

BIULETYN INFORMACYJNY

Przewodnicząca:

Maria Pałeczka
oipipwch@webmedia.com.pl

Sekretarz:

Małgorzata Hrycak

BIURO**Sekretariat:**

Łukasz Płaczkowski
oipipsekretariat@webmedia.com.pl

Rejestr prawa wyk. zawodu:

Izabela Arendarczyk
oipiprejestr@webmedia.com.pl

Księgowość:

Jolanta Kopacka
oipipksiegowosc@webmedia.com.pl

Obsługa administracyjno-prawna:**Kancelaria Prawna §**

mgr Dorota Pakuła
Radca Prawny
mgr Ewa Suproń - Walenta

Dyżur:

w siedzibie izby: pon. 13⁰⁰-15⁰⁰
lub telefonicznie do kancelarii:
tel.: 74 666 00 02

Rzecznik Odpowiedzialności**Zawodowej:**

Irena Wydrzyńska

Dyżur:

Ostatni wtorek miesiąca od 10⁰⁰-14⁰⁰
W innym terminie po wcześniejszym
uzgodnieniu telefonicznym z biurem
OIPiP w Wałbrzychu

**OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH**

**58-300 Wałbrzych,
ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)**

**tel./fax: 74 842-33-25
tel.: 74 842 56 05**

**godziny pracy biura:
7³⁰-15³⁰**

e-mail:

oipipsekretariat@webmedia.com.pl

www.oipip.walbrzych.pl

Kredyt Bank S.A. O/Wałbrzych
46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

SPIS TREŚCI

KODEKS ETYKI	6-9
Z NACZELNEJ RADY	10-12
HARMONOGRAM POSIEDZEŃ ORPIP I PREZYDIUM	14
WAŻNE	15-16
NOWOŚCI NA RYNKU WYDAWNICZYM	21-24
Z PRAC KOMISJI I ZESPOŁÓW	25-29
SPRAWOZDANIA Z KONFERENCJI	30-46
POD PARAGRAFEM	47-49
REGULAMIN REFUNDACJI KOSZTÓW KSZTAŁCENI	50-54
SZKOLENIA	55-57

Szanowne Koleżanki i Koledzy

Rok 2014 rozpoczął trzeci rok VI kadencji. Podsumowaniem minionego roku będą między innymi sprawozdania roczne z działalności okręgowej rady, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu oraz okręgowego rzecznika, które będzie zatwierdzał zaplanowany na 28 marca br. okręgowy zjazd. Wszystkie sprawozdania w pełnym brzmieniu ukażą się w następnym numerze biuletynu.

Miniony rok nie należał do najłatwiejszych.

Wciąż pozostaje nie rozwiązany problem sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, bulwersujące są działania kadry zarządzającej w niektórych podmiotach leczniczych, w których zwalniane są pielęgniarki i pielęgniarze wykonujących zawód w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego zatrudniając w zamian ratowników medycznych. Bardzo dużo czasu poświęcono na spotkania, dyskusje z decydentami odnośnie zapisów w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze. Opieka długoterminowa – problem kontraktowania świadczeń przez NFZ. Obciążenie podatkiem dochodowym pielęgniarki i położne, które korzystają z bezpłatnych szkoleń prowadzonych przez okręgowe izby - to tylko nieliczne, z którymi zmagają się samorząd.

Miniony rok - to również sukcesy - nie można zapomnieć o Projekcie Systemowym pn. Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych. Projekt jest realizowany na obszarze całej Polski. Od 1 maja 2008 r. - do 30 czerwca 2015 r.

Z bezpłatnego uzupełnienia wykształcenia dotychczas skorzystało 22 tys. 375 pielęgniarek i pielęgniarzy oraz 2 tys. 351 położnych. Nie mamy żadnych wątpliwości, jest to sukces działań samorządu.

Klasyfikacja procedur ICNP - Międzynarodowa klasyfikacja dla praktyki pielęgniarskiej. Kolejne, wieloletnie zmagania z problemem nazewnictwa diagnoz i podejmowanych działań dla celów zawodowych.

Bez żadnych wątpliwości – uznawanie kwalifikacji zawodowych wszystkim polskim pielęgniarkom i położnym, włączając absolwentki liceów medycznych czy studium medycznego, to ogromny sukces.

Przed nami następnym pracowity rok.

W Wasze ręce przekazuję odmieniony biuletyn. Zmieniona szata graficzna, na pierwszych stronach Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, który przypomni zasady etyki zawodowej, obowiązki wynikające z wykonywania zawodu wobec pacjentów i współpracowników.

Ulegnie również zmianie strona internetowa. Jesteśmy w trakcie przygotowywania zmian.

Wychodząc naprzeciw potrzebom wynikającym z zapisów w obowiązujących aktach prawnych, szanując Państwa czas będzie można elektronicznie przekazywać i uaktualniać wymagane dane w Centralnym Rejestrze PWZ, Indywidualnych Praktyk, odpowiadać na pytania, wyjaśniać wątpliwości.

Cieszę się, że na moje wielokrotne prośby o współtworzenie biuletynu odpowiedzieliście pozytywnie.

Dziękuję za poświęcony czas a przede wszystkim za to, że macie chęć podzielenia się z innymi swoją wiedzą i doświadczeniem.

Artykuły do biuletynu będą przygotowywały Komisje i Zespoły działające przy ORPiP w Wałbrzychu.

Każde spotkanie z Wami jest dla mnie bardzo cenne. Uważnie słucham, w miarę możliwości staram się pomagać. Dziękując za miniony rok nadal liczę na współpracę.

Przewodnicząca ORPiP
(-) Maria Pałeczka

Komisja Etyki działająca przy ORPiP w Wałbrzychu przypomina o możliwości zgłaszania wszelkich problemów, wniosków, które będą rozpatrywane przez Komisję Etyki. Oczekujemy również na propozycję tematów lub artykułów do biuletynu.

e-mail: komisja_etyki@oipip.walbrzych.pl



OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
w Wałbrzychu

ETYKA

PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

SPRAWIEDLIWOŚĆ
BEZINTERESOWNOŚĆ
RÓWNOŚĆ
profesjonalizm

GODNOŚĆ
ODPOWIEDZIALNOŚĆ
KOMPETENCJA
doradzaj
informuj
edukuj
podnoś kwalifikacje

CIERPLIWOŚĆ
ŻYCZLIWOŚĆ
SZACUNEK
uśmiechnij się

PRAWDA
ODWAGA
nade wszystko

ZAUFANIE
zrób coś dobrego,
nie krzywdź

Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej

PRYZRZECZENIE

**„Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany
mi tytuł pielęgniarki/położnej
i uroczyście przyrzekam:**

1. Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem zdrowiem ludzkim.
2. Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym.
3. Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.
4. Okazywać pacjentom należny szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.
5. Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.
6. Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu.
7. Rzetelnie wypełniać obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie.

CZĘŚĆ OGÓLNA

1. Zasady etyki zawodowej wynikają z uniwersalnych zasad etycznych i zobowiązują pielęgniarki i położne do przestrzegania praw pacjenta i dbania o godność zawodu.
2. Działalność zawodowa pielęgniarki i położnej to świadome i dobrowolne podejmowanie profesjonalnych działań na rzecz pacjentów niezależnie od ich sytuacji zdrowotnej i społecznej.
3. Pielęgniarka/położna swoją postawą osobistą, zawodową i społeczną powinna dbać o prestiż zawodu i podnosić jego znaczenie w społeczeństwie.
4. Czynności zawodowe pielęgniarki/położnej nie mogą służyć aktom bezprawnym ani też powodować szkód dla zdrowia ludzkiego.
5. Pielęgniarka/położna posiadająca pełne uprawnienia zawodowe ponosi osobistą odpowiedzialność za swoje działania.
6. Pielęgniarka/położna działa zawsze w interesie swych pacjentów szczególnie tam, gdzie ich życie i zdrowie mogą być zagrożone.
7. Wszelkie szczegółowe ustalenia dotyczące uzupełniającej działalności zawodowej pielęgniarki/położnej w zakresie działalności naukowo-badawczej, edukacyjnej i administracyjno-organizacyjnej powinny uwzględniać powyższe zasady ogólne.

CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

I. Pielęgniarka/położna a pacjent

1. Pielęgniarka / położna pełniąc rolę zawodową zobowiązana jest do:
 - a) udzielania wszystkim pacjentom troskliwej opieki zgodnej z obowiązującymi standardami,
 - b) udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach oraz w sytuacji zagrożenia życia,
 - c) udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania.
2. We współpracy z pacjentem pielęgniarka / położna powinna okazywać życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia.
3. Pielęgniarka / położna obowiązana jest przestrzegać następujących zasad wynikających z praw pacjenta:
 - a) respektować prawo pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych,
 - b) realizować świadczenia pielęgniarskie za zgodą pacjenta, o ile jest on zdolny ją sformułować
 - c) poinformować pacjenta, w przypadkach odmowy wyrażenia przez niego zgody, o możliwych skutkach jego decyzji oraz podjąć próbę przekonania pacjenta, aby zmienił swoje zdanie.
4. Pielęgniarkę/położną obowiązuje zachowanie w tajemnicy wszystkich wiadomości o pacjencie i jego środowisku (rodzinnym, społecznym) uzyskanych w związku z pełnieniem roli zawodowej.
5. Pielęgniarka/położna umożliwiała pacjentowi kontakt z rodziną, w miarę potrzeby pomaga rodzinie w sprawowaniu nad nim opieki oraz edukuje członków rodziny w zakresie dalszego postępowania pielęgniacyjnego.
6. Na prośbę pacjenta lub jego rodziny pielęgniarka/położna umożliwia kontakt z duchownym, stwarzając w miarę możliwości odpowiednie ku temu warunki.
7. Pielęgniarka/położna powinna dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić pacjentowi

humanitarną opiekę terminalną, godne warunki umierania wraz z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości.

8. Położna powinna przyczynić się do stworzenia godnych warunków i rodzinnej atmosfery w czasie porodu.
9. Pielęgniarka/położna, nie może żądać od pacjentów dodatkowego wynagrodzenia ani też uzależniać swych usług od uzyskania korzyści materialnych.

II. Pielęgniarka/położna a praktyka zawodowa i nauka

1. Obowiązkiem pielęgniarki/położnej jest ciągle podnoszenie kwalifikacji zawodowych.
2. Pielęgniarkę/położną nie wolno wykonywać zleceń lekarskich bez wyraźnego polecenia na piśmie umożliwiającego identyfikację lekarza i pacjenta z wyjątkiem sytuacji nagłych, stanowiących zagrożenie życia pacjenta.
3. Pielęgniarka/położna ma prawo dostępu do informacji istotnych dla realizacji czynności zawodowych oraz związanych zarówno z bezpieczeństwem osobistym pielęgniarki, jak i bezpieczeństwem pacjenta.
4. Pielęgniarka/położna ma obowiązek dokładnego dokumentowania swojej działalności zawodowej i zabezpieczenia dokumentów.
5. Przekazywanie przez pielęgniarkę/położną informacji o stanie zdrowia pacjenta innym członkom zespołu terapeutycznego nie jest naruszeniem tajemnicy zawodowej.
6. Pielęgniarka/położna ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią normami etycznymi.
7. Pielęgniarka/położna zobowiązana jest do działalności na rzecz promocji zdrowia.
8. Pielęgniarka/położna zorientowawszy się, że w postępowaniu medycznym został popełniony błąd (zwłaszcza w przypadku błędu zagrażającego życiu lub zdrowiu pacjenta), niezwłocznie powinna powiadomić o tym odpowiednie osoby z zespołu terapeutycznego.
9. Pielęgniarka/położna powinna uczestniczyć w działalności krajowych i międzynarodowych organizacji pielęgniarskich/położniczych na rzecz ochrony zdrowia społeczeństwa, przysparzając tym samym prestiżu zawodowi.
10. Pielęgniarka/położna współuczestniczy w miarę swoich możliwości w rozwoju badań naukowych z zakresu pielęgniarstwa, położnictwa oraz edukacji swojej grupy zawodowej.
11. Pielęgniarka/położna powinna cenić i szanować swój zawód, chronić jego godność, a w pracy zawodowej powinna postępować tak, aby budzić szacunek i zaufanie.
12. Pielęgniarka/położna powinna powstrzymać się od jakiegokolwiek działania, które mogłoby spowodować złą opinię o zawodzie.
13. Pielęgniarka/położna powinna otaczać szacunkiem historię i tradycję zawodu, dbać o pozytywny wizerunek zawodu.
14. Pielęgniarka/położna chroniąc interesy zawodowe nie powinna współpracować z organizacjami mającymi cele sprzeczne z racjami zawodowymi i moralnymi.
15. Pielęgniarka/położna powinna upowszechniać osiągnięcia naukowo -badawcze związane z wykonywaniem zawodu poprzez wystąpienia i publikacje. Publikacje te powinny być rzetelne i pozbawione znamion sensacji.

III. Pielęgniarka/położna a samorząd pielęgniarów i położnych

1. Pielęgniarki/położne powinny solidarnie wspierać działalność swego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie im należytej pozycji w społeczeństwie.

2. Pielęgniarka/położna jest obowiązana do przestrzegania uchwał podjętych przez uprawnione organy samorządu zawodowego.
3. Stosunki między członkami samorządu powinny opierać się na wzajemnym szacunku, lojalności, koleżeństwie i solidarności zawodowej. Powinni oni dzielić się swoimi doświadczeniami i służyć sobie pomocą. Wzajemna ocena winna być sprawiedliwa, a krytykę należy formułować w sposób bezstronny, przekazując ją w pierwszej kolejności osobie zainteresowanej. W przypadku braku reakcji i powtarzających się błędów pielęgniarka/położna powinna poinformować właściwą Okręgową Radę za pośrednictwem właściwej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

IV. Pielęgniarka/położna a współpracownicy

1. Pielęgniarka/położna mająca większe doświadczenie zawodowe powinna przekazywać młodszym koleżankom i kolegom swoją wiedzę i umiejętności zawodowe oraz wzorce kultury i poszanowania człowieka. Moralnym obowiązkiem jest kształtowanie poczucia odpowiedzialności za wykonywaną pracę, nawyku uczciwości, rzetelności, pracowitości i dokładności.
2. Pielęgniarka/położna nie powinna dyskredytować postępowania innych współpracowników zespołu terapeutycznego, zwłaszcza w obecności osób trzecich.
3. Pielęgniarka/położna nauczająca zawodu powinna przekazywać słuchaczom także zasady etyki zawodowej, czuwając nad ich adaptacją zawodową.
4. Nieuczciwa konkurencja pomiędzy członkami samorządu jest szczególnie naganna.
5. Pełnieniu obowiązków kierowniczych przez pielęgniarki/położne powinno towarzyszyć poczucie odpowiedzialności za rozwój zawodowy i naukowy podwładnych.
6. Pielęgniarka/położna jest współodpowiedzialna za efekty procesu terapeutycznego oraz za podjęte przez siebie działania wynikające z procesu pielęgnowania.

V. Pielęgniarka/położna a zasady postępowania wobec społeczeństwa

1. Pielęgniarka/położna zgodnie ze swą wiedzą i kompetencjami powinna czynnie uczestniczyć w zwalczaniu przejawów patologii społecznej.
2. Pielęgniarka/położna powinna brać czynny udział w życiu społecznym i w działaniach na rzecz ochrony środowiska naturalnego, a także przeciwdziałać praktykom uznanym przez naukę za bezwartościowe i szkodliwe dla zdrowia.

VI. Przepisy końcowe

1. W przypadkach nieprzewidzianych w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka/położna powinna postępować zgodnie z zasadami sformułowanymi w:
 - a) ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej,
 - b) orzecznictwie Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych,
 - c) uchwałach organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz zgodnie z zasadami dobrej praktyki i dobrym obyczajem.
2. Wszelkie zmiany w Kodeksie mogą być dokonane jedynie przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.
3. Kodeks wchodzi w życie po uchwaleniu przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.



Z NACZELNEJ RADY

Szanowni Państwo

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych czyniła intensywne starania na rzecz zmiany brzmienia projektu Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgniacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Przedmiotowy projekt, zgodnie z procedurą został poddany konsultacji z Okręgowymi Radami Pielęgniarek i Położnych, jak też był przedmiotem spotkania w dniu **2 grudnia 2013 r.** Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z przedstawicielami Świadczeniodawców, realizujących świadczenia pielęgniacyjno-opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Ponadto, w dniu **4 grudnia 2013 r.** NRPIP podjęła „Stanowisko dotyczące projektu Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgniacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej”, w którym wnioskowała o natychmiastowe podjęcie działań dotyczących zmiany zapisów projektu, w części dotyczącej świadczeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej oraz zasad jej finansowania.

NRPIP wyraziła stanowczy sprzeciw wobec proponowanych w projekcie zmian, które doprowadzą do całkowitej likwidacji świadczeń pielęgniacyjnych i opiekuńczych, co jednocześnie będzie skutkowało pozostawieniem bez opieki tysiące potrzebujących pacjentów i ich rodzin.

Jednocześnie w dniu **5 grudnia 2013 r.** z inicjatywy Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyny Rogali – Pawelczyk odbyły się spotkania w Ministerstwie Zdrowia i NFZ, dotyczące projektu Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgniacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

W dniu **11 grudnia 2013 r.** NRPIP przekazała do NFZ uwagi, będące implementacją uwag, opinii, postulatów od ORPIP, Świadczeniodawców – pielęgniarek realizujących powyższe świadczenia, Krajowego Związku Pracodawców Niepublicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej – Porozumienie Śląskie, NZOZ-ów – Pielęgniarska Opieka Domowa, Zespołów ds. Opieki Długoterminowej Domowej działających przy Okręgowych Radach Pielęgniarek i Położnych, Konsultantów wojewódzkich w dziedzinie przewlekle chorych i niepełnosprawnych, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, zgodnie z oczekiwaniami środowiska zawodowego konsekwentnie wnioskowała o wydanie Zarządzenia Prezesa Funduszu

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej na rok 2014 r. na aktualnie obowiązujących zasadach. Ponadto, w celu przygotowania propozycji nowych warunków umów na lata następne NRPIP wносиła o powołanie zespołu składającego się z przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniodawców oraz członków i ekspertów komisji ds. kontraktowania świadczeń działającej przy NRPIP. Korespondencja w tej kwestii została, w dniu 12 grudnia 2013 r. przekazana do wiadomości Pana Bartosza Arłukowicza - Ministra Zdrowia oraz Pani Beaty Cholewki, Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia.

W celu omówienia i wypracowania rozwiązań możliwych do przyjęcia przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, w dniu **16 grudnia 2013 r.** z inicjatywy Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyny Rogali-Pawelczyk odbyło się kolejne spotkanie z Panem Marcinem Pakulskim, Zastępcą Prezesa ds. medycznych, dotyczące projektu Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

W spotkaniu, oprócz przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych uczestniczyły także pielęgniarki, reprezentujące Świadczeniodawców z zakresu pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej.

Podczas rozmów omówiono zapisy projektu zarządzenia dotyczące: rozdzielania świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych na czynności pielęgniarstwa i czynności pielęgnacyjne, finansowania świadczeń z zakresu pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej oraz proponowanych współczynników, katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz Karty czynności pielęgniarstwa dla pielęgniarki opieki długoterminowej domowej.

Przedstawiciele NRPIP zwrócili także uwagę na konieczność opracowania wspólnie przez przedstawicieli NFZ oraz samorządu pielęgniarek i położnych warunków zawierania i realizacji umów w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, zgodnych z oczekiwaniami środowiska zawodowego.

Jednocześnie, w dniu 16 grudnia 2013 r. NRPIP wystosowała ponownie pismo do Prezesa NFZ, w którym NRPIP po raz kolejny wnioskuje o wydanie Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej na rok 2014 na aktualnie obowiązujących zasadach oraz o powołanie zespołu składającego się z przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniodawców oraz członków i ekspertów komisji ds. kontraktowania świadczeń działającej przy NRPIP w celu przygotowania propozycji nowych warunków umów na lata następne. Powyższe pismo zostało przekazane do wiadomości Pana Bartosza Arłukowicza - Ministra Zdrowia oraz Pani Beaty Cholewki - Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w dniu 16 grudnia 2013r. W dniu **18 grudnia 2013 r.** na stronie internetowej Narodowego Funduszu

Zdrowia zostało opublikowane Zarządzenie Nr 87/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. W Komunikacie prasowym Funduszu czytamy cyt. „ ...Po przeanalizowaniu uwag zgłoszonych do projektu zarządzenia uznano, że wprowadzenie nowych rozwiązań powinno zostać poprzedzone modyfikacją sprawozdawczości w okresie przejściowym oraz ich ewentualnej weryfikacji w trakcie roku. Ta przesłanka spowodowała, że - **przychylając się do wniosku Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych** - Prezes Funduszu określiła wejście w życie nowych zasad rozliczania świadczeń z zakresu pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, z uwzględnieniem współczynników korygujących, na dzień 1 stycznia 2015 r. Do końca 2014 roku będą obowiązywały dotychczasowe zasady rozliczeń, to jest podział na dwa produkty rozliczeniowe: osobodzień w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej dla pacjentów pod różnymi adresami zamieszkania oraz osobodzień w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej dla pacjentów pod tym samym adresem zamieszkania. Zmodyfikowany został jedynie zakres sprawozdawanych informacji w szczególności w zakresie czynności związanych z opieką nad pacjentami w szczególnie ciężkim stanie”.

Prezes NRPIP
(-) Grażyna Rogala-Pawelczyk

Porównanie projektu zarządzenia i aktualnie obowiązującego zarządzenia zamieszczone jest na naszej stronie internetowej - www.oipip.walbrzych.pl - w zakładce "Aktualności"

**Stanowisko
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
i Prezydium Zarządu Ogólnopolskiego Związku
Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
z dnia 19 lutego 2014 r.**

w sprawie braku działań Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej
w odpowiedzi na postulaty wnoszone przez Pielęgniarki i Położne

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych domagają się w trybie pilnym przekazania stronie społecznej informacji o efektach pracy nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r., poz. 1545).

Zmiana powyższego dokumentu jest niezbędna, ponieważ dalsze utrzymywanie obecnie obowiązujących zapisów przedmiotowego rozporządzenia doprowadzi do znacznego ograniczenia liczby Pielęgniarek i Położnych w oddziałach szpitalnych co zmniejszy bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

Domagamy się zobowiązania podmiotów leczniczych do informowania opinii publicznej o aktualnych obsadach Pielęgniarek i Położnych.

Ponadto pilnej interwencji wymaga ustalenie wynagrodzenia dla Pielęgniarek i Położnych na poziomach odpowiadających ich kwalifikacjom, pełnionym funkcjom i doświadczeniu, uwzględniających zagrożenie i niebezpieczeństwo związane z wykonywaniem tego zawodu oraz spoczywającej na Nich odpowiedzialności. Ustalenie wynagrodzeń na odpowiednim poziomie jest niezbędne by pozyskać młodych ludzi do zawodu Pielęgniarki i Położnej.

Zwracamy uwagę iż w ciągu pięciu najbliższych lat dojdzie do znacznego spadku liczby zarejestrowanych i zatrudnionych Pielęgniarek i Położnych w Polsce. Skutkować to będzie pozbawieniem społeczeństwa polskiego opieki i brakiem realizacji świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Pielęgniarki i Położne.

Oczekujemy od Rządu Rzeczypospolitej Polskiej podjęcia wiążących decyzji. Brak reakcji zmusi nas do podjęcia radykalnych działań.

Przewodnicząca Zarządu
Krajowego Ogólnopolskiego
Związku Zawodowego
Pielęgniarek i Położnych
Lucyna Dargiewicz

Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Harmonogram posiedzeń Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu na 2014 rok

Okręgowa Rada PiP	Prezydium Okręgowej Rady PiP
21.01.2014	21.01.2014
	25.02.2014
11.03.2014	11.03.2014
	28.03.2014
	29.04.2014
24.06.2014	27.05.2014
	24.06.2014
	29.07.2014
	26.08.2014
30.09.2014	30.09.2014
	28.10.2014
	25.11.2014
16.12.2014	16.12.2014

HARMONOGRAM POSIEDZEŃ KOMISJI KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO DZIAŁAJĄCEJ PRZY ORPiP W WAŁBRZYCHU NA ROK 2014

05.03.2014 r.; 23.04.2014 r.; 21.05.2014 r.; 11.06.2014 r.;
24.09.2014 r.; 22.10.2014 r.; 19.11.2014 r.; 10.12.2014 r.;

Zgodnie z Regulaminem Refundacji Kosztów Kształcenia ze Środków Funduszu Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego decyzję o przyznaniu refundacji podejmuje prezydium:

29.07.2014 r.; 26.08.2014 r.



WAŻNE

W związku z licznymi pytaniami dotyczącymi treści pieczętki pielęgniarki i położnej w odniesieniu do zapisów w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej w art. 8.

ust. 1 **Osobie posiadającej prawo wykonywania zawodu przysługuje prawo posługiwania się tytułem zawodowym „pielęgniarka” albo „pielęgniarz”, „położna” albo „położny”**

ust. 4 **Pielęgniarce i położnej posiadającej ukończone szkolenie specjalizacyjne przysługuje prawo posługiwania się tytułem zawodowym specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa albo dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia.**

oraz do zapisów w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w art. 10.

ust. 1 **Dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera:**

pkt. 3 lita-d

3) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie:

a) nazwisko i imię,

b) tytuł zawodowy, c) uzyskane specjalizacje,

d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,

e) podpis;

informuję, że na posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych podjęta została uchwała w sprawie treści pieczętki pielęgniarki lub położnej – poniżej w pełnym brzmieniu

Uchwała Nr 113/VI/2013

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2013 r. w sprawie treści pieczętki pielęgniarki lub położnej

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.) w związku z § 10 ust. 1 pkt 3 lit a-d rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej

oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§1. Pieczętka pielęgniarki lub położnej zawiera następujące dane:

- 1) imię i nazwisko,
- 2) tytuł zawodowy
 - a) magister pielęgniarstwa lub magister położnictwa
 - b) licencjat pielęgniarstwa lub licencjat położnictwa
 - c) pielęgniarka dyplomowana lub położna dyplomowana
 - d) pielęgniarka lub położna
- 3) uzyskane specjalizacje
- 4) numer prawa wykonywania zawodu.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRPIP
Joanna Walewander

Prezes NRPIP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO
Departament Polityki Zdrowotnej/ul. Ostrowskiego 1,
53-238 Wrocław, tel. 071 770 40 04, fax 071 770 43 11

D. Z-Z II /2337/02/14

Wrocław, 17.02.2014 r.

Pan
Aleksander Sopliński
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

W odpowiedzi na pismo MZ-PP-075-4583-19/IG/14 z dnia 21 stycznia 2014 r. w sprawie realizacji zadania dotyczącego dofinansowania miejsc specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych w 2014 roku uprzejmie informuję, że w uzgodnieniu z przedstawicielami samorządów zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie Dolnego Śląska ustalono, że priorytetowymi dziedzinami specjalizacji wskazanymi do dofinansowywania ze środków publicznych z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, są dziedziny specjalizacji:

- 1 - pielęgniarstwo opieki paliatywnej
- 2 - pielęgniarstwo zachowawcze
- 3 - pielęgniarstwo chirurgiczne
- 4 - pielęgniarstwo Ratunkowe
- 5 - pielęgniarstwo kardiologiczne
- 6 - pielęgniarstwo neonatologiczne
- 7 - pielęgniarstwo anestezjologiczne
- 8 - pielęgniarstwo przewlekłe chorych
- 9 - pielęgniarstwo geriatryczne

Jednocześnie uprzejmie informuję, że wskazane dziedziny kształcenia, w jakich pielęgniarki, położne mogą uzyskać tytuł specjalisty podane wg hierarchii ważności, będą też przydatne w realizacji pozostałych celów polityki zdrowotnej województwa.

Z poważaniem

Dyrektor
Departamentu Polityki Zdrowotnej
Jarosław Maroszek



**Informacja nr 5/2014
z działalności Akredytowanego przez ICN Centrum Badania
i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej
(ICNP ®) przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi**

Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu ul. Prezydenta Gabriela Narutowicza 58 90-136 Łódź, Tel. 42 678 87 53, fax. 42 678 03 67 email: dorota.kilanska@umed.lodz.pl

Szanowni Państwo!

Koniec roku to czas podsumowań. Choć podsumowanie to ma miejsce w lutym, jednakże warto zauważyć, że w zakresie wdrażania Klasyfikacji ICNP w Polsce możemy pochwalić się coraz szerszą świadomością tematu. Cieszy nas także zainteresowanie środowiska i bardzo dobra współpraca z różnymi gremiami. W imieniu całego Zespołu bardzo dziękuję za zaangażowanie i wytrwałość. Dziękuję także Pani Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych za przychylność dla projektu.

W 2013 r., przeprowadzono 22 warsztaty, w których udział wzięło 663 pielęgniarek i położnych. Przedstawiano także projekt podczas Konferencji, w których udział wzięło 594 uczestników. Wprowadzono ICNP ® do zajęć na uczelniach, pisano pierwsze prace licencjackie w oparciu o klasyfikację, Konsultanci Krajowi wydali stanowisko w sprawie (11.09.2013 r.). Zwracano się do MZ w celu włączenia ICNP® do sprawozdawczości dla potrzeb NFZ, podejmowano działania lobbingowe na poziomie Centrali NFZ, samorządów województwa.

ACBiR otrzymało także zgodę na tłumaczenie Katalogów "Nursing Outcome Indicators" i "Community Nursing". Jednocześnie członkowie Centrum aktywnie uczestniczyli w posiedzeniach Rady e-zdrowie w Pielęgniarstwie oraz innych spotkaniach dotyczących cyfryzacji. W 2013 r. CSIOZ zakupiło licencję SNOMED i podjęło działania dotyczące wdrożenia, odbyły się 2 posiedzenia zespołu, w którym uczestniczył przedstawiciel ACBiR.

Na przełomie roku zgłoszono także uwagi do dokumentu reguły tworzenia elektronicznej dokumentacji (pominięcie pielęgniarek w wypisie, wypisywanie recept i kierowanie do specjalistów – pielęgniarek/położnych)

Dzięki zaangażowaniu Koleżanek pielęgniarek – liderów, Akredytowane przez ICN Centrum Badania i Rozwoju ICNP(R) w Łodzi podpisało 4 umowy na przeprowadzenie pilotażu Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki

Pielęgniarskiej w podmiotach leczniczych i są to:

- 1) EMC Instytut Medyczny SA ul. Pilczycka 144-148, Wrocław (sieć 10 szpitali i przychodni);
- 2) Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny ZOZ MSW w Bydgoszczy ul. Ks. Markwanta 4-6;
- 3) SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy, ul. ks. R. Markwanta 4-6;
- 4) Szpital - Eskulap, Centrum Leczenia Chorób Serca i Naczyń w Bydgoszczy.

Ośrodki te będą stanowiły ośrodki referencyjne dla wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej z zastosowaniem Klasyfikacji ICNP (R), zgodnie z Rekomendacją Rady e-zdrowie w Pielęgniarstwie.

Informacje z działalności ACBiR ICNP ®

- 1) Podpisano porozumienie o współpracy w zakresie wdrażania i badania ICNP z Instytutem Nauk o Zdrowiu Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku i z Państwową Wyższą Szkołą Zawodową w Opolu.
- 2) Od 1 marca 2013 r. prowadzone jest badanie dot. implementacji klasyfikacji (PTP w Szczecinie i SOIPiP) wypowiedziały się 173 pielęgniarki/położne, obecnie prowadzone jest badanie wśród studentów.

9 grudnia 2013 r., w Płocku we współpracy z Instytutem Nauk o Zdrowiu, Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Płocku zorganizowano warsztaty nt. budowania planów opieki z wykorzystaniem Klasyfikacji ICNP ®.

W warsztatach 09.12.2013 uczestniczyło 28 nauczycieli akademickich, opiekunów zajęć praktycznych i praktyk zawodowych. Warsztatom towarzyszyła Konferencja szkoleniowa dot. ICNP, w której uczestniczyli nauczyciele akademicy, studentów pierwszego, drugiego i trzeciego roku kierunku Pielęgniarstwo, w liczbie 245 osób. Uczestnicy Konferencji wysłuchali referatu dot. dokumentowania w praktyce pielęgniarskiej z wykorzystaniem Klasyfikacji ICNP®.

Ponadto w 2014 r.:

- 1) 14.01. Rekomendację Rady ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie, dotyczącą wzoru elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej. Tego samego dnia Rekomendacja została przekazana do Ministra Zdrowia i Departamentu Pielęgniarek i Położnych, dostępną pod adresem http://www.umed.pl/pl/_akt/inf_tmp/2014/Rekomendacje%20w%20sprawie%20projektu%20EDM%20przez%20Rade%20e-zdrowie.pdf.
- 2) 14.01 CSIOZ rozpoczęło procedurę tłumaczenia Klasyfikacji ICNP(R), wersji 2013; do tłumaczenia są terminy z 666 rekordów w tym 117 nowych diagnoz pielęgniarskich (pielęgniarstwo środowiskowe) i walidacja 3895 rekordów w celu wyczyszczenia – przewidywany termin czerwiec-lipiec.

- 3) W marcu 2014 r. przewiduje się opublikowanie podręcznika do nauczania Klasyfikacji pokazujący nie tylko dorobek ostatnich 20 lat pracy nad Klasyfikacją przez środowisko pielęgniarskie, ale także rekomendowany wzór dokumentacji oraz przykładowe plany opieki dla potrzeb dokumentowania czynności pielęgniarskich.
- 4) W styczniu 2014 r. przygotowano 129 planów opieki dotyczących opieki środowiskowej. Było to możliwe dzięki aktywnej pracy studentów III roku Kierunku Pielęgniarstwo: Małgorzaty Greber, Anity Szczepanik, Dominika Chałupnika i Marleny Cichosz podczas zajęć z przedmiotu Podstawowa opieka zdrowotna. Przygotowano wystandaryzowane przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek plany opieki, w kolejnym etapie będą podlegać sprawdzeniu technicznemu, następnie zostaną przekazane do CSIOZ. Zainteresowani plikami będą mogli otrzymać je z CSIOZ.
- 5) Ministrowi Zdrowia przekazano Rekomendację nr 1 Rady ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie dotyczącą propozycji dokumentacji pielęgniarskiej, informacje znajdują się pod adresem **http://www.umed.pl/pl/_akt/inf_tmp/2014/Rekomendacje%20w%20sprawie%20projektu%20EDM%20przez%20Rade%20e-zdrowie.pdf**

Dziękujemy raz jeszcze wszystkim, którzy dokładali starań dla rozwoju projektu.

Dorota Kilańska - Dyrektor ACBiR ICNP® przy UM w Łodzi

DODATKOWE INFORMACJE:

Strona internetowa Centrum

<http://www.umed.pl/pl/index1.php?dir=icnp&mn=akt>

Informacje o ICNP na stronie www Międzynarodowej Rady Pielęgniarek

<http://www.icn.ch/pillarsprograms/international-classification-for-nursing-practice-icnp/>

Prezentacje o ICNP w j. angielskim <http://www.icn.ch/pillarsprograms/icnp-conference-presentations/>

Kongres ICN Melbourne – więcej

<http://www.umed.pl/pl/index1.php?dir=icnp&mn=tresc-icnp&txt=3246>

Prezentacje z konferencji dotyczące Telepielęgniarstwa

<http://www.icn.ch/networks/telenursing-conference-presentations/> Publikacja ICN (w j. angielskim)

"Poradnik technicznej implementacji Klasyfikacji ICNP (R)"

Spotkanie Konsorcjum akredytowanych przez ICN centrów badania

i rozwoju ICNP ® <http://www.umed.pl/pl/index1.php?dir=icnp&mn=tresc-icnp&txt=3246>

Osoby zainteresowane szkoleniem z zakresu ICNP ® proszone są o

zgłoszenia za pomocą formularza <https://docs.google.com/forms/d/1PL-plP-3lrbqyTef-tlgCnIDGPIqN9WskUI5iLdjI5M/viewform>,

po podaniu danych kontaktowych, będziemy kontaktować się indywidualnie.

WAŻNE Uprzejmie informujemy instytucje zainteresowane badaniem i rozwojem Klasyfikacji (uczelnie, podmioty lecznicze), że istnieje możliwość podpisania umowy o współpracy w zakresie rozwijania, badania i nauczania czy też prowadzenia pilotażu Klasyfikacji ICNP ®.



NOWOŚCI NA RYNKU WYDAWNICZYM

1) "Standardy domowej pielęgniarstwa długoterminowej"

Wstęp

1. Standard domowej pielęgniarstwa długoterminowej
2. Standard domowej pielęgniarstwa długoterminowej nad podopiecznym w niedożywieniu
3. Standard domowej pielęgniarstwa długoterminowej nad podopiecznym w stanie odwodnienia
4. Standard domowej pielęgniarstwa długoterminowej nad podopiecznym w starszym wieku z ograniczoną ruchomością, z nietrzymaniem moczu i/lub stolca
5. Standard domowej pielęgniarstwa długoterminowej nad podopiecznym z owrzodzeniem podudzi
6. Standard domowej pielęgniarstwa długoterminowej nad podopiecznym w późnym okresie pooperacyjnym lub niekwalifikującym się do ponownej endoprotezoplastyki stawu biodrowego
7. Standard domowej pielęgniarstwa długoterminowej nad podopiecznym po amputacji kończyny
8. Standard domowej pielęgniarstwa długoterminowej nad podopiecznym po upadku/z ryzykiem kolejnego upadku
9. Standard domowej pielęgniarstwa długoterminowej nad podopiecznym z wyłonioną stomią
10. Standard pielęgniarstwa domowej opieki długoterminowej nad podopiecznym w zespole otępiennym
11. Standard domowej pielęgniarstwa długoterminowej nad podopiecznym po dokonanych niedokrwiennym udarze mózgu
12. Standard domowej pielęgniarstwa długoterminowej nad podopiecznym w IV i V stadium choroby Parkinsona
13. Standard domowej pielęgniarstwa długoterminowej nad podopiecznym w III fazie choroby Alzheimera
14. Standard domowej pielęgniarstwa długoterminowej nad podopiecznym ze stwardnieniem rozsianym w zaawansowanej fazie w różnych postaciach choroby
15. Standard domowej pielęgniarstwa długoterminowej nad podopiecznym z reumatoidalnym zapaleniem stawów w III i IV stadium choroby
16. Standard domowej pielęgniarstwa długoterminowej nad podopiecznym umierającym

2) "Wybrane procedury postępowania pielęgniarskiego w warunkach domowych"

I. PROCEDURY HIGIENICZNO-PIELĘGNACYJNE

1. Mycie rąk przez pielęgniarkę w warunkach domowych
2. Zakładanie rękawiczek ochronnych jednorazowego użytku (niejałowych, jałowych) przez pielęgniarkę w warunkach domowych
3. Prześcielenie łóżka/zmiana bielizny pościelowej (całkowita, częściowa) obłożnie choremu w warunkach domowych
4. Kąpiel/mycie podopiecznego w łóżku w warunkach domowych
5. Kąpiel w wannie/pod prysznicem podopiecznego w warunkach domowych
6. Mycie głowy podopiecznemu w łóżku w warunkach domowych
7. Zmiana bielizny osobistej podopiecznemu w łóżku w warunkach domowych
8. Mycie zębów/toaleta jamy ustnej w warunkach domowych
9. Golenie zarostu w warunkach domowych podopiecznemu leżącemu
10. Wymiana worka do moczu w warunkach domowych
11. Podanie basenu/kaczki, założenie pieluchomajtek w warunkach domowych
12. Toaleta pośmiertna w warunkach domowych

II. PROCEDURY PIELĘGNACYJNO-LECZNICZE

1. Karmienie i pojenie podopiecznego leżącego w warunkach domowych
2. Założenie, pielęgnacja i usunięcie zgłębnika żołądkowego w warunkach domowych
3. Karmienie podopiecznego przez zgłębnik żołądkowy (założony przez nos, usta), przetokę odżywczą w warunkach domowych
4. Pielęgnowanie skóry wokół przetoki i wymiana worka stomijnego podopiecznemu w warunkach domowych
5. Wykonanie wlewki doodbytniczej przeczyszczającej/lecniczej, wlewu doodbytniczego, lewatywy w warunkach domowych
6. Założenie suchej rurki do odbytu podopiecznemu leżącemu w warunkach domowych
7. Ręczne wydobycie kału w warunkach domowych
8. Cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiet i jałowe podmycie krocza w warunkach domowych
9. Płukanie pęcherza moczowego u podopiecznego w warunkach domowych
10. Oklepywanie klatki piersiowej podopiecznemu w warunkach domowych
11. Nacieranie skóry podopiecznemu w warunkach domowych
12. Pielęgnowanie tracheostomii w warunkach domowych
13. Toaleta drzewa oskrzelowego - odsysanie przez nos/usta, tchawicę w warunkach domowych

14. Okład zimny w warunkach domowych
15. Okład ciepły wykonany w warunkach domowych
16. Założenie i zmiana opatrunku w warunkach domowych
17. Podawanie leków doustnych w warunkach domowych
18. Założenie czopka w warunkach domowych
19. Podawanie leków przezskórnie/na skórę w warunkach domowych
20. Wykonanie inhalacji w warunkach domowych
21. Zakrapianie/zakładanie leku do oka w warunkach domowych
22. Zakrapianie/zakładanie leku do nosa w warunkach domowych
23. Zakrapianie/zakładanie leku do ucha w warunkach domowych
24. Wstrzyknięcie podskórne w warunkach domowych
25. Wstrzyknięcia domięśniowe w warunkach domowych
26. Wstrzyknięcia dożylna metodą igłową/motyłkową w warunkach domowych
27. Kropłowy wlew dożylny w warunkach domowych
28. Założenie i pielęgnowanie obwodowego kontaktu żylnego w warunkach domowych
29. Zdjęcie szwów chirurgicznych w warunkach domowych
30. Podawanie tlenu w warunkach domowych
31. Założenie/przystawianie baniek lekarskich (bezogniowe) w warunkach domowych

III. PROCEDURY DIAGNOSTYCZNE

1. Ocena stanu ogólnego podopiecznego przez pielęgniarkę w warunkach domowych
2. Pomiar temperatury ciała w warunkach domowych
3. Pomiar i obserwacja oddechu w warunkach domowych
4. Pomiar glikemii w krwi włosniczkowej glukometrem w warunkach domowych
5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi w warunkach domowych
6. Pomiar tętna w warunkach domowych
7. Pomiar obrzęków w warunkach domowych
8. Bilans płynów w warunkach domowych
9. Pobranie krwi do badań w warunkach domowych
10. Pobranie moczu do badania ogólnego w warunkach domowych
11. Pobranie moczu na posiew w warunkach domowych
12. Pobranie kału do badania w warunkach domowych
13. Pobranie płwociny do badania w warunkach domowych
14. Pobranie wymazu z nosa w warunkach domowych

15. Pobranie wymazu z gardła w warunkach domowych
16. Pobranie wymazu z rany w warunkach domowych

IV. PROCEDURY USPRAWNIAJĄCE

1. Ćwiczenia bierne w warunkach domowych
2. Ćwiczenia czynne/ogólnousprawniające prowadzone w warunkach domowych
3. Pomoc przy siadaniu w łóżku w warunkach domowych
4. Pomoc przy wstawaniu z łóżka w warunkach domowych
5. Gimnastyka oddechowa w warunkach domowych
6. Drenaż ułożeniowy w warunkach domowych
7. Zmiana pozycji ułożeniowej w łóżku w warunkach domowych
8. Hartowanie kikuta amputowanej kończyny w warunkach domowych
9. Kształtowanie kikuta amputowanej kończyny w warunkach domowych



Z PRAC KOMISJI I ZESPOŁÓW DZIAŁAJĄCYCH PRZY ORPiP W WAŁBRZYCHU

Stosowanie i dokumentowanie zastosowania przymusu bezpośredniego

Przymus bezpośredni

"polega na ograniczeniu ruchów osoby, bądź unieruchomieniu przy użyciu siły fizycznej, środków mechanicznych lub innych, w celu zapewnienia bezpieczeństwa własnego i otoczenia, wykonywania zabiegów leczniczych, pielęgnacyjnych lub tym podobne", (definicja) Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi można stosować tylko wtedy, gdy:

- 1) dopuszczają się zamach przeciwko:
 - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
 - b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
- 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkodzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, (art. 18 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, zwanego dalej „ustawą”)

Wyróżnia się cztery rodzaje przymusu:

1. Przytrzymanie
2. Przymusowe zastosowanie leków
3. Unieruchomienie
4. Izolacja

Przytrzymanie - jest doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniem osoby z użyciem siły fizycznej. Interwencja ta uniemożliwia pacjentowi wykonanie jakiegokolwiek niepożądanego czynności (ucieczka, uderzenie) lub zmusza go do poddania się działaniom personelu w zakresie niektórych zabiegów leczniczych i czynności pielęgnacyjnych.

Przymusowe zastosowanie leków - jest doraźnym, przewidzianym w planie postępowania leczniczego, wprowadzeniem leków do organizmu osoby - bez jej zgody.

Unieruchomienie - jest dłużej trwającym obezwładnieniem osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa.

Izolacja - polega na umieszczeniu osoby pojedynczo w zamkniętym pomieszczeniu. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji powinno zapewnić swobodny nadzór nad pacjentem, zabezpieczać przed uszkodzeniem ciała oraz stwarzać optymalne warunki bytowe i sanitarne.

Sposób postępowania przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego

A. Przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w pomieszczeniu jednoosobowym. W przypadku braku możliwości umieszczenia osoby w pomieszczeniu jednoosobowym, ta forma przymusu może być stosowana w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu, zapewniając poszanowanie jej godności i intymności, szczególnie podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych.

B. Przymus bezpośredni w formie izolacji jest stosowany w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz w sposób odpowiadający pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom jednostki organizacyjnej. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalacje monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą w nim przebywającą (termin wejścia w życie przepisu 1 stycznia 2014 r.).

1. Zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego środka spośród wymienionych w **ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375.)**:

art. 3 Ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o:

pkt 6 przymusie bezpośrednim, bez wskazania środka przymusu bezpośredniego, należy przez to rozumieć:

- a) przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej,**
- b) przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby –bez jej zgody,**
- c) unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych,**
- d) izolację – umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.**

2. Przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania.
3. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu, na czas nie dłuższy niż 4 godziny oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie.
4. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje pielęgniarka, która jest zobowiązana niezwłocznie powiadomić lekarza.
5. Lekarz po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę albo nakazuje zaprzestanie jego stosowania.
6. Lekarz, po osobistym zbadaniu osoby, może przedłużyć stosowanie przymusu w formie unieruchomienia lub izolacji na kolejne dwa okresy nie dłuższe niż 6-godzinne.
7. Po dwukrotnym przedłużeniu stosowania przymusu w tych formach, dalsze przedłużenie stosowania tych środków na następne okresy nie dłuższe niż 6-godzinne jest dopuszczalne po każdorazowym zbadaniu osoby oraz uzyskaniu opinii innego lekarza psychiatry.
8. Po upływie 24 godzin stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, lekarz powiadamia również ordynatora (lekarza kierującego oddziałem, z-cę dyrektora do spraw medycznych).
9. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej czas stosowania wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji nie może przekroczyć 8 godzin. Dalsze stosowanie przymusu bezpośredniego tych formach może być stosowane jedynie w warunkach szpitalnych.
10. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty.
11. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, należy odebrać przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla życia i zdrowia tej albo innych osób (w szczególności przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła i źródło ognia).
12. Pielęgniarka dyżurna kontroluje stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby. **Adnotacje o stanie fizycznym osoby zamieszcza bezzwłocznie w karcie unieruchomienia lub izolacji.**

W czasie kontroli pielęgniarka:

- ocenia prawidłowość unieruchomienia, w szczególności sprawdza, czy pasy, uchwyty, prześcieradła, kaftan bezpieczeństwa lub inne urządzenia techniczne nie są założone zbyt luźno albo zbyt ciasno;
- zapewnia krótkotrwałe częściowe albo całkowite uwolnienie osoby od

- fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny.
13. W przypadku zagrożenia życia lub zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej pielęgniarka jest zobowiązana natychmiast powiadomić o tym lekarza.
 14. Po zaleceniu zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz lub osoba, która podjęła decyzję o stosowaniu przymusu wypełnia niezwłocznie kartę unieruchomienia lub izolacji, uzasadniając przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego, wybór środka przymusu bezpośredniego i czas jego stosowania.
 15. Kartę unieruchomienia lub izolacji załącza się do historii choroby. Kopię karty unieruchomienia lub izolacji przekazuje się w ślad za zawiadomieniem, po zakończeniu stosowania przymusu bezpośredniego, a w przypadku przedłużenia jego stosowania nie później niż po upływie każdych kolejnych 24 godzin jego stosowania.

Dokumentacja stosowania przymusu bezpośredniego

Zastosowanie każdego środka przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w indywidualnej i zbiorowej dokumentacji medycznej. Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 roku w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. 740) zastosowanie przymusu bezpośredniego powinno być udokumentowane przez:

1. W przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego, lekarz zamieszcza informację o jego zastosowaniu w historii choroby, w której odnotowuje:

- a) zastosowany środek przymusu;
- b) przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego, w tym uzasadniające wybór środka przymusu bezpośredniego;
- c) czas stosowania przymusu bezpośredniego oraz przyczyny jego ewentualnego przedłużenia;
- d) informację o uprzedzeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, że środek ten ma zostać wobec niej podjęty.

2. Pielęgniarka w księdze raportów pielęgniarskich odnotowuje również informację o:

- a) zastosowany środek przymusu;
- b) przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego, w tym uzasadniające wybór środka przymusu bezpośredniego;
- c) czas stosowania przymusu bezpośredniego oraz przyczyny jego ewentualnego przedłużenia;
- d) informację o uprzedzeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, że środek ten ma zostać

- e) osobie zlecającej zastosowanie przymusu bezpośredniego;
- f) osobach wykonujących przymus bezpośredni;
- g) przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego, w tym o skutkach stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, wobec której został on podjęty.

**Anna Brodzińska –
Członek Zespołu
ds. Lecznictwa stacjonarnego**

Podstawy prawne:

- **USTAWA z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego**
- **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania**
- **Program edukacyjny dla pielęgniarek w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego**

autorzy : Danuta Grochowska, Luiza Błaszowska

22 stycznia 2014 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie sposobu dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego wydane na podstawie upoważnienia zawartego w ustawie z dnia 22 listopada o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2014 r. poz. 24)



SPRAWOZDANIA Z KONFERENCJI

W dniach 17-19 września odbyła się w Toruniu XVI Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej pt. „Działania terapeutyczne w opiece długoterminowej”. Było to największe w Polsce wydarzenie poświęcone temu obszarowi opieki i jak co roku skupiało ponad tysiąc uczestników z całej Europy.

Konferencja od 15 lat organizowana jest przez Polską firmę o globalnym zasięgu- Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych S.A. Od pierwszych edycji Partnerem i Patronem Merytorycznym Konferencji jest Polskie Towarzystwo Gerontologiczne.

Do współpracy włączają się także zagraniczne organizacje, między innymi European Association for Directors and Providers of Long – Term Care Services for the Elderly E.D.E.

Konferencja rozpoczęła się wieczorem inauguracyjnym w Operze Nova w Bydgoszczy, na którym uczestniczyliśmy w wykładzie inauguracyjnym oraz wieczorze artystycznym i bankiecie. Oglądaliśmy film poświęcony rozwojowi Toruńskich Zakładów Materiałów Opatrunkowych.

Sesja I Konferencji poświęcona była leczeniu bólu.

Analizując problem bólu jako zjawiska psychosomatycznego, należy traktować ból jako proces wieloetapowy, w którym reakcje psychiczne są ściśle powiązane z poszczególnymi etapami:

Etap I. - zwany zmysłowo-dyskryminacyjnym - oznacza bezpośrednią reakcję czucia bólu jako odpowiedzi na pobudzenie nocycceptorów.

Etap II- prawie równocześnie się pojawia. Jest prostą psychiczną reakcją – przykrość na doznanie bólowe.

Etap III – poznawczo-wartościujący- w którym zaangażowane są wyższe funkcje psychiczne - zależne od cech osobowości, systemu wartości, oceny bólu itp. W tym etapie dochodzi do rozróżnienia między bólem, odbieranym jako ból, a cierpieniem, będącym psychicznym przetworzeniem bólu. U osób z zaburzeniami psychicznymi reakcje na ból są jeszcze bardziej skomplikowane. Omawiając problem bólu, konieczne jest zwrócenie uwagi na próg czucia bólu - względnie stabilny, i próg tolerancji bólu - bardzo zależny od stanu psychicznego. Zaburzenia psychiczne dzielimy na zaburzenia czynnościowe - nerwicowe i zaburzenia przewlekłe,

uwarunkowane organicznie. Zaburzenia nerwicowe występują głównie w formie zespołów lękowych lub depresyjnych. U osób cierpiących na ww. zaburzenia bardzo typowe jest znaczne obniżenie progu tolerancji na ból, co klinicznie może wyrażać się większym zapotrzebowaniem na leki przeciwbólowe i silniejszą reakcją na ból. Bardzo często w warunkach pobytu na oddziale można zaobserwować tzw. efekt nocebo, będący wyrazem zależności reakcji na ból od psychologicznych uwarunkowań otoczenia. Podobną reakcję na ból można zaobserwować u osób z organicznym uszkodzeniem mózgu wyrażonym w formie zaburzeń zachowania. Natomiast w przypadku otępienia lub w ostrych zespołach psychotycznych (np. delirium) próg tolerancji bywa podwyższony. Dodatkowym problemem są trudności oceny bólu w tej ostatniej grupie chorych. Jako sprawę bezdyskusyjną przyjmuje się zasadę oceny bólu na podstawie własnych wypowiedzi chorego (do czego służy bardzo wiele testów). Dla chorych z otępieniem opracowano inne narzędzia badawcze (np. Skalę Doloplus), które - wprawdzie niedoskonałe - powinny być wykorzystywane w celach zarówno diagnostycznych, jak i do monitorowania przebiegu i skuteczności stosowanego leczenia. Ból, jako subiektywnie przykre i negatywne wrażenie zmysłowe i emocjonalne powstające w wyniku faktycznego lub zagrażającego uszkodzenia, występuje u 5%–83% pensjonariuszy opieki długoterminowej. Ból, mimo że przez osoby starsze bywa akceptowany i staje się składową tej części życia, stanowi przyczynę pogorszenia: nastroju, snu, wydolności funkcjonalnej i jakości życia, a także izolacji społecznej, depresji, pogorszenia zdolności komunikacji. Ból, mimo że tak rozpowszechniony w środowisku pensjonariuszy opieki długoterminowej, jest jednym z najważniejszych objawów chorobowych i nie powinien być nigdy traktowany czysto objawowo, lecz w każdym przypadku należy przeprowadzić analizę jego przyczyny. Wśród czynników wpływających na nieadekwatność diagnostyki i leczenia bólu u pensjonariuszy opieki długoterminowej wymienia się: trudność różnicowania i oceny nasilenia bólu (zwłaszcza u osób z ograniczoną świadomością), rotację lekarzy i personelu opiekuńczego oraz obawę przed działaniami ubocznymi leczenia. Chociaż dobór stosowanych u pensjonariuszy opieki długoterminowej leków przeciwbólowych zazwyczaj odpowiada wytycznym opartym na dowodach, to niedostatek skuteczności leczenia bólu wynika ze zbyt częstego stosowania leków na żądanie, nieosiągnięcia dawek wystarczających do uśmierzania bólu (lub stosowanie dawek niewspółmiernych do wieku i masy ciała pensjonariusza) oraz zbyt rzadkie stosowanie niefarmakologicznych metod leczenia bólu (NMLB). Niefarmakologiczne Metody Leczenia Bólu odgrywają ważną rolę w terapii pensjonariusz opieki długoterminowej. Efekty uboczne są niemalże niezauważalne. Do działań takich należą: edukacja pacjenta, terapie poznawczo-behawioralne, techniki stymulacyjne, kinezyterapia, fizykoterapia, hydroterapia, masaż, okresowe unieruchomienie, zabiegi

manualne, adaptowana aktywność fizyczna, akupunktura, igłoterapia, balneoterapia, joga, interwencje dietetyczne, muzykoterapia, terapia zajęciowa, stosowanie technologii wspomagających funkcjonowanie, oraz chirurgiczne metody, które w niniejszym opracowaniu nie zostaną omówione. Zastosowanie w leczeniu bólu bodźców fizykalnych takich, jak: czynniki termiczne (ciepło, zimno, zabiegi krioterapeutyczne), elektroterapia, biostymulacja laserowa, ultradźwięki, pole elektromagnetyczne, biostymulacja laserowa, pole magnetyczne małej częstotliwości powoduje uruchomienie w lokalizacji receptorów bólu łuku odruchowego: receptor - ośrodkowy układ nerwowy - efektor. W tkankach występują zmiany molekularne i hormonalne. W płynach tkankowych dochodzi do wzrostu histaminy, serotoniny i endorfiny, zmiany zawartości cytokin, niektórych białek i peptydów, a także zmiany mikrokrążenia w tkankach. Zabieg taki jak elektrostymulacja, poza działaniem przeciwbólowym, może zapobiegać zanikom mięśni, poprawia trofikę tkanek objętych zabiegiem i normalizuje napięcie mięśniowe. Stosując zabiegi fizykoterapeutyczne można zmniejszyć natężenie i częstotliwość występowania bólu, zredukować zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe, a pośrednio poprawić aktywność ruchową oraz usprawnić lokomocję.

Sesja II Konferencji poświęcona była nowoczesnym metodom diagnozowania, leczenia i postępowania terapeutycznego u pacjentów z uszkodzeniami mózgu.

Nowa wiedza może prowadzić do ponownego zdefiniowania istniejących taksonomii klinicznych. Uważa się, że zmiany te doprowadzą do dyskusji na tematy związane z kwestiami etyki i prawa, kompetencje pacjenta będą musiały zostać przywrócone w kontekście zastosowania współczesnej technologii (np. interfejsów mózgowo-komputerowych), które mogą umożliwić im wyrażanie życzeń, a nawet preferencji związanych z zakończeniem życia. W obecnej chwili, takie rozwiązania technologiczne są na poziomie eksperymentalnym i wymagają standaryzacji jeśli miałyby zostać wykorzystane w praktyce klinicznej. Rzeczywistość kliniczna wymaga przeprowadzenia szybkiej i właściwej oceny na poziomie indywidualnego pacjenta. Przewidujemy, że integracyjne podejście wielomodalnego prowadzenia testów pozwoli rzucić światło na patofizjologię każdego pacjenta i mechanizmy, które za nią odpowiadają.

Sesja III Konferencji poświęcona była zarządzaniu placówkami opieki długoterminowej i dotyczyła Systemu Zarządzania Indywidualnymi Planami Opieki (SZIPO) – informatyczny system wspierający organizację pracy, jakości opieki oraz bezpieczeństwo pacjenta w ośrodkach MEDI -system.

Celem systemu jest automatyzacja tworzenia IPO pacjentów oraz planów organizacji ośrodka przy efektywnym wykorzystaniu dostępnego personelu oraz rejestracja i analiza danych.

DANE WEJŚCIOWE Aby cel mógł być osiągnięty, do systemu muszą być wprowadzone dane wejściowe w tym m.in.: grafiki, stanowiska i kompetencje personelu, definicje czynności (obejmujące czas trwania, powiązania z innymi, kompetencje personelu i in.), kalendarz, położenie sal w ośrodku oraz oczywiście dane pacjentów z opracowanymi dla nich IPO – tj.: listą czynności i przybliżonym terminem ich wykonania.

MECHANIZM DZIAŁANIA Po zakończeniu wprowadzenia danych wejściowych uruchamiany jest Moduł Automatycznego Harmonogramowania (MAH) stanowiący serce całego systemu, działający w rygorze licznych reguł (algorytmów) walidacyjnych i optymalizacyjnych (patrz dalej). Efektem działania MAH jest przydzielenie do wykonania poszczególnym pracownikom czynności zaplanowanych w IPO pacjentów, a dodatkowo (o czym wcześniej nie wspomniano) także czynności, które nie wiążą się bezpośrednio z pacjentem jak np. udział w raporcie, szkoleniu, wykonywanie innych czynności np. porządkowych itp.) Działanie MAH oparte jest o ponad 50 algorytmów matematycznych ograniczonych regułami walidacyjnymi i optymalizacyjnymi. Należą do nich m.in.:

- sprawdzenie dostępności pacjenta i personelu;
- sprawdzenie posiadania kompetencji personelu do wykonania danej czynności;
- łączenie czynności w danej części ośrodka;
- łączenie czynności logicznie następujących po sobie
- sprawiedliwy podział zadań według obciążenia pracowników;
- priorytetyzacja czynności (ważniejsze przydzielane w pierwszej kolejności) i in.

SZIPO to w równym stopniu ułatwienie i usystematyzowanie codziennej pracy dla członków zespołu sprawujących opiekę nad pacjentami w danym ośrodku, jak i zaawansowane narzędzie dla kadry zarządzającej odpowiedzialnej za kosztowo-efektywność, nadzór nad prawidłową realizacją procedur oraz za szeroko pojęte bezpieczeństwo pacjenta. Obecnie praca wszystkich ośrodków prowadzonych przez Firmę MEDI-system jest planowana i nadzorowana w systemie **SZIPO**. System zarządza

200 rodzajami czynności pacjentów oraz 50 rodzajami czynności związanymi z funkcjonowaniem samego ośrodka (raporty, udział w szkoleniach, czynności porządkowe, nadzór nad infrastrukturą itp.). Codziennie korzysta z niego ponad 260 pracowników. Każdy pacjent (ZOL czy Oddziałów Rehabilitacji) ma zdefiniowany w systemie swój Indywidualny Plan Opieki, obejmujący średnio 14 czynności. Ze względu na nisko marżowy charakter świadczonych usług, bardzo precyzyjne zarządzanie kosztami było zawsze jednym z kluczowych zadań kadry zarządzającej. SZIPO jest narzędziem, dzięki któremu strategia rozwoju Firmy może być stosowana w sposób efektywny, skuteczny i z jednoczesnym spełnieniem obowiązujących wymogów i standardów medycznych.

Sesja IV dotyczyła dobrych praktyk w opiece nad pacjentem z chorobami otępiennymi:

Terapia ogrodnicza jest rodzajem terapii zajęciowej wykorzystującej rośliny, prace ogrodnicze oraz tereny zieleni przez profesjonalnych terapeutów w celu poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego osób chorych. Jest terapią zorientowaną na pacjenta, używa aktywności ogrodniczych i roślin, by osiągnąć określone cele terapeutyczne i rehabilitacyjne. Działania te koncentrują się na maksymalizacji funkcji społecznych, poznawczych, fizycznych i psychicznych pacjenta. Najczęstszym terenem działań terapeutycznych jest ogród dostosowany do potrzeb pacjentów. Ogrodnicze zajęcia terapeutyczne mogą polegać na biernym korzystaniu z ogrodu (spacery, aktywność fizyczna, doznania sensoryczne, widok ogrodu) oraz na aktywnej pracy z roślinami (siew, sadzenie, prace pielęgnacyjne, zbiory, tworzenie kompozycji roślinnych). Najważniejszymi elementami terapii ogrodniczej są: zdefiniowani pacjenci z określonymi potrzebami terapeutycznymi, cele terapii bazujące na standardowych procedurach terapeutycznych, rośliny i aktywności ogrodnicze oraz terapeuta lub zespół terapeutów. Pacjent jest centralną częścią hortiterapii, jest zarówno odbiorcą, jak i inicjatorem procesu leczenia. Prace ogrodnicze dobierane są odpowiednio do celów terapii - zdefiniowanych na podstawie rodzaju schorzenia, wywiadu medycznego i wieku pacjenta - według których określa się jego potrzeby tak, by terapia przyniosła właściwy efekt. Rośliny są narzędziami stosowanymi przez terapeutę i ułatwiają proces terapeutyczny. Są nośnikiem do stworzenia odpowiedniej, pozytywnej relacji terapeuta - pacjent. Terapeuta, jako aktywny uczestnik procesu terapii, jest odpowiedzialny za zaplanowanie sesji, interakcję z pacjentem, zapisanie wyników terapii. W zintegrowanym - medycznym i fizjoterapeutycznym - podejściu do terapii pacjentów pozostających pod opieką długoterminową bierze się pod uwagę diagnostykę, ocenę, leczenie, ale także potrzeby fizyczne, stan emocjonalny, psychologiczny i socjologiczny pacjenta. Osoby sprawujące

opiekę nad takim pacjentem rozumieją, że początek choroby przewlekłej i spowodowane tym ograniczenie sprawności powodują zakłócenie życia rodzinnego pacjenta, jego planów związanych z przyszłością, zmianę wizerunku swojego ciała, zakończenie rozwoju zawodowego, ograniczenie kontaktów towarzyskich i w konsekwencji obniżenie samooceny, poczucia bezpieczeństwa i niezależności. Prowadzi to często do zagrożenia integralności psychicznej pacjenta, który reaguje niepokojem, depresją, negacją, przygnębieniem, wycofaniem. To wszystko ujemnie wpływa na motywację pacjenta w procesie leczenia. W takiej sytuacji odpowiednio dobrana terapia motywuje pacjenta do współpracy z lekarzami i personelem medycznym. Zastosowanie ogrodnictwa jako aktywności terapeutycznej oferuje liczne zalety i możliwości uniwersalnego przekazu. Ponadto, prace ogrodnicze wszechstronnie odpowiadają na potrzeby psychologiczne pacjentów. Rośliny są bowiem symbolem życia i rozwoju, są narzędziem, które pomaga powrócić do zdrowia.

Najczęstszymi celami osiąganymi za pomocą terapii ogrodniczej w rehabilitacji osób przewlekle chorych są:

- stymulacja sensoryczna.
- stymulacja umiejętności fizycznych
- stymulacja społeczna i poprawa stanu psychicznego

Sesja V dotyczyła Unijnej perspektywy w polskiej opiece długoterminowej

Fundusze norweskie i EOG na lata 2009-2014, czyli Norweski Mechanizm Finansowy (NMF) oraz Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego (MF EOG) 2009-2014, są formą bezzwrotnej pomocy zagranicznej udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – w tym przypadku: Norwegię, Islandię i Liechtenstein (Państwa-Darczyńcy). Polska otrzymała najwięcej środków finansowych wśród Państw-Beneficjentów (578,1 mln euro), w tym na obszar programowy *Inicjatywy na rzecz ochrony zdrowia* 76 mln euro. Oznacza to wzrost nakładów finansowych w stosunku do kwoty, którą dysponował priorytet *Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem* w ramach NMF i MF EOG 2004-2009 (niecałe 60 mln euro). W obecnej edycji funduszy norweskich i EOG Minister Zdrowia pełni funkcję Operatora Programu dla dwóch Programów Operacyjnych: PL07 Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych oraz PL13 Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

Program PL07 Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych, odpowiadając na zdiagnozowane potrzeby społeczne oraz tendencje rozwojowe w opiece zdrowotnej, przewiduje trzy obszary interwencji:

- 1) Poprawa opieki perinatalnej – świadczenia z zakresu profilaktyki, diagnostyka i leczenie w celu zwiększenia liczby urodzeń,

- 2) Lepsze dostosowanie opieki zdrowotnej w celu sprostanania potrzebom szybko rosnącej populacji osób przewlekle chorych i niesamodzielných oraz osób starszych,
- 3) Profilaktyka chorób nowotworowych mająca na celu zmniejszanie wskaźnika zachorowalności i śmiertelności z powodu nowotworów w Polsce.

W okresie od 15 marca 2013 r. do 28 czerwca 2013 r. trwał otwarty nabór wniosków aplikacyjnych do Programu PL07, w ramach którego całkowita alokacja środków dostępnych z grantu MF EOG i NMF wynosiła 217 600 286 PLN, tj. 52 545 225 euro. Wśród złożonych w naborze ponad 580 wniosków, ponad 40% aplikacji dotyczy obszaru programowego Lepsze dostosowanie opieki zdrowotnej w celu sprostanania potrzebom szybko rosnącej populacji osób przewlekle chorych i niesamodzielných oraz osób starszych.

Obecnie trwa ocena złożonych wniosków, przeprowadzana w oparciu o kryteria formalne, a następnie merytoryczno – techniczne. Po jej zakończeniu zostanie sporządzona lista rankingowa projektów. Dofinansowanie będzie przyznawane zgodnie z kolejnością projektów na liście, do wyczerpania dostępnej w ramach naboru alokacji. Operator Programu nie przewiduje przeprowadzenia kolejnych naborów w Programie PL07.

Dziękujemy OIPiP w Wałbrzychu za umożliwienie uczestnictwa w tej Konferencji.

Maria Muszkieta

kier. Zakładu Opiekuńczo –
Leczniczego w ZOZ Kłodzko

Renata Rosenbeiger – Żelazko

kier. Zakładu
Opiekuńczo – Leczniczego
w Bystrzyckim Centrum Zdrowia

W dniach 2-3 XII 2013 w Warszawie odbyła się już XX konferencja poświęcona problematyce HFWAIDS. Główny temat tej jubileuszowej konferencji to „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie”.

To naukowe spotkanie służyło nie tylko przekazaniu istotnej wiedzy, wymianie poglądów i doświadczeń ale i podsumowaniu 20 - letniego dorobku w walce z epidemią. Blok tematyczny poszczególnych sesji przedstawiał się następująco:

1. Terapia zakażeń HIV
 - modele i praktyka leczenia substytucyjnego
 - aktualne problemy w grupie MSM
2. Przyszłość testowania w Polsce i w Europie
3. Kobieta seropozytywna - nowe możliwości i wyzwania
4. Perspektywy dorosłego życia dla dzieci zakażonych HIV
5. Długie życie z HIV - wyzwania wykraczające poza leczenie antyretrowirusowe
6. Edukacja seksualna oraz profilaktyka HIV/AIDS - krytyczna ocena.

Pierwszy dzień tych spotkań był uwieńczony uroczystą kolacją z okazji Światowego Dnia AIDS, podczas której wręczono „czerwone kokardki” (odznaczenia), osobom szczególnie zasłużonym oraz statuetki dla zwycięzców konkursu „Pozytywnie otwarci”.

O HIV i AIDS można wiele pisać ale szczególnie chcemy zaakcentować problematykę testowania, gdyż naszym zdaniem wczesna diagnostyka umożliwia wczesne wdrożenie leczenia a to z kolei gwarantuje jego skuteczność i zwiększa komfort życia ludzi zakażonych. A więc słów kilka o testowaniu i Punktach - Konsultacyjno Diagnostycznych.

Jednym z wielu zagadnień przedstawionych podczas konferencji było poradnictwo około testowe, które wg UNAIDS to: poufny dialog, którego głównym zadaniem jest zmniejszenie stresu i napięcia emocjonalnego związanego z badaniem oraz przebycie przez pacjenta/klienta świadomej decyzji o jego wykonaniu (...). Do tego celu zostały powołane Punkty Konsultacyjno-Diagnostyczne (PKD), których w Polsce na dzień 3 grudnia 2013 roku jest 32.

Zdaniem prelegentów trendy w testowaniu w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych zmiernają ku:

1. Zmianom epidemiologicznym zakażeń przenoszonych drogą płciową.
2. Dostępności szybkich testów anty-HIV i zróżnicowaniu epidemii HIV w zależności do drogi zakażenia i wieku.
3. Uproszczeniu poradnictwa w PKD, ścisłemu dopasowaniu do odbiorcy, traktowaniu testów jako profilaktyka zakażenia HIV.

Zmiany epidemiologiczne zakażeń dotyczą diagnostyki HIV (przesiewowej i celowanej), która powinna być realizowana w skojarzeniu z diagnostyką

innych zakażeń przenoszonych drogą płciową* oraz tworzenia „Sex clinics” z pełnym zapleczem diagnostycznym i edukacyjnym. Z przeprowadzonych badań wynika, iż osobami o większym prawdopodobieństwie uzyskania wyniku (+) badania, są mężczyźni utrzymujący stosunki z mężczyznami (w skrócie MSM), osoby przyjmujące narkotyki drogą dożylną (w skrócie IDU) oraz osoby prostytuujące się (SW). Jest to grupa osób, która stosunkowo wcześniej poddaje się testom. Wśród nich znajdują się mężczyźni w młodszym i średnim wieku oraz zamieszkali w dużych miastach. Z kolei późne rozpoznanie zakażenia HIV dotyczy emigrantów, osób w wieku podeszłym, osób zamieszkałych w rejonach o małej prevalencji HIV; dotyczy płci męskiej i osób posiadających dzieci. W przypadku dostępności szybkich testów angażowane są lokalne środowiska, do których kierowany jest konkretny program testowania oraz obecne działania dotyczą uzupełniania ofert diagnostycznych.

W nawiązaniu do punktu 3: oraz jutra w polskich PKD zwraca uwagę fakt, iż w działaniach w przyszłości należy między innymi:

- zwiększyć godzinę możliwości pracy PKD (jest określona liczba godzin tygodniowo, np. jeden raz w tygodniu 3 godziny, co w niektórych punktach jest niewystarczająca, ze względu na większą liczbę osób zgłaszających się),
- stworzyć bardziej stałą strukturę i stan finansowania, np. w ramach dotacji pozarządowych, gdzie obecnie obowiązuje przedstawianie przez koordynatora takiego punktu programu działania na okres 3 lat),
- dążyć do posiadania przez PKD coraz szybszych z krwi testów anty-HIV,
- dążyć do wykonywania innych badań, które są przenoszone drogą płciową, głównie zakażenia wzw typu B i C
- stworzyć dla celów epidemiologicznych elektronicznego systemu zbierania danych.

*Choroby przenoszone drogą płciową to WZWB, WZW C, chlamydia, drożdżycza (kandydoza), rzeżączka, kłykciny kończyste (HPV), kiła (syfilis), opryszczka narządów płciowych (HSV), świerzb, wszawica łonowa, rzęsistkowica.

Angażując zarówno lokalne środowiska, jak i naukowe w działania na rzecz m.in. poradnictwa okołotestowego należy wymienić dwa najbardziej przedstawiane projekty:

1. Projekt TaK (**T**est **a**nd **K**eeP In Caree) na skale naszego kraju (inicjator Wrocław), który dokonuje:

- oceny częstości zgłaszania się osób z nowo rozpoznaniem zakażeniem HIV do opieki specjalistycznej,
- analizy czynników wpływających na zgłaszalność do opieki specjalistycznej,
- oceny efektów leczenia i dalszych rokowań.

Należy podkreślić fakt, że wg przeprowadzonych badań, u 54% osób, którzy zgłosili się do PKD i uzyskali wynik dodatni testu, rozpoznano późne stadium choroby.

2. Program SHE (**S**trong, **H**IV positive, **E**mpowered Women/**S**trong, **H**IV positive Women, **E**ducational Programme czyt. Szi), który swoim zasięgiem obejmuje wiele krajów: Austrię, Grecję, Hiszpanię, Francję, Portugalię, Włochy, Wielką Brytanię. W Polsce jest to program Fundacji Edukacji Społecznej- program, który wspiera kobiety HIV(+) w dążeniu do poprawy jakości życia, w tym do uzyskania lepszej możliwej opieki zdrowotnej. Wciąż nie rozwiązany jest problem par plus-minus: konsultacji partnerów osób zakażonych i prokreacji. W ramach tegoż programu istnieje Infolinia: 800 14 14 23, z której, jak wynika z analiz, korzysta nawet 30% mężczyzn, 45% osób HIV(+). 13 % osób podaje się jako bliski osoby zakażonej, a 35% są określane jako inne. Najczęściej są omawiane problemy dotyczące: par plus-minus, spotkań z osobą zakażoną, opieki medycznej, wizyt u ginekologa kobiet z HIV(+), zachowania tajemnicy lekarskiej, życia kobiety seropozytywnej, drogi zakażenia HIV (na pewno nie komary!), ryzyka zakażenia przy przygodnym seksie, osoby świeżo zdiagnozowanej, dotyczy zagadnień: jak zachęcić partnera do wykonania testu, „nie wie jak powiedzieć żonie, że jest zakażony”, mieszka w małej miejscowości i potajemnie leczy się, boi się, że ktoś się dowie”

Przedstawione powyżej zagadnienia nakreślają obecny wciąż problem stygmatyzacji osób żyjących z HIV. Coraz częściej zwraca się uwagę na rolę pielęgniarek i położnych w edukacji społeczeństwa na temat potrzeby wykonania testów na HIV. Pojawiające się w życiu zachowania ryzykowne winny stać się przyczynkiem wykonania testu:

- Czy chociaż raz w swoim życiu zmieniłaś/zmieniłeś partnera seksualnego?
- Czy miałaś/miałeś przypadkowy kontakt seksualny bez zabezpieczenia (prezerwatywy)?
- Czy bierzesz narkotyki drogą dożylną?
- Czy przyjmowanie alkoholu lub narkotyków było powodem utraty kontroli nad Twoim zachowaniem?
- Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Ciebie jakąś chorobę przenoszoną drogą płciową?
- Czy kiedykolwiek mogłaś/mogłeś mieć kontakt z zakażoną krwią (np. wykonałaś/wykonałeś tatuaż niesterylnym sprzętem)?

Jeżeli chociaż raz odpowiedziałas/odpowiedziałeś **TAK**, Twoje zachowanie jest ryzykowne i może prowadzić do zakażenia HIV. Wtedy należy rozważyć wykonanie testu w kierunku HIV.

O powyższych zachowaniach należy głośno mówić. Szczególnie ważne jest przekonywanie kobiet planujących ciążę lub będących w ciąży do wykonania- wspólnie z ojcem dziecka- testu na HIV. Kobieta będąca w ciąży, która jest świadoma swojego zakażenia, ma szansę na urodzenie zdrowego dziecka (ok. 99%) a sama stosując konsekwentnie leczenie antyretrowirusowe (ARV)- może doczekać wnuków. Wskazane jest, aby kobieta w ciąży wykonała test w I-ym i IV-ym trymestrze ciąży. Na pewno

jest tu duża rola lekarza ginekologa, ale również i pielęgniarek oraz położnych, które mają więcej okazji do rozmowy z pacjentkami bądź pacjentami, którzy często właśnie do pielęgniarek i położnych zwracają się z pytaniami, proszą o wyjaśnienia.

Zdania, które należy głośno wypowiadać:

Zakażenia HIV nie widać. Jediną metodą, aby się o tym dowiedzieć, jest wykonanie testu. Nie ma znaczenia to, kim jesteś, jaki masz kolor skóry, gdzie mieszkasz, jaką masz pozycję społeczną, jaki jest Twój światopogląd, czy jesteś kobietą czy mężczyzną, ile masz lat, jaka jest Twoja orientacja seksualna. Ważne jest, czy w Twoim życiu (jeśli masz partnera, dotyczy to także jego) były sytuacje, które naraziły Cię (Twojego pacjenta/tkę) na ryzyko zakażenia HIV.

Test nie wykrywa samego wirusa, nie jest też testem na AIDS. Jest to badanie na obecność przeciwciał skierowanych przeciwko wirusowi HIV (białek produkowanych przez układ odpornościowy, które pojawiają się u osób zakażonych HIV).

Powszechnie stosowanym testem jest tzw. test przesiewowy. W przypadku dodatniego wyniku testu przesiewowego (często występuje u kobiet w ciąży, osób z chorobą nowotworową, leczonych immunosupresyjnie) wymaga on weryfikacji- wykonania badania innym testem, tzw. testem potwierdzenia Western Blot.

Przed wykonaniem testu porozmawiaj z profesjonalistą- doradcą HIV/AIDS. Zrób to w miejscu, gdzie oferowane jest poradnictwo okołotestowe. Warto wykonać test bezpłatnie i anonimowo w jednym z punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD). Otrzymasz tam fachową informację, poradę i pomoc. Najbliższy taki punkt znajduje się w Specjalistycznym Szpitalu im. A. Sokołowskiego w Wałbrzychu na ul. Batorego 4 przy Oddziale Chorób Zakaźnych.

Jeśli przestrzega się podstawowych środków ostrożności tak, by nie zakazić się HCV, to HIV na pewno nie będzie można się zakazić.

W czasie skojarzonego leczenia antyretrowirusowego nikt nie powinien chorować na AIDS, a tym bardziej umierać z powodu AIDS.

Dругi dzień sesji, kończyła bardzo ciekawa debata zatytułowana:

„Czy problematyka HIWAIDS w polityce zdrowotnej państwa to jeszcze priorytet czy już stan passe? (należący do przeszłości).

I jak to w debacie bywa zdania były częściowo podzielone, a oto krótkie podsumowanie. Na arenie międzynarodowej HIV/AIDS to oczywiście cały czas priorytet i wszystkie kraje członkowskie, w tym również Polska wpisują ten priorytet w swoją politykę zdrowotną. HIWAIDS dotyczy każdego. Ta epidemia trwa od ponad 30 lat i objęła wszystkie państwa świata. Ponad 7 tysięcy osób na świecie każdego dnia zakaża się wirusem HIV. W Polsce co roku wykrywanych jest ok. 600 zakażeń. Liczba nowych zakażeń stale rośnie a prognozy wskazują, że ta tendencja będzie się utrzymywać. Prognozę liczby zakażeń HIV w Polsce na lata 2014 - 2030 przedstawił

dr Bogusławski i jest ona niepokojąca:

w 2011 roku było 35 tysięcy zakażonych w 2020 roku wzrosło do 65 tysięcy w 2030 będzie prawdopodobnie powyżej 127 tysięcy zakażonych. Nasuwa się pytanie: dlaczego prognozy są tak niekorzystne pomimo że Polska od 20 lat aktywnie uczestniczy w zwalczaniu tej epidemii. Jest oczywiście kilka powodów.

Leczenie antyretrowirusowe jest w naszym kraju bardzo dobrze zorganizowane. Środki finansowe na leczenie są obecnie przekazywane bezpośrednio z Ministerstwa Zdrowia co znacznie poprawiło dostępność i możliwość leczenia wszystkich zdiagnozowanych!!! I tu pojawia się pierwszy problem: diagnostyka.

Niestety badania w kierunku HIV wykonuje się w Polsce rzadko, dużo rzadziej niż w innych krajach Europejskich. To z kolei skutkuje późnym wykrywaniem zakażeń często dopiero w stadium AIDS. Późne rozpoznanie zakażenia zmniejsza szanse na skuteczne leczenie a także zwiększa ryzyko zakażenia partnera seksualnego (a niestety, obecnie główną drogą zakażenia w naszym kraju są kontakty seksualne). 25% wszystkich zakażonych osób w Polsce to kobiety. Jeżeli kobieta seropozytywna jest w ciąży a nie wie o swoim zakażeniu to i dziecko jest pozbawione szansy na uniknięcie zakażenia. Tak tworzy się łańcuszek zakażeń, które są rozpoznawane zbyt późno. Każda więc kobieta będąca w ciąży powinna wykonać badanie na HIV.

Podobny problem występuje u młodzieży. Brak edukacji seksualnej, coraz wcześniejsza inicjacja seksualna wśród nastolatków zwiększa ryzyko zakażenia a „problem” z wykonaniem badania testowego sprzyja rozwojowi AIDS(do 18 roku życia zgodę musi wyrazić rodzic a nastolatek często ukrywa informacje o rozpoczętym życiu seksualnym). Z czego to wynika? - oczywiście z braku wiedzy!!!

Mamy więc kolejny bolesny problem: edukacja. To chyba najbardziej zaniedbana sfera - dlaczego? Powodów jest kilka, po pierwsze brak środków finansowych. Z ubolewaniem należy stwierdzić że tylko MZ podejmuje trud finansowy a powinny i inne Ministerstwa się włączyć tj. Ministerstwo Edukacji, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, bo HIV/AIDS to problematyka interdyscyplinarna i dotyczy całego społeczeństwa.

Po drugie jest to temat „wstydlivy” w rozumieniu większości społeczeństwa. HIV/ AIDS stanowi nadal kontrowersyjny temat przede wszystkim ze względu na fakt przenoszenia się zakażenia przez kontakty seksualne co w świadomości społecznej jest nieetyczne, niemoralne i budzi wiele negatywnych emocji. Poza tym wiele osób uważa, że ten problem ich nie dotyczy. Nie dostrzegają potencjalnego niebezpieczeństwa związanego ze swoim zachowaniem i bagatelizują ryzyko zakażenia. Nic bardziej błędnego. Przyjmuje się, że niemal każdy człowiek w swoim życiu miał choćby jedno ryzykowne zachowanie a to powinno już skłaniać do wykonania badania testowego. Niestety niska świadomość i brak rzetelnej wiedzy wywołuje strach i jest nierzadko powodem nieprawidłowych wręcz wrogich postaw wobec osób zakażonych. Takie zachowania zdarzają się również niestety

wśród personelu medycznego, kiedy to podopieczny - pacjent okazuje się osobą zakażoną. A więc edukacja i jeszcze raz edukacja jest podstawą prawidłowych zachowań.

Pozwolę sobie na małą refleksję w odniesieniu do naszej pracy pielęgniarskiej; jakże wiele ryzykownych zachowań można zaobserwować na co dzień np.:

- **nie zakładanie rękawiczek gdy istnieje ryzyko kontaktu z krwią lub innym płynem ustrojowym**
- **ponowne nakładanie nasadek (osłonek) na igły do iniekcji**
- **nie zgłaszanie ekspozycji zawodowej, która niesie ryzyko zakażenia nie tylko HIV ale również i przede wszystkim HBV i HCV**
- **i wiele, wiele innych.**

Każda więc z nas powinna zadać sobie pytanie: **„Co wiem o HIV/AIDS a co powinnam wiedzieć?”** i uzupełnić swoją wiedzę aby umieć się zachować i prawidłowo postępować dla własnego bezpieczeństwa i bezpieczeństwa innych.

**Barbara Dziadosz
i Elżbieta Grajczyk
pielęgniarki ze Szpitala im.
Sokołowskiego w Wałbrzychu.**

FUNDACJA „ŚWIATŁO”
III MIĘDZYNARODOWA NAUKOWA KONFERENCJA
„JEST ŻYCIE W ŚPIĄCZCE”

W dniach 12-13 września w Toruniu odbyła się III Międzynarodowa Konferencja, poświęcona problematyce profesjonalnej opieki i rehabilitacji nad pacjentami w stanie śpiączki oraz ich rodzin.

Konferencja obejmowała uczestników z Polski, Holandii, Ukrainy i Niemiec. Byli to ludzie ze świata: nauki, medycyny, duchowieństwa oraz osoby „wybudzone” ze stanu śpiączki wraz z rodzinami i opiekunami.

Najpierw należy poznać dokładnie funkcjonowanie mózgu, aby dotrzeć do osób będących w stanie apalicznym. Świadomość mózgu posiada bowiem różne stopnie i jest od wieków przedmiotem wielu badań i obserwacji w dziedzinie medycyny i techniki. Dzięki zintegrowanej pracy zespołów specjalistycznych zostało potwierdzone i udowodnione, że jest życie w pacjentach będących w stanie śpiączki. Bardzo dokładny obraz stopnia świadomości przedstawia opracowany przez naukowców z Katedry Systemów Multimedialnych Politechniki Gdańskiej system śledzenia punktu fiksacji wzroku aparatem zwanym Cyber Oko. Wstępne badania wykazały, że dzięki obserwacji wzroku możliwe jest określenie czy osoba będąca w stanie minimalnej świadomości lub w zespole zamknięcia ma zachowaną zdolność czytania i pisanie. Służy do tego specjalnie opracowany program, który zawiera test agrafii i aleksji, umożliwiającą komunikację chorego z otoczeniem. Potwierdza on również fakt, że osoba będąca w stanie śpiączki czuje, widzi a więc w rzeczywistości prowadzi życie wewnętrzne.

W Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Fundacji „Światło” w Toruniu ze śpiączki wybudziło się 28 osób. Niektóre z nich były obecne na konferencji.

Okazuje się, że sytuacją trudną jest nie tylko kompleksowa opieka nad pacjentem w stanie wegetatywnym, ale również należy zwrócić uwagę na pomoc psychologiczną i materialną, skierowaną na rodzinę chorego, która w sposób świadomy i czynny uczestniczy w procesie pielęgnowania i rehabilitacji.

Człowiek ma prawo do godnego życia i poszanowania bez względu na stan zdrowia w jakim się znajduje. Dlatego należy utworzyć szansę na budowę ośrodków wczesnej rehabilitacji neurologicznej dla dorosłych z uszkodzeniem mózgu, których w Polsce niestety jest niewiele. Współpraca z przedstawicielami podobnych ośrodków na terenie Holandii lub Niemiec, którzy uczestniczyli w konferencji, mogła by pomóc w opracowaniu jednakowych standardów finansowania opieki i rehabilitacji osób w śpiączce oraz ich rodzin.

Im szybciej pacjenci dostana się do odpowiednich ośrodków, tym większą

mają szansę na ukierunkowane leczenie i fizjoterapie co w znacznym stopniu w przyszłości może wpłynąć na poprawę jakości ich życia.

Jedną z ważniejszych kwestii konferencji stanowiło zapoznanie uczestników z nowoutworzona Deklaracją Toruńską. Dotyczy ona uznania godności i poszanowania praw osób w stanie apalicznym oraz ich opiekunów. Głównym założeniem deklaracji jest wprowadzenie w życie obowiązku opieki i kontynuacji leczenia osób w stanie wegetatywnym, które będzie refundowane przez Rzeczpospolitą Polska, jak i otoczeniem wsparciem i zrozumieniem rodzin osób będących w stanie zamknięcia przez Państwo i jego urzędników.

Atmosfera na konferencji była niezwykle miła, tematów do omówienia było wiele, jednak ograniczał nas nieubłagalnie upływający czas. Bardzo dziękujemy organizatorom za stworzenie nam możliwości uczestnictwa w tak obiecującej konferencji, dzięki temu dowiedzieliśmy się, że Toruń to miasto „aniołów” a tych „aniołów” w codziennym życiu potrzeba nam wiele.

Magdalena Giezek
Danuta Mirecka
pielęgniarki ze Szpitala
im. Sokołowskiego w Wałbrzychu

W dniu 16.09.2013r. w Warszawie odbyła się konferencja w ramach projektu systemowego „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego”. Projekt ten jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego 2009-2015.

Treść wystąpień, jakie miały miejsce na Konferencji można podzielić na dwa, główne obszary:

1. Wykorzystanie funduszy unijnych w realizacji projektów podnoszenia kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych w Polsce. Prelegenci przedstawiali w szerokim aspekcie działalność poszczególnych komórek organizacyjnych rządowych (Departament Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia) oraz Centrum Kształcenia podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Wystąpienia koncentrowały się wokół problematyki ilości oraz jakości przeprowadzonych projektów, począwszy od kształcenia tzw. „pomostowego” przez szkoły wyższe do poziomu licencjatu, poprzez specjalizacje do kursów kwalifikacyjnych. Szczególną grupą prelegentów były osoby zaangażowane w tą działalność osobiście, tak po stronie organizatorów jak i uczestników (beneficjentów), które dzieliły się swoimi doświadczeniami. Na uwagę zasługuje zwłaszcza wypowiedź uczestniczki jednego z kursów specjalistycznych, która wskazała w swojej prelekcji na problemy, z jakimi spotyka się „szeregowa” pielęgniarka, chcąc uczestniczyć w niniejszym kształceniu. Wśród nich wymienione zostały: uzyskanie informacji o kształceniu zawodowym, odległości, jakie trzeba pokonać aby uczestniczyć w kształceniu oraz problem pogodzenia aktywności zawodowej z obecnością na zajęciach i praktykach. Wśród prelegentów – organizatorów wskazywano na problemy związane z perspektywą kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych w formie „studiów zamawianych”.

2. Pozostałe wystąpienia koncentrowały się wokół pielęgniarstwa w ramach systemu ratownictwa medycznego. Prelekcje obejmowały szeroki wachlarz zagadnień, począwszy od statystyk (ilości pielęgniarek systemu, stosunek do ilości innych zawodów ramach systemu, np., ratownika medycznego, ilości udzielonych pomocy w poszczególnych województwach) poprzez stanowiska pracy pielęgniarek systemu i ich specyfika, możliwości rozwoju specjalistycznego oraz doświadczeń w zakresie kontaktów system – pacjent w kontekście funkcjonowania Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. Na szczególną uwagę zasługuje wystąpienie omawiające specyfikę wojskowego pielęgniarstwa w aspekcie działań ratowniczych na polu walki. Wskazano w nim zasady działań ratunkowych, które za główny cel stawiają sobie „redukcję możliwych do uniknięcia przypadków śmiertelnych na polu walki”. W świetle tej zasady ukazano specyfikę działań pielęgniarki na polu walki (udzielanie pomocy medycznej rannym przy jednoczesnej obronie własnej osoby – prowadzenie ognia z broni osobistej), pokonywanie przeszkód w reakcjach psychologicznych – własnych oraz rannego żołnierza, związanych ze stresem na polu walki,

właściwe wykorzystanie schematów organizacyjnych pomocy przedszpitalnej oraz w warunkach szpitala polowego. Ponadto wskazano na różnice w wyposażeniu w sprzęt pierwszej pomocy w systemie ratownictwa cywilnego i wojskowego. Należy tutaj wspomnieć np. o powszechnym zastosowaniu w wojsku opasek uciskowych w celu tamowania krwotoków, zasadę przetoczeń krwi bezpośrednio od dawcy do biorcy czy przyrząd do tamowania krwotoków z okolic pachwiny. Słuchacze mogli się także zapoznać z „nowum”, jakie w najbliższej perspektywie czasowej będzie możliwe do zastosowania w sytuacji potrzeby tamowania krwotoku wewnętrznego (do jam ciała).

Konferencja niniejsza dała uczestnikom dużą porcję informacji tak z zakresu organizowania podnoszenia kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych z wykorzystaniem funduszy unijnych jak i bezpośrednio dotyczących specyfiki zawodowej pielęgniarstwa ratunkowego. Wielu uczestników z nadzieją wypowiadało się o możliwości udziału w kolejnych konferencjach na niniejsze tematy.

Cezary Bzdyla



POD PARAGRAFEM

Szanowni Państwo.

Tym razem artykuł będzie dotyczył obowiązku opłacania przez pielęgniarki/rzy i położne/ych składek na rzecz izby i dokonywania zmian w rejestrze, przy czym rolą tego artykułu jest uświadomienie konsekwencji prawnych zaniechania wykonania tych obowiązków, w tym dotyczących władczego wkraczania organów izby w majątek zobowiązanych.

Zgodnie z ustawą o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 r. art. 11 ust.2 pkt. 4 członkowie samorządu są obowiązani regularnie opłacać składkę członkowską. Konsekwencją nieopłacania składek za okres co najmniej jednego roku w okresie ostatnich pięciu lat przed wyborami, jest utrata biernego prawa wyborczego do dnia opłacenia tej składki. Również mandat w organie izby przed upływem kadencji wygasa wskutek niewykonania obowiązku opłacenia składki członkowskiej za okres jednego roku. Wysokość i częstotliwość wpłat składki członkowskiej oraz zasady jej podziału określa w drodze uchwały Krajowy Zjazd. Składki członkowskie wchodzi do majątku izby. Nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania. W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w powyższym terminie, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności, co oznacza, że pomimo złożenia przez pielęgniarkę/-rza, położną/-ego środka zaskarżenia, jakim jest odwołanie do organu wyższego stopnia, organ wydający decyzję może przystąpić do jej natychmiastowej realizacji w drodze przymusowej i egzekwować obowiązek orzeczony w decyzji.

W przypadku praktyk zawodowych pielęgniarek uchwałę w sprawie nałożenia kary pieniężnej podejmuje właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych. Do uchwały tej stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczące decyzji administracyjnych. Pokrótce należy wskazać, że decyzja winna zawierać przede wszystkim oznaczenie strony-pielęgniarki/-rza, położnej/-ego do której decyzja jest kierowana, oznaczenie organu, który ją wydał, podstawę prawną rozstrzygnięcia z podaniem przepisu prawa materialnego stanowiącego podstawę podjęcia decyzji, dokładne określenie obowiązku, jaki ma być wykonany przez

pielęgniarkę/-rza, położną/-ego, uzasadnienie faktyczne obejmujące przyczyny, dla których decyzja o tej treści do tego konkretnego adresata została wydana, podpis pracownika organu, który decyzję wydał. Organem wyższego stopnia w sprawach nałożenia kary pieniężnej jest minister właściwy w sprawach zdrowia. Karę pieniężną uiszcza się w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji administracyjnej. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej organ prowadzący rejestr jest obowiązany uwzględniać rodzaj i wagę stwierdzonych naruszeń. Kara pieniężna podlega egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Do kary pieniężnej stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa dotyczące terminu przedawnienia zobowiązań podatkowych oraz odsetek od tych zobowiązań. Na decyzję w sprawie kary pieniężnej przysługuje skarga do sądu administracyjnego. Do decyzji w sprawie odmowy zmiany wpisu i wykreślenia wpisu z rejestru stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczące decyzji administracyjnych. W przypadku praktyk zawodowych pielęgniarek uchwałą w sprawach powyższych podejmuje właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych. Organem wyższego stopnia w sprawach odmowy zmiany wpisu i wykreślenia wpisu z rejestru jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Z powyższych regulacji prawnych wynika, że do kary pieniężnej powyżej omówionej i do zaległości z tytułu składek stosowana jest ta sama procedura postępowania administracyjnego, w obu wypadkach wydawana jest decyzja administracyjna i w oparciu o tę samą ustawę tj. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji następuje ściągnięcie tych należności. Egzekucja prowadzona jest na podstawie tytułu wykonawczego przez Naczelnika Urzędu Skarbowego, który uprawniony jest do stosowania wszystkich środków egzekucyjnych w egzekucji administracyjnej należności pieniężnych i do zabezpieczenia takich należności. Oznacza to, że organ ten może zająć cały majątek zobowiązanego i przeprowadzić z niego skuteczną egzekucję, poza wyjątkami wskazanymi szczegółowo we wskazanej ustawie.

Od każdej przekazanej wierzycielowi, a wyegzekwowanej kwoty, organ egzekucyjny pobiera opłatę egzekucyjną w wysokości 5 %.

Wobec powyższego w celu uniknięcia niepotrzebnych kosztów i problemów obowiązki ustawowe należy wykonywać sumiennie i terminowo. Pamiętać bowiem należy, że samo wszczęcie egzekucji poza „zablokowaniem” majątku dłużnika, skutkować może dalej idącymi konsekwencjami, jak np. wypowiedzeniem przez bank umowy kredytowej. W dzisiejszych czasach powszechną praktyką jest wspieranie się w życiu codziennym i w prowadzonej działalności gospodarczej kredytami i pożyczkami zaciąganyymi w instytucjach bankowych i parabankowych. Z reguły w postanowieniach umownych powyższe podmioty zastrzegają obowiązek informowania przez kredytobiorcę, pożyczkodawcę o każdej zmianie, która może mieć wpływ na zdolność do spłaty zobowiązania. Jeśli np. kredytobiorca posiada rachunek bankowy w banku, który udzielił mu kredytu albo jest np. właścicielem nieruchomości, na której bank wpisał

hipotekę, zajęcie tych składników majątkowych skutkuje automatycznym podjęciem przez bank informacji o prowadzonej egzekucji w stosunku do kredytobiorcy. To zaś najczęściej skutkuje wypowiedzeniem umowy kredytowej przez bank i postawienia kredytu w całości do natychmiastowej spłaty.

Z tych względów należy być obowiązkowym.

radca prawny
mgr Ewa Suproń-Walenta

mgr Dorota Pakuła.

Na posiedzeniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w dniu 21.01.2014r. został zatwierdzony na mocy Uchwały nowy Regulamin Refundacji Kosztów Kształcenia (zamieszczony poniżej) obowiązuje od dnia podjęcia uchwały.

Zmiany w regulaminie nanesione zostały **wytluszczonym, pochyłym, powiększonym** drukiem.

Tekst jednolity zatwierdzony zostanie na marcowym posiedzeniu okręgowej rady. Obowiązujący regulamin zamieszczony jest również na stronie internetowej (zmiany zaznaczone kolorem czerwonym)

**Regulamin Refundacji Kosztów Kształcenia
ze Środków Funduszu Komisji Kształcenia i Doskonalenia
Zawodowego działającej
przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu**

**Rozdział I
Przepisy ogólne**

§ 1

Członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu, zwanej dalej „OIPiP” ponoszący koszty związane z kształceniem i doskonaleniem zawodowym związanym z wykonywaniem zawodu pielęgniarki lub położnej ma prawo ubiegać się o refundację kosztów poniesionych z tego tytułu.

§ 2

Wysokość funduszu przeznaczonego na refundację kosztów kształcenia członków OIPiP w Wałbrzychu w różnych formach kształcenia i doskonalenia zawodowego, zatwierdza Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu na mocy uchwały w sprawie przyjęcia planu budżetu OIPiP na każdy rok.

§ 3

Regulamin refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPiP w Wałbrzychu, zwany dalej „Regulaminem” określa zasady refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych, formy i rodzaje kształcenia i doskonalenia zawodowego, których koszty objęte są refundacją, osoby uprawnione do korzystania z refundacji oraz zasady i warunki jej przyznawania.

§ 4

1. Funduszem dysponuje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu, zwana dalej „ORPiP”.
2. Indywidualne wnioski o przyznanie refundacji rozpatruje Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych zwana

dalej „Komisją”. **W przypadku, kiedy Komisja nie może pracować, decyzję o przyznaniu refundacji podejmuje prezydium (np. okres urlopowy)**

3. Wniosek należy złożyć w biurze OIPIp w Wałbrzychu najpóźniej **do 30 dni od rozpoczęcia szkolenia, studiów, kursu przez uczestnika.** W przypadku szkolenia specjalizacyjnego, studiów magisterskich, wniosek można złożyć do 30 dni od rozpoczęcia II roku, jeżeli nie był składany przez uczestnika i nie został zatwierdzony w I roku nauki.

Rozdział II

Formy kształcenia i doskonalenia zawodowego, rodzaje kształcenia podyplomowego

§ 1

1. Formami kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych podlegającymi refundacji są:
 - a) studia magisterskie w systemie niestacjonarnym na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, promocja zdrowia, zdrowie publiczne, licencjat pielęgniarstwa i położnictwa
2. Formami doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych podlegającymi refundacji są:
 - a) konferencje, seminaria, sympozja naukowe, kongresy, zjazdy naukowe, szkolenia organizowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, okręgowe rady pielęgniarek i położnych, towarzystwa naukowe.
OIPIp refunduje koszt udziału w formach doskonalenia zawodowego wymienionych w § 1 pkt. 2 a) bez zwrotu kosztów przejazdu, dla dwóch osób zgodnie z profilem wykonywanej pracy
 - b) w przypadku, gdy koszt konferencji, seminarium, sympozjum naukowego, kongresu, zjazdu naukowego, szkolenia czy towarzystwa naukowego nie przekracza 100,00 zł. (słownie: sto złotych) wówczas z refundacji mogą skorzystać 4 osoby.
O udziale decyduje kolejność zgłoszenia.
 - c) w przypadku, kiedy treści kierowane są do określonej grupy odbiorców (np. piel. naczelnych, epidemiologicznych,) wówczas z refundacji mogą skorzystać osoby zatrudnione na tych stanowiskach za zgodą członków prezydium.**
3. Rodzaje kształcenia podyplomowego podlegające refundacji:
 - a) szkolenia specjalizacyjne, zwane dalej specjalizacją
 - b) kursy kwalifikacyjne
 - c) kursy specjalistyczne
 - d) kursy dokształcająceRodzaje kształcenia podyplomowego, o których mowa w § 1 pkt. 3 lit. a-c będą refundowane, jeżeli prowadzone są przez podmioty wpisane do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe

pielęgniarek i położnych w OIPiP, prowadzonych na podstawie programów kształcenia sporządzonych przez zespoły programowe powołane przez dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Rozdział III

Osoby uprawnione do korzystania z refundacji

§ 1

1. Z refundacji mogą korzystać członkowie OIPiP spełniający następujące warunki:
 - a) są wpisani do Rejestru Pielęgniarek i Położnych prowadzanego przez ORPiP w Wałbrzychu,
 - b) regularnie i nieprzerwanie opłacają składki członkowskie minimum przez okres 1 roku poprzedzającego złożenie wniosku.
 - c) osoby bezrobotne zarejestrowane w Powiatowym Urzędzie Pracy w ciągu ostatnich 12 miesięcy.
2. skreślony

Rozdział IV

Zasady i warunki przyznawania refundacji

§ 1

1. Refundacji dokonuje się wyłącznie na podstawie wniosku stanowiącego **załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu**. Wniosek musi być wypełniony czytelnie, z podaniem wszystkich wymaganych jego treścią danych.
2. Do prawidłowo wypełnionego i złożonego w terminie wniosku muszą być dołączone dokumenty wyszczególnione na wniosku.
3. Wypłata refundacji nastąpi za:
 - szkolenie specjalizacyjne - I transza po zakończeniu semestru, II transza **po dostarczeniu dokumentu z CKPPiP o zdanym egzaminie, (uzyskaniu tytułu specjalisty) lub** dyplomu.
 - studia magisterskie - I transza po zakończeniu semestru, II transza po dostarczeniu dokumentu potwierdzającego ukończenie studiów, (uzyskaniu tytułu magistra) **lub dyplomu**
 - studia licencjackie - pomostowe - po dostarczeniu dokumentu potwierdzającego ukończenie studiów, (uzyskanie tytułu licencjata) **lub dyplomu**
 - kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, doksztalcające – po dostarczeniu zaświadczenia o ukończeniu kursu
4. skreślony.

§ 2

1. Członkowi OIPiP może być przyznana refundacja w granicach ustalonego budżetu na dany rok do wyczerpania środków pieniężnych.

2. Zwrot za przejazd na egzamin państwowy członka OIPIP nie zalicza się do refundacji.
3. Nieobecność w pracy na czas udziału w konferencji uczestnik usprawiedliwia we własnym zakresie.
4. Refundacja kosztów związanych z kształceniem i doskonaleniem zawodowym:
 - a) dla szkoleń specjalizacyjnych wynosi
 - 700,00 zł (słownie: siedemset złotych),
 - 900,00 zł (słownie: dziewięćset zł.)
 - b) dla kursów kwalifikacyjnych wynosi
 - 500,00 zł (słownie: pięćset złotych),
 - 600,00 zł (sześćset zł.)
 - c) dla kursów specjalistycznych wynosi 50% poniesionych kosztów przez uczestnika kursu
 - d) dla kursów doszkalających – zgodnie z profilem wykonywanej pracy 50% kosztów poniesionych przez uczestnika.
Wnioski będą rozpatrywane indywidualnie przez radę lub prezydium z dołączoną ofertą organizatora.
 - e) dla studiów magisterskich w systemie niestacjonarnym na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, promocja zdrowia, zdrowie publiczne wynosi
 - 1000,00 zł (słownie: jeden tysiąc złotych),
 - 1200,00 zł (jeden tysiąc dwieście zł.)
 - f) licencjackich - pomostowych
 - 700,00 (słownie: siedemset złotych)
 - 900,00 (dziewięćset zł.)
 - g) dla konferencji, seminariów, sympozjów naukowych, kongresów, zjazdów naukowych, szkoleń organizowanych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych, towarzystwa naukowe refundacja wynosi 100 % poniesionych kosztów udziału i zakwaterowania bez zwrotu kosztów przejazdu.
5. W przypadku specjalizacji, studiów magisterskich, licencjackich, kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i doszkalających nie ma refundacji kosztów dojazdu, zakwaterowania i wyżywienia

§ 3

1. Rozliczenia kosztów kształcenia lub doskonalenia zawodowego należy dokonać po zakończonym kursie w ciągu 30 dni kalendarzowych.
2. ***W przypadku specjalizacji, studiów magisterskich, licencjackich w ciągu 60 dni od daty wystawienia dokumentu przez CKPPIp lub uczelnię***
3. W przypadku złożenia wniosku nie spełniającego wymagań określonych w niniejszym Regulaminie, Komisja może jednorazowo wezwać wnioskodawcę do uzupełnienia braków w terminie 30 dni,

pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpoznania.

4. W przypadku kiedy część kosztów pokrywa pracodawca, lub inny podmiot, pielęgniarka lub położna może ubiegać się o refundację w OIPIP na zasadach określonych w Regulaminie. Kwota dofinansowania nie może przekroczyć kosztów szkolenia.

§ 4

1. Pielęgniarki i położne OIPIP w Wałbrzychu mają prawo do refundacji części kosztów kształcenia jeden raz w roku.
2. Wnioski rozpatruje Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego jeden raz w miesiącu.
3. Zbiorczy wniosek Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego zatwierdzany jest przez Prezydium OIPIP w Wałbrzychu na mocy uchwały.
4. Wniosek o refundację kosztów kształcenia jeżeli nie spełnia wymogów określonych w Regulaminie Komisja przekazuje do Prezydium ORPiP. Prezydium ORPiP po zapoznaniu się z decyzją Komisji na mocy uchwały odmawia przyznania refundacji informując pisemnie o podjętej decyzji wnioskodawcę. Uchwała wymaga uzasadnienia i pouczenia o trybie odwoławczym. Zdanie drugie i trzecie stosuje się odpowiednio do odrzucenia wniosku. Termin wniesienia odwołania za pośrednictwem Prezydium ORPiP wnosi się w terminie 14 dni.
5. ORPiP rozpatruje odwołanie na najbliższym posiedzeniu, a decyzja przez nią podjęta w wyniku wniesienia odwołania przez wnioskodawcę jest ostateczna.

§ 5

1. Osoby uczestniczące w konferencji naukowej zobowiązane są do sporządzenia w terminie 30 dni notatki z przebiegu konferencji, która będzie zamieszczona w Biuletynie Informacyjnym OIPIP w Wałbrzychu. Brak notatki skutkuje dyskwalifikacją z możliwości ubiegania się o ponowną refundację przez kolejne dwa lata.
2. Nie podjęcie przez wnioskodawcę kosztów refundacji w ciągu 90 dni od jej przyznania spowoduje wygaśnięcie decyzji w tym zakresie i utratę refundacji.

§ 6

1. Otrzymanie refundacji kosztów związanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych jest dochodem członka samorządu i podlega rozliczeniu przy składaniu rocznego zeznania podatkowego przez członka samorządu.
2. Księgowość OIPIP w Wałbrzychu wyda stosowany dokument umożliwiający członkowi samorządu rozliczenie z Urzędem Skarbowym.



SZKOLENIA

Esperantystów 17
58-100 Świdnica
www.mediator.pl

tel. 074 856 11 20
fax 074 856 11 29
mediator@mediator.pl



I. SPECJALIZACJE

Lp.	nazwa kursu	liczba godzin		
		teoria	ćwiczenia	praktyka
1.	Organizacja i zarządzanie dla pielęgniarek i położnych	295 BO 560 BS	-	35 BO 140 BS
2.	Pielęgniarstwo ratunkowe dla pielęgniarek	295 BO 233 BS	-	583
3.	Pielęgniarstwo zachowawcze dla pielęgniarek	295 BO 430 BS	-	385
4.	Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek	330 BO 225 BS	-	595
5.	Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek	295 BO 405 BS	-	35 BO 455 BS
6.	Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek	295 BO 100 BS	-	35 BO 770 BS
7.	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek	295 BO 360 BS	-	35 BO 210 BS

II. KURSY KWALIFIKACYJNE

	nazwa kursu	liczba godzin			cena
		teoria	ćwiczenia	praktyka	
8.	Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek	120 BO 150 BS	-	203	1 400 zł.
9.	Pielęgniarstwo ratunkowe dla pielęgniarek*	120 BO 93 BS	-	280	1 500 zł.
10.	Organizacja i zarządzanie dla pielęgniarek i położnych	135 BO 345 BS	-	-	1 500 zł.
11.	Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych	120 BO 180 BS	-	217	1 500 zł.
12.	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek	135 BO 180 BS	-	175	1 600 zł.
13.	Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek i położnych	135 BO 80 BS	-	315	1 850 zł.
14.	Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek	135 BO 150 BS	-	245	1 650 zł.
15.	Pielęgniarstwo psychiatryczne dla pielęgniarek	135 BO 105 BS	-	245	1 700 zł.
16.	Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek	120 BO 177 BS	-	210	1 800 zł
17.	Pielęgniarstwo kardiologiczne dla pielęgniarek	120 BO 180 BS	-	196	1 800 zł
18.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej dla pielęgniarek	135 BO 195 BS	-	175	1 800 zł

*warunkiem uczestnictwa jest okazanie zaświadczenia ukończenia kursu specjalistycznego z zakresu „Resuscytacja krążeniowo- oddechowa” dla pielęgniarek i położnych

W przypadku zainteresowania prosimy o kontakt telefoniczny:

Małgorzata Przydatek
Dyrektor
tel. 074/856 11 60, fax. 074/856 11 78
e-mail: przydatek@mediator.pl

Ewa Smagiel
manager zespołu ds. szkoleń
tel. 074/856 11 57, fax. 074/856 11 78
e-mail: smagiel@mediator.pl

Anna Ruszkiewicz
specjalista ds. szkoleń
tel. 074/856 11 58, fax. 074/856 11 78
e-mail: ruszkiewicz@mediator.pl

Izabela Kościotek
specjalista ds. szkoleń
tel. 074/856 11 58, fax. 074/856 11 78
e-mail: kosciolek@mediator.pl

III. KURSY SPECJALISTYCZNE

	nazwa kursu	liczba godzin			cena
		teoria	ćwiczenia	praktyka	
19.	Wykonanie i interpretacja zapisu EKG dla pielęgniarek i położnych	35	-	70	400 zł
20.	Resuscytacja krążeniowo – oddechowa dla pielęgniarek i położnych	30	25	35	400 zł
21.	Resuscytacja krążeniowo – oddechowa noworodka dla pielęgniarek i położnych	20	21	-	400 zł
22.	Szczepienia ochronne dla pielęgniarek	30	-	35	370 zł
23.	Szczepienia ochronne noworodków dla położnych	20	-	14	350 zł
24.	Podstawy opieki paliatywnej dla pielęgniarek*	50	-	35	450 zł
25.	Leczenie ran dla pielęgniarek	85	-	140	650 zł
26.	Leczenie ran dla położnych	45	-	70	420 zł
27.	Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów dla pielęgniarek i położnych	35	-	35	350 zł
28.	Podstawy dializoterapii dla pielęgniarek	34	-	56	380 zł
29.	Terapia bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych	21	-	28	300 zł
30.	Edukator w cukrzycy dla pielęgniarek i położnych	44	40	36	650 zł
31.	Żywnienie enteralne i parenteralne dla pielęgniarek	65	-	77	600 zł
32.	Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu dla położnych	35	-	55	450 zł
33.	Opieka nad dziećmi ze schorzeniami otorynolaryngologicznymi dla pielęgniarek	50	-	70	500 zł
34.	Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji dla położnych	27	7	28	350 zł

* Pielęgniarka po ukończeniu w/w kursu może sprawować opiekę długoterminową domową o czym stanowi Dziennik Ustaw Nr 255, Poz. 1719,

III. Świadczenia gwarantowane udzielane przez pielęgniarską opiekę długoterminową domową:

1. wymagania dotyczące personelu: Pielęgniarka: z ukończonym [...] kursem specjalistycznym w zakresie opieki paliatywnej (...).

W dniach **1 – 3 października 2014** roku odbędzie się
VI Konferencja Naukowo- Szkoleniowa
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Ratunkowego
pod przewodnim hasłem

Współpraca z jednostkami wyspecjalizowanymi

Temat tegorocznej Konferencji jest szeroki, bo i wachlarz jednostek z jakimi przychodzi nam współpracować coraz bardziej się poszerza.

Najważniejszy w przyrodzie łańcuch – DNA nie istniał by bez wzajemnej harmonii i uzupełniania się jego elementarnych ogniw. Podobnie wysiłki zintegrowanego ratownictwa medycznego nie byłyby efektywne bez współdziałania z jednostkami, do których trafia pacjent celem ostatecznego leczenia.

Nasza rola w łańcuchu ratowniczym, choć niezwykle ważna, pozostaje tylko jednym z jego ogniw. Z tego też powodu na Konferencję zaprosiliśmy wybitnych specjalistów z Polski i zagranicy oraz profesjonalistów i praktyków z dziedzin reprezentujących specjalistyczne jednostki.

Chcemy na polu interdyscyplinarnej dyskusji poruszyć tematy, które nas interesują.

Liczymy, że taka właśnie forma doskonalenia może przynieść największe korzyści zdrowotne dla pacjentów, a dla nas poczucie dobrze spełnionych zadań i satysfakcji z wykonywanej pracy.

W trakcie Konferencji przewidziany jest program wykładów, warsztatów ćwiczeniowych i symulacji. Corocznie bierze w nich udział ok. 250 pielęgniarek, pielęgniarzy, ratowników i lekarzy z całej Polski. Liczymy, że i w tym roku liczba ta będzie, co najmniej taka sama.

Miejscem Konferencji będzie malowniczo położony hotel Czarny Potok**** w Krynicy Zdroju. Mamy nadzieję, że ten, nieprzypadkowy wybór, spełni oczekiwania także pod względem relaksu i wypoczynku po intelektualnych zmaganiach.

Jesteśmy przekonani, że organizacja kolejnego spotkania na skalę ogólnopolską przyczyni się do podnoszenia prestiżu i poziomu wykonywanych świadczeń przez pielęgniarki systemu, oraz poruszania najważniejszych dla naszego środowiska pielęgniarstwa tematów.

Wszelkie informacje znajdziecie Państwo na stronie
www.ptpr.org.pl w zakładce Konferencja 2014.

Serdecznie zapraszamy

**Zgodnie z obowiązującym Regulaminem Refundacji Kosztów
Kształcenia o refundację za w/w konferencję ubiegać się mogą
dwie osoby (członek OIPIP w Wałbrzychu).
Decyduje kolejność podań.**



UZDROWISKA
KŁODZKIE

Polska Grupa Uzdrowisk



*„Jesteśmy po to...
aby pozwolić ludziom czuć się tak jak chcą
mimo upływającego czasu...”*

Staropolanka®

 Polska Grupa
Uzdrowisk



UZDROWISKA
KŁODZKIE

Polska Grupa Uzdrowisk



Zapraszamy KADRĘ PIELEŃNIARSKĄ
do skorzystania z oferty turnusów
profilaktyczno-rehabilitacyjnych dla osób
ze **schorzeniami narządu ruchu, kardiologicznymi,**
zespołami wypalenia zawodowego.

Oferujemy komfortowe pokoje, smaczną kuchnię,
leczenie pod okiem wysoko wykwalifikowanej kadry
medycznej oraz bogatą bazę rekreacyjno-leczniczą.

**Wiemy jak skutecznie połączyć profilaktykę
z relaksem i odpoczynkiem!**





UZDROWISKA
KŁODZKIE

Polska Grupa Uzdrowisk

Naszym celem jest:

- ✓ poprawa ogólnej sprawności psycho-fizycznej,
- ✓ profilaktyka i rehabilitacja schorzeń narządu ruchu, kardiologicznych oraz zespołów wypalenia zawodowego.

W trakcie pobytu zapewniamy :

- ✓ zakwaterowanie w komfortowych pokojach:
POLONIA, ZAMECZEK w Kudowie-Zdroju,
WIELKA PIENIAWA, KORAB w Polanicy-Zdroju,
- ✓ całodzienne wyżywienie,
- ✓ całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską,
- ✓ badanie lekarskie na początku i na końcu pobytu,
- ✓ indywidualne programy leczenia,
- ✓ nadzór medyczny nad realizacją programu,
- ✓ zlecenie badań dodatkowych w razie potrzeby (diagnostyka kardiologiczna),
- ✓ kurację pitną,
- ✓ 3 zabiegi dziennie,
- ✓ możliwość korzystania z basenu wyposażonego w system masażu podwodnych,
- ✓ możliwość korzystania z siłowni z nowoczesnym sprzętem do ćwiczeń,
- ✓ opiekę rezydenta,
- ✓ opiekę psychologa.





UZDROWISKA KŁODZKIE

Polska Grupa Uzdrowisk

Program obejmuje podstawowe grupy schorzeń:

- ✓ zespoły bólowo– przeciążeniowe kręgosłupa,
- ✓ zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze stawów,
- ✓ schorzenia reumatyczne,
- ✓ stany pooperacyjne w tym stany po wszczepieniu endoprotez stawowych (ze zdolnością do pełnej samoobsługi),
- ✓ schorzenia kardiologiczne,
- ✓ stany po leczeniu onkologicznym dotyczące kobiet,
- ✓ zespoły wypalenia zawodowego.

W ramach czasu wolnego polecamy:

- ✓ strefy saun Klimaty świata: śnieżna, parowa i fińska,
- ✓ wycieczki rowerowe lub piesze wśród malowniczych krajobrazów i miejsc,
- ✓ korty tenisowe: letnie korty do gry w tenisa ziemnego,
- ✓ zajęcia relaksacyjno – rekreacyjne w Słonecznych Termach.





UZDROWISKA KŁODZKIE

Polska Grupa Uzdrowisk

Bez względu na sezon, cena za pobyt wynosi :

POLONIA lub ZAMECZEK w Kudowie-Zdroju oraz KORAB w Polanicy-Zdroju

Warunki zakwaterowania	POBYT LECZNICZY 3-dniowy VAT -zw	POBYT LECZNICZY 7-dniowy VAT -zw
Pokój jednoosobowy	680,00 zł	1520,00 zł
Pokój dwuosobowy	580,00 zł	1290,00 zł
Pokój trzyosobowy	500,00 zł	1120,00 zł

WIELKA PIENIAWA w Polanicy-Zdroju

Warunki zakwaterowania	POBYT LECZNICZY 3-dniowy VAT -zw	POBYT LECZNICZY 7-dniowy VAT -zw
Pokój jednoosobowy	770,00 zł	1720,00 zł
Pokój dwuosobowy	640,00 zł	1420,00 zł
Pokój trzyosobowy	560,00 zł	1250,00 zł

Serdecznie zapraszamy!

Kontakt:

DZIAŁ SPRZEDAŻY

Tel. 74 8680 279, 379

e-mail: monika.raczak@zuk-sa.pl



Polska Grupa
Uzdrowisk



*„Żyjemy w naszych dzieciach
i następnych pokoleniach.
Albowiem to dalej my, a nasze ciała to tylko
zwiędte liście na drzewie życia”*

Albert Einstein

**Pani Annie Urbańskiej
wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci Mamy**

**składają Koleżanki i Koledzy z pracy
oraz Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych**

