprzedzeniu pacjenta
- Księga raportów pielęgniarskich:
 1. Informacje jak powyżej
 2. Informacje o osobie zlecającej
 3. Informacje o osobach wykonujących przymus
 4. Informacje o przebiegu stosowania przymusu i skutkach jego zastosowania
- JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA POMOCY SPOŁECZNEJ:
Rejestr prowadzony przez kierownika tej jednostki wg załącznika nr 1 w.w. rozporządzenia.

Przymus bezpośredni w placówkach niepsychiatrycznych???

Stan wyższej konieczności

Pacjent pod wpływem alkoholu

PRAWO???

W orzecnictwie można dostrzec tezę przemawiającą za tym, że **art. 18 ust. 1** ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie może stanowić podstawy stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjentów na oddziałach niepsychiatrycznych, bowiem **ma on wyłącznie zastosowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi przy wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie.**

Czynnościami takimi nie są działania podejmowane wobec pacjentów hospitalizowanych w szpitalach/oddziałach niepsychiatrycznych.

Jak należy rozumieć w świetle przepisów prawa osobę z zaburzeniami psychicznymi?

Odnosi się to do osoby:

- a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychiatryczne),
- b) upośledzonej umysłowo,
- c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym;

PRAWO???

Nie oznacza to wszakże, że stosowanie takiego przymusu w trakcie leczenia pacjentów, do których ustawa ta nie znajduje zastosowania, jest zawsze bezprawne.

W sytuacji bowiem, w której jest on stosowany w celu ratowania życia lub zdrowia pacjenta, możliwe jest skuteczne powołanie się na pozakodeksowy kontratyp wyłączający bezprawność zachowania, do którego per analogiam stosować należy przepisy o stanie wyższej konieczności (art. 424 k.c.).

Jako ciekawostkę należy podać fakt, iż Sąd Apelacyjny w Szczecinie uznał za dopuszczalne stosowanie art. 424 k.c. per analogiam w wypadku, gdy lekarz wykorzystywał przymus wobec pacjentów w celu ratowania ich życia lub zdrowia.

Zdaniem innych prawników orzeczenie to nie jest trafne z tego względu, że ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty wskazuje już na sytuacje, w których lekarz może posłużyć się przymusem w celu ratowania zdrowia lub życia pacjenta (art. 33 ust. 1, art. 34 ust. 7, art. 35 ust. 1).

Należy więc odrzucić pogląd o dopuszczalności stosowania art. 424 k.c. per analogiam.

Przymus na oddziałach niepsychiatrycznych jest więc stosowany.

Dzieje się to na zasadzie analogii.

Stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec osób na oddziałach niepsychiatrycznych wynika z tego m.in., że po zabiegach operacyjnych dochodzi do sytuacji, w których pacjent nie kontroluje swoich zachowań. Jednak wówczas, gdy przymus ten jest stosowany wobec osób, o których mowa w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, istnieją ramy prawne określające dopuszczalne granice jego stosowania, obowiązek raportowania, maksymalny czas, w którym dana osoba może być unieruchomiona. Natomiast w innych przypadkach brak jest takich regulacji.

Eksperci wyróżniają w powyższym zakresie dwie sytuacje:

Pierwsza obejmuje zachowania pacjentów **po przeprowadzonej operacji**.

W tym zakresie wskazują, że opieka po zabiegu obejmuje również ewentualne zastosowanie środka przymusu. Jeżeli bowiem leczenie zostało zapoczątkowane na podstawie prawidłowo udzielonej przez pacjenta zgody bądź zgody sądu opiekuńczego lub w trybie nagłym, to w granicach takiej terapii mieści się także opieka polegająca np. na zapięciu w pasy po to, aby pacjent nie spadł z łóżka, czy też nie odniósł innego uszczerbku.

Odmienne natomiast przedstawia się sytuacja pacjenta, który dopiero został przyjęty na SOR i znajduje się np. **pod wpływem alkoholu**, stwarza zagrożenie dla innych lub siebie i nie pozwala udzielić pomocy medycznej.

W takiej sytuacji brak jest adekwatnych regulacji, w szczególności określających, czy i w jakim zakresie dopuszczalne jest zastosowanie przymusu w celu ratowania życia i zdrowia.

Powstaje mianowicie dylemat, czy można zastosować przymus bezpośredni, wobec pacjenta, który ma świadomość ograniczoną przez leki, alkohol czy urazy.

Działania Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie stosowania środków przymusu bezpośredniego na oddziałach niepsychiatrycznych

W lipcu 2024 roku Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił do pismem do Ministra Zdrowia w sprawie stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec osób na oddziałach niepsychiatrycznych.

Rzecznik Praw Obywatelskich wskazał na kluczowe problemy związane z luką prawną względem oddziałów innych niż psychiatryczne, podkreślając że stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec osób na oddziałach niepsychiatrycznych wynika z tego m.in., że po zabiegach operacyjnych dochodzi do sytuacji, w których pacjent nie kontroluje swoich zachowań.

Jednak wówczas, gdy przymus ten jest stosowany wobec osób, o których mowa w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, istnieją ramy prawne określające dopuszczalne granice jego stosowania, obowiązek raportowania, maksymalny czas, w którym dana osoba może być unieruchomiona.

Natomiast w innych przypadkach brak jest takich regulacji.

Rzecznik Praw Pacjenta określił niezwykle ważny problem – niestety na razie brak jest dalszych kroków ku legalizacji stosowania środków przymusu bezpośredniego w oddziałach inne niż psychiatryczne.

Zwrócić należy uwagę również na to, że udokumentowanie zastosowania środka jest również ściśle uregulowane przepisami prawa. W tym zakresie zastosowanie znajdują przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 731).

Załącznikiem do Rozporządzenia jest między innymi wzór Karty zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym, innym zakładzie leczniczym albo w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej.

Każde zastosowanie środka przymusu bezpośredniego, nawet w oddziale niepsychiatrycznym, wymaga uzupełnienia tejże karty.

Odpowiedź MZ 14.11.2024 r.

Minister Zdrowia stanowczo potępia wszelkie przypadki nieuzasadnionego stosowania przymusu wobec pacjentów przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Fizyczne przytrzymywanie ze względu na dobro (bezpieczeństwo, zdrowie) pacjenta, powinno mieć miejsce wyłącznie w sytuacji, **gdy istnieje poważne ryzyko dla zdrowia pacjenta np. nieprzytomność, szok, wpływ środków odurzających, jeśli interwencja medyczna nie zostanie przeprowadzona i gdy wyczerpane zostaną działania zapobiegawcze.**

Działanie takie musi być uzasadnione i proporcjonalne do ryzyka dla zdrowia, które ma zostać złagodzone. Jednocześnie muszą zostać spełnione wszelkie określone prawem wymogi warunkujące możliwość zastosowania środków przymusu. W każdym przypadku decyzje o zastosowaniu jakiegokolwiek formy restrykcyjnej interwencji fizycznej muszą opierać się na ocenie, że nie jest dostępna żadna inna metoda postępowania i że jej zastosowanie spowoduje mniej szkód niż brak interwencji.

Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego definiowany jest jako stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała, lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. (**art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej** – istotne znaczenie ma więc „natychmiastowość”, i., bezpośrednio” zagrożenia, które uzasadniają niezwłoczne udzielenie pomocy poprzez natychmiastowe udzielenie świadczenia.)

Odpowiedź MZ 14.11.2024 r. cd.

W kontekście braku zgody pacjenta na udzielenie pomocy medycznej przywołać należy również treść **art. 5 ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym**, zgodnie z którym osoba, o której mowa w ust. 1 (a więc również osoba podejmująca medyczne czynności ratunkowe, a więc także ratownik medyczny) może poświęcić dobra osobiste innej osoby, inne niż życie lub zdrowie, a także dobra majątkowe w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

W tym miejscu przypomnienia wymaga, że **art. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, z późn. zm.)** zalicza prawa pacjenta do kategorii dóbr osobistych.

Tym samym w ocenie Ministra Zdrowia osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych (lekarz systemu, ratownik medyczny) może naruszyć dobra osobiste w postaci prawa pacjenta do wyrażenia zgody w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Stanowisko doktryny, wobec braku dodatkowych uregulowań chociażby w ustawie o działalności leczniczej, prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, czy też w ustawach zawodowych, **wskazuje na dopuszczalność stosowania przymusu bezpośredniego (o ile oczywiście zaistnieją wyżej wymienione przesłanki) w oddziale innym, niż oddział psychiatryczny.**

Jest to również podyktowane celowością zapewnienia bezpieczeństwa nie tylko pacjentowi, lecz i również personelowi, a także i innym osobom przebywającym w danym oddziale.

Sytuacje wymagające zastosowania środków przymusu bezpośredniego

Doświadczenie życiowe wskazuje, że przypadków i sytuacji wymagających zastosowania środków przymusu bezpośredniego jest bardzo dużo.

W tym obszarze kluczowymi zakresami pozostają punkty niesienia pierwszej pomocy – **izby przyjęć, czy też szpitalne oddziały ratunkowe**.

Ze względu na przyjmowanie pacjentów będących **pod wpływem środków psychotropowych, czy też nadużywających alkoholu** niewyobrażalnym staje się, aby personel nie mógł zastosować środków przymusu bezpośredniego. Jest to również ważne z optyki zapewnienia pacjentowi dostępu do świadczeń zdrowotnych, bowiem zdarzają się przypadki, kiedy od zastosowania tychże środków uzależnione jest udzielenie świadczeń zdrowotnych i wykonanie niezbędnych procedur.

Dlatego też tak ważnym, również dla pewnego rodzaju legalizacji działań personelu, jest to aby Ustawodawca pochylił się nad problemem zasygnalizowanym przez Rzecznika Praw Obywatelskich.

Zasady dotyczące stosowania środków przymusu bezpośredniego na oddziałach niepsychiatrycznych

Wobec braku odrębnych uregulowań należy zatem analogicznie, w każdym oddziale niepsychiatrycznym przestrzegać zasad dotyczących stosowania środków przymusu bezpośredniego uregulowanych na mocy Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Oczekiwane zmiany w prawie dla oddziałów niepsychiatrycznych po 16 godzinach stosowania przymusu bezpośredniego możliwość przedłużenia go po zbadaniu przez 2 lekarzy nie będących psychiatrami gdy psychiatra jest niedostępny.

Działania bez zgody pacjenta – ustawy

USTAWA z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Art. 17.

- 1. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.**
- Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.
- 3. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.**

W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

4. Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ust. 1–3, mogą być wyrażone **ustnie** albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli.

Art. 18.

- W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w art. 17 ust. 1, wyraża się w formie pisemnej. Do wyrażania zgody oraz sprzeciwu stosuje się art. 17 ust. 2 i 3. 1a. W przypadku wyrażenia zgody na zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta za pośrednictwem Internetowego Konta

Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465), lub przy użyciu podpisu osobistego, wymagana jest forma dokumentowa.

2. Przed wyrażeniem zgody w sposób określony w ust. 1 i 1a pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2.

USTAWA z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Art. 19.

Zasady przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza, ratownika medycznego, pielęgniarkę systemu oraz diagnostę laboratoryjnego mimo braku zgody albo wobec zgłoszenia sprzeciwu, o których mowa w art. 17 i art. 18, określają odpowiednio przepisy art. 33 i art. 34 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, art. 57 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2187), art. 12a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2702 i 2705 oraz z 2023 r. poz. 185 i 1234) oraz art. 23 i art. 24 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 2125).

USTAWA z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Art. 33.

1. **Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej**, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.
2. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem.
3. Okoliczności, o których mowa w ust. 1 i 2, lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta.

Art. 34.

1. Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody.
2. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31.
3. **Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę, o której mowa w ust. 1, wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.**
4. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda.
5. W sytuacji, o której mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepis art. 32 ust. 6.
6. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w ust. 1, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności **po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.**
7. **Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w ust. 1, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.**

W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

8. O okolicznościach, o których mowa w ust. 3–7, lekarz informuje pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy, a także dokonuje odpowiedniej adnotacji wraz z uzasadnieniem w dokumentacji medycznej.

USTAWA z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych

Art. 57. 1.

1. **Ratownik medyczny może udzielać świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta, jeżeli pacjent wymaga niezwłocznej pomocy, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody ani nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.**
2. Okoliczności, o których mowa w ust. 1, ratownik medyczny odnotowuje odpowiednio w karcie indywidualnej ratownika medycznego albo dokumentacji medycznej pacjenta.

USTAWA z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej

Art. 12a.

1. **Pielęgniarka systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym wykonująca medyczne czynności ratunkowe może udzielić świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta, jeżeli pacjent wymaga niezwłocznej pomocy, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody ani nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).**
2. Okoliczności, o których mowa w ust. 1, pielęgniarka systemu odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta.

Pielęgniarka systemu to pielęgniarka, która: ma tytuł specjalisty lub specjalizuje się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz ma co najmniej trzyletni staż pracy na oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, w izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym.

USTAWA z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej

Art. 23.

1. Diagnosta laboratoryjny może wykonywać czynności medycyny laboratoryjnej po uzyskaniu zgody na ich wykonanie na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

2. Wykonywanie czynności medycyny laboratoryjnej bez zgody, o której mowa w ust. 1, jest dopuszczalne, jeżeli konieczne jest niezwłoczne wykonanie badań diagnostycznych, a ze względu na stan zdrowia lub wiek pacjent nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.

3. Decyzję o wykonywaniu czynności medycyny laboratoryjnej w okolicznościach, o których mowa w ust. 2, diagnosta laboratoryjny podejmuje na pisemne zlecenie lekarza lub lekarza dentystry leczącego pacjenta, odnotowane w dokumentacji medycznej tego pacjenta.



mgr BARBARA KALIWODA

Różnice pokoleniowe a zarządzanie zespołem i związane z nimi problemy – część I

Różnice pokoleniowe są naturalnym zjawiskiem wynikającym ze zmieniającej się rzeczywistości społecznej, kulturowej i technologicznej. Mogą być one zarówno źródłem inspiracji, jak i konfliktów, ale ważne jest budowanie otwartości, szacunku i dialogu między różnymi pokoleniami. Współpraca i wzajemne uczenie się mogą przynieść wiele korzyści dla społeczności zawodowej i całego społeczeństwa. Zarządzanie zespołem wielopokoleniowym to niełatwe zadanie. Im większa różnica wieku między przełożonym a podwładnymi, tym trudniej o zbudowanie relacji (wskazane są spotkania integracyjne). Interesy każdego pracownika trzeba szanować niezależnie od tego, czy dopiero wstępuje na rynek pracy, jest wieloletnim specjalistą z dużym doświadczeniem czy właśnie zbliża się do emerytury. Każde pokolenie ma nieco inne nastawienie do życia zawodowego, co nierzadko wywołuje napięcia w firmie. To oznacza kolejne wyzwanie dla pracodawcy i zarządzających zespołami pracowniczymi.

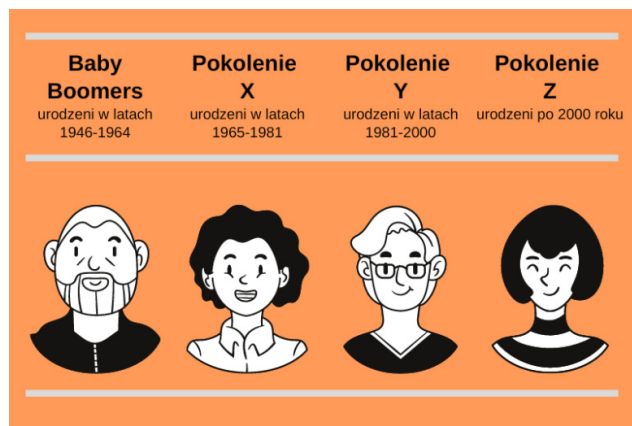
➤ Jak pogodzić różnice pokoleniowe pracowników?

Pokolenia wyróżnia wiele cech, które nabywali w wyniku doświadczenia życiowego. Dlatego inne podejście do życia mają osoby, które np. wychowywały się w czasach PRL-u, inne osoby obserwujące rozwój Polski pod skrzydłami UE, a jeszcze inne pokolenie wychowywane od narodzin w duchu technologii. Pracodawcy **muszą mieć** na uwadze różne potrzeby swoich pracowników i starać się je **pogodzić**. Różnice pokoleniowe to nie pusty slogan,

wykorzystywany by usprawiedliwić animozje w zespole. To przede wszystkim ogromne wyzwanie dla każdego menagera zróżnicowanego wiekowo zespołu, gdyż różnice te mogą znacząco wpływać na pracę nawet najlepiej zarządzanego teamu. Dlatego tak ważne jest by odpowiednio zdefiniować mechanizmy działania i motywatory każdej z grup. **Pracownicy niezależnie od wieku chcą czuć się docenieni i potrzebni.** W zarządzaniu warto odejść od krytyki i demonstrowania własnej wyższości na rzecz motywowania pracowników i doceniania ich kreatywności.

➤ Czy zatem należy się bać takich multi-pokoleniowych zespołów?

Absolutnie **NIE**, w różnorodności tkwi piękno. **Zróżnicowany zespół to szansa na niestandardowe rozwiązania, a przede wszystkim możliwości uczenia się od siebie wzajemnych inspiracji.** Umiejętności przywódcze to nie wszystko. **Lider** niezależnie od wieku, **powinien dbać** o dobrą atmosferę z uwzględnieniem różnorodności wieku osób w zespole. **Współczesny rynek pracy wymaga od zarządzających elastyczności i otwartości na różnorodność pokoleniową czyli kompetencje**



pokoleniowe. Zrozumienie, jak różnią się kompetencje między generacjami pracowników, oraz umiejętność wykorzystania tych różnic to klucz do budowania silnych innowacyjnych zespołów.

Różnorodność pokoleniowa w miejscu pracy niesie ze sobą zarówno wyzwania, jak i możliwości. Aby skutecznie zarządzać zespołami złożonymi z przedstawicieli różnych generacji, konieczne jest zrozumienie ich unikalnych potrzeb, wartości oraz stylu pracy. Współpraca między generacjami może prowadzić do powstawania nowych pomysłów i innowacyjnych rozwiązań, jeśli różnice w podejściu do pracy i komunikacji są odpowiednio zarządzane. Promowanie kultury organizacyjnej opartej na wzajemnym szacunku, otwartej komunikacji i zrozumieniu różnorodnych perspektyw to klucz do sukcesu w zarządzaniu zespołami wielopokoleniowymi.

Pracodawcy, którzy potrafią w porę dostrzec i wykorzystać mocne strony każdego pokolenia, zyskują przewagę konkurencyjną na rynku, tworząc dynamiczne i innowacyjne zespoły.

➤ Co się międzygeneracyjnie zmienia?

Obecnie sytuacja wymusza nowy sposób pracy i zarządzania zespołem rozproszonym, zróżnicowanym, inkluzywnym. Jednym z jego wymiarów jest zarządzanie wiekiem, a tym samym **zarządzanie międzygeneracyjne**. Istnieje silna korelacja między tym w jaki sposób budowano autorytet kierownika (pokolenie BB), przełożonego (pokolenie X), menedżera (pokolenie Y), leadera (pokolenie Z), a **ramami czasowymi i charakterystykami** przypisywanymi poszczególnym pokoleniom. **Proszę zwrócić uwagę**, że już samo nazewnictwo funkcji w strukturze organizacyjnej wskazuje na to, czym wyróżniają się podejścia do zarządzania w kontekście hierarchii i zależności na linii zarządzający – zarządzany.

➤ Z czego wynikają konflikty pokoleń w miejscu pracy?

Kryją się w odmiennych podejściach nie tylko do pracodawcy, ale też motywacji, lojalności, czy życia prywatnego. Różnice, które mogą generować konflikt pokoleń w pracy. Dziś na rynku pracy spotykają się jednocześnie cztery pokolenia pracowników. Sytuację tę komplikuje kilka czynników: zauważalna przepaść między pokoleniami wynikająca z cyfryzacji oraz ryzyko deficytu siły roboczej w miarę, jak starsi pracownicy przechodzą na emeryturę, pozostawiając stanowiska swoim młodszym mniej doświadczonym koleżankom. Jest problem – bo trudno zarządzać zróżnicowanym wiekowo zespołem. Pracownicy nie znajdują wspólnych tematów do rozmów, nie potrafią przekazywać sobie wiedzy.

Cztery pokolenia, każde z nich wzrastało w innym kontekście kulturalnym i środowiskowym, przez co różnią się potrzebami w pracy (i nie tylko), satysfakcją z wykonywanych zadań, komunikacją i informacją zwrotną.

Obecnie na rynku pracy aktywni zawodowo są przedstawiciele **czterech pokoleń**. Granice między pokoleniami mogą być rozmyte (mogą zawierać różne przedziały czasowe). Każde z pokoleń ma inne wspólne cechy, które sprawiają, że jest postrzegane przez społeczeństwo w określony sposób. **Co charakteryzuje określone grupy, jakimi są pracownikami?** – czyli o różnicach pokoleniowych. Pokolenie BB, X, Y, i Z dzielą się wspólnym doświadczeniem i wartościami. **Do jakiego pokolenia należysz?** Poznaj jakie cechy charakteryzują ludzi z tego pokolenia.

1. Generacja BB, czyli **baby boomers**, zwana również **silver generacją**. Charakterystyka: to osoby urodzone w przedziale czasowym między **1946 a 1964 r.**, czyli pracownicy, którzy osiągnęli lub niebawem osiągną wiek emerytalny. W Polsce wg GUS jest ich ok 9 mln – ta liczba będzie wciąż rosła (podobnie wygląda w innych krajach europejskich – seniorzy stanowią coraz większy odsetek społeczny). **Nazwa tego pokolenia ma silny związek z wyżem demograficznym** po II wojnie światowej. **Osoby z pokolenia BB musiały szybko dojrzeć, cenią sobie w miejscu pracy przede wszystkim stabilizację i bezpieczeństwo.** Pozostają bardzo lojalni wobec swojego pracodawcy, często **poświęcając całe swoje życie zawodowe jednej organizacji**. Odczuwana przez nich przynależność do organizacji przejawia się w chętnym **spędzaniu czasu wśród pracowników poza godzinami pracy** (np. wczasy pod gruszą).

Osoby te szanują pracę jako „wartość samą w sobie”. Wykazują się dużą cierpliwością, pokorą oraz szacunkiem do autorytetu. Autorytet wynika: z zajmowanego stanowiska w strukturze organizacyjnej, wieku, stażu pracy, niedostępności kadry zarządzającej dla przeciętnego pracownika oraz poziom wykształcenia, którym nie każdy z tego pokolenia mógł się pochwalić, gdyż dostęp do uczelni był ograniczony i prestiżowy. Tytuł dr, mgr, inż., był umieszczany z dumą przed nazwiskiem. Pracownicy tytułują swojego szefa nazwą stanowiska: panie prezesie, panie kierowniku. Zwracanie się do osoby z wyższego poziomu w organizacji po imieniu jest uznane za zbyt dużą poufność i zarezerwowane dla nielicznych. Duże znaczenie mają nagrody, zgłaszane pomysły oraz pochwały, kierowane jako dowód uznania dla kadry zarządzającej (kultowa scena z filmu St. Barei „Miś”, w którym Jarząbek Wacław nagrywa co tygodniowo swoje pełne zachwyty peany wychwalające prezesa klubu). W tym modelu budowania autorytetu – informacja zwrotna przebiega jednostronnie z góry w dół. Podważanie zdania przełożonego nie jest mile widziane w myśl idei, że „szef ma zawsze rację”, a jeśli nawet nie ma....to i tak ma! Tu przychodzi na myśl scena z filmu Stanisława Barei „Poszukiwany, poszukiwana”, w której Jerzy Dobrowolski jako dyrektor „od spraw niezafatwionych” – wprowadza urbanistyczne poprawki na makiecie modelowego osiedla (jeden z budynków umieszczony jest w miejscu gdzie jest jezioro „Panie Dyrektorze tu jest jezioro? „Dyrektor mówi „to jezioro damy tutaj, a ten budynek niech stoi w zieleni”. Jak widać z autorytetem się nie dyskutuje, a błędy przedstawia się w sposób, który nie ujmuje osobie, która je popełnia. Dla równowagi pracownicy niższego szczebla są wzywani do odpowiedzialności i szczegółowo rozliczani z pomyłek oraz uchybień, „dywanik”.

Tym co buduje autorytet osób zarządzających są wszelkiego rodzaju nagrody uznaniowe, dyplomy (w ramach całe ściany) nagrody resortowe, wyróżnienia, medale państwowe. Również osobne gabinety, podziały na stołówce dla kadry zarządzającej – nadrzędność jednych nad drugimi. Pracownicy oczekują, aby osoba, która nimi zarządza (przewodzi) była decyzyjna, reprezentatywna, pewna swojej wizji, lojalna i w pełni oddana zakładowi pracy. Powinna posiadać silne wpływy. Powinna wyznawać silne wartości, cenić życie rodzinne, tradycję, być wzorem nie tylko dla pracodawcy ale wzorcem do naśladowania.



Osoby z pokolenia baby boomers wyrastały w duchu poważania autorytetów i szacunku do osób starszych, którego również oczekują od młodszych pokoleń. Jednocześnie pokolenie baby boomers, które mocno pielęgnuje relacje w pracy, wbrew mitom na ich temat chętnie uczy się od młodszych pokoleń (44% z nich ma konto na socjale media, a 20% użytkowników FB). Jeśli tylko „dzisiejsza młodzież” okaże im szacunek z racji wiedzy, wieku, stażu pracy i wykształcenia, chętnie uznają przedstawicieli następujących po nich generacji jako autorytet w kwestii nowych technologii. Pokolenie baby boomres również chce uchodzić za autorytet. Niekoniecznie „taki wychodzony” poprzez „uprzejmie donoszę” i tym samym bycie faworyzowanym przez kadrę zarządzającą co było dość powszechną praktyką.

Obecnie pokolenie silver (srebrzyste) pragnie osiągać autorytet w organizacjach, przekazując swoją wiedzę i doświadczenie, stąd wielu pracodawców składa emerytom ofertę kontynuacji pracy w roli menedżera, mentora czy też konsultanta, co stanowi istotny atut w kontekście zarządzania wiedzą i dobrymi praktykami w organizacji.

2. Pokolenie X, zwane baby boost, także „pokoleniem PRL”. Charakterystyka: to osoby urodzone między rokiem 1965 a 1979. Znak X ma wskazywać na niewiadomą. Nazwa baby boost nawiązuje do poprzedniego pokolenia i wskazuje na czynnik demograficzny, czyli znaczące ograniczenie przyrostu naturalnego co spowodowało wprowadzenie na rynek pigułek antykoncepcyjnych. Jest to pokolenie ukształtowane przez okres PRL-u, upadek komunizmu (zburzenie muru berlińskiego, otwarcie na Zachód), zmianę systemu edukacyjnego i nagły rozwój technologii. To osoby uro-

dzzone w latach wielkich przemian systemowych. To za ich młodości pojawiły się pierwsze komputery (Spectrum, Atari, Comandore, Amigo) oraz pierwsze gry video i komputerowe, poza telewizją było to „okno na świat”. Nie są jednak oswojeni z technologią – **Pokolenia X** w odróżnieniu od pokolenia Y i Z, musieli nauczyć się technologii (przechodzą ścieżkę od świata analogowego do wirtualnego). **Osoby z tego pokolenia szukają w miejscu pracy przede wszystkim szansy na realizację swoich zawodowych ambicji.**

Ścieżka kariery zawodowej **pokolenia X** zbiegła się z okresem przemian gospodarczych i politycznych, co **wzmocniło kult pracy** – stanowiło podwaliny sukcesu „ciężką pracą można w życiu coś osiągnąć”, „najpierw obowiązki a później przyjemności”, „bez pracy nie ma kołaczy”, „kto nie nosił teczek, nosi woreczki” – jasno wykazywały, że to właśnie **trud i poświęcenie są jedynym słusznym kierunkiem kształtowania swojego autorytetu i gwarancją sukcesu.** To podejście do pracy **nie wpisuje się w koncepcję kolejnego pokolenia** hołdującego zasadzie (pracuj sprytnie, mądrze, a nie ciężko).

Przedstawiciele pokolenia X, dziś piastują wysokie stanowiska w organizacjach. Definiują swoją wartość na rynku pracy przez konkurencyjność osiąganą przez szkolenia, wielokierunkowe wykształcenie, również podyplomowe, studia MBA, certyfikaty potwierdzające nabyte kompetencje, studia na międzynarodowych uczelniach w ramach wymian studenckich np. ERASMUS (w rozwój osobisty inwestowali z własnych ciężko zarobionych środków finansowych).

Autorytet jest mocno związany z hierarchią w strukturze organizacyjnej. Nazwa stanowiska ma bardzo duże znaczenie. Pracownicy z **pokolenia X** często definiują swoją wartość, opierając ją na uzyskanym miejscu na szczeblach kariery. Mocne rozwarstwienie siatki zatrudnienia na poziomie nazewnictwa stanowisk rozdzielających młodszych specjalistów od specjalistów i od starszych specjalistów. W budowaniu autorytetu pomaga doświadczenie zdobyte w zagranicznych organizacjach. **Szacunkiem darzą osoby, które systematycznie i dynamicznie wspinają się po szczeblach kariery, pracując „po godzinach”, oddane i zaangażowane, w pełni lojalne wobec pracodawcy.** Zatrudnienie krótsze niż 2 lata, które dla kolejnych pokoleń stanie się standardem, jest odbierane przez przedstawicieli tego pokolenia jako lekceważący stosunek do pracodawcy, a ludzi zmieniających zbyt często pracę pokolenie X nazywa „skoczkami”.

Autorytetem cieszy się menedżer, który sam jest wzorem pracowitości, pracuje na wysokich obrotach, a pracoholizm utożsamia z wysokim standardem pracy i motywacją. Przedstawiciele **pokolenia X** charakteryzuje podejście „żyję, aby pracować”. Pracownicy oczekują, że będzie nimi zarządzała osoba bardziej kompetentna niż oni sami. Wykształcona, zmotywowana, o wysokim poziomie kultury osobistej i zawodowej, godnie reprezentująca interesy zakładu i zespołu organizacji. To, co **wzbudza szacunek i pozwala uznać menedżera za autorytet to bycie wzorem do naśladowania „świecenie przykładem” oraz kultywowanie pracy jako wartości samej w sobie.** **Pracownicy chcą być oceniani i wynagradzani proporcjonalnie do wysiłku,** jaki wkładają w pracę, jak również **doceniani za pro aktywność.** Widzą zależność między stażem pracy a ich autorytetem, który budują na lojalności wobec pracodawcy. **Zmiana pracy jest najczęściej koniecznością, a nie wybrykiem.** Zanim odejdą, cierpliwie czekają na bycie dostrzeżonym. **Nie boją się ambitnych celów, ponieważ są świadomi tego, że poza strefą komfortu zaczyna się rozwój.** Głęboko wierzą, że to co najcenniejsze w życiu, **nie przychodzi łatwo.** Są mocno zorientowani na sukces, samodzielni, aktywni, uznający autorytet. Doceniają, jeśli w ramach uznania firma proponuje im pokrycie kosztów związanych z edukacją.

Bardzo potrzebują czuć celowość swoich działań i czuć się niezastąpieni, dlatego nie zawsze chętnie dzielą się wiedzą, znając jej wartość i traktując ją jako inwestycję, która ma wpłynąć na ich przewagę konkurencyjną i budować autorytet (eksperta w swojej dziedzinie).

Przedstawiciele generacji X, poza wiedzą i kompetencjami, budują swój autorytet występując podczas konferencji, pisząc artykuły do magazynów czy współpracując z uczelniami wyższymi jako wykładowcy. Niektórzy decydują się na otwarcie przewodu doktorskiego, aby podnieść swój prestiż i umocnić pozycję w instytucji.

3. Pokolenie Y, zwane **Milenialsami** oraz **pokoleniem Instant**. Charakterystyka: przedstawiciele **generacji Y** to osoby urodzone między **1980–1999**. Polscy przedstawiciele **pokolenia Y** są **pierwszą generacją Polaków, którzy wychowali się w pokoju i w warunkach gospodarki kapitalistycznej**. Obecnie reprezentują **50% osób na rynku pracy**, a do 2025 będą stanowić **75% zatrudnienia**. **Pokolenie Y – Mileniali** – nazwa **pokolenia Instant** ma podkreślać, że są to osoby, które oczekują szybkich odpowiedzi, szybkich rezultatów, szybkiego feedbacku, szybkiego dostępu do informacji, które można znaleźć w sieci za pomocą maksymalnie trzech kliknięć myszką.

Pamiętajmy, że jest to **pokolenie, które nie zna bezrobocia**, ani czasów oczekiwania na samochód z przydziału „na talon”, stania w długich kolejkach, otwarcia konta bankowego a produkty codziennego użytku były reglamentowane. Jest to pokolenie, za czasów którego rozwijały się technologie (internet, smartfony).

Osoby z pokolenia Y poszukują w miejscu pracy ciągłej gratyfikacji, szybkich awansów, ustawicznego rozwoju osobistego. W przeciwieństwie do poprzednich pokoleń „**pracują po to aby żyć, nie zaś po to, aby pracować**”. To właśnie **generacji Y zawdzięczamy wzrost znaczenia pojęcia work-life-balance** (elastyczne godziny pracy, możliwość pracy zdalnej – przyjmowane przez pokolenie BB, X z oburzeniem, a dla pokolenia Y stały się codziennością). W miejscu pracy cechuje ich umiejętność multitaskingu, czyli szybkiego przenoszenia uwagi między wykonywanymi zadaniami (brak ciągłych bodźców i rutyna są jednym z silniejszych demotywatorów tego pokolenia), stąd oczekują zróżnicowania i ciekawych wyzwań, które dadzą im „fun” (możliwość komunikacji online, czat internetowy, korzystanie z emotikonów).

Milenialsów cechuje większa niż w poprzednich pokoleniach otwartość na różnorodność międzykulturową oraz biegłość w zakresie nowoczesnych technologii i poszukiwania za ich pośrednictwem informacji w sieci, w której chętnie się zrzeszają i udzielają. **Mileniali uwielbiają mieć wpływ oraz odważnie wyrażać swoje opinie**, dlatego oczekują, że pracodawca umożliwi im to w postaci burzy mózgów, badań ankietowych, licznych dyskusji i negocjacji. W porównaniu z innymi pokoleniami **przedstawiciele pokolenia Y cechuje wysoka pewność siebie**, co nie zawsze jest jednoznaczne z wysokim poczuciem własnej wartości, dlatego często oczekują gratyfikacji i wzmocnienia ze strony menedżera.

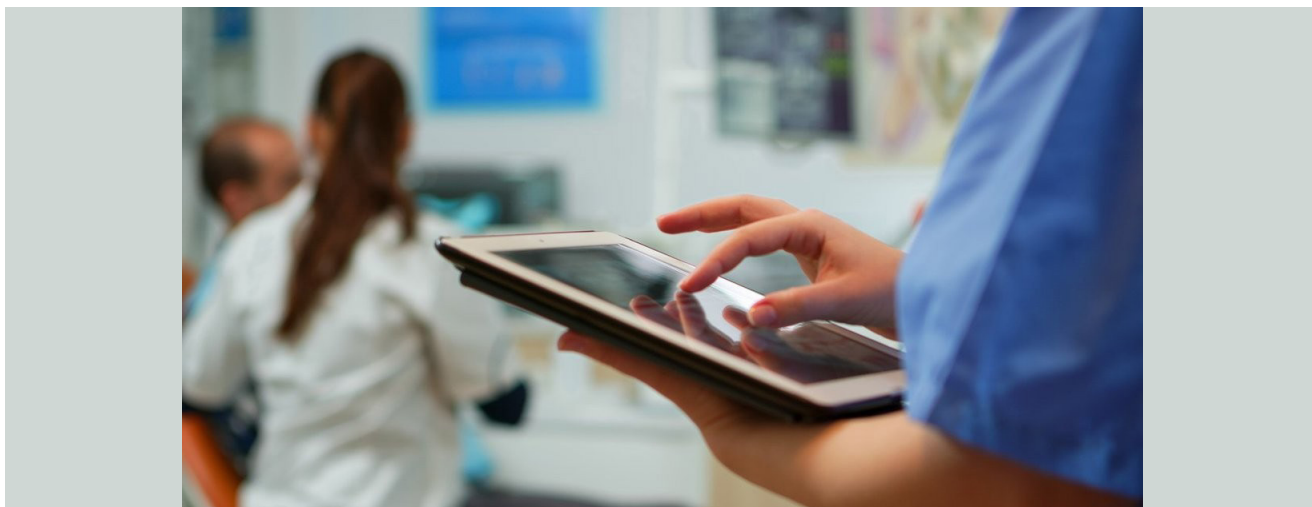
Takie podejście do pracy i życia upatruje w sposobie wychowania. To właśnie „**rodzice helikoptery**”, chcąc skompensować swoje deficyty emocjonalne np. brak doceniania i opieki ze strony ich ciężko pracujących rodziców (nazywa się ich pokoleniem dzieci „z kluczem na szyi”) oraz braki materialne, **zapewniali swoim dzieciom wszystko, co najlepsze**. Często chwając, podkreślając wyjątkowość swoich dzieci, otaczając je nadmierną opieką, „trzymając je pod kloszem” i wyręczając z wielu czynności doprowadzili, że pokolenie Y ma bardzo silne przekonanie o swojej wyjątkowości. To przekłada się na ich **roszczeniowość wobec pracodawców**, małą zapobiegliwość, **silną potrzebę nabywania dóbr** (często na kredyt), a także niską odporność na krytykę. Zlecenie od menedżera ma być konstruktywne ale oczekują przekazu po „partnersku” a nawet „rodzicielsku”. To wszystko przekłada się na **nierealistyczne oczekiwania względem pracodawcy**. **Pokolenie Y** autorytetem obdarza osoby, które kierują się w swoim postępowaniu wartościami, doświadczeniem, mądrością, wielkoduszością czy też odwagą. Czasami w strukturze społecznej funkcjonuje „**autorytet przechodni**”. Ta sama osoba może być autorytetem w jednej kategorii zadań, a przestaje nią być w innych sytuacjach. Przedstawiciele **generacji Y będą szukać „autorytetów przechodnich”**. **Takie odmienne rozumienie roli autorytetu może być powodem konfliktów międzypokoleniowych**. Jeśli szef okaże się nieudolny w radzeniu sobie z laptopem, nawet gdyby był świetnym prawnikiem, utraci autorytet absolutny w oczach młodych pracowników. **Kiedy wartości, na których opiera się autorytet, zanikają lub słabną, wtedy oznacza to kres samego autorytetu**. **Mileniali estymą** (szacunkiem, poważaniem, respektem, godnością, autorytetem) **darzą osoby z bliższego otoczenia: rodziców, znajomych i przełożonych**. Autorytetem w gronie najmłodszych cieszą się muzycy, blogerzy i performerzy. Pracownicy **pokolenia Y potrzebują czegoś więcej niż formalnego autorytetu**,

który wystarczył przedstawicielom generacji BB, X. **Milenialsi** oczekują menedżera, który buduje swój autorytet, dając poznać się jako wartościowa osoba, dostrzegając w pracowniku przede wszystkim człowieka. Poszukują osoby, która tak jak oni, realizuje się po godzinach pracy. **Autorytet wzbudzają partnerstwo oraz służenie pomocą w podejmowaniu trudnych decyzji** (określanie jasnych kryteriów). **Szacunek wzbudzi otwartość na nowości, ciągle podważanie status quo i wysłuchiwanie pomysłów pokolenia Y**, który dąży, aby **upraszczać** procesy i codzienną pracę ponieważ w przeciwieństwie do generacji X chcą pracować „smart” a nie „hard”. To co zwiększa szansę na wzbudzenie szacunku i zbudowanie autorytetu, to znajomość aktualnych trendów. **Lubią wypowiadać się na forach i kolekcjonować polubienia**, czyli „like” pod postami.

Milenialsi chcą być widoczni, chcą mieć wpływ, dlatego lubią gdy są kojarzeni z działaniami na rzecz lokalnych organizacji, angażowaniem się w działania charytatywne, ruchy społeczne. W budowaniu własnego autorytetu **Milenialsi uznają i doceniają wsparcie mentora**, który w rozumieniu **pokolenia Y** jest połączeniem coacha z dobrym rodzicem.

4. Generacja Z (Zetki), znana jako **pokolenie C**, to osoby urodzone po 1999 roku. Stanowią 5% obecnego rynku pracy. To właśnie na nich i Milenialsach będą opierały się przez najbliższe dekadę światowej gospodarki i rynku pracy. **Pokolenie Z nie zna świata bez telefonów, komputerów i dostępu do internetu. To osoby urodzone w erze cyfrowej.** Potrafią jednocześnie funkcjonować w świecie wirtualnym oraz rzeczywistym – analogowym, stąd nazywa się ich „**cyfrowymi tubylcami**” (nomadami), w przeciwieństwie do pokolenia BB, X. Ponieważ dorastali w okresie recesji, sporą wagę **przywiązują do bezpieczeństwa**. Żyjąc w niezdrowym, niepewnym, zmiennym, złożonym i niejednoznacznym świecie, **rozwinieli w sobie zdolności adaptacyjne** oraz **przykładają jeszcze większą wagę niż poprzednie pokolenia do zdrowego trybu życia**. Wielu z nich to wegetarianie/weganie, **nie kupują nowych ubrań, mebli, przedmiotów codziennego użytku – odzyskują je** (dają im drugie życie) **sprzedają za pomocą aplikacji**. Robiąc zakupy używają wielorazowych toreb, do kawiarni zabierają własne pojemniki. **Znajomość zasad recyklingu jest normą**. Ucząc się na błędach poprzednich, zadłużonych generacji „frankowiczów” podejmują racjonalne decyzje inwestycyjne, **raczej finansują swoje zakupy z oszczędności**. W miejscu pracy **cenią sobie równouprawnienie** oraz kulturę włączenia, czyli **inkluzywność**. Są otwarci na różnorodność. Nie lubią nudy i rutyny. **Cechuje ich innowacyjność**.

Od pracodawców **oczekują uznania** ich jako równoprawne odpowiedzialne osoby posiadające zdolność współprowadzenia biznesu, samoorganizowania się, a nie bycia jego podmiotem. **Mają ambicje i głęboko wierzą, że mogą zmienić świat na lepszy**. Mając znacznie wyższą niż pozostałe pokolenia **świadomość ekologiczną**, na swoich pracodawców wybierają firmy odpowiedzialne społecznie, będące „fair” dla swoich pracowników. Szukają pracy nie tylko w Polsce, **cehuje**



ich mobilność i znajomość języków obcych. To co dla starszych pokoleń stanowi zagrożenie, dla przedstawicieli Z jest obiektem fascynacji i eksperymentowania.

W kwestii autorytetu **pokolenie Z przekłada kompetencje, nad wykształcenie i wiedzę**. Szczególnie **ceni sobie życiową mądrość, której źródłem jest lider – mentor**. Bliżej im do starszych pokoleń – imponują im poprzez wyznawane wartości i życiowe doświadczenie. Co piąty przedstawiciel **pokolenia Z (18%) zadeklarował**, że to właśnie **rodzice stanowią dla nich autorytet są bezpieczniejszym i bardziej zaufanym źródłem informacji**. Internet pełen hejterów. **Pracownicy z pokolenia Z nie potrzebują przełożonego**. Pragną mieć przy sobie partnera biznesowego, który prezentuje podejście **Human to Human** (człowiek do człowieka). To osoba, która **budzi zaufanie pracowników, jest spójna, dojrzała i inteligentna emocjonalnie, i transparentna**. Nie jest to osoba nieomylna, myląc się, daje tym samym prawo innym do popełniania błędów, uczenia się z nich i wyciągania wniosków, które przekładają się na dobre praktyki i mądrość organizacji uczących się.

Za wzór do naśladowania i autorytet uchodzi charyzmatyczny leader, za którym ludzie podążają, ponieważ chcą, a nie muszą lub powinni. Praca zdalna staje się standardem, podobnie jak elastyczne godziny pracy. Autorytet i jego budowanie będą mocno skolerowane z byciem życiowo mądrym, rozsądnym, dobrym, szanującym naturalne środowisko, przedsiębiorczym, elastycznym i zwinnym człowiekiem.

Z badań Randstad wynika, że 2 na 4 przedstawiciele **pokolenia Z woli nie pracować niż być nie-szczęśliwym w miejscu pracy lub pracować w pracy, której nie lubi**. **To pokazuje zmianę dynamiki i priorytetów**. Autorytetem będą się cieszyli nie ci, którzy pną się po szczeblach kariery, lecz ci, którzy wykorzystują swój potencjał aby zarabiać na światowym poziomie, robiąc to co kochają, przy tym dbając o swój dobrostan, w którym work-life-balance zastępuje work-life-blending. Można określić **pokolenie Z – pokoleniem twórczym – otwartym na zmiany**. Jest to grupa, która dopiero wchodzi na rynek pracy. Istnieją realne prognozy, że będą kontynuować zachowania pokolenia Y – **zależec im będzie na niezależności i permanentnym rozwoju**. Nie będą **pracownikami związanymi emocjonalnie z pracodawcą – ciągła zmiana to naturalne środowisko w którym dorastali**.

Pokolenie Z (Zoomerzy) – najmłodsze pokolenie, zwane także **pokoleniem Płatków śniegu** lub **pokoleniem C** – to osoby, które zaczynają pojawiać się na rynku pracy i będą go zasilać przez najbliższe lata. Postrzegają pracę jako środek do celu, którym jest „**fajne i wygodne życie**”. Cechują się **bardzo małą lojalnością wobec pracodawców**. Są **silnie nastawieni na samorozwój, preferując elastyczny czas pracy i wymagają szacunku do ich życia prywatnego**. Duży wpływ na ich postawy mają media społecznościowe, a ich komunikacja opiera się głównie na kanałach elektronicznych. **Wysokie zarobki są dla nich punktem wyjścia do dalszych negocjacji. Praca ma dać im sens i satysfakcję z życia. Potrzebują być doceniani i wysłuchani**. W przeciwieństwie do pokolenia BB, **nie chcą i nie będą pracować po godzinach**. Atuty pokolenia Z: cyfrowa biegłość, zapał do działania, kompetencje techniczne połączone z umiejętnością pracy.

Pokolenie „płatków śniegu” – określane jest jako generacja następująca po pokoleniu X i Y, czyli **pokolenie wydające pieniądze rodziców**. **Pokolenie „płatków śniegu”** to określenie osób, które urodziły się na początku **2000 roku**, czyli tzw. **Generacja Z** – opisuje nastolatków (młodych ludzi), którzy zostali wychowani przez nadopiekuńczych rodziców. „**Śnieżynkom**” towarzyszy **lęk i nadmierne emocje, mała odpowiedzialność**. Cechy charakterystyczne określające osobowość „**płatka śniegu**”: indywidualność, niezaradność życiowa, **przewrażliwienie na swoim punkcie, nieumiejętność przyjmowania konstruktywnej krytyki, przekonanie o swojej wyjątkowości, nieumiejętność współpracy w grupie, w zespole obwinianie innych za własne niepowodzenia, brak umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, brak umiejętności nawiązywania trwałych relacji**.

Pokolenie „Płatków śniegu” charakteryzuje się poczuciem swojej wyjątkowości, przy jednoczesnym braku świadomości własnych ograniczeń. **Bywają ekstrawaganci, koncentrują się głównie na swoich potrzebach** (lubią stale podkreślać swoje zalety). **Przy tym są lękliwi i czu-**

ją przerażenie związane z szybkimi zmianami. To pokolenie łatwo zranić. Odczuwają każde konflikty i nieporozumienia. Badacze tego zjawiska twierdzą, że głównym powodem zachowania „śnieżynek” jest ich wychowanie (model opieki – „trzymanie pod kloszem”): **usuwanie problemów, wyręczanie, nieustanne chwalenie, unikanie krytyki**, a to powoduje nie-realne wymagania wobec świata. **Rodzice pokolenia „Śnieżynek”**, pamiętając swoją młodość, **starają się zrobić wszystko, by ich dzieciom żyło się lepiej, łatwiej.** „Śnieżynki” przez lata mieszkają z rodzicami i korzystają ze wsparcia finansowego. W nagłych sytuacjach – wydarzeniach **nie potrafią sobie poradzić.**



Pokolenie „Śnieżynek” jest o wysokiej wrażliwości, przekonani są o swojej wyjątkowości, **oczekują wysokiej posady i wysokiego wynagrodzenia.** Stresują ich rozmowy i nieporozumienia pracownicze. **Pokolenie „płatków śniegu”** boryka się z **problemami zdrowia psychicznego** (depresja, stany lękowe, samotność).

Szanowne Koleżanki i Koledzy podsumowując zadam Państwu pytanie. **Czy zdajecie sobie sprawę, że w Waszej organizacji pracować mogą przedstawiciele aż 4 pokoleń?** Każda z tych grup w zupełnie inny sposób komunikuje się, posiada inne umiejętności i kompetencje. Mało tego, charakteryzuje ją zupełnie odmienny sposób postrzegania świata, ma różne wartości i **różny stosunek do zmian i nowych technologii.**

Rozumienie różnic pokoleniowych i umiejętność efektywnego wykorzystania ich mocnych stron to klucz do sukcesu w zróżnicowanych zespołach.

Zarządzanie wielopokoleniową siłą roboczą jest trudne dla przełożonych i menedżerów, którzy muszą zrównoważyć często sprzeczne oczekiwania pracowników z różnych pokoleń. „Każde pokolenie ma swój czas” – wers z piosenki Kombi mocno dotyka i porusza.

Każde pokolenie łączy podobny czas historyczny, podobne cechy, wyznawane wartości i oczekiwania oraz motywacje. **Każde pokolenie jest inne, inna też jest komunikacja z każdym z nich.** Częstym zjawiskiem w sieci jest narzekanie na siebie: **Milenialsi** narzekają na **Zetki** w pracy, **Zetki** narzekają na **Milenialsów**, **boomerzy** nie są zadowoleni z całej reszty.

Nie da się ukryć, że każde pokolenie ma wspólne doświadczenia. Dorastanie w tych samych czasach, korzystanie z tych samych technologii, kontakt z tymi samymi twórcami kultury – to wszystko sprawia, że myślenie, zachowanie, wartości, gust przedstawicieli tej samej generacji mogą być zbliżone.

Zapraszam Państwa do refleksji nad tekstem piosenki:

Tekst – Jacek Cygan, Muzyka – Bartosz Wielgosz

Wykonanie – Kombi (2004) – Grzegorz Skawiński

Każde pokolenie ma własny czas

Każde pokolenie chce zmienić świat

Każde pokolenie odejdzie w cień

A nasze nie.

Każde pokolenie ma własny głos

Każde pokolenie chce wierzyć w coś

Każde pokolenie rozwieje się

A nasze nie.

➤ **Czy porozumienie między pokoleniowe jest możliwe?**

Czy jest szansa na porozumienie między pokoleniem babci z pokolenia BB, która pamięta czasy krótko po wojnie, mamy z pokolenia X, która stara się wpisać we współczesne wymagania, dorosłej córki z pokolenia Y, która skończyła studia i wkracza na rynek pracy i studentki z pokolenia Z ? Wiele zależy od nas samych, różnic pokoleniowych nie da się ukryć ani wymazać – one są i zawsze będą, ale właśnie na tym polega urok pokoleń: każde jest inne i może przekazywać kolejnym swoją wiedzę i doświadczenia.

Obecnie obserwuje się zmienną tendencję, czasami to przedstawiciele młodszego pokolenia uczą starszych. Czujemy się momentami lepsi i mądrzejsi, bo mamy Internet, a nasi rodzice czy dziadkowie nie poruszają się w sieci tak sprawnie, nie rozumieją pojęcia aplikacji i wielu zwrotów. Naszym obowiązkiem – zadaniem, jest przekazać im naszą wiedzę w sposób dla nich zrozumiały i użyteczny. Warto pochylić się i nad tym, co mają nam do przekazania, łączenie ich wiedzy i doświadczeń i możliwości, jakie daje współczesny świat może pomóc nam budować lepszą rzeczywistość (coś zrobimy dla przyszłych pokoleń).

„Najwięcej możemy się nauczyć od tych, którzy się od nas różnią”.

Definicje pokoleń, mają tyle samo zwolenników co przeciwników. Ale to nie o podziały chodzi, lecz o „rozdziały pokoleniowe”. Podziały – rozdziały pokoleniowe dają nam wskazówki jak zrozumieć osoby urodzone i dorastające w innych czasach i okolicznościach.

Zdefiniowanie pokoleń BB, X, Y, Z, ułatwi zrozumieć różnice związane z czasem i okolicznościami dorastania. Definiowanie pokoleń jest dobre, ale czasami dajemy się ponieść ocenom, stereotypom, ale również konfliktom. Jeśli „**okopujemy się**” w swoich pokoleniach i przekonaniu, że to my mamy rację, a „oni” są inni, **zwiększamy przepaść i oddalamy możliwość porozumienia.** Jeśli używamy określeń „oni muszą dorosnąć” lub „oni muszą nadażyć” to wyrządzamy nie tylko innym, ale przede wszystkim sobie krzywdę. To sobie ograniczamy możliwość poznania innych, zrozumienia i uczenia się od innych pokoleń.

„Nie dawaj się ponieść stereotypom pokoleniowym”. Większość menedżerów przyzna, że **różne pokolenia w zespole zwiększają szansę na innowacje, zwiększają elastyczność w działaniu.** My też postarajmy się dostrzec wartość w pracy w zespole złożonym z pracowników w różnym wieku.

W codziennym życiu zderzenie się różnorodnych pokoleń jest nieuniknione i często ujawnia się w najprostszych sytuacjach. Sposób, w jaki ludzie różnych wieków komunikują się i spędzają czas, może być jak dwa różne światy. **Młodszy z nas często wybierają komunikacje błyskawiczną, używając emotikonów** (symbole i znaki, które wyrażają emocje i intencje w komunikacji online) **i krótkich wiadomości na platformach społecznościowych.** Z kolei starsi preferują rozmowy twarzą w twarz lub dłuższe, bardziej przemyślane listy i e-maile.

Zrozumienie tych różnic i umiejętność dostosowania się do nich to prawdziwa sztuka.

W pracy na przykład elastyczność może objawiać się poprzez wprowadzenie możliwości pracy zdalnej, co jest często bardziej „w smak” młodszemu pracownikowi, ceniącemu sobie niezależność i swobodę. Z drugiej strony, starsi pracownicy mogą docenić możliwość ustalenia godzin pracy, które najlepiej pasują do ich rytmu dnia. **Takie podejście nie tylko buduje mosty między pokoleniami, ale również tworzy bardziej zintegrowane i produktywne środowisko pracy.**

„Miejsce pracy jest dla wszystkich. Jak korzystać z różnic, a jak z podobieństw pokoleniowych, aby pracowało się nam lepiej”.

Na poziomie deklaracji wszyscy jesteśmy otwarci na inne pokolenia, ale połowa boomersów czuje się dyskryminowana w procesie rekrutacji. Mamy problemy w komunikacji i we współpracy. **Aby zmniejszyć konflikty wynikające z różnic pokoleniowych, ważne jest budowanie otwartości i szacunku między różnymi grupami wiekowymi.**

Warto promować dialog międzypokoleniowy i wspólne działania. Ważne jest zrozumienie i akceptacja różnic pokoleniowych, a nie próba narzucenia swojego punktu widzenia innym.

Zrozumienie i dostrzeżenie potencjału innych pokoleń (młodszych i starszych) leży w interesie nas wszystkich.

Zapraszam Państwa, na ciąg dalszy opracowania w kolejnym Impulsie.

Z pozdrowieniami.

Barbara Kaliwoda



Dr n. med. i n. o zdr. MAGDALENA RUDZIŃSKA
Położna, wykładowczyni. Wieloletnia nauczycielka akademicka w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego i na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, a także wieloletnia konsultantka Roztoczańskiej Szkoły Ultrasonografii. Łączy wiedzę akademicką z doświadczeniem klinicznym. Członkini Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, ISUOG oraz Fetal Medicine Foundation. Autorka kursu doskonalącego „**Diagnostyka ultrasonograficzna w położnictwie i ginekologii: WIDZISZ WIĘCEJ**”, który powstał z myślą o położnych i ich rosnącej roli w systemie ochrony zdrowia. Twórczyni marki **ultra.polożna**.

Widzisz więcej, działasz pewniej – ultrasonografia w codziennej praktyce położnej

We współczesnej opiece nad kobietami rola położnej ma szczególne znaczenie. Trudno dziś wyobrazić sobie nowoczesną medycynę bez zastosowania zaawansowanych technologii – a diagnostyka ultrasonograficzna bezsprzecznie należy do najpowszechniejszych z nich. Położne stanowią kluczowy element systemu opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, zapewniając kompleksową opiekę w czasie ciąży, porodu i pogoju. Ultrasonografia, jako narzędzie diagnostyki przesiewowej, umożliwia ocenę stanu zdrowia kobiety na różnych etapach życia – w okresie pokwitania, przedkonceptyjnym, okołomenopauzalnym oraz w wieku podeszłym – a przede wszystkim pozwala na monitorowanie zdrowia matki i płodu w czasie ciąży, co istotnie podnosi jakość świadczonej opieki.

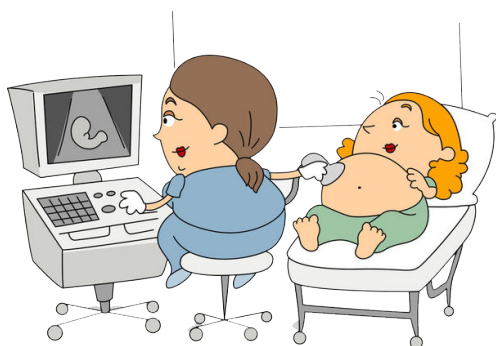
Położne w Polsce coraz częściej angażują się również w opiekę nad kobietami borykającymi się z problemem niepłodności. Jak wskazują badania, pacjentki postrzegają je jako istotne wsparcie w procesie leczenia niepłodności – zarówno pod względem edukacyjnym, jak i emocjonalnym (Neneman et al., 2019).

Kompetencje położnych obejmują w tym zakresie nie tylko monitorowanie stanu zdrowia, ale także udzielanie porad oraz pomoc w zrozumieniu procesu leczenia. Diagnostyka ultrasonograficzna odgrywa tu ważną rolę, umożliwiając monitorowanie funkcji jajników, ocenę cyklu owulacyjnego i skuteczności leczenia.

Współczesne podejście do opieki okołoporodowej zakłada również wsparcie kobiet w przygotowaniu do macierzyństwa i zrozumieniu zmian społecznych związanych z rolą rodziców.

W tym kontekście położne wspierają komunikację w rodzinach, dostarczają informacji o zadaniach wynikających z rodzicielstwa i pomagają kobietom odnaleźć się w nowych rolach. Jak podkreśla Tryc (2024), edukacja dotycząca konieczności wykonywania badań przesiewowych, w tym ultrasonograficznych,

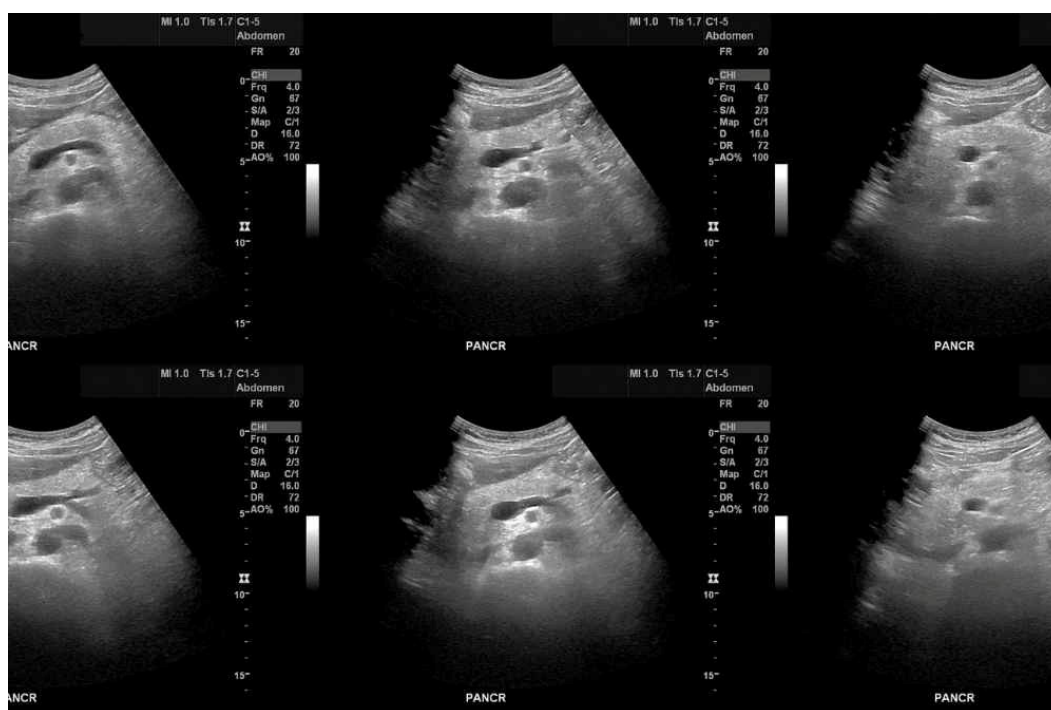
odgrywa coraz większą rolę – nie tylko w profilaktyce, ale także w budowaniu zaangażowania rodzicielskiego. Trójwymiarowe obrazowanie płodu (USG 3D) pozwala przyszłym rodzicom – zwłaszcza ojcom – zobaczyć dziecko jeszcze przed narodzinami, co często wzmacnia ich więź emocjonalną z ciążą i motywuje do aktywnego udziału w opiece nad rozwijającą się rodziną. Zmieniające się modele życia rodzinnego wymagają zatem dostosowania praktyki położnych do aktualnych potrzeb społecznych i emocjonalnych (Tryc, 2024).



Zastosowanie ultrasonografii umożliwia precyzyjne monitorowanie wzrostu płodu oraz ocenę potencjalnych zagrożeń, co pozwala na szybkie podejmowanie decyzji terapeutycznych i ograniczenie ryzyka powikłań zarówno u matki, jak i u dziecka (Stefaniak & Dmoch-Gajzlerska, 2020). Badania wykazują, że odpowiednia opieka i systematyczny monitoring prowadzony przez położne mogą istotnie poprawiać wyniki okołoporodowe w ciążach wysokiego ryzyka (Stefaniak & Dmoch-Gajzlerska, 2020).

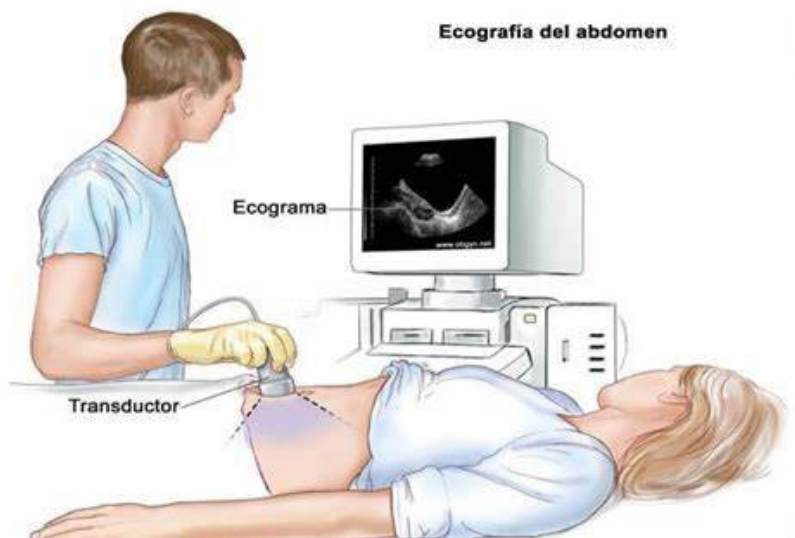
Zastosowanie ultrasonografii wpływa również na przebieg i doświadczenie porodu. Wczesna diagnostyka umożliwia opracowanie odpowiednich strategii postępowania w sytuacjach kryzysowych, co ma szczególne znaczenie w przypadku wystąpienia komplikacji (Właźlak et al., 2016). Położne wskazują na korzyści płynące z wykorzystania ultrasonografii do oceny stanu matki i dziecka przed, w trakcie oraz po porodzie. Umożliwia to sprawniejsze podejmowanie decyzji i zwiększa bezpieczeństwo rodzącej.

Ultrasonografia śródporodowa staje się coraz bardziej istotnym narzędziem w praktyce klinicznej, umożliwiającą szybką i precyzyjną ocenę przebiegu porodu. Jej zastosowanie pozwala na dynamiczną ocenę położenia główki płodu, jej rotacji oraz zaawansowania w kanale rodny. W porównaniu z badaniem wewnętrznym, ultrasonografia przezpochwowa lub przezbrzuszną dostarcza bardziej obiektywnych i powtarzalnych danych, co jest szczególnie cenne w sytuacjach wymagających szybkiej decyzji (Ghi et al., 2018; ISUOG Practice Guidelines, 2022). Położne przeszkolone w tej technice są w stanie precyzyjnie ocenić parametry takie jak wysokość punktu prowadzącego w oparciu o kąt progresji czy odległość między główką płodu a krocem matki, co sprzyja optymalizacji decyzji klinicznych i humanizacji porodu.



Zdolność do interpretacji obrazów ultrasonograficznych i rozumienia ich znaczenia klinicznego nie tylko zwiększa kompetencje diagnostyczne położnych, ale również wzmacnia ich rolę jako edukatorek zdrowotnych. Posiadając wiedzę z zakresu diagnostyki obrazowej, położne są w stanie w bardziej zrozumiały i precyzyjny sposób przekazywać pacjentkom informacje dotyczące stanu zdrowia płodu, przebiegu ciąży czy podejmowanych interwencji. Dzięki temu kobiety zyskują większe poczucie bezpieczeństwa i zaangażowania w procesy decyzyjne. Ponadto, położne mogą skuteczniej rozwiewać wątpliwości, przeciwdziałać dezinformacji oraz prowadzić edukację prenatalną opartą na faktach i obrazach, które pacjentki widzą i rozumieją. Umiejętność tłumaczenia wyników badań USG z języka medycznego na codzienny język kobiety to nie tylko forma wsparcia, ale także budowanie relacji opartej na zaufaniu i partnerskim podejściu do opieki.

W sytuacjach klinicznych, w których występuje trudność z uzyskaniem dostępu do naczyń żylnych – np. u pacjentek z niewydolnością żylną, otyłością lub w stanie odwodnienia – zastosowanie ultrasonografii może znacząco zwiększyć skuteczność i bezpieczeństwo procedur takich jak kaniulacja czy iniekcja dożylna. Coraz więcej położnych, szczególnie pracujących w oddziałach o wysokim stopniu referencyjności, korzysta z ultrasonografii do wizualizacji żył obwodowych, co pozwala precyzyjnie ocenić ich przebieg i głębokość, a tym samym zwiększyć szanse powodzenia pierwszego wkłucia i ograniczyć urazowość procedury (Smith et al., 2020; Farkas, 2021). Włączenie tej techniki do codziennej praktyki położnej stanowi istotny element poprawy jakości opieki nad kobietami w okresie okołoporodowym.



Położne odgrywają również ważną rolę w zapewnianiu ciągłości opieki, co jest kluczowe dla uniknięcia błędów komunikacyjnych pomiędzy różnymi członkami zespołu medycznego. Często są one pierwszym lub jedynym kontaktem kobiety z systemem ochrony zdrowia, zarówno przed porodem, jak i po jego zakończeniu (Stefaniak & Dmoch-Gajzlerska, 2020). Umiejętność prowadzenia teleporad i elastyczność w reagowaniu na potrzeby pacjentek sprawiają, że położne w istotny sposób wspierają funkcjonowanie współczesnego systemu opieki zdrowotnej.

W obliczu dynamicznego rozwoju technologii pojawiają się nowe możliwości rozszerzania kompetencji położnych, zwłaszcza w obszarze diagnostyki ultrasonograficznej. Dostępność nowoczesnych narzędzi umożliwia położnym bardziej samodzielne działanie w praktyce klinicznej (Kamiński et al., 2024). Kluczowe jest jednak, aby zdobywały one odpowiednie przygotowanie teoretyczne i praktyczne w tym zakresie, co przyniesie wymierne korzyści zarówno dla nich, jak i dla pacjentek.

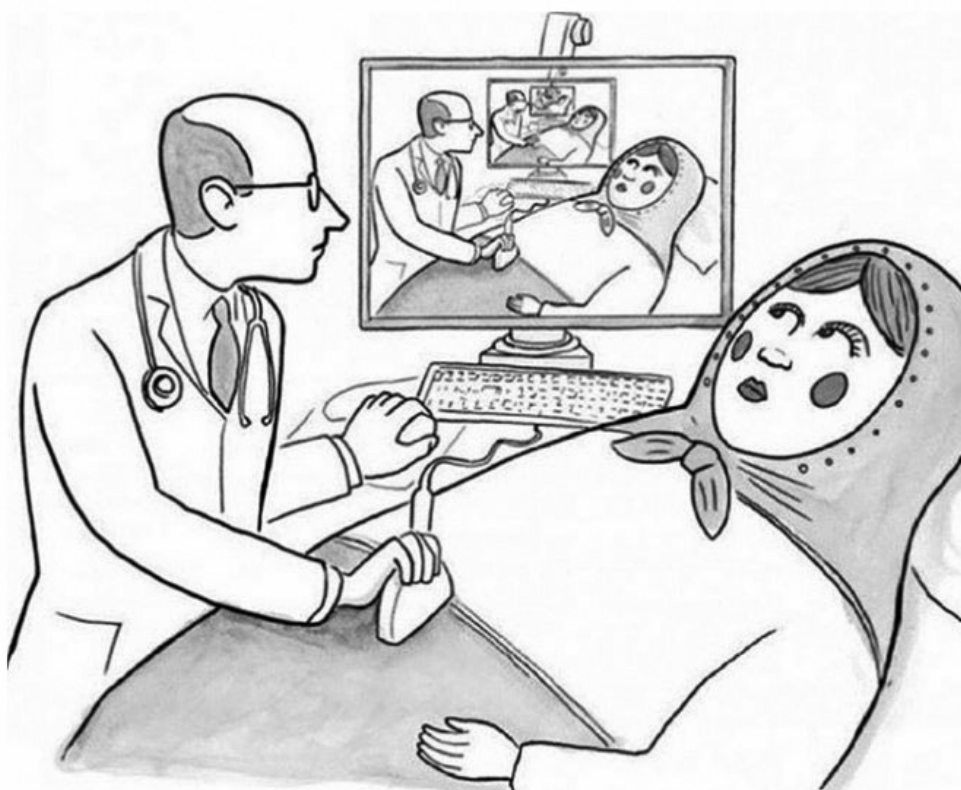
Postęp technologiczny stawia również przed położnymi konieczność nieustannego doskonalenia zawodowego. Współczesna położna powinna dysponować wiedzą nie tylko z zakresu klasycznej opieki położniczej, ale także nowoczesnych metod diagnostycznych i edukacyjnych. Dzięki temu może skuteczniej wspierać kobiety w trudnych momentach życia oraz lepiej odpowiadać na ich indywidualne potrzeby (Kowalska et al., 2022).

Zrozumienie roli położnej w kontekście zdrowia reprodukcyjnego kobiet, w tym prowadzenia ciąży i porodu, pozwala ocenić wpływ, jaki zmieniające się podejście do diagnostyki ultrasonograficznej ma na ich samodzielność i pozycję w systemie ochrony zdrowia. Odpowiednie zmiany systemowe mogą sprzyjać tworzeniu bardziej zintegrowanej i efektywnej opieki, wspierającej kobiety w drodze do macierzyństwa oraz w późniejszych etapach życia rodzinnego, z uwzględnieniem ich zdrowia fizycznego i psychicznego (Pilch, 2016).

Wnioski

Współczesna położna pełni złożoną i dynamiczną rolę w opiece nad kobietą ciężarną, rodzącą oraz matką noworodka. Postęp technologiczny, zwłaszcza w dziedzinie ultrasonografii, rozszerza możliwości diagnostyczne i terapeutyczne, którymi położne mogą się posługiwać w codziennej praktyce. Właściwe przygotowanie zawodowe, obejmujące zarówno kompetencje techniczne, jak i interpersonalne, powinno być priorytetem w procesie kształcenia, aby w pełni wykorzystać potencjał położnych i zapewnić kobietom jak najwyższy poziom opieki zdrowotnej.

1. Stefaniak T, Dmoch-Gajzlerska E. Rola położnej w opiece nad kobietą ciężarną z ciążą wysokiego ryzyka. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*. 2020;5 (2): 68–75.
2. Neneman K, Rasmus P, Milart A. Kompetencje zawodowe położnych w ocenie pacjentek korzystających z usług klinik leczenia niepłodności. *Położna. Nauka i Praktyka*. 2019;1 (47): 8–13.
3. Neneman, M., Bączek, G., & Dmoch-Gajzlerska, E. (2019). The role of the midwife in the therapy of infertility in poland in the opinion of patients. *Nursing and Public Health*, 9 (1), 41-49. <https://doi.org/10.17219/pzp/93531>
4. Tryc M. Rola położnej w edukacji rodziny – nowe podejście do równości płci w opiece nad dzieckiem. *Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej*. 2024;28 (1): 45–52.
5. Włażlak E, Pięta B, Zimmer M. Znaczenie ultrasonografii w planowaniu porodu – przegląd możliwości. *Ginekologia i Położnictwo Medical Project*. 2016;2 (40): 31–35.
6. Kamiński K, Zimny P, Brzuska M. Rozszerzenie kompetencji położnych w zakresie ultrasonografii – kierunki rozwoju. *Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo*. 2024;32 (1): 25–30.
7. Kowalska A, Różańska B, Tomczak A. Nowoczesne technologie w kształceniu położnych – potrzeby i wyzwania. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. 2022;12 (3): 140–145.
8. Pilch T. Edukacja zdrowotna kobiet w kontekście opieki okołoporodowej. *Zdrowie i Edukacja*. 2016;18 (1): 11–18.
9. Ghi T, Eggebo TM, Lees C, Maršál K, McGowan L, Schenone M, et al. ISUOG Practice Guidelines: intrapartum ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018;52 (1): 128–139. doi: 10.1002/uog.19066
10. ISUOG. Intrapartum ultrasound – consensus statement. *ISUOG Guidelines*. 2022. Available from: <https://www.isuog.org>
11. Barbera AF, Pombar X, Perugino G, Lezotte DC, Hobbins JC. A new method to assess fetal head descent in labor with transperineal ultrasound. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201 (5): e1–5. doi: 10.1016/j.ajog.2009.06.010
12. Rizzo G, Aiello E, Arduini D. Intrapartum ultrasound in clinical practice. *J Perinat Med*. 2020;48 (9): 757–764. doi: 10.1515/jpm-2020-0263
13. Smith M, Ng H, Robinson R. Ultrasound-guided peripheral intravenous cannulation: a practical guide for clinicians. *J Vasc Access*. 2020;21 (6): 931–938. doi: 10.1177/1129729820931222
14. Farkas JD. Vascular access in difficult patients: using point-of-care ultrasound. *Crit Care Clinics*. 2021;37 (4): 819–830. doi: 10.1016/j.ccc.2021.05.004





NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM-0025.191.2024.MK

Warszawa, dnia 16 października 2024 r.

Pani
Izabela Leszczyna
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z uprzejmą prośbą o wprowadzenie zmian legislacyjnych do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne (Dz. Urz. MZ z 2024 r., poz. 73), poprzez uwzględnienie magistra pielęgniarstwa ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, jako kolejnego specjalisty przeprowadzającego szkolenia w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej dla personelu medycznego.

W załączniku do ww. obwieszczenia w pozycji ZŻ5 *Personel jest szkolony w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej*, pkt 1 *Opis wymagań*, proponuję nadanie nowego brzmienia, o następującej treści:

„1. Opis wymagań

Podstawowe znaczenie mają regularne, organizowane co dwa lata szkolenia w zakresie resuscytacji, w tym resuscytacji krążeniowo-oddechowej, ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki potrzeb danej jednostki organizacyjnej (np. wstrząs anafilaktyczny). Wymagane jest przeszkolenie praktyczne personelu, z użyciem fantomu. Zakres szkolenia dla poszczególnych grup zawodowych jest ustalany przez szpital. Szkolenia powinny być prowadzone przez lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub medycyny ratunkowej albo **magistra pielęgniarstwa ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego albo** ratowników medycznych, zgodnie z wytycznymi Europejskiej Rady Resuscytacji.

Udział w szkoleniu powinien być udokumentowany. Szpital może uznawać potwierdzenie odbycia szkolenia w innym podmiocie leczniczym. Szkolenie można przeprowadzić z wykorzystaniem centrów symulacji klinicznych, jeżeli szpital posiada taką możliwość.”

Uzasadnienie:

Uwzględnienie magistra pielęgniarstwa ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego jest uzasadnione m.in. z uwagi na wysoki poziom wiedzy praktycznej oraz teoretycznej pielęgniarek o zaproponowanych kwalifikacjach, szczególnie w kontekście opieki nad pacjentami w stanie zagrożenia życia. Pielęgniarki o przedmiotowych kwalifikacjach są pielęgniarkami systemu zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 652).

Włączenie ww. pielęgniarek do grupy osób uprawnionych do prowadzenia szkoleń zmniejsza zależność od dostępności lekarzy specjalistów, co ułatwi organizowanie szkoleń i pozytywnie wpływa na podnoszenie kompetencji personelu. Doświadczenie pielęgniarek w codziennej praktyce klinicznej jest nieocenione, a ich udział w szkoleniu innych pracowników medycznych wzmacnia przekazywanie najbardziej aktualnej i praktycznej wiedzy. Ponadto, wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji podkreślają potrzebę regularnego szkolenia personelu medycznego w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Uwzględnienie wykwalifikowanego personelu pielęgniarstwa w procesie kształcenia jest zgodne z trendami międzynarodowymi, gdzie pielęgniarki ze specjalizacją pełnią kluczową rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentów w sytuacjach nagłych, podejmując samodzielnie medyczne czynności ratunkowe.

Podsumowując, proponowane zmiany legislacyjne przyczynią się do zwiększenia efektywności i dostępności szkoleń z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej, co w konsekwencji poprawi jakość świadczonych usług medycznych, zwiększając bezpieczeństwo pacjentów w sytuacjach zagrażających życiu.

Z upoważnienia Zarządu
Prezes NRPiP



Mariola Łodzińska



Ministerstwo Zdrowia

Departament
Lecnictwa

DLJ.054.49.2024.ŁB
Warszawa, 26 marca 2025

Pani
Mariola Łodzińska
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78 lok. 10
02-757 Warszawa

Szanowna Pani,

W nawiązaniu do Pani pisma z dnia 16 października 2024 r. (sygn. NIPiP-NRPiP-DM-0025.191.2024.MK), dotyczącego propozycji wprowadzenia zmian legislacyjnych do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne (Dz.Urz. MZ z 2024 r. poz. 73), polegających na modyfikacji standardu akredytacyjnego ZZ5 - *Personel jest szkolony w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej*, w taki sposób aby możliwe było prowadzenie ww. szkoleń również przez magistra pielęgniarstwa ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, uprzejmie informuję, że propozycja ta została przeanalizowana przez Radę Akredytacyjną działającą przy Ministrze Zdrowia, która uznała Pani propozycje za zasadne. Zostaną one uwzględnione podczas przyszłych prac nad nowelizacją ww. obwieszczenia.

Z wyrazami szacunku,

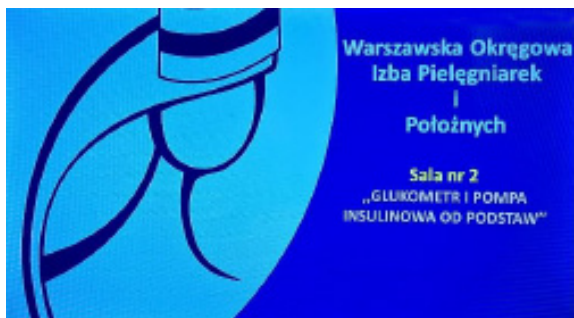
Dominika Janiszewska-Kajka
Zastępca Dyrektora
/dokument podpisany elektronicznie/

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa



SEKCJA DIABETOLOGICZNA



Sekcja Diabetologiczna realizując swój program przybliży nas do celu profesjonalnej opieki nad pacjentem.

Część I

Tematem przewodnim szkolenia przeprowadzonego dnia 15.01.2025 przez przedstawiciela firmy „ASCENSIAM” była „Prawidłowa obsługa glukometru”. Możliwość czerpania wiedzy popartej doświadczeniem była oczywiście korzyścią, a wspólne spotkania indywidualne rozmowy wpłynęły pozytywnie na łatwość zapamiętywania.

Sami jako uczestnicy zostaliśmy zaangażowani w część prezentacji co stanowiło bardzo ciekawą formę wzajemnej integracji. Nic tak nie rozwija i poszerza wiedzę jak wymiana doświadczeń.

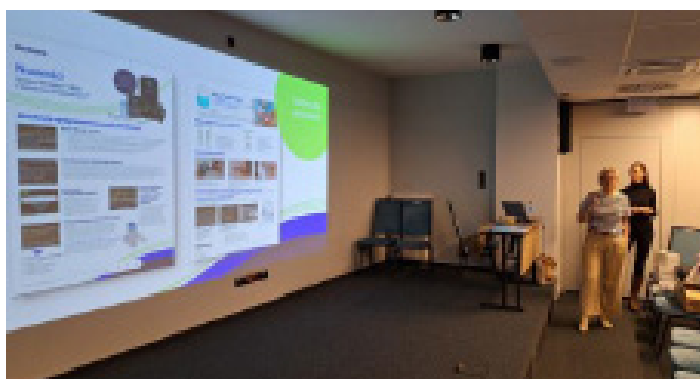


Część II

W kolejnej odsłonie podczas tego samego dnia zostało przeprowadzone szkolenie z zakresu: najważniejszych informacji na temat pompy insulinowej.

Prezentacja firmy 8 MEDTRONIC prowadzona przez dwóch trenerów pompowych przedstawiała nowości w zakresie pomp insulinowych. Można było nabyć lub rozszerzyć wiedzę, którą zastosujemy w praktyce.

Ciekawą formą były ćwiczenia z fizycznym oraz wirtualnym wykorzystaniem pomp insulinowych.



Również podczas drugiej części była możliwość wymiany poglądów, zadawania pytań, które spotkały się z wyczerpującą, obszerną odpowiedzią.



Na koniec wydarzeń wszystkie ODWAŻNE PANIE pozwoliły na wykonanie grupowego zdjęcia.



Zapraszamy na kolejne spotkania.

Sekcja Diabetologiczna

Przewodnicząca Sekcji Agnieszka Tartowska

tarlowskaagnieszka@gmail.com

507-675-903

SEKCJA DIABETOLOGICZNA



Podczas kolejnego spotkania z cyklu szkoleń organizowanych przez Sekcję Diabetologiczną w dniu 19.03.2025 mieliśmy możliwość zgłębienia wiedzy na temat glukometru.

Tym razem prezentacja była prowadzona przez przedstawiciela firmy

ASCENSIA
Diabetes Care

Temat przewodni Glukometr Contur Plus

Omawiane tematy dotyczyły wielu zakresów, które w sposób wyczerpujący prowadziły do prawidłowej interpretacji funkcji zainstalowanych w najnowszych rozwiązaniach glukometru. Tradycyjnie zobrazowanie w sposób multimedialny obrazujący zarówno podstawowe jak i rozszerzone informacje.

Dodatkowo dostaliśmy pakiet informacji wraz z dokumentacją zdjęciową na podstawie, którego mogliśmy samodzielnie ocenić korzyści płynące z zastosowania glukometru w porównaniu do systemu ciągłego monitorowania glikemii.

Skupiliśmy się na precyzyjnym określeniu wielu funkcji i możliwości płynących z zastosowania glukometru.



- przypadki konieczności stosowania glukometru – dla kogo?
- przypadki stosowania systemu ciągłego monitorowania glikemii,
- funkcje glukometru,
- precyzję glukometru,
- normy ISO potwierdzone badaniami,
- współpraca z aplikacją,
- automatyczne określenie nieprawidłowości,
- analiza danych,
- sytuacje alarmowe,
- sposób, sposoby kalibracji,
- zasady postępowania u osób z cukrzycą typu 1.

Dziękuję za obecność.



Przewodnicząca Sekcji Diabetologicznej
Agnieszka Tarłowska

SINDHI



W pielęgniarstwie operacyjnym ważna jest wiedza, praktyka i doświadczenie. To jest jedna z myśli, która łączy osoby spotykające się w ramach działalności naszej sekcji. Nieważne czy pojawili się tylko raz czy odwiedzają nas regularnie, ale może od początku i odrobina faktów, żeby dobrze nakreślić co, jak i dlaczego...

Warszawska Sekcja Pielęgniarstwa Operacyjnego działająca przy WOIPIP powstała z chęci poszerzenia własnej wiedzy i zintegrowania lokalnego środowiska pielęgniarek i pielęgniarzy operacyjnych. Nie było gotowego planu, „parcia na szkło” (jak to się zwykło czasami mawiać), kontaktów, doświadczenia w tworzeniu takich inicjatyw. Była chęć. I strach. I świadomość, że nie znam nikogo kto cokolwiek „może”. Na szczęście chęć okazała się większa i przełamała strach, żeby przez rok na różnych konferencjach pytać obcych dotąd ludzi o ich doświadczenia i na w końcu pójść do Izb i zapytać, czy istniałaby możliwość utworzenia czegoś na wzór koła zrzeszającego lokalne instrumentariuszki. Później wszystko potoczyło się szybko. Ha! To by było zbyt piękne...

Pierwsze spotkanie odbyło się 22 maja 2024 roku. Stres był większy niż przed jakimkolwiek egzaminem, ale cel słuszny był słuszny. Wybraliśmy przedstawicieli, porozmawialiśmy. Było bardzo sympatycznie, padło sporo pomysłów co do funkcjonowania, wybrzmiały problemy i trudności, z którymi przychodzi nam mierzyć się na co dzień i na koniec w miłej atmosferze wróciliśmy do domu. Pozostało tylko pytanie: co dalej? Kolejne dwa spotkania debatowaliśmy, w którą stronę powinno to ewoluować, bo to jednocześnie „aż” i „tylko” sekcja. Na kolejnym spotkaniu dzięki bogatemu doświadczeniu Marty Kotomskiej i znajomości różnych ciekawych osób uczestniczyliśmy w warsztatach firmy Peters o tematyce związanej z materiałami szewnymi.

Podstawowym założeniem, które przyświecało wtedy naszej działalności było dotykane spraw lokalnego środowiska i na następnym spotkaniu odwiedziła nas Pani Barbara Karpińska, która opowiedziała nam o ubezpieczeniach od odpowiedzialności cywilnej medyków. Było obecnych 5 osób, więc zaczęłam wątpić w sens mojego działania, bo w końcu poszerzać wiedzę mogłam też indywidualnie. Po kolejnych przemyśleniach stwierdziłam, że takie działanie jest mało efektywne i w zasadzie niewiele osób się o nas w ten sposób dowie, a tym samym niewiele skorzysta, a szkoda, bo była to praktyczna wiedza – szczególnie dla osób zaczynających pracę na bloku operacyjnym, więc bardzo cenna i przydatna w codziennej pracy. Po kolejnych próbach wymyślenia czegoś, co bardziej zainteresuje stwierdziłam, że zorganizuję w Izbach konferencję z okazji Dnia Pielęgniarstwa Operacyjnego i wezmę to na siebie – w razie, gdyby nie wyszło. Jednak ku naszemu zaskoczeniu konferencja okazała się bardzo miłym i pełnym ciekawej wiedzy wydarzeniem. Była to też okazja do wymiany doświadczeń i po prostu miłej rozmowy w kulisach, czyli edukacja i integracja w jednym – to, o co chodziło od samego początku.

Po tym wydarzeniu odbyły się jeszcze warsztaty z zakresu eksploatacji i regeneracji narzędzi oraz warsztaty robotyczne skupiające się nie tylko na teorii, ale również na praktyce w ramach sali operacyjnej skierowane do pielęgniarek i pielęgniarzy operacyjnych.



W maju mija rok naszej działalności i wierzę w to, że w naszej sekcji będzie tętniło życie, a my będziemy czerpać z wzajemnych doświadczeń, ponieważ zgłaszają się kolejne osoby, które wyznają podobne wartości w pracy i chcą się zaangażować, a mają naprawdę świetne pomysły. Jest to niezwykle istotne, gdyż ten rok pokazał mi, że można zorganizować wartościowe spotkania i tak – da się, ale jednocześnie kosztuje to tyle pracy, energii i czasu, że pora zacząć działać zespołowo i opracować strategię i plan, który ułatwi nam sposób działania. Pisząc to, mam już w głowie schemat, według którego zaczniemy działać po wakacjach. Nie będzie spotkań co miesiąc,



NARZĘDZIA
CHIRURGICZNE
- co wiesz o ich
eksploatacji i regeneracji



bo najcenniejsze co dziś mamy to czas, więc musimy go wykorzystać mądrze – tak, aby nikt, kto będzie brał udział w naszych spotkaniach nie miał refleksji, że był on stracony. Ja ze spotkań na spotkanie uczę się czegoś nowego, po każdym mam różne refleksje, które później pozwalają zmieniać kolejne elementy tak, by funkcjonowały lepiej. Niezwykle cenne dla mnie są uwagi uczestników, bo to w końcu ma być skrojone pod nas. Oczywiście było dla mnie to, że nie będziemy funkcjonować od pierwszego spotkania jak profesjonaliści i nie osiągniemy szczytów, ale cieszę się, że stawiamy kolejne małe kroki, bo prowadzą nas do słusznego celu – wzajemnego rozwoju.

Na koniec zachęcam do aktywnego zaangażowania się w działalność naszej sekcji, bo tworzymy ją MY, a każde nasze spotkanie to nowe doświadczenia i uwierzyć, że „po” pojawia się ogromna satysfakcja, że to co robimy ma sens, choć wymaga to sporego nakładu pracy „przed”.

Jeśli chcemy bezpiecznie i świadomie wykonywać swój zawód musimy się edukować, bo jedyne co jest w życiu pewne to zmiany i jeśli nie będziemy podążać za nimi na bieżąco to niestety w pewnym momencie zorientujemy się, że „pociąg odjechał, a my wciąż tkwimy na stacji początkowej”.

Sylvia Cywińska
Przewodnicząca Warszawskiej Sekcji
Pielęgniarstwa Operacyjnego



Członkinie i członkowie naszej WOIPIP zorganizowali 1–9 kwietnia 2025 r. wycieczkę do Włoch, która wiązała się z inauguracją Roku Jubileuszowego 2025, ogłoszonego przez Papieża Franciszka.

Z tej okazji w Rzymie 5 i 6.04.2025 r. odbyły się uroczystości dedykowane pracownikom ochrony zdrowia wszystkich krajów świata.

Rozpoczęcie wydarzeń dla pracowników ochrony zdrowia z Polski, 5.04.2025 r. zapoczątkowane było Mszą świętą w Bazylice św. Piotra, w której uczestniczyło około 1000 pielęgniarek i położnych wraz z reprezentacją środowisk medycznych. Nasza grupa wyróżniała się jednakowym strojem i czepkami pielęgniarskimi.

Uczestnicy wycieczki odwiedzili także Monte Casino, gdzie oddano hołd Polakom, którzy polegli na włoskiej ziemi walcząc o wolność podczas II Wojny Światowej. W tym miejscu, uświęconym krwią również polskich pielęgniarek, które brały czynny udział w walkach, odśpiewany został hymn polski oraz pieśń „Czerwone maki na Monte Casino”.



3 maja 2025 r.

W tym roku mijają 234 lata od uchwalenia Konstytucji 3-go Maja. Z okazji tej rocznicy na Placu Zamkowym w Warszawie odbyły się uroczystości państwowe z udziałem najwyższych przedstawicieli Polskich władz, w tym prezydenta RP Andrzeja Dudy.

Już po raz drugi na zaproszenie Prezydenta RP Andrzeja Dudy udział w uroczystościach wzięli przedstawiciele Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Obchody rozpoczęły się uroczystą Mszą Świętą w intencji ojczyzny sprawowaną przez Arcybiskupa Warszawy, z udziałem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w Katedrze Św. Jana Chrzciciela w Warszawie.





JUSTYNA SOCHACKA

Rzecznik Prasowy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego

25 lat Lotniczego Pogotowia Ratunkowego

15 maja 2025 r. w Warszawie odbyła się uroczysta gala z okazji 25-lecia Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Była to piękna okazja do podsumowania działalności, rozwoju, ale również wzruszających wspomnień. Z ramienia NRPiP udział wzięła Prezes Mariola Łodzińska zaś Warszawską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych reprezentowała Przewodnicząca Anna Dudzińska oraz Ewa Ślżak.

W czasie uroczystości wystąpili Marcin Podgórski – dyrektor LPR, Władysław Kosiniak-Kamysz – wiceprezes Rady Ministrów, minister obrony narodowej, Izabela Leszczyna – minister zdrowia, Andrzej Kotwica – wiceprezes Urzędu Lotnictwa Cywilnego. Zaprezentowano również film jubileuszowy, który opierał się na wypowiedziach pracowników ze wszystkich pionów funkcjonujących w LPR.

Minister zdrowia przyznała stu osobom honorowe odznaczenia „Zasłużony dla ochrony zdrowia”. Podczas gali odznaki odebrali piloci, ratownicy medyczni, pielęgniarki/pielęgniarze, lekarze, mechanicy lotniczy i personel administracyjny, który każdego dnia przyczynia się do jeszcze skuteczniejszego i bezpiecznego niesienia pomocy pacjentom.

Spotkanie było też okazją do podziękowań dla osób, które od wielu lat wspierają Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. Okolicznościowe statuetki z konturem śmigłowca ratunkowego dyrektor LPR wręczył przedstawicielom różnych instytucji, szpitali, pogotowia ratunkowych, służb, wojska i dziennikarzom.

Jubileuszowe tabliczki z podsumowaniem nalotu i liczby misji każdej załogi HEMS i EMS wręczono na ręce kierowników baz.

Na koniec uroczystość uświetnił koncert zespołu Poparzeni Kawą Trzy.

W maju 2025 roku przypada dwudziesta piąta rocznica utworzenia Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Jednak historia lotnictwa sanitarnego w Polsce sięga okresu międzywojnia. Bowiem już wtedy lotniczy transport sanitarny realizowano był przy użyciu samolotów wojskowych. Po drugiej wojnie światowej powstał Centralny Zespół Lotnictwa Sanitarnego i kilkanaście Zespołów Lotnictwa Sanitarnego w różnych częściach kraju. Do ich zadań należał przewóz: chorych i rannych, a także leków, krwi, szczepionek, aparatury medycznej oraz lekarzy specjalistów.

W latach 90. funkcjonowanie Zespołów Lotnictwa Sanitarnego wykazywało potrzebę przeprowadzenia gruntownych zmian. Należało rozwiązać problemy związane z finansowaniem działalności zespołów lotnictwa sanitarnego, finansowaniem bieżącej obsługi technicznej statków powietrznych, a także ujednolicić procedury operacyjne we wszystkich zespołach.

Przełomowy był rok 2000. Po koncepcji wypracowanej przez wiceministra Andrzeja Rysia, ówczesna minister zdrowia Franciszka Cegielska podjęła decyzję o likwidacji Centralnego Zespołu Lotnictwa Sanitarnego, a z jego majątku utworzono SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. Nowa jednostka, zgodnie z przyjętą koncepcją, rozpoczęła przejmowanie Zespołów Lotnictwa Sanitarnego z wojewódzkich struktur kolumn transportu sanitarnego i pogotowia. 15 stycznia 2001 roku proces ten się zakończył dzięki czemu powstała jednostka złożona z 12 baz z Centralą w Warszawie. Jednak główną ideą, jaka przyświecała całemu procesowi reorganizacji było ukierunkowanie działań lotnictwa sanitarnego na ratownictwo medyczne z powietrza. Dlatego też, jeszcze przed rozpoczęciem procesu przekształceń własnościowych, utworzono w okresie od 1 stycznia do 8 marca 2010 roku na terenie całego kraju

Śmigłowcową Służbę Ratownictwa Medycznego (HEMS – Helicopter Emergency Medical Service). W efekcie tych zmian wprowadzono jednakową gotowość do startu – do 4 minut. Każdy zespół składał się z pilota, lekarza i ratownika medycznego/pielegniarza. Wkrótce też rozpoczęto prace nad powstaniem kabiny medycznej w śmigłowcu Mi-2, a także wprowadzono jednolity standard wyposażenia medycznego. Przez kolejne lata modernizowano śmigłowce, w szczególności wzmacniano silniki, wymieniano sprzęt latający. Dokonano zakupu śmigłowca Agusta 109 Power oraz dwóch samolotów Piaggio P.180 Avanti do realizacji lotniczego transportu sanitarnego (na początku do transportu wykorzystywano jedynie samoloty PZL M-20 Mewa, wycofano je z eksploatacji w 2007 r.). Baza samolotowa zlokalizowana była w Szczecinie aż do roku 2009, kiedy to dzięki współpracy Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Obrony Narodowej oraz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego i Sił Powietrznych RP przeniesiono ją na wojskową część lotniska Warszawa-Okęcie. Zlokalizowanie Samolotowego Zespołu Transportowego w centralnej Polsce sprawiło, że łatwiej można było stworzyć stabilną kadrę pilotów i obniżyć koszty eksploatacyjne samolotów.



W 2005 roku uchwalono ustawę o ustanowieniu programu wieloletniego „Wymiana śmigłowców Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w latach 2005-2010”. Trzy lata później minister zdrowia Ewa Kopacz podpisała umowę z francusko-niemieckim konsorcjum Eurocopter na dostawę 23 nowoczesnych śmigłowców EC 135 oraz symulatora lotów dla Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Pierwsza maszyna przyleciała do Lotniczego Pogotowia Ratunkowego 7 września 2009 roku, a w grudniu 2009 r. rozpoczęła służbę w krakowskiej bazie. Sukcesywnie, zgodnie z harmonogramem szkoleń pilotów i załóg, które również były elementem zawartej umowy, maszyny były wprowadzane do kolejnych baz, do ostatniej w kwietniu 2011 r.

W ramach umowy odbywały się także szkolenia dla pilotów i mechaników oraz osób zajmujących się utrzymywaniem maszyn w ciągłej zdadności do lotu. W Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym powstała Organizacja Obsługowa, w ramach której prowadzona jest obsługa techniczna śmigłowców i samolotów.

W 2010 roku na warszawskim lotnisku Babice, oddano do użytku Ośrodek Szkolenia Lotniczego, w którym mieści symulator lotów do szkoleń pilotów i członków załóg HEMS. W momencie uruchomienia był to trzeci symulator tej klasy na świecie. Szkolenia na nim są nawet pięciokrotnie tańsze niż te z wykorzystaniem śmigłowca i na pewno bezpieczniejsze.

Poza ujednoliceniem standardów sprzętowych, medycznych, zatrudnianiem personelu jednostka rozwinęła się także pod względem liczby baz. Wybudowano nową siedzibę Oddziału w Szczecinie (2001 r.) oraz utworzono filie w Łodzi (2004 r.), Suwałkach (2005 r.), Płocku (2009 r.), a w 2016 r. cztery bazy w: Gorzowie Wielkopolskim, Opolu, Ostrowie Wielkopolskim i Sokołowie Podlaskim (decyzja o ich utworzeniu zapadła po tym, jak udało się zakupić cztery nowe śmigłowce Airbus H135). Dzięki środkom unijnym w całym kraju przebudowano infrastrukturę baz (od podstaw wybudowane zostały bazy w: Olsztynie, Lublinie, Warszawie, Kielcach, Wrocławiu, Krakowie, Gdańsku, Zielonej Górze, Łodzi, Sanoku, Suwałkach, Poznaniu, Bydgoszczy, Katowicach i Stacja Obsługi Technicznej w Warszawie-Babicach, natomiast gruntownie rozbudowano bazy w: Płocku, Białymstoku, Szczecinie i Stację Obsługi Technicznej w Szczecinie). Całe przedsięwzięcie było realizowane na przestrzeni lat w ramach programu operacyjnego „Infrastruktura i Środowisko”.

Wszystkie zmiany w infrastrukturze poza tym, że podniosły komfort pracy załóg, to również pozwoliły na wprowadzenie do służby nowoczesnych śmigłowców EC 135, które wymagają nieco innych rozwiązań technicznych niż wcześniej używane Mi-2.

Wraz z wymianą floty śmigłowców, zaczęto przygotowania do wydłużania dyżurów w bazach HEMS o porę nocną. Przeszkolono personel LPR, dyspozytorów medycznych z zasad dysponowania śmigłowców w nocy, strażaków w zakresie zabezpieczania miejsc do lądowania. Obecnie funkcjonuje sześć baz całodobowych, a wszystkie pozostałe dyżurują w stałych godzinach 7-20. Skorzystanie z funduszy unijnych pozwoliło też na zakup gogli nocnego widzenia oraz szkolenia pilotów i załóg. Dzięki temu lądowanie w nocy podczas misji HEMS odbywa się w terenie przygodnym jak najbliżej pacjenta i nie wymaga zabezpieczania przez inne służby.

W latach 2019-2023 realizowano szkolenia pilotów w ramach programu wieloletniego, który miał na celu zapobieżenie negatywnym skutkom deficytu pilotów śmigłowcowych w służbie HEMS. Wykorzystywano do tego celu dwa śmigłowce Robinson i trzy samoloty Tecnam. Ten rządowy program pozwolił również na zakup dwóch nowoczesnych samolotów odrzutowych Bombardier Learjet 75. Kabina medyczna samolotów została zaprojektowana wprost pod potrzeby LPR. Nowe statki powietrzne umożliwią transport dwóch pacjentów jednocześnie w następującej konfiguracji: z użyciem dwóch par noszy lub noszy i inkubatora. Dostępna jest również opcja do przewozu pacjenta poddanego terapii ECMO. Dzięki posiadanym parametrom i dużym zasięgom samoloty Learjet 75 Liberty pozwalają na ewakuację medyczną poszkodowanych z odległych zakątków świata. W takiej sytuacji możliwa jest instalacja dodatkowych noszy. Dodatkową opcją jest konfiguracja z trzema parami noszy, która może być wykorzystana do ewakuacji pacjentów lżej chorych z regionów, w których istnieje ryzyko ze względu na ich dalsze tam przebywanie.

LPR i poszczególni pracownicy wielokrotnie byli nagradzani w różnych dziedzinach. Otrzymaliśmy m.in. nagrodę Benemerenti, Błękitnego Cumulusa, a wymiana floty śmigłowców została uznana w 2011 r. wydarzeniem roku przez redakcję Rynku Zdrowia.

Do zadań Lotniczego Pogotowia Ratunkowego należy wykonywanie lotów do wypadków i nagłych zachorowań i pomoc ich ofiarom, transport pacjentów wymagających opieki medycznej pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej, lotniczy transport medyczny poza granice kraju oraz transport do Polski obywateli naszego kraju, ofiar wypadków lub nagłych zachorowań, do których doszło poza granicami Polski.

W pierwszych latach istnienia Lotniczego Pogotowia Ratunkowego załogi śmigłowcowe i samolotowe realizowały rocznie kilka tysięcy misji. W ostatnich latach ta liczba przekracza 12 tysięcy rocznie. Przez ostatnie 25 lat śmigłowce przetransportowały ponad 150 tysięcy pacjentów. W styczniu tego roku flota śmigłowców eurocopter użytkowanych przez LPR przekroczyła pół miliona lądowań i uzyskała nalot 125 tysięcy godzin.

Obecnie śmigłowce stacjonują w 21 bazach stałych rozmieszczonych w całej Polsce oraz jednej bazie sezonowej w Koszalinie uruchamianej w czasie letnich wakacji. Samolotowy Zespół Transportowy dyżuruje na lotnisku im. F. Chopina w Warszawie. Gotowość śmigłowcowych załóg do misji HEMS w dzień na odległość do 60 km od bazy wynosi 3 minuty.

W ramach tegorocznych obchodów Jubileuszu 25-lecia w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym zrealizowano kilka przedsięwzięć:

- okolicznościowe malowanie umieszczono na dwóch śmigłowcach ratunkowych EC 135 oraz jednym samolocie Learjet,
- na ścianie Stacji Obsługi Technicznej w Warszawie-Babicach przy ulicy Księżycowej 5 namalowano mural upamiętniający 100-lecie lotnictwa sanitarnego w Polsce i 25-lecie LPR,
- wydano jubileuszowy album zdjęciowy,
- nakręcono film podsumowujący historię i działalność LPR, którego narratorami są pracownicy,
- jeden ze śmigłowców Robinson przebył trasę po województwie mazowieckim, która na portalu Flightradar24 utworzyła napis „25 LAT LPR”.



GRAŻYNA GIERCZAK
Główna Komisja Historyczna

Noc Muzeów 2025

17 maja 2025 r. po raz kolejny Główna Komisja Historyczna przy ZG PTP pod patronatem Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych zaprosiła zainteresowanych do Muzeum Historii Pielęgniarstwa i Położnictwa w siedzibie WOIPiP przy ul. Żelaznej 59, jako jedną z 306 instytucji dostępnych podczas tegorocznej Nocy Muzeów w Warszawie.

Tematem wiodącym tegorocznej Nocy Muzeów było 100-lecie profesjonalnego pielęgniarstwa w Polsce. Z tej okazji zorganizowano Konferencję Szkoleniowo-Naukową pt. Początki pielęgniarstwa profesjonalnego w Polsce. Pierwszy wykład: „Geneza pielęgniarstwa jako profesji” wygłosiła mgr Krystyna Wolska-Lipiec. Następnie wygłoszono referaty: Kształcenie pielęgniarek w Polsce w okresie międzywojennym i powojennym (dr Małgorzata Marcysiak), Współczesne kierunki kształcenia (prof. dr hab. Mariola Głowacka), Organizacje pielęgniarskie od PSPZ do PTP (mgr Grażyna

Gierczak), Rozwój zawodowy w pielęgniarstwie – od ustawy do specjalizacji (dr Zofia Sienkiewicz), Związki zawodowe – powstanie i rozwój (dr Kazimiera Ździebło). W konferencji, oprócz pielęgniarek i położnych uczestniczyli przedstawiciele różnych profesji (historycy, nauczyciele i inni). Wśród uczestników była również liczna grupa studentów kierunku pielęgniarstwo (m.in. Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Akademii Nauk Stosowanych Mazovia, Filia w Otwocku).

Podczas Sesji posterowej przedstawiono postacie pielęgniarek odznaczonych Medalem Florence Nightingale (m.in. Maria Tarnowska – 1920 r.) i Zasłużonych Pielęgniarek (m.in. Marta Płaska, która reprezentowała PTP na Kongresie ICN w Los Angeles w 1981 r.).

Po zakończeniu konferencji rozpoczęło się zwiedzanie muzeum. Odwiedzający mogli obejrzeć ekspozycje stałe poświęcone pielęgniarstwu, m.in. Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa (dokumenty i zdjęcia dyrektorek oraz absolwentek WSP, wnętrza pokoju zabiegowego, sali chorych i wykładowej, podręczniki oraz najstarsze pismo „Pielęgniarka Polska”, broszki szkół pielęgniarских, galeria Medalistek Florence Nightingale, ubiory pielęgniarek). W kolejnej sali ekspozycji stałej, poświęconej profesji położnych, można było zobaczyć gabinet, instrumentarium, podręczniki, modele do nauczania zawodu oraz galerię zasłużonych położnych.

Przygotowano również wystawy czasowe. Pierwsza z nich, związana z 100. rocznicą powstania Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych, przedstawiała, m.in.: przewodniczące PSPZ, zjazdy krajowe, podręczniki, czasopismo Pielęgniarka Polska, Ustawę o pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935 r.). Druga wystawa miała związek z 100. rocznicą przynależności do Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN).





Ponadto zaprezentowano malarstwo Witolda Woźniaka i Barbary Tatarczuk oraz poezję autorstwa pielęgniarek (m.in. Urszuli Krzyżanowskiej-Łagowskiej). Szczególnym zainteresowaniem cieszyła się replika wagonu sanitarnego, ekspozycja dotycząca działalności pielęgniarek-minerek, spadochroniarek oraz uczestniczek misji międzynarodowych.

Podczas Nocy Muzeów przedstawicielki Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych złożyły gratulacje przewodniczącej GKH Krystynie Wolskiej-Lipiec z okazji uhonorowania najwyższym odznaczeniem pielęgniarskim Medalem Florence Nightingale.

Muzeum odwiedziły 303 osoby, a wpisy do książki pamiątkowej świadczą o dużym zainteresowaniu historią zawodu pielęgniarki i położnej.

Wszystkim odwiedzającym oraz osobom zaangażowanym w organizację serdecznie dziękujemy i zapraszamy za rok.



Pielgrzymka pracowników ochrony zdrowia w Częstochowie

W dniach **17-18.05.2025 r.** przedstawiciele WOIPiP w Warszawie uczestniczyli na Jasnej Górze w 101. Pielgrzymce Pracowników Ochrony Zdrowia. Mszę św. celebrowali bp Romuald Kamiński, delegat KEP ds. duszpasterstwa Służby Zdrowia i bp Piotr Kleszcz, który wygłosił homilię. Zwracając się do zgromadzonych podkreślił wagę miłości do bliźniego. Uwrażliwił jednak, że bliźnich mamy kochać jak samych siebie, co oznacza, że mamy odnosić się z szacunkiem do innej osoby. Miłość w tych trzech kierunkach jest spójna, a kwintesencję służby drugiemu człowiekowi powinno stanowić przykazanie „Abyście się wzajemnie miłowali, tak jak Ja was umiłowałem”. Bp Kleszcz wyraził także swoje uznanie dla powołania Służby Zdrowia do opieki nad człowiekiem od chwili poczęcia w łonie matki, aż do naturalnej śmierci. – Jeśli kochasz, to nie będziesz szkodził, jeśli nie kochasz, to może być różnie – dodał.

W imieniu Andrzeja Dudy, prezydenta RP, minister Piotr Ćwik odczytał list. Prezydent dziękując duszpasterstwu i całemu środowisku medycznemu za zaangażowanie w organizację pielgrzymki, podkreślił, że zwłaszcza w obliczu zintensyfikowanych ostatnio ataków na medyków w naszym kraju, ich obecność „właśnie tutaj i teraz” jest pięknym świadectwem niezachwianej wierności powołaniu.



9 maja 2025 r. Pani Barbara Mazurkiewicz Wiceprzewodnicząca WOIPiP wystąpiła z wykładem skierowanym do Seniorek i Seniorów Ośrodka Pomocy Społecznej dzielnicy Ursus m.st. Warszawy. W ramach edukacji zdrowotnej omówione zostały zagadnienia dotyczące pielęgnacji uroginekologicznej i urologicznej.

Dziękujemy za miłe przyjęcie i przekazujemy od Seniorów wszystkim członkom naszej Izby życzenia z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej.



20 maja 2025 r. Panie położne Barbara Mazurkiewicz i Bożena Michalczyk uczestniczyły w zajęciach zorganizowanych przez Panią Dyrektorkę Przedszkola „Zakamarki” w Markach z okazji Międzynarodowego Dnia Położnej. W trakcie spotkania przekazana została informacja o zawodzie położnej, najciekawsze jednak były warsztaty, w których dzieci samodzielnie kąpały lalki, ubierały je, a także bandażowały ranne misie. Dużym zainteresowaniem cieszyło się również badanie pluszowych pacjentów.

Pamiętajmy wszystko zaczyna się od małych rzeczy i może w przyszłości, obecne przedszkolaki staną się członkami naszej Izby wybierając zawód pielęgniarki czy położnej.

Dziękujemy gronu pedagogicznemu i dzieciom za ciepłe przyjęcie.



„Odchodzić bez bólu 2025” – konferencja, która łączy medycynę, człowieczeństwo i godność umierania

W dniach **22–23 maja 2025 roku** w Warszawie odbyła się IV Ogólnopolska Konferencja Medycyny Paliatywnej „Odchodzić bez bólu” – jedno z najważniejszych wydarzeń poświęconych tematyce opieki paliatywnej w Polsce. Spotkanie lekarzy, personelu pielęgniarstwa, terapeutów, prawników, duchownych i rodzin pacjentów stało się nie tylko naukowym forum wymiany doświadczeń, ale i wzruszającym świadectwem o nadziei, godności i cierpliwej obecności w najtrudniejszych chwilach życia.

Konferencję zainaugurował dr Paweł Witt, przewodniczący Komitetu Naukowego, który przypomniał, że „naszym zadaniem jako medyków nie jest tylko leczenie – jest towarzyszenie człowiekowi, kiedy leczenie już nie wystarcza”. Już pierwsza sesja postawiła trudne pytania o granice terapii i sens medycznych interwencji. Dr Marcin Rawicz mówił o uporczywej terapii z perspektywy anestezjologa, a o. Filip Buczyński poruszył serca uczestników refleksją o duchowym wymiarze walki o życie. Szczególne emocje wzbudziły wystąpienia osób, które nie są lekarzami, ale są najbliższymi pacjentów – matki dzieci, które zmarły pod opieką hospicjum. Ich głosy nadały obradom wymiaru głęboko ludzkiego.

Pierwszy z paneli dyskusyjnych, zatytułowany „Czy uporczywa terapia ma sens?”, skupił się na niezwykle złożonym zagadnieniu terapii daremnej. Ekspertki kliniczni, prawnicy oraz bliscy pacjentów rozważali, kiedy leczenie przestaje być pomocą, a staje się przedłużaniem cierpienia. Panel uwydatnił znaczenie wspólnego języka – między zespołem medycznym a rodziną, między faktem a nadzieją, między życiem a jego końcem. Wszyscy zgodzili się, że terapia daremna to nie tylko kwestia medycyny, lecz sumienia i odwagi. Terapia daremna to fundamentalne wyzwanie etyczne i organizacyjne współczesnej ochrony zdrowia. Wymaga pogłębionej refleksji nad sensem podejmowanych działań i ich wpływem na jakość ostatnich dni życia pacjenta. Praktyka kliniczna powinna być osadzona nie tylko w procedurach, ale i w empatii, która pozwala zrozumieć, że nie wszystko, co możliwe, jest jednocześnie dobre. Decyzje o zakończeniu leczenia powinny być podejmowane zespołowo, z udziałem pacjenta lub jego rodziny, w atmosferze transparentności i szacunku. Potrzebujemy odwagi mówienia o śmierci – i jeszcze większej odwagi, by jej nie przeszkadzać, gdy nadchodzi naturalnie.

Drugi panel ekspercki, „Czy opieka wytchnieniowa zmieni rzeczywistość?”, poświęcono systemowym potrzebom rodzin i opiekunów przewlekle chorych osób. Z udziałem praktyków, przedstawicieli organizacji społecznych i urzędników omówiono realia, w których brak wsparcia dla opiekunów skutkuje wypale-





niem, depresją i brakiem ciągłości opieki. Panel był głosem za tym, by opieka wytnieniowa została uznana za świadczenie podstawowe – nie dodatkiem, ale fundamentem systemu. Opieka wytnieniowa jest ratunkiem dla tych, którzy niosą ciężar opieki przez całą dobę. Bez niej nie zbudujemy systemu odpornego na wypalenie i dramatyczne przemęczenie rodzin. To forma wsparcia, która nie tylko ratuje zdrowie psychiczne opiekunów, ale też zwiększa bezpieczeństwo i dobrostan samych pacjentów. Aby była skuteczna, musi być łatwo dostępna, finansowana publicznie i wsparta szkoleniami kadr. To nie luksus, to konieczność – a właściwie: wyraz dojrzałości społeczeństwa wobec jego najsłabszych członków.

Zwieńczeniem konferencji były refleksje o inkluzywności, opiece nad pacjentami kardiologicznymi i z SLA oraz o filozofii umierania, którą tak trafnie podsumowała dr Marta Szabat: „Umieranie to nie stan kliniczny – to doświadczenie człowieka. Musimy towarzyszyć, a nie zarządzać”.

Konferencja „Odchodzić bez bólu” po raz kolejny pokazała, że medycyna paliatywna to nie tylko specjalizacja – to postawa. To także przypomnienie, że największą siłą medycyny nie jest aparat, lek czy procedura, lecz obecność. Cicha, empatyczna, niewzruszona – obecność przy tym, który odchodzi. Bez bólu.

„Kryzys zdrowia psychicznego wśród młodzieży” Jak wspólnie możemy odwrócić niepokojące trendy?

SYLWIA MAJEWSKA – PSYCHOLOG
ELIZA MASNY - PSYCHOLOG



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego



SZKOŁA GŁÓWNA
MIKOŁAJA KOPERNIKA

22 maja 2025 r. odbyła się w WOIPiP Konferencja „Kryzys zdrowia psychicznego wśród młodzieży. Jak wspólnie możemy odwrócić niepokojące trendy”. Wykładowczyniami były Sylwia Majewska i Eliza Masny – psycholożki, ekspertki ds. suicydologii w Szkole Głównej Mikołaja Kopernika. Przetwały wyniki projektu „Suicydologia – analiza stanu wiedzy oraz kampania edukacyjna” realizowanego przez: Ministerstwo Nauki, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Szkołę Główną Mikołaja Kopernika. Główne zapytania w projekcie: **Z czym zmagają się nastolatki?** **Co dotyka młodych ludzi w XXI wieku?** Przedstawiły wyniki z badań: **Co piąty nastolatek ma problemy psychiczne bądź behawioralne. Czwartą najczęstszą przyczyną śmierci wśród osób 15-29 lat jest samobójstwo. Odnotowujemy ciągły wzrost:** zaburzeń lękowych, zaburzeń nastroju, depresji, niedostosowania społecznego, zachowań agresywnych. Panie na podstawie doświadczeń z gabinetu terapeutycznego przedstawiły **najczęstsze zaburzenia emocjonalne u nastolatków**: wstyd, smutek, poczucie beznadziejności, strach przed oceną, wyczerpanie emocjonalne; **zjawisko samookaleczeń**: osoby o obniżonym nastroju, niskim poczuciu wartości, wysokim napięciu. Mechanizm radzenia sobie z napięciem przez samookaleczanie się, **Samookaleczenie przynosi ulgę** ale też poczucie winy, wstyd, złość na siebie, emocjonalne wyczerpanie – „błędne koło”. Raport na podstawie danych z Komendy Głównej Policji pokazuje **skale wzrostową zachowań samobójczych**. Wybrałam z raportu niektóre wyniki: **Grupy wiekowe 7-12 lat** w roku 2020 – 29 przypadków; w roku 2024 – 89 przypadków. **Grupy wiekowe 13-18 lat** w roku 2020 – 814; w roku 2024 – 2092 przypadki. Grupy wiekowe 19-24 lata w roku 2020 – 1242 przypadki; w roku 2024 – 1648 przypadków zachowań samobójczych. **Liczby rzeczywiste są kilka krotnie wyższe!** Raport z Badań Focusowych w Polsce 2024 r. – przebadano 21355 osób; dziewczęta i chłopcy w wieku 13-19 lat; szkoły podstawowe i ponadpodstawowe na terytorium wszystkich województw w Polsce. **W badaniu wykorzystano test psychometryczny PCT.** **Ja w relacji:** życzliwość, chęć przebywania z innymi ludźmi, kontakty interpersonalne, asertywność, szukanie wrażeń; **Ja we współpracy:** podejrzliwość, szczerość, egoizm, rywalizacja, pokora; **Ja w szkole:** skuteczność, liderstwo, kontrola siebie, dążenie do celu, sława; **Ja moje emocje:** niepokój, poczucie niższości, bezradność, depresyjność, wrogie zachowanie; **Ja i moja samoocena:** zgodność z samym sobą, ogólne postrzeganie siebie, tożsamość, poczucie bliskości, atrakcyjność; **Ja w działaniu:** zorganizowanie, uporządkowanie, sumiennność, ostrożność, wytrzymałość, wewnątrzsterowność. **Panie omówiły bardzo ważne problemy i konsekwencje dotyczące Pokolenia „Z”** jak: **hejt i cyberprzemoc**; **presja społeczna „bycia idealnym”** (dobrym uczniem, popularnym, atrakcyjnym fizycznie, dopasowanym do grupy); **presja edukacyjna** (wysokie oczekiwania dotyczące wyników w szkole i strach przed niezdaniem egzaminów); **problemy w relacjach**, konflikty z rówieśnikami, brak akceptacji, trudności w znalezieniu przyjaciół; **kryzys tożsamości i samoakceptacji**, niska samoocena wyni-



kająca z braku akceptacji siebie; **nadmiar informacji i przeciążenie emocjonalne** (ciągły dostęp do negatywnych wiadomości (kryzysy, wojny); **izolacja i samotność**: uczucie niezrozumienia przez dorosłych i rówieśników.

Kolejny temat konferencji to: **Marihuana a procesy poznawcze**. Krótkoterminowe efekty: pogorszenie pamięci krótkotrwałej, zaburzenia koncentracji i uwagi, zmniejszenie zdolności do podejmowania decyzji. Długoterminowe efekty: pogorszenie pamięci długoterminowej i umiejętności uczenia się, zmiany strukturalne mózgu, negatywny wpływ na funkcje egzekutywne: planowanie, elastyczność poznawcza, przewidywanie, ustalanie celów. **Skutki uboczne farmakologii przy zaburzeniach emocjonalnych**: spadek możliwości funkcji poznawczych: pamięć, uwaga, koncentracja; zaburzenia snu: zmęczenie, senność, apatia, bezsenność, drażliwość lub pobudzenie; zmiany nastroju: od euforii do smutku, niestabilność emocjonalna.

Panie prowadzące przypomniały potrzeby osoby, która cierpi (w lęku, depresji, po samookaleczeniach, próbie samobójczej) – **okaż** akceptację, otwartość w rozmowie, miłość bezwarunkowa od rodziny, zrozumienie w szkole, **obroń** przed atakami. **Przedstawione były również rekomendacje i korzyści z badań przesiewowych w szkołach jak**: wczesne rozpoznawanie problemu, szybkie wsparcie otoczenia, niedopuszczanie do sytuacji nieodwracalnych i co najważniejsze szybki powrót dziecka do zdrowia. Bardzo ważne również są działania edukacyjne w zakresie rozpoznawania kryzysów emocjonalnych i suicydalnych oraz adekwatnego reagowania na nie.

Kolejne efekty z badań to: podnoszenie kompetencji nauczycieli, dyrektorów i szkolnych specjalistów w zakresie wspierania uczniów w kryzysie emocjonalnym i suicydalnym; podnoszenie kompetencji lekarzy i pielęgniarek w zakresie rozpoznawania symptomów oraz komunikacji z pacjentem oraz psychoedukacja rodziców.

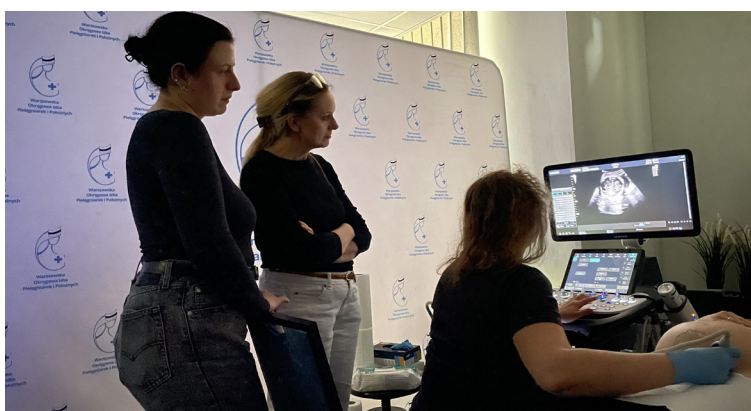
Wielkie przedsięwzięcie przynoszące ogromne korzyści.

Uczestnikami konferencji były pielęgniarki różnych specjalności – ponad 70 osób. Był czas na dyskusje i pytania. Panie prowadzące nadały konferencji bardzo wysoki poziom merytoryczny: profesjonalna wiedza i zdobyte doświadczenie poparte badaniami. To była wspaniała konferencja. W imieniu uczestniczek bardzo dziękuję.

W dniach **23-25.05.2025 r.** Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych WOIPiP, zorganizował pierwszą edycję kursu dokształcającego dla położnych: Diagnostyka ultrasonograficzna w położnictwie i ginekologii – widzisz więcej.

W szkoleniu wzięło udział 17 położnych z Warszawy, Poznania, Wrocławia, Siedlec, Radomia i Grajewa. Uczestniczki przez trzy dni miały możliwość pracować na najwyższej jakości sprzęcie USG oraz fantomach symulacyjnych. Ponadto, co jest wyjątkowo cenne, miały możliwość wykonania USG u 16 kobiet ciężarnych, które zgłosiły się i wyraziły zgodę na wykonanie USG w czasie szkolenia. Warsztaty prowadziła dr n. o zdrowiu, położna specjalistka Magdalena Rudzińska.

W ankietach ewaluacyjnych uczestniczki oceniły warsztaty jako niezwykle profesjonalne i poszerzające ich kwalifikacje. Wyraziły również prośbę o kontynuowanie kursu i poszerzanie go o kolejne aspekty.



Między **4 a 6 czerwca br.** w Zakopanem odbyło się IV Forum Pielęgniarstwa Anestezjologicznego, prowadzone przez jednych z najlepszych w tej dziedzinie w osobach Małgorzaty Jadczyk i Pawła Witta. W forum wzięło udział ok. 800 uczestników z całego kraju. Program konferencji Forum Pielęgniarstwa Anestezjologicznego to około 20 godzin wykładów i paneli dyskusyjnych oraz prawie 10 godzin warsztatów. W trakcie spotkania poruszone zostały bieżące problemy w praktyce oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii. Pośród prowadzących poszczególne sesję znaleźli się:

- **prof. dr hab. n. o zdr. Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska – Wykład inauguracyjny:** APN w pielęgniarstwie anestezjologicznym i intensywnej opieki
- **prof. dr hab. n. med. Waldemar Machała** – Moje marzenia o stanowisku anestezjologicznym na bloku operacyjnym. „NIE” dla sytuacji kryzysowych
- **dr hab. n. med. Tomasz Czarnik, prof. UO** – Wczesna mobilizacja pacjenta w OIT – czy to jest ważne?
- **dr hab. n. o zdr. Lena Serafin** – Niezłomni w kryzysie – rezyliencja pielęgniarek i pielęgniarzy OIT oraz strategię jej wzmacniania
- **mgr Marta Lewicka-Pachniewicz i mgr Magdalena Wiatrowska** – Uzależnienie – cichy przyjaciel medyka
- **mgr Sandra Sztal** – Nieprzygotowana, ale gotowa na wszystko – specjalistka na papierze, stażystka w praktyce
- **mgr Michalina Mastalerz** – Relacje w zespole interdyscyplinarnym
- **mgr Damian Romańczuk** – Pielęgniarka anestezjologiczna – zło konieczne?
- **mgr Dominika Kulik-Brulińska i mgr Magdalena Głowicka** – Opieka okołoperacyjna w neuroanestezji – priorytety i wyzwania



IV FORUM
PIELĘGNIARSTWA
ANESTEZJOLOGICZNEGO



Łączymy pasję i wiedzę
specjalistów w dziedzinie
pielęgniarstwa anestezjologicznego
i intensywnej opieki



IV FORUM
PIELĘGNIARSTWA
ANESTEZJOLOGICZNEGO

4-6 czerwca 2025 r.
Zakopane

www.fpa.edu.pl

ORGANIZATORZY

evereth

ZŁOTY SPONSOR

Baxter

BRAZOWI SPONSORZY

PROMED
PARTNER W MEDYCYNIE

NUTRICIA
LEKARSTWO ŻYWIENIA



Podziękowania



Monice Fabian, Pielęgniarce Społecznej i Ewie Lisickiej Zastępcy Pielęgniarki Oddziałowej, w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata, wraz z najlepszymi życzeniami, zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Zastępca Dyrektora ds Pielęgniarstwa, Pielęgniarki Oddziałowe oraz Zespół Pielęgniarek Klinik UCK WUM CSK, ul. Banacha 1a w Warszawie.

Pani **Małgorzacie Adamkiewicz** w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania wieloletnią pracę zawodową, profesjonalizm oraz życzliwość, wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności w życiu osobistym składają Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarka Oddziałowa wraz z Zespołem Pielęgniarskim Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu. Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu.

Pani Pielęgniarce **Honoracie Pawlak** w związku z przejściem na emeryturę najserdeczniejsze podziękowania za długoletnią pełną zaangażowania współpracę, wsparcie, życzliwość i koleżeńskość oraz godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Dyrekcja SPZZOZ w Pruszkowie oraz wszyscy pracownicy Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Pruszkowie.

Pani **Renacie Szymaniak**, w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za długoletnią pracę wykonywaną z ogromnym zaangażowaniem i empatią, za profesjonalizm życzliwość, koleżeńskość oraz za wspólnie przepracowane lata. Wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia i pomyślności w życiu osobistym składają: Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarka Oddziałowa wraz z Zespołem Stacji Dializ Kliniki Transplantologii, Immunologii, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Stacja Dializ.

Koleżankom **Iwonie Kapłan** i **Elżbiecie Pisarczyk**, w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za wzorową, długoletnią pracę, życzliwość wraz z życzeniami zdrowia, radości, pomyślności w życiu osobistym, składają: Anna Sadkowska Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa oraz Dyrekcja wraz z zespołem koleżanek i kolegów SZPZLO Warszawa-Ochota Szczęśliwicka 36.

Pani **Bogusławie Jurdzińskiej**, Pielęgniarce szpitala im. prof. M. Weissa MCR STOCER w Konstancinie, w związku z przejściem na emeryturę, składamy serdeczne podziękowania za wspólną pracę, życzliwość oraz serce. Życzymy powodzenia w realizacji planów, zdrowia i radości. Naczelna Pielęgniarka, Koleżanki oraz Dyrekcja Szpitala.

Paniom **Ewie Lutyńskiej** i **Jolancie Zielińskiej**, w związku z przejściem na emeryturę, składamy Wam serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, profesjonalizm i wytrwałość, uśmiech i życzliwość oraz za serce włożone w każde działanie na rzecz pacjentek i ich bliskich wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia oraz pomyślności i radości na dalsze lata. Naczelna Pielęgniarka z Zastępcą, Położne Kliniki Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Rozrodczości oraz Pielęgniarki i Położne Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA.

Szanowne Panie Pielęgniarki **Teodora Jankiewicz** i **Marianna Koczyk** w związku z przejściem na emeryturę, składamy Wam serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, profesjonalizm i wytrwałość, uśmiech i życzliwość oraz za serce włożone w każde działanie na rzecz pacjentów i ich bliskich wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia oraz pomyślności i radości na dalsze lata. Naczelna Pielęgniarka z Zastępcą, Zespół Pielęgniarek Kliniki Gastroenterologii i Kliniki Kardiologii oraz Pielęgniarki i Położne Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA.

Pani **Annie Skiba**, z okazji zakończenia pracy zawodowej serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, profesjonalizm, zaangażowanie, życzliwość dla pacjentów i współpracowników wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności i jeszcze wielu wspaniałych lat składa Dyrektor SZPZLO Warszawa Praga Południe z zespołem pielęgniarek i położnych.

Szanownej Pani **Wiesławie Piątkowskiej**, w związku z przejściem na emeryturę, składamy Pani serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, profesjonalizm i wytrwałość, uśmiech i życzliwość oraz za serce włożone w każde działanie na rzecz pacjentów i ich bliskich wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia oraz pomyślności i radości na dalsze lata. Naczelna Pielęgniarka z Zastępcą, Zespół Pielęgniarek Kliniki Neurochirurgii oraz Pielęgniarki i Położne Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA.

Pani **Magdalenie Stańczuk** – specjalistce w dziedzinie epidemiologii, Pielęgniarsce Europejskiego Centrum Zdrowia Otwock, w związku z przejściem na emeryturę najserdeczniejsze podziękowania za pracę pełną pasji, empatii i profesjonalizmu, za godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki, za przekaz szacunku i miłości dla drugiego człowieka, koleżeństwo i życzliwość w każdej sytuacji. Z życzeniami wszelkiego dobra na każdy dzień, realizacji planów i spełniania marzeń Dyrekcja, Pielęgniarka Naczelna oraz Pielęgniarki oddziałowe z zespołami.

Pani **Annie Pielak** – Pielęgniarsce oddziału kardiologii Europejskiego Centrum Zdrowia serdeczne podziękowania za pracę pełną zaangażowania i empatii, za koleżeństwo i oddanie, za zacne reprezentowanie zawodu pielęgniarki, z życzeniami wszelkiej pomyślności i radości w życiu osobistym Dyrekcja, Pielęgniarka Naczelna oraz Pielęgniarka oddziałowa wraz z zespołem pielęgniarskim.

Pani **Grażynie Iwoń** pracującej w Przychodni Lekarskiej przy ul. Jarosława Dąbrowskiego 75A SZPZLO Warszawa-Mokotów w związku z przejściem na emeryturę składamy serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę zawodową pełną zaangażowania i empatii dla pacjentów. Dziękujemy za wspólnie przepracowane lata, profesjonalizm, życzliwość, trud i oddanie ideałom zawodu pielęgniarskiego. Życzymy zdrowia, pomyślności, podróży szalonych i marzeń spełnionych – współpracownicy Przychodni Lekarskiej ul. Jarosława Dąbrowskiego 75A Dyrekcja oraz Pielęgniarki i Położne SZPZLO Warszawa-Mokotów Warszawa ul. Madalińskiego 13.

Pani **Ewie Krzeczewskiej** – Pielęgniarsce środowiskowej rodzinnej z okazji zakończenia pracy zawodowej serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, profesjonalizm, zaangażowanie, empatię, uśmiech i życzliwość dla pacjentów i współpracowników wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności i jeszcze wielu wspaniałych lat składa Dyrektor SZPZLO Warszawa Praga Południe z zespołem pielęgniarek i położnych.

Drogiej koleżance – **Małgorzacie Wiśniewskiej** Pielęgniarsce Koordynującej Poradni Kardiologicznej w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za wspólnie przepracowane lata, zaangażowanie, profesjonalizm, życzliwość, serce włożone w codzienną pracę wraz z życzeniami zdrowia, szczęścia i wszelkiej pomyślności składają: Zarząd Szpitala Wolskiego, Dyrektor ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarki Poradni Kardiologicznej wraz z zespołem Klinicznego Oddziału kardiologicznego z Pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego.

Pani Kierownik Zespołu Pielęgniarskiego **Barbarze Markowskiej** serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę w Szpitalu Drewnica pełną pasji i zaangażowania w jego rozwój, za uśmiech, życzliwość i profesjonalizm wraz z życzeniami zdrowia, szczęścia i pomyślności na nowym etapie życia, a także spełnienia wszystkich marzeń składają: Dyrektor ds. pielęgniarstwa, Pełnomocnik WOIPiP oraz Koleżanki Pielęgniarki z Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego Drewnica.

Pani **Ricie Turczyńskiej**, Pielęgniarsce POZ z okazji zakończenia pracy zawodowej serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, profesjonalizm, zaangażowanie, empatię, uśmiech i życzliwość dla pacjentów i współpracowników wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności i jeszcze wielu wspaniałych lat składa Dyrektor SZPZLO Warszawa Praga Południe z zespołem pielęgniarek i położnych.

Pani **Franciszce Filc**, Starszej Pielęgniarsce Katedry i Kliniki Neurologii, w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata, wraz z najlepszymi życzeniami, zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarka Oddziałowa oraz Zespół Pielęgniarek Kliniki UCK WUM CSK, ul. Banacha 1a w Warszawie.

Pani **Aleksandrze Nawrotek** – Starszej Pielęgniarsce Stacji Dializ, w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami, zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarka Oddziałowa oraz Zespół Pielęgniarek Kliniki UCK WUM CSK ul. Banacha 1a w Warszawie.

Z okazji nabycia praw emerytalnych przez Panią **Danutę Ponichtera** składamy serdeczne gratulacje i choć to jeszcze nie pożegnanie, ten moment to ważny krok – symboliczna granica, za którą czeka czas zasłużonego odpoczynku. Od wielu lat pracujesz w SZPZLO Warszawa Mokotów, w przychodni przy ulicy Malczewskiego 47A jako Przełożona pielęgniarek, za ogrom włożonej przez Ciebie pracy, zaangażowania i serca serdecznie dziękujemy. Życzymy, aby przyszłość-niezależnie od tego, czy wybierzesz aktywność zawodową, czy zasłużony relaks – przynosiła satysfakcję, spokój i wiele pięknych chwil. Z serdecznością i uznaniem Dyrekcja i pracownicy SZPZLO Warszawa-Mokotów, a szczególnie załoga Przychodni Lekarskiej ul. Malczewskiego 47A.

Pani **Cecylii Pazik**, w związku z przejściem na emeryturę składamy serdeczne podziękowania, za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość i koleżeńskość. Jednocześnie życzymy zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym. Dyrekcja, Pielęgniarki i Położna WSPL „SpecLek” SPZOZ w Warszawie.

Pani **Elżbiecie Jakubiak** w związku z przejściem na emeryturę, najserdeczniejsze podziękowania i słowa uznania za długoletnią pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym, składają; Dyrektor ds. pielęgniarstwa, zespół oddziału XII Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku.

Koleżance **Teresie Majek**, w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za wzorową, długoletnią pracę, życzliwość wraz z życzeniami zdrowia, radości, pomyślności w życiu, składają; Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa oraz Dyrekcja wraz z zespołem Koleżanek i Kolegów z Hospicjum im. Św. Patryka w Otwocku.

Drogim Koleżankom, **Hannie Gruszczyńskiej** – Pielęgniarce Oddziału Wewnętrznego, Alicji Klimowicz – Pielęgniarce Bloku Operacyjnego, w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, zaangażowanie, godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki oraz za życzliwość i koleżeńskość, wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności oraz spełnienia marzeń składają: Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa wraz z całym zespołem Pielęgniarstwa wraz z całym zespołem Pielęgniarek i Położnych Międzyzleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie.

Pani **Grażynie Nicman** – Pielęgniarce POZ i AOS z okazji zakończenia pracy zawodowej serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, profesjonalizm, zaangażowanie, empatię, uśmiech i życzliwość dla pacjentów i współpracowników wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności i jeszcze wielu wspaniałych lat składa Dyrektor SZPZO Warszawa Praga Południe z zespołem pielęgniarek i położnych.



*Upiętaś czepek za młodu,
Choć wiedziałaś, że trud czeka.
Bo tajemnicą Twego zawodu
Jest – troska o ciało i godność człowieka.*

AUTOR: LIDIA SIERPIŃSKA



Z wielkim smutkiem i żalem pożegnaliśmy naszą Koleżankę Położną

Śp. Agnieszkę Dytkowską,

która przepracowała 40 lat w szpitalu MSWiA Warszawa ul. Wołoska.

„Agnieszko! – serdeczna przyjaciółko, uczynna koleżanko, oddana pracownico Szpitala na Wołoskiej. Gdy zachorowałaś, modliliśmy się o zdrowie dla Ciebie i Bóg nas wysłuchał.

Wyzdrowiałaś i cieszyliśmy się razem z Tobą. Jednak radość nie trwała długo. Choroba zaatakowała Cię ponownie. Ostatnie tygodnie Twego życia były serią bólu i cierpienia. Dziś żegnamy Cię mając nadzieję, że spotkamy się z Tobą tam – gdzie nie ma cierpienia, ani smutku. Niech dobry Bóg otworzy bramy Raju, abyś mogła tam spocząć na wieki. Amen.”



Z głębokim żalem żegnamy naszą Drogą Koleżankę

Śp. Halinę Januszewicz,

Zastępczynię Pielęgniarki Oddziałowej Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych.

Przez wiele lat swojej pracy była nie tylko wspaniałym fachowcem, ale także ciepłym i życzliwym człowiekiem, która swoją troską i uśmiechem dodawała otuchy pacjentom oraz współpracownikom. Jej oddanie, empatia i profesjonalizm na zawsze pozostanie w naszej pamięci. Dziękujemy za wspólne chwile i wszystko co dla nas zrobiłaś. Spoczywaj w spokoju.

Składamy najszczerze kondolencje Rodzinie i Bliskim.

*Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarki Oddziałowe, Pielęgniarki i Pracownicy
Centralnego Szpitala Klinicznego UCK WUM ul. S. Banacha 1a Warszawa*



Z wielkim żalem zawiadamiamy, że w dniu 14 maja 2025 roku zmarła

Śp. Jadwiga Podgórska,

Zastępczyni Pielęgniarki Oddziałowej Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych.

Legenda naszego Instytutu. Nauczycielka wielu pokoleń lekarzy i pielęgniarek
w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Opieki.

Wielka Humanistka, serdeczna, pomocna, kochana Koleżanka.

Pożegnanie odbędzie się 20.05.2025 r. o godz. 13:00 w Żółkiewce.

Pogrążony w smutku Zespół Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Bloku Operacyjnego

Harmonogram spotkań komisji problemowych i sekcji specjalistycznych kadencja 2023-2027

Dzień tygodnia		Komisja, Sekcja	Nr sali	Godz.	Przewodnicząca/y
I Tydzień miesiąca	Wtorek	Sekcja Pielęgniarek Niepublicznych ZOZ	s. rady	13 ⁰⁰	Małgorzata Szkudlarz promyk.nzoz@wp.pl
		Komisja Naukowa	s. konkursowa	16 ⁰⁰	Paweł Witt pawwitt@gmail.com
	Środa	Sekcja Pielęgniarek Chirurgicznych	s.organów	16 ⁰⁰	Tomasz Piątek tomasz.piatek@wum.edu.pl
	Czwartek	Komisja ds. Położnych	s. konkursowa	15 ³⁰	Barbara Mazurkiewicz b.mazurkiewicz@woipip.pl
II Tydzień miesiąca	Poniedziałek	Sekcja Pielęgniarek Środowiska Nauczania i Wychowania	s. konkursowa	16 ⁰⁰	Alicja Karaszekiewicz alicjus89@gmail.com
	Wtorek	Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego	s. konkursowa	16 ⁰⁰	Elżbieta Dróżdż-Kubicka Ela.dk@op.pl
	Środa	Sekcja Pielęgniarek Psychiatrycznych	s. rady	15 ³⁰	Małgorzata Zgiet zgietmalgorzata@gmail.com
	Czwartek	Sekcja Pielęgniarek Opieki Paliatywnej i Długoterminowej i Pielęgniarek Środowiskowo-Rodzinnych	s. rady	14 ⁰⁰	Hanna Piotrowska haniapiotrowska@o2.pl
		Sekcja Pielęgniarek Szpitali Zakaźnych	s. organów	15 ³⁰	Elżbieta Iwanicka rzecznik@woipip.pl
III Tydzień miesiąca	Poniedziałek	Sekcja Pielęgniarek ds. Jakości	s. konkursowa	16 ⁰⁰	Małgorzata Pacuszka
	Środa	Sekcja Pielęgniarek Diabetologicznych	s. konkursowa	16 ⁰⁰	Agnieszka Tarłowska tarlowskaagnieszka@gmail.com
	Czwartek	Komisja ds. Pielęgniarek Zarządzających w Ochronie Zdrowia	s. konkursowa	15 ⁰⁰	Iwona Stańczuk iwona.stanczuk@szpitalczerniakowski.waw.pl
IV Tydzień miesiąca	Środa	Sekcja Pielęgniarek Epidemiologicznych	s. rady	14 ⁰⁰	Wioletta Praczk wiolettapraczk@vp.pl
	Czwartek	Sekcja ds. Promocji Zdrowia	s. konkursowa	15 ³⁰	Danuta Mioduszevska
	Czwartek (ostatni)	Sekcja Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki	s. rady	16 ⁰⁰	Anna Karlson abiakarlson@wp.pl

