



ŚWIĘTOKRZYSKA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

ul. Nowy Świat 32 A
25-522 Kielce
Tel./fax: 41 300 26 62

Ośrodek Kształcenia ŚiPiP
kształcenie@sipip.kielce.pl
tel.: 662 282 958
www.sipip.kielce.pl

Koleżance

Marii Kowalik

pielęgniarce oddziału wewnętrznego
Szpitala w Skarżysku-Kamiennej
w związku z przejściem na emeryturę,
serdeczne podziękowania za wieloletnią współpracę,
dobroć i troskę o drugiego człowieka
za wspólnie przeżyte chwile,
życzenia zdrowia i wszelkiej pomyślności
składają:

**Dyrekcja, Pielęgniarka Naczelna
oraz koleżanki pielęgniarki**



Koleżance

Jadwidze Olesińskiej

w związku z przejściem na emeryturę
składamy najserdeczniejsze podziękowania
za Twoją pełną poświęcenia i oddania pracę,
za koleżeńskość, życzliwość i serdeczność.
Dziękujemy za to, że zawsze mogłyśmy na Ciebie liczyć.
Życzymy dobrego zdrowia, radości,
pomyślności i spokoju w życiu osobistym.

**Pielęgniarka Naczelna oraz koleżanki
z Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala w Jędrzejowie**



*Pragnę podziękować
personelowi oddziału chirurgii ogólnej
oraz pracownikom*

*Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie
za okazaną życzliwość, wsparcie
i empatię w trudnej dla mnie sytuacji
związanej ze skutkami klęski żywiołowej*

**Dorota Machnik
pielęgniarka
oddziału chirurgii ZOZ Włoszczowa**

Koleżance

Magdalenie Miernik

w związku z przejściem na emeryturę
pragniemy złożyć serdeczne podziękowania
za pełną zaangażowania i poświęceń pracę zawodową,
profesjonalizm, koleżeńskość, sumienność i rzetelność.
Życzymy dobrego zdrowia, pogody ducha,
ciepła i spokoju w życiu osobistym
oraz aby wszystkie plany i marzenia spełniły się.

**Przełożona Pielęgniarek oraz koleżanki
z OLK SPZOZ w Skarżysku-Kamiennej**





Koleżanki, Koledzy,

Zbliża się koniec VII kadencji działalności naszego Samorządu. Gdyby nie fakt, że I Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych dokonał zmiany w regulaminach wyborów nowych delegatów, Okręgowej Rady i innych organów odby-

wałyby się już w listopadzie.

Przy obecnych uregulowaniach, które wydają się być jak najbardziej słuszne, nie będziemy już organizować dwóch zjazdów w roku: na wiosnę sprawozdawczego a jesienią wyborczego. Zjazd naszych nowo wybranych delegatów odbędzie się w marcu 2020 r.

Obecnie ruszyła procedura wyborów delegatów w Rejonach Wyborczych.

Organizowane są zebrania w Waszych miejscach pracy lub w siedzibie Izby w przypadku gdy wiele podmiotów połączono w 1 rejon z uwagi na małą ilość zatrudnionych.

Biuletyn, który oddajemy do Waszych rąk zawiera materiał wyborczy.

Proszę również o zainteresowanie stroną internetową Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych, gdzie na bieżąco zamieszczamy również informacje o wyborach.

Koleżanki, Koledzy, zachęcam gorąco do wzięcia udziału w wyborach na delegatów (terminy zebrań wyborczych zamieszczone są na stronie SIPIP oraz w miejscach pracy na tablicach ogłoszeń).

Szczególnie apeluję do osób, które czują, że mają pomysły, czas i energię, by działać w Samorządzie.

To bardzo ważne kogo wybieramy. To ważne, by nie były to osoby przypadkowe z tzw. „łapanki”. Kogo wybierzemy zależy od nas i taki będzie samorząd jak go wykreujemy poprzez dokonane wybory.

A zapewniam Was, że jest co robić i tyle samo problemów przed nami co i za nami. Jeżeli chcemy mieć wpływ na decyzje podejmowane na Zjazdach, posiedzeniach Okręgowej Rady zadbajmy by wybierani przez nas Delegaci byli zainteresowani i kreatywni.

Ewa Mikołajczyk
Przewodnicząca
ORPiP w Kielcach

SPIS TREŚCI

1. Podziękowania.....	2
2. Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kielcach	5
3. Kalendarium.....	6
4. Obowiązek aktualizowania danych	7
5. Wybory na VIII kadencję Samorządu.....	8
6. Rekomendacja Polskiego Towarzystwa Położnych w zakresie stosowania produktu Prolaktan w okresie karmienia piersią	12
7. ROZWÓJ ZMYŚLÓW	13
8. OPINIE PRAWNE	14
9. XV edycja Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku	15
10. Międzynarodowa konferencja w Toruniu	18
11. Światowy Dzień Choroby Alzheimera.....	19
12. Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce	22
13. Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Kadr Medycznych ŚIPiP w Kielcach.....	31
14. Pożegnania.....	32
15. Kondolencje	33
16. Podziękowania.....	36

W imieniu rodziny oraz koleżanek z pracy zwracamy się z prośbą o wsparcie finansowe dla naszej ANI.



W czerwcu br. Ania, pielęgniarka, pracownik Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych doznała udaru niedokrwiennego prawej półkuli mózgu, konarów mózgu i mostu.

Jest po trombectomii. Ma niedowład czterokończynowy i dysfagię. Obecnie przebywa na oddziale rehabilitacji udarowej w WSZ w Kielcach, ale wskazana jest dalsza, bardzo kosztowna rehabilitacja neurologiczna (ruchowa i neurologopedyczna), która jest jedyną nadzieją i alternatywą powrotu Ani do zdrowia.

Zachęcamy Państwa o wsparcie procesu leczenia i rehabilitacji Ani wpłacając choć najmniejszą kwotę na indywidualny numer subkonta.

JAK PRZEKAZAĆ DAROWIZNĘ

Należy dokonać przelewu bankowego (może być przelew internetowy) lub wpłaty na pocztę:

• nazwa odbiorcy: Fundacja Avalon – Bezpośrednia Pomoc Niepełnosprawnym,

Michała Kajki 80/82 lok. 1, 04-620 Warszawa

• numery rachunku odbiorcy: **62 1600 1286 0003 0031 8642 6001**

Rachunek prowadzony przez: BGŻ Paribas Bank Polska S.A

W tytule wpłaty proszę podać nazwisko i numer członkowski nadany przez Fundację – **Antonkiewicz, 11932 (ten dopisek jest bardzo ważny).**



Biuro Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych		
Sekretariat tel. 41 300 26 62 izba@sipip.kielce.pl	poniedziałek, środa, piątek	7 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰
	wtorek, czwartek	7 ⁰⁰ – 17 ⁰⁰
Prawo wykonywania zawodu, rejestr pielęgniarek i położnych tel. 41 315 61 87 prawo@sipip.kielce.pl	poniedziałek – piątek	7 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰
Kasa	środa, czwartek	7 ³⁰ – 14 ⁰⁰
Radca prawny radcaprawny@sipip.kielce.pl	wtorek	8 ⁰⁰ – 10 ⁰⁰
	czwartek	14 ⁰⁰ – 16 ⁰⁰
Biblioteka	wtorek	10 ⁰⁰ – 17 ⁰⁰
	czwartek	8 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰
Przewodnicząca Ewa Mikołajczyk przewodniczaca@sipip.kielce.pl	poniedziałek – piątek	7 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰
Wiceprzewodnicząca Ewa Wojcieszek Wojcieszek@sipip.kielce.pl	poniedziałek – wtorek	7 ⁰⁰ – 14 ⁰⁰
	środa – czwartek	7 ⁰⁰ – 13 ⁰⁰
Sekretarz Jacek Gawłowski	poniedziałek	9 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰
	wtorek	9 ⁰⁰ – 17 ⁰⁰
Skarbnik Izabela Oszmiana skarbnik@sipip.kielce.pl	poniedziałek, wtorek, środa, piątek	7 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰
	czwartek	9 ⁰⁰ – 17 ⁰⁰
Okręgowy Rzecznik tel. 604 170 135 41 300 26 62, 41 315 61 87	Dyżury w dni posiedzeń Prezydium i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych	10 ⁰⁰ – 14 ⁰⁰
Przewodniczący Okręgowego Sądu tel. 600 992 590 41 300 26 62, 41 315 61 87	Dyżury w dni posiedzeń Prezydium i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych	10 ⁰⁰ – 14 ⁰⁰
Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej tel. 606 390 267 41 300 26 62, 41 315 61 87	Dyżury w dni posiedzeń Prezydium i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych	10 ⁰⁰ – 14 ⁰⁰
Ośrodek Kształcenia Poddyplomowego ŚIPiP ksztalcenie@sipip.kielce.pl	wtorek	7 ⁰⁰ – 17 ⁰⁰
	poniedziałek, środa, czwartek, piątek	7 ⁰⁰ – 15 ⁰⁰
	tel. 662 282 958	

Wydawca:

Świętokrzyska Izba Pielęgniarek i Położnych w Kielcach
NIP 959-10-53-799

NUMERY KONT BANKOWYCH:

PEKAO S.A. o/Kielce 49 1240 4416 1111 0000 4959 3886
BGK o/Kielce 37 1130 1192 0027 6167 3620 0001

Adres wydawcy:

ul. Nowy Świat 32A, 25-522 Kielce
tel. 41 300 26 62, 41 315 61 87

www.sipip.kielce.pl,

e-mail: izba@sipip.kielce.pl

Numer 3 (208) 2019 r.

ISSN 1429-561X

Nakład: 1100 egz.

Data wydania: 22 października 2019 r.

Zespół redakcyjny:

Ewa Mikołajczyk, Ewa Wojcieszek, Izabela Oszmiana, Jacek Gawłowski, Henryka Majkowska, Aneta Zwierzchowska



Terminy posiedzeń w 2019 roku

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych:

27 sierpnia, 22 października, 17 grudnia

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych:

17 lipca, 7 sierpnia, 18 września, 9 października, 13 listopada

Pełnomocnicy:

24 września

Pielęgniarska kadra kierownicza/konsultanci, szpitale:

18 września

Pielęgniarska kadra kierownicza POZ:

17 września

Komisja Rewizyjna:

6 września, 4 października, 8 listopada, 6 grudnia

Komisja kształcenia i doskonalenia zawodowego:

11 lipca, 3 października, 7 listopada, 12 grudnia

Komisja socjalno-finansowa:

16 lipca, 6 sierpnia, 17 września, 8 października, 12 listopada

Komisja etyki:

12 września, 10 października, 14 listopada

Zespół położnych:

20 września, 13 grudnia

Zespół pielęgniarek DPS:

18 września, 18 grudnia

Zespół medycyny nauczania i wychowania:

30 sierpnia, 18 grudnia

Regulaminy i wnioski dofinansowania kosztów doskonalenia zawodowego oraz przyznawania pomocy koleżeńskiej dostępne są na naszej stronie internetowej: www.sipip.kielce.pl

Terminarz wydarzeń w ŚIPiP do końca 2019 r.

21.10.2019 r. – konferencja w Opatowie: „Etyka zawodowa – autorytety i wzorce osobowe”

22.10.2019 r. – wybory w Rejonie 20, godz. 15.00

24.10.2019 r. – wybory w Rejonie 19, godz. 14.30

28.10.2019 r. – bezpłatne warsztaty z zakresu wiązania chusty

29.10.2019 r. – bezpłatne szkolenie: „Opieka nad pacjentem z chorobą Alzheimera”

29.10.2019 r. – wybory w Rejonie 13, godz. 14.30

14.11.2019 r. – bezpłatne szkolenie: „Kompetencje żywieniowe pielęgniarki”

25.11.2019 r. – bezpłatne warsztaty z zakresu wiązania chusty

6.11.2019 r. – wybory w Rejonie 21, godz. 13.00

7.11.2019 r. – wybory w Rejonie 11, godz. 14.30

18.12.2019 r. – wybory w Rejonie 10, godz. 13.00.

Numer konta

**Ośrodka Kształcenia Kadr Medycznych ŚIPiP
62 1240 4416 1111 0010 5707 3676**

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kielcach za okres od 13 czerwca do 9 października 2019 r.

W okresie sprawozdawczym odbyło się 2 posiedzenia Okręgowej Rady, na której podjęto 92 uchwały. Posiedzenia Okręgowej Rady odbyły się 25 czerwca i 27 sierpnia 2019 roku. Prezydium odbyło 4 posiedzenia na których przyjęto 237 uchwał. Posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady odbyły się 17 lipca, 7 sierpnia, 18 września, 9 października 2019 roku.

Działalność Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kielcach w zakresie zadań przejętych od administracji państwowej w zakresie prawa wykonywania zawodu, rejestru pielęgniarek i położnych, rejestru praktyk pielęgniarek i położnych.

Zestawienie uchwał dotyczących prawa wykonywania zawodu i rejestru praktyk pielęgniarek i położnych podjętych w okresie sprawozdawczym przez Okręgową Radę/Prezydium

Uchwały w sprawie...	Liczba uchwał	Ilość	
		Pielęgniarki	Położne
Stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru	189	153	36
Wymiany prawa wykonywania zawodu	1	1	–
Wpisu do rejestru członków ŚIPiP	18	16	2
Skreślenia z rejestru	23	20	3
Skierowania na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu	4	3	1
Powołania komisji egzaminacyjnej do przeprowadzenia egzaminu po przerwie w wykonywaniu zawodu	7	5	2
Wydania nowego zaświadczenia o prawie prawa wykonywania zawodu	1	1	–
Zmiany w treści zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	1	–	1
W sprawie przyjęcia oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu	–	–	–
W sprawie wydania zaświadczeń o odbytych przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu	–	–	–
W sprawie wykreślenia z rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą	–	–	–
Zawieszenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu	–	–	–

Funkcjonowanie Okręgowej Rady, Prezydium, Biura ŚIPiP

Okręgowa Rada interweniowała w sprawie „opodatkowania” pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania w Skarżysku-Kamiennej. W sprawie tej prowadzona była obszerna korespondencja z samorządem lokalnym, innymi samorządami, Regionalną Izbą Obrachunkową, organami podatkowymi, Ministerstwem Zdrowia.

Kontynuowano działania na rzecz pielęgniarek w GOZ w Seceminie.

W Izbie reaktywował swą działalność Zespół Młodej Pielęgniarki, który odbył kolejne spotkanie.

Przygotowano ulotkę informacyjną o roli i zadaniach Samorządu Zawodowego, która ma być przekazywana członkom samorządu.

Okręgowa Rada podjęła szereg uchwał związanych z wyborami władz samorządu na nową kadencję: regulaminu Okręgowej Komisji Wyborczej, kalendarza wyborczego, podziału na rejony wyborcze.

Cyklicznie odbywały się spotkania z osobami pełniącymi kierownicze funkcje pielęgniarskie w zakładach leczniczych, w tym także w POZ.

Przedstawiciele OR uczestniczyli w komisjach konkursowych na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych.

Cyklicznie odbywały się kontrole prowadzone przez Okręgową Komisję Rewizyjną.

Rejestr podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.

W okresie sprawozdawczym podjęto 1 uchwałę w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych: Akademia Zdrowia Izabela Łajs.

Opiniowanie aktów prawnych istotnych dla wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej.

Przedstawiciele OR uczestniczyli w opiniowaniu aktów prawnych z zakresu ochrony zdrowia oraz norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Jednym z tematów było zaostrenie prawa karnego związanego z błędem medycznym.

Organizacja konferencji, spotkań szkoleniowych

OR była współorganizatorem z Kieleckim Stowarzyszeniem Alzheimerowskim IX Konferencji naukowej „Choroba Alzheimera to brutalny i podstępny przeciwnik, czy można ją zrozumieć”. W konferencji uczestniczyło 130 osób.

Współpraca z NFZ, Urzędem Marszałkowskim, Urzędem Wojewódzkim.

Przedstawiciele OR uczestniczyli w posiedzeniach Rady Społecznej Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przewodnicząca Okręgowej Rady uczestniczyła w posiedzeniach Komisji Zdrowia Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego.

Przedstawiciele OR uczestniczyli w posiedzeniach Rad Społecznych SPZOZ.

Przewodnicząca OR wielokrotnie odbywała spotkania z przedstawicielami władzy publicznej w sprawach dotyczących osób wykonujących zawód pielęgniarki i położnej.

Pozostałe uchwały Okręgowej Rady i Prezydium dotyczące działalności merytoryczno – organizacyjnej Samorządu:

Podjęto uchwały w zakresie finansowym i księgowym w celu usprawnienia działania biura ŚIPiP oraz związane z bieżącym funkcjonowaniem siedziby ŚIPiP w Kielcach. Podjęto w tych sprawach 9 uchwał.

Pomoc finansowa dla członków ŚIPiP

Prezydium Okręgowej Rady podjęło 5 uchwał w sprawie przyznania pomocy koleżeńskiej dla 9 osób na kwotę 14 400 złotych. Prezydium podjęło również 5 uchwał w sprawie odmowy przy-

znania pomocy koleżeńskiej z powodu nie spełniania wymogów regulaminowych.

Kształcenie podyplomowe oraz działalność Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Kadr Medycznych Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych

Ministerstwo Zdrowia ogłosiło jakie szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych zostaną sfinansowane z Funduszu Pracy w roku 2019:

- pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej terapii dla pielęgniarek
- pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek
- pielęgniarstwo internistyczne dla pielęgniarek
- pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
- ochrona zdrowia pracujących dla pielęgniarek.

Przygotowany, omówiony i opublikowany został harmonogram szkoleń w OKPKM ŚIPiP w Kielcach.

Przedstawiciele OR uczestniczyli w komisjach egzaminacyjnych egzaminów kończących kształcenie podyplomowe.

Okręgowa Rada podjęła uchwały w sprawie organizacji w OKKM ŚIPiP kursów:

- Specjalistycznych – 6 uchwał
- kwalifikacyjnych – 2 uchwały.

Dofinansowanie kosztów kształcenia podyplomowego udzielane członkom ŚIPiP zgodnie z regulaminem

Na posiedzeniach Okręgowej Rady oraz Prezydium Okręgowej Rady podjęto 18 uchwał w sprawie przyznania dofinansowania do różnych form kształcenia podyplomowego w kwotach określonych w regulaminie dofinansowania oraz 3 uchwały w sprawie odmowy przyznania dofinansowania. Okręgowa Rada podjęła także 25 uchwał podtrzymujących uchwały Prezydium o odmowie przyznania dofinansowania. Przyczyną odmowy dofinansowania były wnioski o dofinansowanie, wykraczające poza zakres objęty regulaminem, nie spełnienie warunków regulaminu lub wniosków o dofinansowanie kursu organizowanego przez organizatora innego niż OKKM ŚIPiP w Kielcach, w sytuacji gdy OKKM ŚIPiP w Kielcach organizował kurs którego dotyczyły wnioski, nierzadko w tym samym terminie co organizator zewnętrzny.

Z dofinansowania skorzystało łącznie 244 osoby na kwotę 38 552,42 złotych, w tym 130 osób uczestniczyło w formach kształcenia w całości finansowanych przez ŚIPiP w Kielcach (konferencja).

Z dofinansowania do kursów kwalifikacyjnych skorzystało 22 osoby na kwotę 13 200 złotych.

Z dofinansowania do kursów specjalistycznych skorzystało 55 osób na kwotę 11 000 złotych.

Z dofinansowania do konferencji naukowych skorzystało 37 osób na kwotę 14 352,42 złotych.

Kalendarium

Ewa Wojcieszek

4 kwietnia

Posiedzenie Komisji Kształcenia. W pracach komisji uczestniczyło 8 członków komisji. Opracowywano wnioski o przyznanie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego. Wnioski zaopiniowane pozytywnie i negatywnie przekazano do zatwierdzenia PORPiP w Kielcach.

5 kwietnia

Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

9 kwietnia

Posiedzenie Komisji Finansowej. W pracach komisji uczestniczyło 7 członków komisji. Opracowywano wnioski o przyznanie pomocy finansowej członkom samorządu. Wnioski zaopiniowane pozytywnie i negatywnie przekazano do zatwierdzenia PORPiP w Kielcach. Sekretarz ORPiP Jacek Gawłowski uczestniczył w posiedzeniu Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

10 kwietnia

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. W posiedzeniu uczestniczyło 8 członków prezydium.

11 kwietnia

Odbyło się spotkanie komisja Etyki działającej przy ŚIPiP w Kielcach. W ŚIPiP w Kielcach został przeprowadzony egzamin dla pielęgniarek które odbyły przeszkolenie po przerwie 5 lat w ostatnich 6-ciu latach w wykonywaniu zawodu, egzamin zdała 1 pielęgniarka.

15 kwietnia

W siedzibie ŚIPiP odbyła się konferencja zorganizowana przez firmę Nestle skierowaną do położnych której tematem były „Aspekty prawne w pracy położnej”

16 kwietnia

Posiedzenie konkursowe na stanowisko Pielęgniarki naczelnej MSWiA w Kielcach. W posiedzeniu konkursowym z ramienia ORPiP udział brały Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk, Wiceprzewodnicząca Ewa Wojcieszek oraz Sekretarz ORPiP Jacek Gawłowski. Komisja w składzie 12 osobowym wytypo-

wała na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej Panią Lucynę Roszewską.

17 kwietnia

Sekretarz ORPiP Jacek Gawłowski uczestniczył w posiedzeniu Rady Społecznej w szpitalu MSWiA w Kielcach.

23 kwietnia

Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych ŚIPiP. W posiedzeniu uczestniczyło 22 członków Rady.

25 kwietnia

Sekretarz ORPiP Jacek Gawłowski uczestniczył w posiedzeniu Rady Społecznej w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach.

26 kwietnia

Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk uczestniczyła w posiedzeniu Rady Społecznej w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SPZOZ w Kielcach.

29 kwietnia

W siedzibie ŚIPiP odbyło się szkolenie dla pielęgniarek rodzinnych z RODO.

W ramach obchodów Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej odbyła się coroczna pielgrzymka do Sanktuarium Matki Bożej Ostrobramskiej w Skarżysku-Kamiennej.

7 maja

Posiedzenie Komisji Finansowej. W pracach komisji uczestniczyło 7 członków komisji. Opracowywano wnioski o przyznanie pomocy finansowej członkom samorządu. Wnioski zaopiniowane pozytywnie i negatywnie przekazano do zatwierdzenia PORPiP w Kielcach. Sekretarz ORPiP Jacek Gawłowski uczestniczył w posiedzeniu Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

Posiedzenie Komisji Kształcenia. W pracach komisji uczestniczyło 8 członków komisji. Opracowywano wnioski o przyznanie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego. Wnioski zaopiniowane pozytywnie i negatywnie przekazano do zatwierdzenia PORPiP w Kielcach.

8 maja

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. W posiedzeniu uczestniczyło 6 członków prezydium.

10 maja

Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

13 maja

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej obchodzony był uroczysto w Ministerstwie Zdrowia. Uczestniczkami na zaproszenie MZ były Przewodnicząca Ewa Mikołajczyk i Wiceprzewodnicząca Ewa Wojcieszek.

17 maja

W Hotelu Ameliówka w Mąchocicach w ramach obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej odbyło się spotkanie pielęgniarek i położnych naszego województwa.

22 maja

Sekretarz ORPiP Jacek Gawłowski uczestniczył w posiedzeniu Rady Społecznej w Zespole Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim.

23 maja

Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk została zaproszona na uroczyste otwarcie Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznych w Wyższej Szkole Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych im. prof. Edwarda Lipińskiego W Kielcach.

27 maja

Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk brała udział w konferencji dla położnych w siedzibie izby zorganizowanej przez firmę Pelargos. Omawiano tematy: Jak budować trudne relacje w pracy z kobietą w ciąży i po porodzie, oraz Cud narodzin – poród w porywach wertykalnych.

30 maja

W SPZOZ w Skarżysko-Kościelnym odbyło się posiedzenie Rady Społecznej z udziałem Wiceprzewodniczącej ORPiP Ewy Wojcieszek – członka Rady Społecznej.

31 maja – 1 czerwca

Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk oraz Skarbnik ORPiP Izabela Oszmiana uczestniczyły w Nadwiślańskich Dniach Opieki nad Noworodkiem i Niemowlęciem na zaproszenie centrum doradczo-szkoleniowego Provena.

4 czerwca

Sekretarz ORPiP Jacek Gawłowski uczestniczył w posiedzeniu Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

4-5 czerwca

W Warszawie odbył się I Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. W obradach zjazdu uczestniczyło 12 delegatów naszego województwa.

5 czerwca

Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk Sekretarz ORPiP Jacek Gawłowski uczestniczył w Posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

6 czerwca

Posiedzenie Komisji Kształcenia. W pracach komisji uczestniczyło 8 członków komisji. Opracowywano wnioski o przyznanie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego. Wnioski zaopiniowane pozytywnie i negatywnie przekazano do zatwierdzenia PORPiP w Kielcach.

Odbyło się spotkanie komisja Etyki działającej przy ŚiPiP w Kielcach.

7 czerwca

Spotkanie zespołu Położnych.

11 czerwca

Posiedzenie Komisji Finansowej. W pracach komisji uczestniczyło 5 członków komisji. Opracowywano wnioski o przyznanie pomocy finansowej członkom samorządu. Wnioski zaopiniowane pozytywnie i negatywnie przekazano do zatwierdzenia PORPiP w Kielcach.

12 czerwca

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. W posiedzeniu uczestniczyło 7 członków prezydium.

13 czerwca

Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

14 czerwca

Spotkanie zespołu pielęgniarek Środowiska Nauczania i Wychowania.

16 czerwca

Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk brała udział w uroczystości czepkowania w Wyższej Szkole Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych im. prof. Edwarda Lipińskiego W Kielcach.

17 czerwca

Kadra kierownicza lecznictwa zamkniętego oraz POZ miała spotkanie w siedzibie izby połączone ze szkoleniem z prawnikiem.

23 czerwca

Wiceprzewodnicząca Ewa Wojcieszek uczestniczyła w posiedzeniu Rady Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

25 czerwca

Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych ŚiPiP. W posiedzeniu uczestniczyło 19 członków Rady.

26 czerwca

W Busku Zdroju odbyło się XV spotkanie naukowo – szkoleniowe pielęgniarek uzdrowiskowych i epidemiologicznych ziemi świętokrzyskiej - „Jakość opieki pielęgniarskiej ziemi świętokrzyskiej „

27 czerwca

W ŚiPiP w Kielcach odbyło się spotkanie pełnomocników, które prowadziła Przewodnicząca ORPiP Ewa Mikołajczyk. W spotkaniu udział wzięło 17 osób.

Przypominamy o obowiązku aktualizowania danych

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Kielcach przypomina wszystkim członkom o obowiązku aktualizacji swoich danych osobowych:

- zmiany nazwiska
- zmiany adresu zamieszkania
- zmiany miejsca pracy
- ukończonego kształcenia podyplomowego (szkolenia, kursy, specjalizacje, studia itp.)
- informacji o zaprzestaniu wykonywania zawodu
- informacji o zniszczeniu prawa wykonywania zawodu
- informacji o przejściu na rentę, świadczenie emerytalne, emeryturę.

Obowiązek aktualizowania danych nakłada na nas ustawa z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych, art. 11 ust. 2 pkt. 5. Zmiany stanu faktycznego winny być niezwłocznie zgłoszone w celu aktualizacji danych w rejestrze pielęgniarek i położnych, który prowadzony jest w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu OIPiP w Kielcach. Aktualizacja danych jest bardzo istotna min. dla wizerunku samorządu i zawodów pielęgniarki i położnej. Prosimy o potraktowanie sprawy jako pilnej

Aktualizacji danych możemy dokonać osobiście – w dziale prawa wykonywania zawodu – pokój 1.08 lub pisemnie na adres biura: Świętokrzyska Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Nowy Świat 32a, 25-522 Kielce.

Wybory na VIII kadencje Samorządu

Ruszyła procedura wyborcza delegatów Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych na VIII kadencję. Sprawdź się na listach wyborczych posługując się numerem prawa wykonywania zawodu. Odwiedź koniecznie stronę internetową ŚIPIP: <http://www.sipip.kielce.pl/wybory-2019>.

Jeżeli ktoś pracuje w kilku zakładach pracy musi zadeklarować, który z nich będzie jego rejonem wyborczym. Można być tylko i wyłącznie na jednej liście. Prosimy o kontakt w przypadku konieczności zmian na liście wyborców lub w razie innych pytań i wątpliwości nr tel.: 41 300 26 62.

Jeśli chcesz mieć wpływ na działalność samorządu zawodowego weź udział w wyborach.

A oto mała podpowiedź:

- 1 sprawdź czy jesteś na liście wyborczej ŚIPIP,
- 2 idź na zebranie wyborcze w rejonach wyborczych:

- wybierz delegatów na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych
 - wybierz pełnomocnika spośród delegatów wybranych na OZPIP,
- 3 Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Kielcach
 - wybór Przewodniczącej/ Przewodniczącego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,
 - wybór członków organów Izby.

Regulamin wyborów został przyjęty przez delegatów I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych. **Wyciąg z Ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych dotyczący praw wyborczych, Regulamin wyborów do organów Izb oraz tryb odwoływania ich członków dostępne są na stronie NRPIP.**

Terminy wyborów Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych są publikowane na stronie internetowej oraz w zakładach pracy. Poniżej publikujemy rejon wyborcze VIII kadencji.

Rejony wyborcze VIII kadencji

Nr rejonu	Miejsce	Członek Okręgowej Komisji Wyborczej odpowiedzialny za przeprowadzenie wyborów w rejonie
1	WSzZ Kielce Pediatria (oddziały szpitalne oraz poradnie) 266, 7 mandatów	Ewa Wojcieszek
2	WSzZ Kielce Główny budynek, SOR, Poradnie z ul. Artwińskiego 533, 409 P / 124 A, 11 mandatów pielęgniarki, 3 mandaty położnej	Ewa Wojcieszek
3	WSzZ Kielce Kardiologia, Neurologia, Oddział Wewnętrzny I, (oddziały szpitalne oraz poradnie) 289, 7 mandatów	Ewa Wojcieszek
4	WSzZ Kielce Oddział Rehabilitacji ul. Kościuszki, Oddziały Zakaźny i Dermatologia oraz Poradnie ul. Radiowa 59, 1 mandat	Ewa Wojcieszek
5	NZOZ Szpital Kielecki 170, 118 P / 52A, 3 mandaty pielęgniarki, 1 mandat położnej	Ewa Mikołajczyk
6	Świętokrzyskie Centrum Onkologii 479, 445 P/ 34A, 11 mandatów pielęgniarki, 1 mandat położnej	Marzena Pyk
7	ŚCMiN 161, 138 A / 23P, 3 mandaty położnej, 1 mandat pielęgniarki	Beata Uba
8	MSWiA, Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska, Areszt Śledczy brak listy 107, 102 P/ 5A, 3 mandaty	Jacek Gawłowski

9	Indywidualna praktyka 49, 44P/ 5A, 1 mandat	Elżbieta Skuza
10	ZOL ul. Wesoła Kielce, DPS im. A. Kępińskiego ul. Jagiellońska Kielce, DPS ul. Tarnowska Kielce, DPS Im. Jana Pawła II ul. Jagiellońska Kielce, DPS + ZOL ul. Sobieskiego Kielce, DPS ul. Żeromskiego Kielce, PZN DPS ul. Złota Kielce, Dzienny Ośrodek Opiekuńczo-Rehabilitacyjny Kielce, Dom Seniora Aktywni Zawsze Kielce, Fundacja Więź Pokoleń Kielce 106, 3 mandaty	Mariusz Pająk
11	NZOZ Centrum Kielce, NZOZ Darimed Kielce, NZOZ Dalmed Kielce, PCUM Kielce, Alergo-Med Kielce, Medycyna Pracy & Medycyna Rodzinna Sp. z o.o. Kielce, WOMP Kielce, Center Med Kielce, Przychodnia Polmomed Kielce, Artimed NZOZ Kielce, NZOZ Dermatolog Kielce, Centrum Medyczne „Zagnańska” Kielce, NZOZ Promed Sp. z o.o. Kielce, NZOZ Patron Sp. z o.o. Kielce, Supramed Sp. z o.o. Kielce, Endomed Lekarze specjaliści Kielce, Świętokrzyskie Centrum Pulmonologii i Alergologii Kielce, Plus Med. Kielce, Centrum Zdrowia Kielce Sp. z o.o. Kielce, Centrum Medyczne „Zdrowie” Kielce, Medyk Sp. z o.o. Kielce, NZOZ Partner Kielce, Specjalistyczny NZOZ Moto-Med. Kielce, Przychodnia Rodzinna Kalinka Kielce, UNIMED.EG Sp. z o.o. Kielce 268, 240P / 28A, 7 mandatów	Dorota Tekiela
12	Pul-Med. Centrum Kielce, Promotor 2 S.C. Kielce, Centrum Medyczne Crosmed Kielce, Omega S.C. Kielce, Centrum Medyczne Omega Kielce, MEDICA Kielce, UJK Kielce, RCKiK Kielce, WSSE Kielce, PSSE Kielce, Mario-Med Kielce, Żłobek Samorządowy nr 15 Kielce, Żłobek Samorządowy nr 5 Kielce, Żłobek Samorządowy nr 13 Kielce,	

12	Żłobek Samorządowy nr 12 Kielce, Żłobek Samorządowy nr 17 Kielce, Żłobek Małe Aniołki Kielce, Niepubliczne Przedszkole Nasza Babcia Kielce, BETA MED Kielce 105, 88 P / 17 A, 3 mandaty	Agata Roszewska
13	PROMOTOR, Metabolik Kielce, NZOZ Medical Kielce, Prywatna Poradnia Kardiologiczna Kielce, Centrum Zdrowia Kobiety, Medilens Sp. z o.o. Kielce, NZOZ OTO MED. Kielce, Rodzina Sp. Z o.o. Kielce, Przychodnia dla Rodziny GALUS Kielce, NZOZ Ginmed Kielce, NCM Okoklinik Kielce, Femi-Med. Kielce, Ekstradent Kielce, NZOZ Centrum-Neurologia Dziecięca i Leczenie Padaczki Kielce, Centrum Zdrowia Psychicznego Kielce, Poradnia Lekarza Rodzinnego Kielce, Domedic Kielce, Medilar Kielce, CM Eskulap Kielce, NZOZ por. dla kobiet Kielce, NZOZ Vita Dent Kielce, HIGH CLINIK Kielce, Prywatny gab.Ginekologiczno-Położniczy, Przychodnia dla rodziny Galus Kielce, Witamed Kielce, Resmedica por. neurologiczna Kielce, Stowarzyszenie Nadzieja Rodzinie Kielce 61, 56P/ 5A, 3 mandaty	Izabela Oszmiana
14	WSSz im. św. Rafała w Czerwonej Górze, 301, 8 mandatów	Bogumiła Kowalczyk-Sroka
15	Świątokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy, NZOZ „Morawica” w Morawicy, NZOZ Zakład Opiekuńczo-Lecznicy i Rehabilitacyjny w Bilczy, Samorządowy Żłobek w Bilczy 350, 9 mandatów	Edyta Głuszek
16	ŚCRMiTS w Kielcach 94, 88 P/ 6 A, 3 mandaty	Jacek Gawłowski
17	Szpital Powiatowy Chmielnik, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chmielniku, Samorządowy Zakład Opieki Zdrowotnej Pierzchnica, Dom Opieki Rodzinnej Pierzchnica, Dom Seniora Pierzchnica, Dom Pomocy Społecznej w Łagiewnikach, Żłobek Daleszyce, NZOZ Damed Mójcza, Gabinet lekarski Daleszyce 92, 89 P / 3A, 3 mandaty	Izabela Oszmiana
18	Klasztor Franciszkanów Ośrodek Leczenia Uzależnień Chęciny, Samorządowy Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Nowinach, Samorządowy Zakład Podstawowej opieki Zdrowotnej w Chęcinach, Samorządowy Żłobek Chęciny, Pielęgniarki indywidualnie optacające składkę 57, 51 P/ 6A, 1 mandat	Ewa Mikołajczyk

19	Samorządowy Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Piekoszków, Samorządowy Ośrodek Zdrowia Ćmińsk, NZOZ Nasza Przychodnia Samsonów, Samorządowy Ośrodek Zdrowia Miedziana Góra, Przychodnia ASMEDICA Miedziana Góra, Samorządowy Zakład Opieki Zdrowotnej Strawczyn, Samorządowy Zespół Ośrodków Zdrowia Zagnańsk, GOZ Mniów, Przychodnia Rodzinna „Raszówka” Mniów, Samodzielny Publiczny ZOZ Łopuszno, NZOZ Salus Czarnocin, Zespół Ośrodków Zdrowia PULS Masłów, Pielęgniarki indywidualnie optacające składkę 81, 71 P / 10 A, 2 mandaty	Ewa Mikołajczyk
20	Samorządowy Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Bodzentyn, Gminny Ośrodek Zdrowia w Rakowie, Przychodnia Bieliny w Bielinach, WIELMED Sp. z o.o. w Łagowie, Gminny Ośrodek Zdrowia w Górnio, Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Słupi, Gabinet stomatologiczny Bodzentyn, AEROPAG Łagów 63, 58 P/ 5 A 2 mandaty	Ewa Wojcieszek
21	Caritas Diecezji Kieleckiej 88 86 P / 2 A 2 mandaty	Jacek Gawłowski
22	ZOZ w Busku Zdroju 219, 200 P / 19A, 6 mandatów pielęgniarki, 1 mandat położnej	Jadwiga Maciejaska
23	Uzdrowisko Busko S.A. Busko-Zdrój, FNSZ-ZPL Sanatorium „Włóknarz” Busko Zdrój, Sanatorium Uzdrowskie „Nida –Zdrój” w Busku Zdroju, Sanatorium Uzdrowskie „Rafał” Busko Zdrój, 21 Wojskowy Szpital Uzdrowskowo-Rehabilitacyjny w Busku Zdroju, Sanatorium Słowacki Busko Zdrój, Sanatorium Uzdrowskie „Astoria” Busko, Sanatorium Uzdrowskie „Zbyszko” Busko 204, 5 mandatów	Jadwiga Maciejaska
24	Samodzielny Publiczny Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Busku Zdroju, PSSE w Busku Zdroju, Indywidualna praktyka Busko, Por. Okulistyczna w Busku Zdroju, Por. Kardiologiczna w Busku Zdroju, Gminny Ośrodek Zdrowia w Tuczępach 35, 34 P / 1A, 1 mandat	Jadwiga Maciejaska
25	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Gnojnie, Samorządowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Wiślicy, NZOZ w Pacanowie, Samorządowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Korczynio, NZOZ Medica w Stopnicy, Przychodnia Eskulap w Solcu Zdroju, NZOZ Solmed w Solcu Zdroju, DPS w Słupi, DPS w Zborowie, Uzdrowisko Solec Zdrój 42, 38 P/ 4A, 1 mandat	Ewa Mikołajczyk

26	NZOZ Szpital Specjalistyczny 145, 124 P/ 21A, 3 mandaty pielęgniarstwa, 1 mandat położnej	Ewa Majchrzyk		
27	Fresenius Nephrocare Polska Sp z o.o. Centrum Dializ nr 41 w Jędrzejowie, Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Jędrzejowie, Miejsko-Gminny Zespół Ośrodków Zdrowia Małogoszcz, Przychodnia Lekarska „Eskulap” Sędziszów, Miejsko-Gminny Ośrodek Zdrowia Sędziszów, Gminny Ośrodek Zdrowia w Wodzisławiu, NZOZ Graca-Med. Sobków, Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej Sobków, Gminny Ośrodek Zdrowia Imielno, Pro-Med. Spółka Jawna Nagłowice, Osoby Indywidualnie opłacające składki, NZOZ Kardio Jędrzejów, Usługi Medyczne GolaMed, Przychodnia Rodzinna K. Czerwik – Sędziszów, TKMED Jędrzejów, EURO MED. Stupia Jędrzejowska, MULTOMED Oksa, DPS Mnichów 114, 104 P/ 10 A, 3 mandaty	Ewa Majchrzyk		
28	SPZOZ Kazimierza Wielka, DPS Bejsce, NZOZ Maxmed Kazimierza Wielka, Maxmed Sp. z o.o. Kazimierza Wielka, Bejmed Bejsce, Gabinet Okulistyki i Neurologii Kazimierza, Gabinet Okulistyki ni Chorób Płuc Kazimierza, NZOZ Salus Czarnocin 91, 88 P / 3A, 2 mandaty	Barbara Chudera		
29	Zespół Opieki Zdrowotnej Końskie 425, 394 P / 29A, 10 mandatów pielęgniarstwa, 1 mandat położnej	Anna Łoś-Wróbel		
30	NZOZ Południowa Końskie, ŚCR Czarniecka Góra, SPZOZ Gowarczów, PZOZ Fałków, DPS Cichy Zakątek Końskie, DPS Etola Ruda Piłczycka, GZOZ Stupia Konecka, SPZOZ Stąporków, Przychodnia Zdrowie Końskie, PZOZ Radoszyce, PZOZ Ruda Maleniecka, NZOZ Rodzina Końskie, GOZ Smyków, Grupowa praktyka pielęgniarek, Specjalistyczny Gabinet Neurologiczny Końskie, MEDICA Lekarze Stąporków, Stowarzyszenie Opieki Paliatywno-Hospicyjnej Ruda Białaczowska, Marla-Med CM Czermino, NZOZ Marczewski Sławomir Końskie 153, 146 P / 7A, 4 mandaty	Jolanta Stańczyk Anna Łoś-Wróbel		
31	Szpital Świętego Leona Sp z o.o. Opatów 60, 51 P / 9A, 2 mandaty	Beata Stępień		
32	SPZOZ Poradnia Lekarza POZ Opatów, SPZOZ Baćkowice, OZ Sadowie, SPZOZ Ożarów, NZOZ Zdrowie Opatów, NZOZ Medyk Opatów, OZ Wojciechowice, NZOZ Tartów, NZ Lecznictwa Ambulatoryjnego Lasocin gm. Ożarów, DPS Zochcinek, DPS Czachów, DPS Sobów, Indywidualna Praktyka, SPZOZ Iwaniska, NZOZ Piotr Jopek Ożarów 77, 75 P / 2A, 2 mandaty		Beata Stępień	
33	Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim, Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii NZOZ w Ostrowcu 391, 353 P/ 38 A, 9 mandatów pielęgniarstwa, 1 mandat położnej		Dorota Maciąg Hanna Sado	
34	NZOZ GOMED Ostrowiec Świętokrzyski, NZOZ Futura-Med Ostrowiec Świętokrzyski, NZOZ RODZINA Ostrowiec Świętokrzyski, NZOZ Dermatologia Ostrowiec Świętokrzyski, NZOZ CENTYL Ostrowiec Świętokrzyski, Okulista S.J., Ośrodek Leczniczo-Profilaktyczny PROMED Ostrowiec Świętokrzyski, NZOZ Eskulap Ostrowiec Świętokrzyski, Niepubliczny Żłobek i Przedszkole PAJACYK Ostrowiec Świętokrzyski, NZOZ Multanka Ostrowiec Świętokrzyski, Centrum Medyczne Opiekun Ostrowiec Świętokrzyski, OMEGA Sp.z o.o. Ostrowiec Świętokrzyski, DPS ul. Grabowiecka Ostrowiec Świętokrzyski, „LEKARZ” Sp. J Ostrowiec Świętokrzyski, DPS os. Słoneczne Ostrowiec Świętokrzyski, NZOZ „Ortopedzi” Ostrowiec Świętokrzyski, PULS s.c. Ostrowiec Świętokrzyski, „VERTIMED” Ostrowiec Świętokrzyski, Zespół Poradni Specjalistycznych KRA-SNAL Ostrowiec Świętokrzyski, „MEDYK” Ostrowiec Świętokrzyski, NZOZ NOVOMED Ostrowiec Świętokrzyski, Gab. Laryngologiczny Ostrowiec Świętokrzyski, NZPŚ SZKOLMED Ostrowiec Świętokrzyski, MCS Grupowa praktyka lekarska Ostrowiec Świętokrzyski, ESKULAP MED. Sp. z o.o. Ostrowiec Świętokrzyski, NZOZ ARS-MED Ostrowiec Świętokrzyski, VITAMED s.c. Kunów, Indywidualna Praktyka lekarska Ostrowiec Świętokrzyski, GOZ Waśnów, IPL Por. Reumatologiczna Ostrowiec Świętokrzyski, Medycyna Szkolna Ostrowiec, Medyczne Centrum Specjalistyczne Ostrowiec Świętokrzyski, NZOZ Pacjent Ćmielów, Ostrowieckie Centrum Medyczne S.C., NZOZ Pacjent Ostrowiec, Gabinet Lekarski Waśnów, Dom Samopomocy Przyszań, Warsztaty Szansa Ostrowiec, Emerytki 223, 217 P/ 6A, 6 mandatów		Jacek Gawłowski Hanna Sado	
35	Zespół Opieki Zdrowotnej w Pińczowie, Intercard sp. z o.o. Pińczów 131, 127 P / 4 A, 3 mandaty		Jadwiga Makuch	

36	Samorządowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Pińczowie, Samorządowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Michałowie, DPS Pińczów, GOZ Działoszyce, Samorządowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Złotej, Osoby optujące indywidualnie składkę, Poradnia Laryngologiczna Pińczów 57, 54 P / 3 A, 2 mandaty	Izabela Oszmiana
37	Specjalistyczny Szpital Ducha Świętego w Sandomierzu 383, 351 P / 32 A, 9 mandatów pielęgniarki, 1 mandat położnej	Krystyna Rzeszowiak
38	NZOZ „Zdrowie” Sandomierz, Caritas Sandomierz, NZOZ Rokitek Sandomierz, Gabinet Dermatologiczny Sandomierz, Przychodnia Medycyny Pracy i Medycyny Rodzinnej Sandomierz, NZOZ Eskulap Sandomierz, Niepubliczny Zakład Medycyny Rodzinnej w Sulisławicach, NZOZ Rodzina Sandomierz, NZOZ Gabinet Medycyny Rodzinnej Klimontów, Indywidualna Praktyka Lekarska Wrona Sandomierz, NZOZ Ośrodek Zdrowia Klimontów, NZOZ Laryngolog Sandomierz, MIG-Med Sp. Z o.o. Świniaży Stare, NZOZ Dwikozy, SPZOZ Samborzec, NZOZ Medyk Koprzywnica, NZOZ Nasze Zdrowie Zawichost, GSPZPOZ Obrazów z siedzibą w Świątyniach, DPS Sandomierz, NZOZ Wilczyce, PSSE Sandomierz, NZOZ Wiejski Ośrodek Zdrowia Czyżów Szlachecki, NZOZ Oko Med. 131, 116 P/ 15A, 3 mandaty	Małgorzata Surowiec Anna Glibowska
39	Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku Kamiennej 258, 215 P / 43 A, 6 mandatów pielęgniarki, 1 mandat położnej	Ewa Wojcieszek Leokadia Ławińska
40	OLK Skarżysko Kamienna, Emerytki 32, 30 P/ 2A, 1 mandat	Ewa Wojcieszek
41	NZOZ „MEDICUS-X” Skarżysko, SPZOZ Przychodnie Miejskie Skarżysko-Kamienna, NZOZ „Medycyna Szkolna” Skarżysko-Kamienna, NZOZ „Na Zielnej” Skarżysko-Kamienna, Centrum Opiekuńczo-Pielęgnacyjne „Anna” Skarżysko Kościelne, PSSE w Skarżysku-Kamiennej, Międzyzakładowy Ośrodek Medycyny Pracy Skarżysko-Kamienna, NZOZ Chirurg Suchedniów, Przychodnia Rodzinna ALFA Skarżysko-Kamienna, NZOZ „Przychodnia Zdrowie” Skarżysko-Kamienna, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bliżynie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Skarżysko-Kościelne, Żłobek Miejski nr 2 Skarżysko-Kamienna, NZOZ „Promyk” Suchedniów, NZOZ „Przychodnia Zdrowie” Skarżysko-Kamienna, NZOZ w Łącznej, Indywidualna Praktyka 135, 121 P/ 14 A, 3 mandaty	Ewa Wojcieszek
42	Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach 345, 314 P / 31A, 8 mandatów pielęgniarki, 1 mandat położnej	Monika Szydetko

43	DPS Starachowice, Stowarzyszenie Eskulap Starachowice, NZOZ Vitamed Starachowice, DUO-DENT Starachowice, VIVAMED Starachowice, MEDICAL-Starachowice, Usługi Pielęgniarskie ARIADNA NZOZ Starachowice, Niepubliczny ZOZ WAMED S.C. Starachowice, Usługi Medyczne M. Zając Starachowice, Poradnia Psychiatryczno-Psychologiczna Starachowice, Vita Centrum Zdrowia Starachowice, Specjalistyczna praktyka lekarska J. Przydatek-Olesińska Starachowice, Med.-Star Starachowice, Visus Sp. z o.o. Starachowice, PSSE Starachowice 99, 96 P / 3 A, 2 mandaty	Małgorzata Tarnopolska Ewa Obara
44	NZOZ PANACEUM Brody, Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej Pawłów, Samorządowy ZOZ Wąchock, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mircu, Dom Pomocy Społecznej im. SUE RYDER w Kałkowie Godowie, Pielęgniarki indywidualnie optujące składkę, DPS ADAX 56, 54 P/ 2 A, 1 mandat	Ryszard Chruszczewski
45	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Staszowie 274, 238 P / 36 A, 6 mandatów pielęgniarki, 1 mandat położnej	Ewa Mikołajczyk Agnieszka Wróbel
46	Miejsko-Gminny SPZOZ Staszów, NZOZ Łubnice, SGOZ Oleśnica, Centrum Medyczne AUXILIUM Bogoria, Staszowskie Centrum Medyczne w Konieńtłotach, NZOZ Centrum Medyczne Zawada, Miejsko-Gminny SPZOZ Osiek, Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym KOŁO w Staszowie, SPZOZ Przychodnia Zdrowie w Potańcu, Indywidualna praktyka pielęgniarska, NZOZ Poradnia Zdrowia Psychicznego, Przychodnia Rodzinna Staszów, Przychodnia Rodzinna Jurkowice, NZOZ Zdrowie Konieńtłoty, SPZOZ Szydłów, ZOL i DPS Kurozwęki Miejsko-Gminny SPZOZ Osiek, GSPZOZ Rytwiary 135, 120 P/ 15A, 3 mandaty	Agnieszka Wróbel
47	Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowej 185, 173 P / 12A, 5 mandatów	Ewa Nowak-Stromczyńska
48	Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej Krasocin, Gminny Ośrodek Zdrowia Kluczewsko, Dom Pomocy Społecznej Włoszczowa, NZOZ „Zdrowie” Moskorzew, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Secemin, NZOZ „Novomed” Włoszczowa, NZOZ Nowe Życie Włoszczowa, NZOZ Medical Konieczno, Przychodnia Lekarska Euro-Med.- Secemin, Pielęgniarki indywidualnie optujące składkę 47, 43 P / 4 A, 1 mandat	Ewa Nowak-Stromczyńska
<p>Ogólna liczba uprawnionych do głosowania na VIII kadencję – 8224 W tym pielęgniarek – 7424 W tym położnych – 805 Ogólna liczba mandatów na VIII kadencję – 204 W tym pielęgniarek – 188 W tym położnych – 16</p>		

Rekomendacja Polskiego Towarzystwa Położnych w zakresie stosowania produktu Prolaktan w okresie karmienia piersią

Polskie Towarzystwo Położnych na posiedzeniu dnia 6 grudnia 2018 roku, po przeanalizowaniu dostępnej literatury, jak również rekomendacji innych towarzystw naukowych i grup ekspertów poświęconych wspomaganie organizmu kobiety w okresie laktacji oraz w przypadku napięcia związanego z trudnymi chwilami w czasie karmienia piersią, wydało niniejszą rekomendację. Przeprowadzona analiza piśmiennictwa uwzględniła szczególną sytuację polskiej populacji, a stanowisko Towarzystwa przedstawia stan wiedzy na dzień przeprowadzenia analizy.



CEL

Celem rekomendacji jest przedstawienie wskazań do stosowania suplementu diety o nazwie PROLAKTAN, wykorzystywanego przy wspomaganie organizmu kobiety w okresie laktacji oraz w przypadku napięcia związanego z trudnymi chwilami w czasie karmienia piersią. Rekomendacja ma również za zadanie zaopiniować bezpieczeństwo stosowania wspomnianego produktu.

WPROWADZENIE

Karmienie mlekiem matki jest naturalnym i fizjologicznym sposobem żywienia dzieci, wypracowanym na drodze ewolucji i zaspokajającym wszystkie potrzeby żywieniowe noworodka, niemowlęcia, a następnie małego dziecka. Mleko matki powinno stanowić pokarm pierwszego wyboru zarówno dla dzieci zdrowych, jak i chorych, dla urodzonych o czasie, ale też tych, które przyszły na świat przed terminem. Personel medyczny szpitali, a także podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej zobowiązany jest promować, wspierać i chronić karmienie piersią. Położne powinny propagować karmienie naturalne już na etapie edukacji w okresie ciąży, a później wspierać emocjonalnie i praktycznie kobiety już karmiące (przez cały czas trwania laktacji).

ROLA I OBOWIĄZKI POŁOŻNEJ W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM

Standard organizacyjny opieki okołoporodowej, który obowiązuje od stycznia 2019 roku, podkreśla rolę położnej w prowadzeniu edukacji przed- i poporodowej. Uwzględniła tematykę karmienia piersią i wsparcie w laktacji, w tym również rozwiązywanie problemów z nią związanych. Położna rodzinna podczas wizyt patrolnych powinna w szczególności zachęcać matkę do karmienia naturalnego i udzielać jej porad laktacyjnych, biorąc pod uwagę anatomię i fizjologię piersi matki oraz jamy ustnej dziecka. Powinna również ocenić technikę karmienia, umiejętności ssania i skuteczność karmienia oraz przeanalizować czynniki ryzyka niepowodzenia w laktacji. Do zadań położnej należy też pomoc w pokonywaniu problemów związanych z laktacją. Należy pamiętać, że po ukończeniu przez dziecko 8. tygodnia życia położna kontynuuje opiekę nad matką, wspierając ją w zakresie karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego.

ZBYT MAŁA PRODUKCJA POKARMU A POMOC ZE STRONY POŁOŻNEJ

Zmniejszona ilość kobiecego pokarmu powoduje u matki obawę, że dziecko się nie najada, co często skutkuje zaprzestaniem

karmienia lub rozpoczęciem dokarmiania. Badanie ankietowe zrealizowane pod patronatem Polskiego Towarzystwa Położnych oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, przeprowadzone wśród 3205 kobiet w okresie laktacji, wykazało, że główną przyczyną zbyt wczesnego rezygnowania z karmienia piersią (przed ukończeniem 6. miesiąca życia dziecka) był brak wystarczającej

ilości pokarmu (u prawie 40% respondentek). Wśród kolejnych powodów wskazanych przez ankietowane znalazły się: brak odpowiedniej wiedzy o zaletach i korzyściach karmienia naturalnego, przekonanie, że jest ono zbyt czasochłonne, a także występująca choroba i/lub hospitalizacja dziecka. Tendencję tę potwierdzają również inne niezależne badania realizowane w Polsce i za granicą, w których niewystarczającą ilość pokarmu jako główną przyczynę rezygnacji z karmienia piersią wskazała podobna liczba ankietowanych kobiet.

Aby móc skutecznie pomóc pacjentce, położna powinna wesprzeć ją w odnalezieniu powodów osłabionej laktacji. Należy bowiem odróżnić sytuację, gdy kobiecie wydaje się, że ma ona zbyt mało pokarmu od wystąpienia rzeczywistych niedoborów. W przypadku pozornego niedoboru dziecko może być rozdrażnione i niespokojne, jednak obiektywna analiza wskaźników nie potwierdza zbyt małego przyrostu masy ciała czy też niedożywienia. Jeżeli natomiast położna stwierdzi niedobór rzeczywisty, istotną staje się ocena jego odwracalności.

Napotykając na problemy laktacyjne, kobiety poszukują różnych form pomocy, często uzyskując nieaktualne informacje i błędne porady, które skutkują zaburzeniami i powikłaniami laktacji, niepotrzebnym dokarmianiem dziecka i zaprzestaniem karmienia naturalnego.

Matki stosują również wtedy różnego rodzaju diety, które najczęściej polegają na spożywaniu znacznej ilości nabiału, mimo iż nie przynoszą zazwyczaj pożądanego rezultatu. Właśnie dlatego położna odgrywa niezwykle istotną rolę w edukacji matek. Udziela im wsparcia informacyjnego i przekazuje rzetelną wiedzę na temat możliwych form pomocy podczas zaistniałych problemów laktacyjnych.

W omawianym wcześniej badaniu przeprowadzonym pod patronatem PTPoP oraz NRPIP wszystkie respondentki otrzymały po 5 próbek produktu PROLAKTAN z zaleceniem stosowania jednej saszetki dziennie przez 5 kolejnych dni. Celem było zbadanie działania preparatu pod kątem poprawy laktacji, nastroju oraz jakości snu. Ankietowanym zadano następujące pytania: *Jakie czynniki mogłyby pomóc kobietom w wydłużeniu czasu karmienia piersią? oraz Jakie sposoby na zwiększenie laktacji znają i preferują młode matki?* Zdaniem badanych kobiet w wydłużeniu czasu karmienia piersią pomocne byłoby przede wszystkim otrzymanie właściwego instruktażu na temat techniki karmienia (przystawiania dziecka do piersi), a także stosowanie preparatów wspomagających laktację, utrzymanie właściwej diety oraz świadomość korzyści płynących z karmienia naturalnego. Odpowiadając na drugie pytanie, kobiety wśród znanych sobie sposobów na zwiększenie laktacji wymieniały głównie częstsze przystawianie dziecka do piersi oraz stosowanie środków wspomagających laktację. Co trzecia respondentka (31,42%), stosując Prolaktan, zaobserwo-

wała u siebie wzrost laktacji. Porównywalna grupa kobiet zauważyła dodatkowe benefity w postaci uspokojenia (32,95%) i poprawy snu (30,89%). Prawie wszystkie badane (95,51%) pytane o możliwość/chęć polecenia PROLAKTANU innym kobietom karmiącym piersią udzieliły odpowiedzi twierdzącej.

BEZPIECZEŃSTWO SKŁADU I STOSOWANIA PREPARATU PROLAKTAN

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają skuteczność produktu PROLAKTAN. Preparat stanowi cenne źródło unikalnych składników, godne polecenia w problemach laktacyjnych związanych z niedostateczną produkcją pokarmu. PROLAKTAN, jako produkt specjalnego przeznaczenia żywieniowego, ze względu na swój optymalny skład nie tylko wspomaga organizm kobiety w okresie laktacji, ale też wykazuje działanie relaksujące w przypadku napięcia związanego z trudnymi chwilami w czasie karmienia piersią.

Unikalna kompozycja składników PROLAKTANU uwzględnia:

- ❖ Ekstrakt z prażonego jęczmienia i żyta, wpływający pozytywnie na wydłużenie laktacji.
- ❖ Tryptofan, który determinuje pośrednio stężenia dopaminy, noradrenaliny oraz beta-endorfiny. Właściwa podaż tego aminokwasu stanowi swoistą profilaktykę zaburzeń nastroju, a nawet depresji.
- ❖ Rutwicę lekarską – zioło, którego działanie mlekopędne i bezpieczeństwo stosowania u kobiet w okresie laktacji udowodnione zostało w badaniach naukowych.
- ❖ Pokrzywę, która wzmacnia kobiecy organizm, dostarczając mu wiele cennych substancji odżywczych, takich jak witaminy A, C oraz K, a także żelazo, potas, fosfor i magnez.

PODSUMOWANIE

Produkt PROLAKTAN cechuje optymalny skład, przyczyniający się do zwiększonej produkcji pokarmu, a także wzmacniający organizm kobiety i zapewniający jej ukojenie oraz lepszy sen. Polskie Towarzystwo Położnych rekomenduje stosowanie tego suplementu diety u matek karmiących, by wspomóc ich organizm i zniwelować napięcie związane z trudnymi chwilami podczas trwania laktacji.

*dr hab. Beata Pięta, prof. UM
Prezes Polskiego Towarzystwa Położnych*

Polskie Towarzystwo Położnych dąży do zapewnienia niezależności i obiektywizmu we wszystkich swoich działaniach. Celem działań, które doprowadziły do powstania niniejszego opraco-

wania, jest rekomendowanie określonych zaleceń. Stanowisko przedstawia stan wiedzy na wyżej wskazany temat na dzień przeprowadzenia analizy. Polskie Towarzystwo Położnych zastrzega sobie prawo do aktualizacji niniejszego stanowiska w przypadku pojawienia się nowych istotnych doniesień naukowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Borszewska-Kornacka M.K., Rachtan-Janicka J., Wesołowska A., Socha P., Wielgoś M., Żukowska-Rubik M., Pawlus B., Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie laktacji, *Standardy Medyczne/Pediatrics*, 2013, t. 10:265–279.
2. Goluch-Koniuszy Z., Fugiel J., Rola składników diety w syntezie wybranych neurotransmiterów, *„Kosmos Problemy Nauk Biologicznych”*, t. 65/2016, s. 523–534.
3. Jassem-Bobowicz J.M., Domżańska-Popadiuk I., Zioła i leki stosowane w okresie laktacji. *Ann. Acad. Med. Gedan.* 2016, 46, 87–94.
4. Karmienie piersią w Polsce, Raport 2015, Kampania „Mleko Mamy Rządzi”. Patronat merytoryczny Centrum Nauki o Laktacji.
5. Kulczyński B., Człapka-Matyasik M., Gramza-Michałowska A., Wartość żywieniowa dyni, *BROMAT. CHEM. TOKSYKOL.* – XLIX, 2016, 3, s. 698–701.
6. Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Pietkiewicz A. (red.), *Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy, „Medycyna Praktyczna”,* Kraków 2017.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. 2016 poz. 1132 – tekst jednolity).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2018 poz. 1756).
9. Wawrzyniak A., Hamułka J., Spożycie witamin i składników mineralnych z suplementami diety u kobiet karmiących piersią. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2013, 94 (4): 897–900.
10. Żukowska-Rubik M., Osuch K., Jak dokarmiać dziecko, aby je odżywić i chronić laktację? *MATERIAŁY WARSZTATOWE, Centrum Nauki o Laktacji*, 2013.

ROZWÓJ ZMYŚŁÓW

Izabela Oszmiana

SMAK

Kubki smakowe zaczynają kształtować się już ok. 55 dnia życia płodowego, a w 13 tygodniu pokrywają całą jamę ustną. Proces ich dojrzewania rozpoczyna się pod koniec I trymestru, kiedy dziecko zaczyna ssać i polykać wody płodowe. Od tego czasu płód staje się wrażliwy na smak. W 5 miesiącu liczba kubków smakowych i gruczołów ślinowych wzrasta, a zmysł smaku jest funkcjonalnie w pełni sprawny. W tym okresie dziecko posiada większą powierzchnię odbioru wrażeń smakowych niż niemowlęta czy dorośli, a obserwowane od 15-16 tygodnia życia płodowego proste ruchy języka, ust, gardła i krtani stają się coraz bardziej złożone i skoordynowane. Dziecko coraz sprawniej potrafi ssać, przełykać, żuć, czkać, oddy-

chać, kaszleć, prychać, przygotowując się w ten sposób do życia poza macicą. Przy czym intensywność ruchów polykania zależy nie tylko od uczucia głodu, ale i składu chemicznego wód płodowych.

W 2 miesiącu życia płód zaczyna odczuwać niektóre smaki, a w 3 miesiącu różnicuje już smak słodki, słony, kwaśny i gorzki. I choć preferencje smakowe ulegają w ciągu całego dalszego życia zmianom, to samo wyczuwanie smaków zmienia się po urodzeniu tylko nieznacznie. Dzieje się dlatego, że 80% kubków smakowych oraz zakończenia nerwowe odpowiedzialne za zmysł smaku prawie całkowicie kształtowane są w okresie prenatalnym.

Zarówno badania naukowe jak i liczne obserwacje wykazały, że dzieci rodzą się posiadając nie tylko zdolność rozróżniania wielu sma-

ków, ale także wyrobioną opinię na ich temat. Noworodek preferuje tylko jeden smak, słodki, również dzieci przedwcześnie urodzone (od 35 tygodnia ciąży) chętniej i dłużej ssą roztwór cukru niż samą wodę, zaś smak gorzki powoduje u nich zaprzestanie ssania i grymas na twarzy. Noworodki nawet przed pierwszym karmieniem reagują na cukier pozytywniej niż na inne smaki – uspokajają się, zwalnia ich rytm serca, natomiast smak gorzki i kwaśny wywołują bardzo gwałtowne reakcje. Czując smak kwaśny ściągają usta, ślinią się, marszczą noski. Na smak gorzki reagują sapaniem, wysuwaniem języka i złością.

Wrażenia smakowe są ważnym źródłem doznań zmysłowych, wpływających na stan emocjonalny dziecka, rozwój jego mózgu i kształtowanie się określonych zachowań. Dziecko już przed urodzeniem nabywa bowiem pewnych preferencji smakowych: dzieci matek używających dużo cukru w czasie ciąży preferują słodsze pokarmy, zaś matek stosujących ostre przyprawy czy regionalne jedzenie o specyficznym smaku nie tylko przyzwyczajają się do nich, ale także odróżniają je w pokarmie matki, reagując ożywieniem, ale też preferują je w późniejszym życiu. Stwierdzono też, że alkohol spożywany przez matkę w czasie ciąży może skutkować preferencją do spożywania alkoholu w przyszłości. Z drugiej strony pozbawienie dostępu do określonego smaku czy pierwiastka w okresie prenatalnym powoduje zarówno nieprawidłowy rozwój kubków smakowych, dróg neuronalnych, jak i preferencji smakowych, w następstwie czego człowiek nie odczuwa potrzeby spożywania pewnych produktów czy mikroelementów, a jego dieta jest zdecydowanie uboższa. Wskazane jest zatem odpowiednie „stymulowanie smakowe” poczętego dziecka, pozwalające na jego prawidłowy rozwój. Predyspozycje żywieniowe nie są więc wrodzone, lecz nabyte w wyniku biologicznego kształtowania oraz edukacji prenatalnej.

WZROK

Wzrok zajmuje ostatnie miejsce w kolejności rozwoju zmysłów w okresie prenatalnym. Najpierw kształtują się dotyk, równowaga, węch, smak, słuch i na końcu wzrok, w przeciwieństwie do innych zmysłów nie osiąga w okresie prenatalnym poziomu dojrzałego. Po urodzeniu musi minąć jeszcze kilka lat aby by dziecko mogło z niego ko-

rzystać. Dlatego też naukowcy uważali, że noworodek jest praktycznie ślepy. Tymczasem współczesne badania prowadzone z wykorzystaniem najnowszych technologii wykazały, że 2-3 dniowy noworodek widzi i potrafi rozpoznać wyraz twarzy opiekuna z odległości ok. 30 cm.

Początki rozwoju wzroku obserwujemy już u 3-tygodniowego zarodka, w 5 tygodniu, kiedy zawiązuje się twarz, tworzą się również soczewki i barwnik w tęczówce oka. W 7 tygodniu gałki oczne przesuwały się ku przodowi, dzięki czemu twarz nabiera charakterystycznych, ludzkich rysów. W 8 tygodniu kształtują się powieki, które tydzień później całkowicie zamykają oczy. W 23 tygodniu życia płodowego, mimo zamkniętych powiek dziecko zaczyna reagować na silny strumień światła, który przenika przez powłoki brzuszne mamy. Około dwa tygodnie później otwierają się powieki. W 32 tygodniu pojawia się zdolność fiksacji i śledzenia poruszających się przedmiotów. W 33 źrenice dziecka zwężają się i rozszerzają, a dziecko zaczyna rozróżniać zmiany natężenia światła.

Bezpośrednio po narodzinach wzrok rozwija się bardzo szybko, stając się zmysłem dominującym. Już chwilę po urodzeniu dziecko szuka wzrokiem mamy, a gdy ta weźmie je w ramiona, przygląda się jej bardzo uważnie. Już kilkudniowy noworodek potrafi błędnie rozpoznać swoją mamę, zwłaszcza, jeśli znajduje się ona 20-30 cm od jego oczu.

Słaby wzrok noworodka wynika głównie z niedojrzałości plamki żółtej i małej wrażliwości na kontrast. I choć możemy stwierdzić, że noworodek ma tak słaby wzrok, że dla dorosłego byłoby to poważnym utrudnieniem, to dla dziecka jest to prawdziwym dobrodziejstwem. Słaby wzrok chroni go przed przytłaczającym nadmiarem bodźców, a nieostrość wzroku pomaga w skupieniu się na konkretnym obiekcie znajdującym się w odpowiedniej odległości, co zwiększa różnicę ostrości między nim a tłem. Dla noworodka najbardziej interesujące są proste kształty (w tym ludzka twarz), mające wyraźny kontrast (czerń, biel), znajdujące się w odległości 20-30 cm, poruszające się. Takie wymagania spełnia pochylający się nad łóżeczką rodzic, karmiąca mama, a także jego własne, bardzo ważne dla rozwoju koordynacji wzrokowo-ruchowej, poruszające się przed oczami ręce.

OPINIE PRAWNE

Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, o samorządzie pielęgniarek i położnych oraz o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, są zamieszczone w aktualnej wersji na stronie internetowej SIPIP w zakładce prawo.

Kielce 17 października 2019 r.

Wyjaśnienia dotyczące urlopu szkoleniowego uregulowanego w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej

Ustawa z dnia 4 lipca 2019 r. (Dz.U.2019.1490) o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (zwaną dalej ustawą o zawodach) z dniem 23 sierpnia 2019 roku wprowadziła do ustawy o zawodach zmiany polegające na umożliwieniu podjęcia kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo także na studiach pierwszego stopnia prowadzonych w formie niestacjonarnej. Ponadto ustawa wprowadziła regulację dotyczącą możliwości skorzystania z płatnego urlopu szkoleniowego dla pielęgniarek i położnych w wymiarze do 6 dni rocznie.

Zmiana dotycząca płatnego urlopu szkoleniowego jest realizacją ustaleń, o których mowa w § 1 ust. 7 Porozumienia zawartego w dniu 9 lipca 2018 r. pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawo-

dowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych a Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia, co wprost jest ujęte w uzasadnieniu do ustawy.

W szczególności został dodany art. 61a oraz zmianie uległ tytuł rozdziału 6 ustawy poprzez rozszerzenie jego zakresu. Rozdział 6 obecnie nosi tytuł: „Kształcenie podyplomowe oraz inne formy podnoszenia kwalifikacji przez pielęgniarki i położne” (wcześniej było – kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych). Zmiana ta jest istotna, o tyle że rozdział ten ma teraz szerszy zakres przedmiotowy i obejmuje także inne formy podnoszenia kwalifikacji, a nie jak poprzednio tylko kształcenie podyplomowe.

W wyniku nowelizacji, art.61a ustawy o zawodach stanowi podstawę prawną dla pielęgniarek i położnych do skorzystania z płatnego urlopu szkoleniowego w wymiarze do 6 dni rocznie (np. w celu uczestniczenia w szkoleniach praktycznych, seminariach, konferencjach naukowych czy kursach naukowych). Norma prawna zawarta w art.61a ust.1 dotyczy sytuacji, w której pielęgniarka (i w dalszej części wyjaśnień odpowiednio położna) podnosi

kwalifikacje w innej formie niż specjalizacja, kurs kwalifikacyjny, specjalistyczny czy dokształcający.

Uzasadnienie dołączone do projektu nowelizacji zawiera swego rodzaju wytyczną, kierowaną zarówno do pracownika, jak i do pracodawcy, a która stanowi zarówno przesłankę formalną ubiegania się o ten rodzaj urlopu, jak również przesłankę jego udzielenia. Ustawa „wprowadza regulację dotyczącą możliwości skorzystania z urlopu szkoleniowego przez pielęgniarkę i położną celem stałego aktualizowania swojej wiedzy i podnoszenia kwalifikacji zawodowych **w formach innych** (wyłączenie i dalsze podkreślenie – r.pr.P.M) niż określone w art. 66 ust. 1 ustawy (tj. szkolenia specjalizacyjnego, kursu kwalifikacyjnego, kursu specjalistycznego i kursu dokształcającego), zgodnie z zakresem obowiązków wykonywanych na danym stanowisku pracy przez pielęgniarkę i położną (stanowisko projektodawcy zawarte w uzasadnieniu do projektu ustawy) – na jej wniosek i za zgodą pracodawcy - w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie, płatnego według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy.

Wymiar urlopu szkoleniowego dla pielęgniarki i położnej jest ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania poszczególnych form podnoszenia kwalifikacji zawodowych. W tym przypadku, początkowo po stronie pracodawcy można mówić o zgodzie warunkowej, tj. do czasu potwierdzenia udziału w szkoleniu. Pielęgniarka ma bowiem obowiązek niezwłocznie przedstawić pracodawcy dokument poświadczający jej udział w formach podnoszenia kwalifikacji zawodowych innych niż określone w art. 66 ust. 1.

W przypadku urlopu szkoleniowego, o którym mowa w art.61a ust.1 ustawodawca bardzo kazuistycznie opisał realizację tego uprawnienia. Ma to o tyle pozytywne dla pielęgniarki znaczenie, że rzeczywiste wypełnienie przesłanek udzielenia urlopu ogranicza możliwość odmowy jego udzielenia przez pracodawcę. W sytuacji złożenia z odpowiednim wyprzedzeniem wniosku o urlop szkoleniowy w celu uczestnictwa w jednej z form podnoszenia kwalifikacji zawodowych innych niż określone w art. 66 ust. 1, np. I Ogólnopolska Konferencja Pielęgniarka i Położna POZ „Rola i zadania pielęgniarki i położnej w realizacji świadczeń POZ” i wskazaniu we wniosku, że zagadnienia i tematyka poruszana na tej konferencji jest zgodna z z zakresem obowiązków wykonywanych na danym stanowisku pracy przez pielęgniarkę i wymiar czasowy tego szkolenia nie przekracza w roku kalendarzowym 6 dni roboczych, to po stronie pielęgniarki, po pierwsze ma miejsce wypełnienie ustawowego obowiązku stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych opisanego w art. 61

ust.1 ustawy o zawodach, a po drugie ogranicza pracodawcy możliwość odmowy udzielenia urlopu. Ponieważ prawo do doskonałości zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego ma rangę uprawnienia ustawowego, to pracodawca korzystając ze swego uprawnienia do udzielenia urlopu, ustala jego wymiar w zależności od czasu trwania poszczególnych form podnoszenia kwalifikacji, natomiast odmawiając udzielenia urlopu powinien udzielić wyjaśnień co do motywów, którymi się kierował. Ponieważ wniosek pielęgniarki ma formę pisemną, to w takiej też formie należy domagać się odpowiedzi. Ma to, o tyle istotne znaczenie, że niezasadne odmowy mogą mieć charakter dyskryminacji, która może być skutecznie zwalczana przez sądem pracy, bo w takiej sytuacji ciężar dowodu, spoczywa na pracodawcy i to pracodawca ma obowiązek udowodnić, że odmawiając kierował się obiektywnymi powodami.

Przepis przejściowy zawarty w art.2 ustawy zmieniającej ma na celu zagwarantowanie pielęgniarkom do 6 dni urlopu szkoleniowego w 2019 r. niezależnie od dnia wejścia w życie przedmiotowej ustawy i daty złożenia wniosku o urlop.

Pewne wątpliwości dotyczące zakresu przedmiotowego może budzić treść art.61a ust.1, zwracam więc uwagę, że reguluje on wyłączenie uprawnienia do urlopu szkoleniowego przeznaczanego na realizację tych form podnoszenia kwalifikacji, które nie są szkoleniem podyplomowym. Natomiast w ust.4 uregulowane jest uprawnienie do urlopu szkoleniowego w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie, płatne według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy, a które przysługuje również pielęgniarkom, która zamierza odbyć kształcenie podyplomowe bez skierowania, o którym mowa w art. 61 ust. 3, na podstawie umowy zawartej z organizatorem kształcenia. Użycie łącznika „również” oznacza, że uprawnienie i co za tym idzie także urlop szkoleniowy z tytułu odbywania szkolenia podyplomowego przysługuje niezależnie od formy kształcenia, zaś sformułowanie „zamierza odbyć”, dotyczy czasu przyszłego. Czyli rozpoczęcie szkolenia podyplomowego bez skierowania od pracodawcy jeszcze przed wyjściem w życie zmiany ustawy nie stanowi przeszkody w ubieganiu się o urlop szkoleniowy z tego tytułu tj., po dniu 23 sierpnia 2019. Ponieważ ustawodawca nakazuje stosować odpowiednio przepisy ust 1-3, to również w tej sytuacji należy z odpowiednim wyprzedzeniem wnioskować o urlop szkoleniowy w związku z zamiarem np. przystąpienia do egzaminu państwowego kończącego szkolenie podyplomowe, które jest zgodne z zakresem obowiązków wykonywanych na danym stanowisku pracy przez pielęgniarkę.

opracował: radca prawny Przemysław Majewski

XV edycja Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku

Temat przewodni: Innowacje Roku 2019 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej



Po raz drugi zapraszamy wszystkie zespoły pielęgniarskie, które wdrożyły w 2019 r. zmiany w praktyce lub organizacji świadczeń zdrowotnych mające na celu poprawę jakości opieki i spełniające kryteria innowacyjności, do podzielenia się swoimi sukcesami

i przystąpienia do Konkursu

Konkurs Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku organizowany jest przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i Koło Liderów Pielęgniarstwa od 2005 roku. W tym roku, w odpowiedzi na zmieniającą się sytuację w ochronie zdrowia, nowe wyzwania a zarazem nowe możliwości dotyczące pielęgniarek i położnych decyzją Zarządu Głównego



PTP wprowadzono zmianę w formule Konkursu. Zdecydowano o odejściu od oceny kandydatów indywidualnych, na rzecz wprowadzenia oceny osiągnięć zespołów pielęgniarskich mających bezpośredni wpływ na jakość procesu leczenia i opieki, bądź sytuację zdrowotną podopiecznych. Patronat nad konkursem Pielęgniarka Roku obejmuje corocznie Minister Zdrowia oraz Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, a także nasi kluczowi partnerzy w dziedzinie ochrony zdrowia.

W roku 2018 została zmieniona formuła Konkursu. Nowa, ukierunkowana jest na promowanie innowacyjności oraz wdrażania zmian w pielęgniarstwie, pracy zespołowej oraz zaangażowania zespołów pielęgniarskich w działania na rzecz poprawy jakości opieki i leczenia, czyli wdrażania zmian mających na celu dobro odbiorcy naszych usług czyli pacjenta, jednostki i społeczeństwa. Nowe, czyli innowacyjne rozwiązania to takie, które dotychczas nie funkcjonowały w danej jednostce i zostały wdrożone dzięki pomysłom, inicjatywie i zaangażowaniu zespołu pielęgniarskiego. Rozwiązania te powinny cechować się oryginalnością oraz opar-

ciem wdrożonych rozwiązań na dowodach naukowych, a zespoły aplikujące powinny posiadać pełne prawa autorskie do koncepcji i wdrożonych rozwiązań. Wskazywane w konkursie innowacje powinny być efektywniejsze od dotychczasowych rozwiązań i być zweryfikowane poprzez metody badawcze lub analityczne.

Cele XV edycji Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku – Innowacje Roku 2019

Podstawowym celem konkursu jest wyłonienie wdrożonych w 2019 r. innowacji w obszarze praktyki pielęgniarskiej lub organizacji pracy zespołów pielęgniarskich służących poprawie jakości świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwa pacjenta i mających wpływ na sytuację zdrowotną pacjenta lub określonej populacji odbiorców świadczeń zdrowotnych.

Konkurs ma charakter ogólnopolski, jest adresowany do pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych we wszystkich rodzajach podmiotów leczniczych lub wykonujących swój zawód w ramach praktyki zawodowej.

Regulamin Ogólny Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku

1. Konkurs ma charakter ogólnopolski, jest adresowany do pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych we wszystkich rodzajach podmiotów medycznych lub wykonujących swój zawód w ramach praktyki zawodowej.
2. W ramach Konkursu mogą być zgłoszone przedsięwzięcia, których realizacja przebiegała w 2019 roku i zostały w swoim podstawowym zakresie wdrożone, z możliwością kontynuowania wybranych elementów działań w kolejnych latach.
3. Zgłoszenia mogą być przesłane przez zespoły pielęgniarskie (min. 2 osoby), które uzyskały pozytywną rekomendację kierownika podmiotu leczniczego, w którym wdrożono innowację lub osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu gospodarczego w przypadku spółek cywilnych.
4. Zespoły aplikujące składają wnioski na Formularzach określonych przez Organizatora Konkursu, w terminach zgodnych z Harmonogramem, w formie elektronicznej na adres ZGTP z dopiskiem Konkurs PR 2019.
5. Ocena aplikacji obejmuje następujące etapy:
 - 1) ocena formalna – Biuro PTP;
 - 2) ocena merytoryczna:
 - etap wojewódzki – wizytacja projektu i ocena z udziałem Zarządu Oddziału PTP
 - etap krajowy – ocena korespondencyjna członków Kapituły Konkursu
 - 3) Finał Krajowy Konkursu – Prezentacja Projektów i wyłonienie Laureatów przez członków Kapituły Konkursu PR.
6. Wszystkie projekty są oceniane według jednolitych kryteriów stanowiących integralną część Regulaminu Konkursu.
7. Członkowie Kapituły mający jakiegokolwiek zależności lub uwarunkowania ograniczające zachowanie bezstronności nie mogą brać udziału w ocenie danego projektu.
8. Biuro ZG PTP oraz przedstawiciele władz Oddziałów PTP mogą udzielać informacji, promować i wspierać zainteresowane zespoły w przygotowaniu aplikacji do dnia zakończenia przyjmowania zgłoszeń.
9. Wyniki kolejnych etapów Konkursu będą komunikowane do zainteresowanych drogą elektroniczną.
10. Laureaci Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku „Innowacje Roku 2019” zostaną uhonorowani Tytułem Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku 2019 oraz nagrodami zespołowymi.

ka/Pielęgniarski Roku

Projekty będą oceniane przez członków Kapituły Konkursu PR według następujących kryteriów:

Rodzaj kryterium	Waga punktowa max ilość pkt
1. Nowatorstwo projektu w odniesieniu do funkcjonujących rozwiązań w pielęgniarstwie w Polsce i na świecie	25 pkt*
2. Oparcie projektu na dowodach naukowych	15 pkt*
3. Znaczenie projektu dla odbiorców opieki pielęgniarskiej	25 pkt*
4. Zaangażowanie w projekt partnerów zewnętrznych	10 pkt*
5. Organizacja procesu wdrożenia	10 pkt*
6. Uwarunkowania organizacyjne	5 pkt*
7. Stan zaawansowania projektu/ewaluacja	10 pkt*

* poszczególne kryteria główne zostaną uszczegółowione w materiałach informacyjnych Konkursu

Kapituła Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku

Mając na celu zagwarantowanie, jak najwyższego poziomu etycznego oraz merytorycznego

na wszystkich etapach Konkursu oraz zapewnienie obiektywnych warunków oceny aplikacji projektowych, Zarząd Główny PTP powołuje Kapitułę Konkursu, w skład której zostaną zaproszone osoby mające status autorytetów zawodowych i reprezentujące następujące organizacje i instytucje, tj.:

1. Przedstawiciele Zarządu Głównego PTP – 3 osoby
2. Przedstawiciele NRPIP – 1 osoba
3. Przedstawiciel MZ – 1 osoba
4. Przedstawiciele stowarzyszeń pielęgniarskich – 2 osoby
5. Przedstawiciel organizacji menadżerskich – 1 osoba
6. Przedstawiciel OZZPIP – 1 osoba
7. Przedstawiciel organizacji pacjentów – 1 osoba

Harmonogram Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku

1. Komunikat I – do 10 października 2019
 2. Promocja Konkursu – do 15 grudnia 2019
 3. Przyjmowanie aplikacji – do 15 stycznia 2020
 4. Ocena formalna projektów na poziomie ZG PTP – do 30 stycznia 2020
 5. Ocena merytoryczna projektów – do 28 lutego 2020
 6. Prezentacja Projektów wyłonionych do Finału – Marzec/ Kwiecień 2020
- Uroczysta Gala i wręczenie nagród

Kryteria Ogólne oceny Projektów w Konkursie Pielęgniarski

WYPEŁNIA ORGANIZATOR	
Data wpływu	
Numer zgłoszenia	

Karta zgłoszeniowa XV edycja Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku Innowacje Roku 2019 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej

Karta dostępna na stronie: <https://www.ptp.net.pl> , <http://www.ptp.na1.pl/>

UCZESTNIK DOKONUJĄCY ZGŁOSZENIA	
Autor/ lider zespołu	
Członek zespołu	
Przełożony	
Partner zewnętrzny	

KATEGORIA INNOWACJI (zaznacz odpowiednie):	
Praktyka kliniczna	
Organizacja i zarządzanie	
Inne	

I. INFORMACJE O UCZESTNIKU – OSOBA FIZYCZNA

Imię i nazwisko:	
Miejsce zatrudnienia	
Telefon:	
E-mail:	
Adres zamieszkania:	
Członkowie zespołu	

II. INFORMACJE O PARTNERZE ZEWNĘTRZNYM

Nazwa partnera:	
Telefon:	
E-mail:	
Adres:	
Osoba do kontaktu:	
Telefon:	
E-mail:	

III. OPIS INNOWACJI

Nazwa innowacji:	
Rekomendacja kierownika podmiotu leczniczego, w którym wdrożono innowację lub osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu gospodarczego w przypadku spółek cywilnych	

Opis innowacji – maksymalnie 2 strony znormalizowanego tekstu. Opisując innowację prosimy o uwzględnienie następujących elementów:

1. na czym polega innowacja
2. na jaki problem odpowiada innowacja
3. co jest celem innowacji
4. czy i w jakim stopniu innowacja została oparta na dowodach naukowych
5. czy istnieją podobne rozwiązania w pielęgniarstwie w Polsce i na świecie
6. kto jest jej odbiorcą i ostatecznym beneficjentem innowacji
7. na jakim etapie wdrożenia znajduje się innowacja
8. jaki jest zasięg wdrożenia innowacji
9. jaki jest zakres zaangażowania partnerów zewnętrznych
10. czy i jaką zmianę przyniosła innowacja

To jest miejsce na Twój opis innowacji

Potwierdzam, że znana jest mi treść Regulaminu Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku „Innowacje Roku 2019 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej” i akceptuję jego postanowienia.

Oświadczam ponadto, że posiadam prawa autorskie do zgłaszanego opisu innowacji w zakresie niezbędnym do jego wykorzystania zgodnie z niniejszym Regulaminem oraz że nie naruszam praw osób trzecich.

Imię i nazwisko uczestnika konkursu

Międzynarodowa konferencja w Toruniu

mgr Mariusz Pająk – Prezes Kieleckiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego, Wojewódzki Konsultant w dz. pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych dla woj. Świętokrzyskiego

W dniach 18-20 września 2019 roku, jako Konsultant wojewódzki na zaproszenie Toruńskich Zakładów Materiatów Opatrunkowych SA oraz Fundacji „Razem Zmieniamy Świat” wraz z panią Dorotą Bator reprezentującą Kieleckie Stowarzyszenie Alzheimerowskie uczestniczyliśmy w **XXII Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej**, która w tym roku przebiegała pod przewodnim tytułem: **„Oswoić niepamięć – gdy mieszka z nami Alzheimer. Praktyki ze świata. Jak poprawić jakość życia osób chorych z różnymi formami demencji?”**. Konferencja odbyła się w malowniczym Toruniu w Centrum Kulturalno-Kongresowym „Jordanki”.

Dodatkowym atutem wyjazdu na konferencję, była możliwość jeszcze przed wieczorem inauguracyjnym uczestnictwa w bezpłatnym szkoleniu warsztatowym pt. „Pozytywne podejście do opieki. Choroba Alzheimera i inne formy demencji”, które prowadziła Teepa Snow – jedna z najbardziej cenionych ekspertek na świecie w dziedzinie opieki nad osobami z demencją.

Szkolenie skierowane było do opiekunów osób chorujących na Alzheimera i inne formy demencji, lekarzy, psychiatrów, psychologów, neuropsychologów, pielęgniarek, terapeutów oraz wszystkich tych, których temat demencji interesuje. Było to wyjątkowe spotkanie łączące w sobie wykład, dyskusję, odgrywanie ról, studium przypadków i rozwiązywanie problemów tak, by każdy słuchacz się zaangażował. Spędzony czas warsztatowy z Teepa Snow był doskonałą okazją żeby:

- nauczyć się rozpoznawać pierwsze objawy i kolejne etapy choroby,

- zrozumieć postęp choroby i zachowania, które wpływają na opiekę i codzienne funkcjonowanie,
- dowiedzieć się, dlaczego u osób z demencją pojawiają się zachowania, które utrudniają, a nawet uniemożliwiają opiekę,
- zobaczyć w praktyce, jak rozwiązywać najtrudniejsze problemy lub im zapobiegać,
- poprawić wzajemną komunikację i odkryć, że z pozoru niezrozumiałe komunikaty są w pełni uzasadnione i logiczne.

W linku poniżej można zobaczyć relację filmową ze szkolenia: <https://damy-rade.info/warsztaty/demencja-warsztaty-z-teepa-snow>

Szacuje się, że w Polsce żyje ponad pół miliona osób z różnymi formami demencji. Diagnoza przychodzi często bardzo późno, dlatego tak potrzebna jest odpowiednia wiedza. Wczesne zauważenie pierwszych symptomów choroby jest szansą na łatwiejsze życie.

Konferencja miała charakter interdyscyplinarny, poruszono na niej wiele aspektów związanych z chorobą Alzheimera, m. innymi omówiono szeroko pojętą opiekę i pielęgnację w chorobie Alzheimera. Ponadto w trakcie dwudniowych wykładów można było wysłuchać zbioru informacji i doświadczeń, które zostały zaczerpnięte m. in. z zagranicznych fundacji i stowarzyszeń, współpracujących z organizacjami pacjentskimi.

W linku poniżej można zobaczyć relację filmową z tego wydarzenia: <https://www.razemzmieniamywiat.pl/projekty/miedzynarodowa-konferencja-opieki-dlugoterminowej>

Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat Dostrzegając jak wielu osób dotyczy temat choroby Alzheimera i innych form demencji, przygotowała poradnik „Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji”. To jedyna taka publikacja na rynku - napisana z perspektywy osoby chorej, która prowadzi w prosty i jasny sposób przez skomplikowany świat demencji. W przystępnej i zrozumiałej formie przekazuje ogromną dawkę wiedzy. Wskazuje na jakie objawy należy zwrócić uwagę, opisuje poszczególne etapy choroby, daje wskazówki jak radzić sobie z trudnymi sytuacjami, które towarzyszą opiece nad osobą z demencją.

Poradnik można zamówić bezpłatnie tu: <https://damy-rade.info/zamow-poradniki/poradnik---co-warto-wiedziec-o-chorobie-alzheimera-i-innych-formach-demencji>

Jako pierwsi, poradnik otrzymali uczestnicy szkolenia „Choroba Alzheimera i inne formy demencji. Pozytywne podejście do opieki”, które odbyło się w Toruniu.

Poradnik „Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji” jest elementem dużego projektu realizowanego przez Fundację TZMO Razem Zmieniamy Świat. Dodatkowo zostały przygotowane filmy skierowane do opiekunów osób z demencją, które pomagają zrozumieć czym jest demencja, to rozmowy ze specjalistami, których inspiruje doświadczenie i wiedza Teepy Snow czy też wskazówki dotyczące pielęgnacji chorych.

[YouTube.com/DamyRadeinfo](https://www.youtube.com/DamyRadeinfo)

Jeśli potrzebujecie większej ilości poradników „Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji”, to można je zamówić bezpłatnie tu: <https://damy-rade.info/zamow-poradniki>

Znajduje się tu jeszcze drugi poradnik „Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu”, który również można zamówić.

Poradnik – Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji, bezpłatnie dostępny jest do otrzymania w Kieleckim Stowarzyszeniu Alzheimerowskim.



Światowy Dzień Choroby Alzheimerera

mgr Mariusz Pająk – Prezes Kieleckiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego

IX konferencja naukowa z okazji Światowego Dnia Choroby Alzheimerera połączonej z obchodami 10-letniej działalności stowarzyszenia, pt. „Choroba Alzheimerera to brutalny i podstępny przeciwnik, czy można Ją rozumieć”, odbyła się 14.09.2019 r.

Zorganizowanej w ramach realizacji zadania publicznego z zakresu OCHRONY I PROMOCJI ZDROWIA pod tytułem: „Prowadzenie działań edukacyjnych na rzecz upowszechniania wiedzy na temat zdrowia psychicznego oraz kształtowania zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego”, dofinansowanej przy wsparciu ze środków Gminy Kielce w 2019 r.

Co roku we wrześniu Kieleckie Stowarzyszenie Alzheimerowskie organizuje w Kielcach konferencje naukowe poświęcone popularyzowaniu wiedzy na temat choroby Alzheimerera.

Tegoroczna konferencja gościnnie odbyła się w siedzibie Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kielcach. Otwarcia konferencji dokonali mgr Izabela Oszmiana – skarbnik w imieniu ŚIPIP oraz mgr pielęgniarstwa Mariusz Pająk - prezes Kieleckiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego w Kielcach a następnie powitał zaproszonych gości w osobach: Krzysztofa Marka Stonia – Senatora RP; Janinę Mikołajczyk – Zastępcę Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Kielcach; Krzysztofa Ołownię – Zastępcę Dyrektora Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Kielcach; Annę Sokołowską-Smołkowską – Zastępcę Dyrektora Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego w Kielcach; Zofię Małas – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie; Danutę Latos – Dyrektora Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Skarżysku – Kamiennej; Annę Pluta – Prezes Świętokrzyskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Parkinsona w tym innych przedstawicieli organizacji pozarządowych z terenu miasta Kielce oraz prelegentów i wszystkich obecnych na sali, których nie sposób wymienić imiennie.



W kolejnej części konferencji goście zabrali obecni goście, życząc zwłaszcza z okazji 10-lecia działalności stowarzyszenia dalszych sukcesów w aktywności stowarzyszenia, popierając ideę szerzenia wiedzy nt. choroby Alzheimerera oraz owocnego merytorycznego udziału w wykładach. Ponadto na ręce prezesa zostały złożone listy gratulacyjne od: Małgorzaty Kiezbak – Dyrektora Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Kielcach, Zofii Małas - Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Andrzeja Bętkowskiego – Marszałka Województwa Świętokrzyskiego, Agaty Wojtyszek – Wojewody Świętokrzyskiego.

Konferencja miała charakter interdyscyplinarny, poruszono na niej wiele aspektów związanych z chorobą Alzheimerera, m. innymi omówiono szeroko pojętą opiekę i pielęgnację w chorobie Alzheimerera, pierwszą pomoc, zaburzenia zachowania oraz terapie zajęciową, tak więc każdy uczestnik konferencji mógł wysłuchać coś dla siebie. Tematykę konferencji podzielono na sesje.





W pierwszej kolejności przedstawiono najczęstsze problemy wynikające z postępu choroby Alzheimera, między innymi: charakterystykę faz choroby Alzheimera – dr n. med. Bogumiła Kowalczyk-Sroka, Wojewódzki Konsultant w dz. pielęgniarstwa; następnie omówiono – stany nagłe w opiece geriatrycznej na przykładzie choroby Alzheimera – lic piel Bartosz Grzywina. Sesję zakończyła mgr Marcelina Kupis-Irla omawiając ogólne zasady komunikacji w chorobie Alzheimera.

Sesja 2 poświęcona była – roli nowoczesnej terapii zajęciowej w pracy z seniorami w późnym stadium demencji, którą przedstawiła dr n. hum. Agnieszka Smrokowska-Reichamann. Po czym dr n. med. Małgorzata Kaczmarczyk omówiła – przystosowanie mieszkania dla chorego na chorobę Alzheimera. Na zakończenie tej sesji mgr Iwona Przybyło zaprezentowała – nefarmakologiczne metody wsparcia w pielęgnacji i opiece nad osobami zmagającymi się z chorobą Alzheimera.

W ostatniej części konferencji omówiono problemy występujące w chorobie, które w znaczący sposób wpływają na pogorszenie funkcjonowania osób z zaburzeniami pamięci oraz funkcjonowanie rodziny, jako opiekuna rodzinnego. I tak, mgr Ewa Dunkowska omówiła zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania, pobudzenie psychoruchowe – jak sobie radzić z opieką. Następnie adwokat Tomasz Możdżeń przedstawił wykład nt. prawa medycznego dotyczącego zgody chorego na leczenie u kresu życia. Ostatni wykład (w postaci – folderu) podsumowujący 10 – letnie działanie Kieleckiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego zaprezentowany przez mgr. Mariusza Pająka, prezesa KSA, Konsultanta Wojewódzkiego w dz. piel przewlekle chorych i niepełnosprawnych, wszyscy uczestnicy konferencji otrzymali w materiałach konferencyjnych.

Na zakończenie konferencji prezes stowarzyszenia podzięko-



wał wszystkim uczestnikom za wytrwałość, oraz członkom stowarzyszenia za nieocenioną pomoc przy organizacji tego wielkiego przedsięwzięcia.

Ponadto w imieniu obecnych uczestników na sali, głos zabarała dr n. med. Małgorzata Kaczmarczyk, która na ręce prezesa M. Pająka złożyła życzenia oraz gratulacje z okazji 10-lecia działalności stowarzyszenia i nieprzerwanego szczerzenia wiedzy nt choroby Alzheimera, która dotyka coraz młodsze osoby.

IX konferencja zgromadziła 141 osób, które mogły poszerzyć swoją wiedzę nt. choroby Alzheimera.

Mamy nadzieję, że wydarzenie to przyczyniło się do poprawy opieki nad ludźmi, których choroba okradła z własnej osobowości.

ORGANIZATORZY

- Kieleckie Stowarzyszenie Alzheimerowskie
- Okręgowa Rada Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kielcach
- Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych dla województwa świętokrzyskiego
- Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa dla województwa świętokrzyskiego
- RESMEDICA Poradnia Neurologiczna w Kielcach

KOMITET ORGANIZACYJNY

- mgr piel. Mariusz Pająk – Przewodniczący, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych dla woj. Świętokrzyskiego,
- mgr Ewa Mikołajczyk – Zastępca Przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego, Okręgowa Rada ŚIPIP w Kielcach,
- dr n. med. Bogumiła Kowalczyk-Sroka – Konsultant Woje-



wódzki w dziedzinie pielęgniarstwa dla województwa świętokrzyskiego,

- lic. piel. Dorota Bator Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej,
- lic. piel. Bartosz Grzywna,

KOMITET NAUKOWY nad konferencją objęli:

- dr n. med. Elżbieta Jasińska
- RESMEDICA Poradnia Neurologiczna w Kielcach
- dr n. med. Ewa Kądalska – Krajowy Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego
- dr n. med. Bogumiła Kowalczyk-Sroka – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa dla województwa świętokrzyskiego;
- dr n. hum. Agnieszka Smrokowska-Reichmann – Adiunkt w Katedrze Terapii Zajęciowej, Zakład Klinicznych Form Terapii Zajęciowej AWF w Krakowie

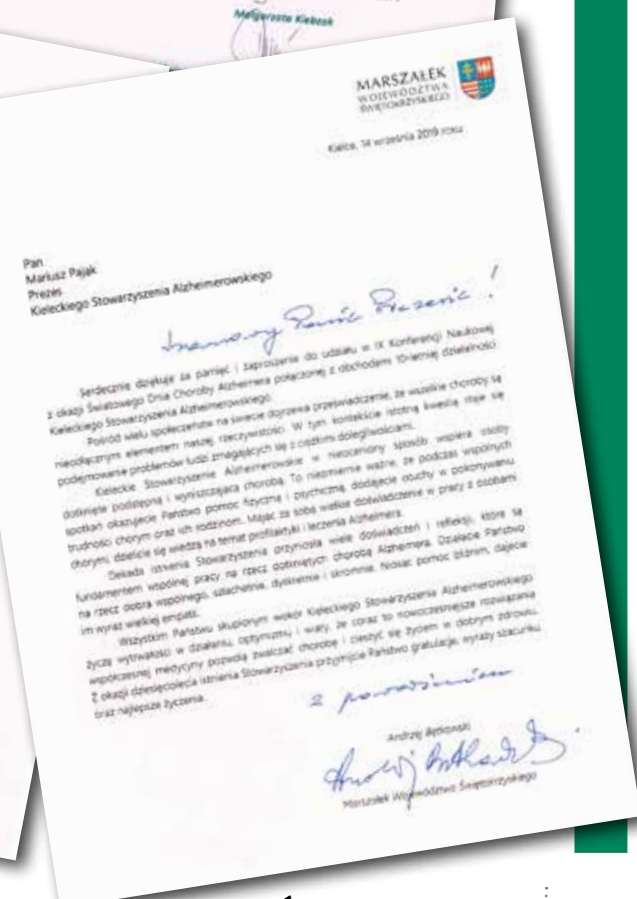
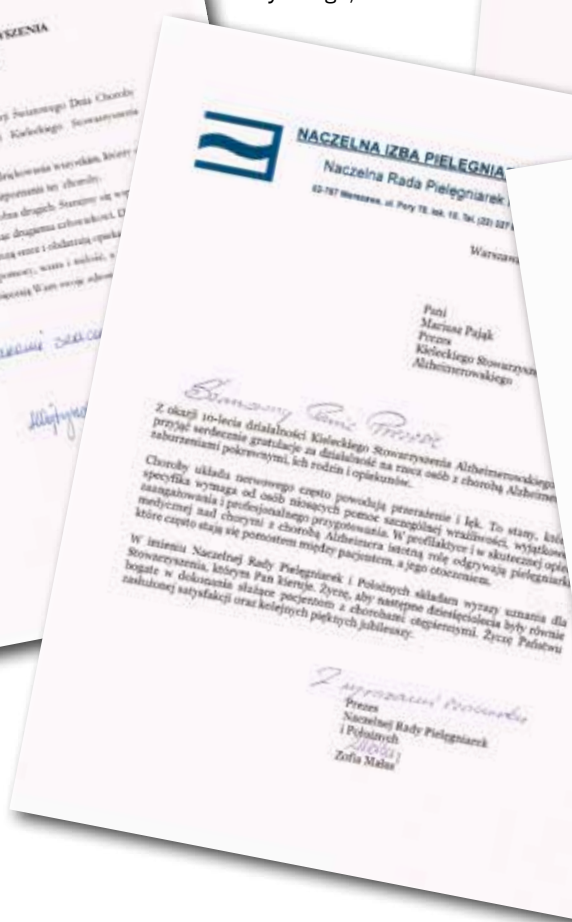
- dr n. med. Bogumiła Kowalczyk-Sroka Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa dla województwa świętokrzyskiego,
- dr n. hum. Agnieszka Smrokowska-Reichmann – Adiunkt w Katedrze Terapii Zajęciowej Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie,
- mgr piel. Mariusz Pająk Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych dla województwa świętokrzyskiego.

PATRONATU MEDIALNEGO udzieliłi:

- TVP3 Kielce; Echo Dnia, Radio Kielce; Tematy.eu (pismo pracowników socjalnych, terapeutów, personelu pielęgniarskiego i opiekuńczego)
- Dziękujemy wszystkim osobom zaangażowanym w organizację konferencji, których nie sposób tu wymienić wszystkich imiennie.

KONFERENCJĘ PATRONATEM HONOROWYM OBJĘLI:

- Krzysztof Marek Słoń Senator RP,
- Agata Wojtyczek Wojewoda Świętokrzyski,
- Mirosław Gębski Starosta Kielecki,
- Andrzej Bętkowski Marszałek Województwa Świętokrzyskiego,
- Bogdan Wenta Prezydent Miasta Kielce,
- Kamil Suchański Przewodniczący Rady Miasta Kielce,
- Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych,
- Świętokrzyska Izba Lekarska,
- Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej,
- dr n. med. Ewa Kądalska Krajowy Konsultant w dz. pielęgniarstwa geriatrycznego,



Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce

Wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia – dokument podsumowujący

Zespół redakcyjny: prof. dr hab. n. med. Piotr Czauderna, dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, prof. dr hab. n. med. Paweł Górski, dr hab. n. med. prof. nadzw. Tomasz Hryniewiecki

WPROWADZENIE

Przyszły kształt polskiego systemu ochrony zdrowia powinien odpowiadać na oczekiwania społeczeństwa, w szczególności w zakresie poprawy dostępności do świadczeń adekwatnych do rzeczywistych potrzeb. Zaproponowane rozwiązania wynikać muszą, co najmniej w części, ze społecznej świadomości potrzeb, możliwości i wspólnej odpowiedzialności za ten niezwykle ważny obszar życia społecznego i funkcjonowania państwa.

W raporcie NIK „System ochrony zdrowia – stan obecny i pożądane kierunki zmian” z maja 2019 podkreślono, że „pierwszym krokiem reformy systemu powinno być opracowanie długookresowej strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia, która musi uzyskać powszechną akceptację społeczną i wyznaczyć wizję rozwoju systemu”¹

Niedawno przeprowadzone europejskie badanie populacyjne (www.foresight-fresher.eu) wskazuje, że niezależnie od założonych scenariuszy rozwoju systemów ochrony zdrowia, zmiany demograficzne polegające na stałym wzroście liczby osób w wieku senioralnym pozostają głównym i permanentnym problemem we wszystkich krajach. Oprócz nieuchronnych zmian epidemiologicznych i demograficznych, negatywną sytuację w polskim sektorze ochrony zdrowia pogłębił brak koordynacji podstawowej opieki zdrowotnej z innymi sektorami systemu oraz niekontrolowany rozwój najdroższej formy opieki medycznej jaką jest szpitalnictwo. Tym samym Polska, jako kraj z jednym z najniższych w Europie budżetów na zdrowie w przeliczeniu na mieszkańca, zbudowała nieefektywny system opieki, czego konsekwencją była znacznie ograniczona dostępność świadczeń zdrowotnych. Nieefektywne zabezpieczenie zdrowotne w lecznictwie ambulatoryjnym zrodziło u pacjentów nawyk leczenia przez specjalistów, często w szpitalach. Następstwem tego zjawiska są długie czasy oczekiwania na konsultacje i interwencje, a w konsekwencji odraczanie pomocy osobom najbardziej jej potrzebującym.

Niezbędne stało się podjęcie rozważań na temat przebudowy polskiego systemu ochrony zdrowia. Ogólnonarodowa debata „Wspólnie dla Zdrowia” postawiła sobie za cel odpowiedź na trzy najważniejsze pytania:

1. Jak podzielić i jak najlepiej zainwestować zwiększające się w kolejnych latach wydatki publiczne na ochronę zdrowia?
2. Co zrobić, abyśmy jako społeczeństwo i poszczególni jego obywatele żyli w dobrym zdrowiu jak najdłużej?
3. W jaki sposób państwo i obywatele powinni być współodpowiedzialni za zdrowie?

Głównymi wyzwaniem, przed którymi stoi polska ochrona zdrowia są:

1. Niewystarczająca dostępność do świadczeń zdrowotnych, w szczególności do lekarzy specjalistów, w tym nierówności

w zdrowiu wynikające ze statusu społeczno-ekonomicznego i miejsca zamieszkania.

2. Niesprawne zarządzanie systemem na wszystkich jego poziomach z brakiem koordynacji pomiędzy jego poszczególnymi sektorami: POZ, AOS, szpitalami, rehabilitacją, opieką długoterminową oraz opieką społeczną.
3. Braki kadrowe personelu medycznego i nieadekwatny do potrzeb model kompetencji w zawodach medycznych oraz nierównomierne rozmieszczenie pracowników medycznych.
4. Niedostateczne działania z zakresu zdrowia publicznego, profilaktyki i prewencji chorób oraz niewystarczające zaangażowanie Polaków we własne zdrowie.
5. Niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia.
6. Niedostateczna dostępność do innowacji w ochronie zdrowia, w tym do nowoczesnych terapii.
7. Brak długofalowej spójnej i ewolucyjnej wizji przebudowy systemu ochrony zdrowia.



Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce

Wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia

DOKUMENT PODSUMOWUJĄCY

Warszawa, 4 lipca 2019 r.



¹ Raport Najwyższej Izby Kontroli: SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN, 2019 r., str. 12.

1. WIZJA, CELE I WARTOŚCI W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Kluczowym problemem, który należy rozwiązać w świetle Konstytucji RP, jest kwestia rzeczywistego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Odpowiedzialność i obowiązki w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej spoczywają w części na administracji państwowej, a w części również na władzach lokalnych (samorządowych), co wynika wprost z zasady pomocniczości. Dotyczy to w szczególności zapewnienia równego dostępu do świadczeń na danym terenie, a co za tym idzie, odpowiedniej alokacji i rozwoju sieci świadczeniodawców.

Niezbędne jest unowocześnienie struktury wewnętrznej polskiego systemu ochrony zdrowia. Wymagane jest również wprowadzenie zasady koordynacji działania poszczególnych jego sektorów, jak i świadczeniodawców, a także budowa systemu wymiany informacji medycznej pomiędzy nimi. Należy przypisać poszczególnym sektorom określone role oraz rozstrzygnąć usytuowanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

Przepisy Konstytucji RP w kwestiach dotyczących zdrowia:

- określają konstytucyjne prawa obywateli w zakresie ochrony zdrowia,
- wskazują na grupy obywateli (dzieci, kobiety ciężarne, osoby niepełnosprawne i osoby w podeszłym wieku), którym przysługuje prawo do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej,
- mówią o zapewnieniu obywatelom przez władze publiczne, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, których warunki i zakres określa ustawa.

Równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych nie powinien być interpretowany jako bezpłatny dostęp do wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej, tymczasem powszechne jest rozumienie finansowania ze środków publicznych jako ich bezpłatność dla pacjenta.

Przyjęto następujące założenia, które nakreślają wizję ochrony zdrowia.

W trosce o zdrowie Polaków:

BUDUJEMY PARTNERSKĄ RELACJĘ:

- obywateli odpowiedzialnych za własne zdrowie
- personelu ochrony zdrowia kompetentnego i zaangażowanego w relację swojej misji
- władz publicznych, które w granicach swoich możliwości finansowych efektywnie inwestują w zdrowie społeczeństwa

STARAMY SIĘ WYDŁUŻYĆ ZDROWIE NASZYCH OBYWATELI W ZDROWIU I POPRAWIAĆ JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBIĘ ORAZ OGRANICZAĆ JEJ POWIKŁANIA POPRZEC WSZECHSTRONNĄ, SKUTECZNĄ, NOWOCZESNĄ:

- edukację zdrowotną w trakcie różnych etapów życia
- profilaktykę
- diagnostykę
- leczenie
- rehabilitację
- opiekę długoterminową w połączeniu z opieką społeczną

DOSTOSOWUJEMY SYSTEM DO ZMIENIAJĄCYCH SIĘ POTRZEB WYNIKAJĄCYCH Z PRZEMIAN SPOŁECZNYCH I DEMOGRAFICZNYCH ORAZ POSTĘPU WIEDZY I ROZWOJU TECHNOLOGII.

Przeobrażony system ochrony zdrowia winien być nakierowany na następujące cele:

- Zdrowy obywatel
- Skuteczne i dostępne leczenie
- Ograniczenie nierówności w zdrowiu
- Bezpieczny i zadowolony pacjent
- Stabilność finansowa

- Skuteczne współdziałanie opieki zdrowotnej i społecznej
- Realizacji przyjętych celów muszą towarzyszyć zmiany w wielu obszarach systemu ochrony zdrowia i kluczowych zasadach jego organizacji i finansowania. Kluczowe strategiczne kierunki interwencji wypracowano w toku debaty „Wspólnie dla zdrowia”. Ujęto je w sześciu obszarach:

1. Profilaktyka i zdrowie publiczne
2. Bezpieczeństwo, jakość i efektywność
3. Własność i odpowiedzialność
4. Organizacja i zarządzanie opieką zdrowotną
5. Kadry w ochronie zdrowia
6. Finansowanie ochrony zdrowia

2. PROFILAKTYKA I ZDROWIE PUBLICZNE

2.1. REGULACJE NA RZECZ ZDROWIA

Zdrowie publiczne wymaga koordynacji na poziomie państwa, ponieważ dzisiaj odpowiedzialność za nie jest rozproszona pomiędzy różnymi instytucjami administracji publicznej.

Obecnie, w procesie legislacyjnym, organy państwa zobowiązane są do identyfikowania skutków finansowych wprowadzanych regulacji. Są też zobowiązane przedstawić ich odniesienie do prawa Unii Europejskiej, a także skutki dla małych i średnich przedsiębiorstw oraz systemu stanowienia norm technicznych.

Należy wprowadzić obowiązek oceny skutków regulacji z punktu widzenia zdrowia publicznego, jako obowiązkowy element procesu legislacyjnego.

Taka ocena mogłaby być dokonywana przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na podstawie założeń aktu prawnego projektodawcy lub samego projektodawcę. Dla wykonania tego zadania używano by narzędzia Światowej Organizacji Zdrowia pn. Health Impact Assessment (HIA) po ich dostosowaniu do warunków polskich.

Należy zapewnić większą stabilność systemu prawnego ochrony zdrowia.

2.2. POMIAR I MONITOROWANIE ZAGROŻEŃ ZDROWOTNYCH

Warunkiem skutecznej i efektywnej interwencji jest właściwa diagnoza problemu. W dziedzinie zdrowia publicznego przedmiotem oceny są ryzyka i zagrożenia zdrowotne, czy to wynikające z przyczyn środowiskowych (środowisko życia, pracy itp.), zachowań zdrowotnych (żywienie, nałogi, aktywność fizyczna), czy innych, w tym dziedzicznych.

Obecnie zagrożenia zdrowotne są przedmiotem obserwacji i pomiarów wykonywanych przez różne instytucje i organizacje, które rzadko ze sobą współpracują. Stąd wynika postulat przypisania odpowiedzialności za koordynację całości zadań z zakresu zdrowia publicznego jednej instytucji.

Należy też, w większym stopniu, wykorzystać kompetencje Głównego Inspektoratu Sanitarnego (wraz z siecią wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych) w procesie pomiaru i monitorowania czynników ryzyka wystąpienia chorób, a także przeniesienia części działań z zakresu zdrowia publicznego na poziom powiatów. Należy też rozważyć jego przekształcenie w Inspektorat Zdrowia Publicznego (IZP), który prowadziłby tę działalność wraz z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny (NIZP-PZH).

Zadaniem nowej struktury powinno być dokonywanie pomiaru i monitorowanie nasilenia zagrożeń dla zdrowia mieszkańców Polski oraz przygotowywanie odpowiednich raportów dla organizacji, które mają możliwość interwencji w danej dziedzinie, w szczegól-

ności dla jednostek samorządu terytorialnego. W przypadku, gdy określone zagrożenia zdrowotne są już przedmiotem monitorowania, IZP winien wykorzystywać zebrane już dane.

Działanie IZP, jako części składowej systemu ochrony zdrowia publicznego, powinno być finansowane z funduszu zdrowia publicznego, związanego z Narodowym Programem Zdrowia, zarządzanego przez ministra ds. zdrowia.

2.3. INTERWENCJE W ZDROWIE PUBLICZNE

Na zdrowie człowieka wpływać może wiele czynników, przy czym lista najważniejszych ryzyk i zagrożeń dla zdrowia publicznego jest stosunkowo dobrze poznana.

W raporcie NIK „System ochrony zdrowia – stan obecny i pożądanymi kierunki zmian” z maja 2019 podkreślono, że „Niewystarczająca jest liczba i zakres ogólnopolskich programów profilaktycznych, które powinny wynikać z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia Polaków, a także odnosić się do najistotniejszych problemów i zagrożeń zdrowia, wynikających przede wszystkim z chorób cywilizacyjnych. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) nawet 80% chorób sercowo-naczyniowych i 40% nowotworów można skutecznie zapobiec, redukując narażenie na czynniki ryzyka”².

Problemem jest rozproszenie instytucji i organizacji odpowiedzialnych za interwencje, mające na celu ograniczenie istniejących zagrożeń zdrowotnych.

Priorytetami zdrowia publicznego powinny być:

- wzmocnienie świadomości i odpowiedzialności co do skutków występowania zagrożeń zdrowotnych, zwłaszcza poprzez działania w zakresie edukacji dzieci i młodzieży,
- zapewnienie powszechności dostępu do działań profilaktycznych i promujących zdrowie,
- uruchamianie długofalowych strategicznych programów ogólnopolskich skupionych na redukcji najważniejszych czynników zagrażających zdrowiu,
- ustalenie zakresu odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego (JST) za działania z obszaru zdrowia publicznego oraz zaoferowanie wsparcia merytorycznego w realizacji samorządowych programów zdrowotnych,
- wykorzystanie podstawowej opieki zdrowotnej oraz medycyny pracy do prowadzenia systematycznej oceny ryzyk zdrowotnych na poziomie indywidualnym, w postaci tzw. bilansów zdrowia dla osób dorosłych.

Należy dążyć do uproszczenia modelu finansowania poszczególnych zadań poprzez konsolidację obecnie wykorzystywanych środków w jednym „Funduszu Zdrowia Publicznego”, który gromadziłby środki przeznaczone na finansowanie zadań.

Definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) określa zdrowie jako stan pełnego, dobrego samopoczucia zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brak choroby lub ułomności³. Jest to także sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego, poszerzona również o wymiar duchowy⁴. Można więc w pewnym uproszczeniu skonstatować, że **za zdrowie w pierwszej kolejności odpowiadają czynniki społeczno-ekonomiczne (w tym środowisko) oraz czynniki behawioralne (styl życia)**, a w mniejszym stopniu stan ten determinują: realizacja świadczeń opieki zdrowotnej oraz czynniki

genetyczne⁵. Odpowiedzialność obywatela za swoje zdrowie powinna być zrównoważona z dobrze zorganizowaną, dostępną na czas i skuteczną ochroną zdrowia.

Prawo każdego obywatela do ochrony zdrowia winna towarzyszyć także współodpowiedzialność. Obejmuje to powinność dbania o własne zdrowie w zakresie stylu życia, przeciwdziałania chorobom zakaźnym, a także regularnego uczestniczenia w badaniach profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych, niepodejmowania działań, które są szkodliwe dla zdrowia innych osób i aktywne uczestnictwo w działaniach poprawiających zdrowie indywidualne i zbiorowe.

Należy zahamować, lub nawet odwrócić, negatywne trendy zdrowotne obserwowane wśród dzieci i młodzieży, wprowadzając przedmiot „zdrowie”, lub „lekcje o zdrowiu” do szkół podstawowych i średnich. W ramach tych zajęć kształtowane powinny być kompetencje w zakresie wiedzy o wpływie ludzkich zachowań oraz środowiska na zdrowie, prawach pacjenta, współodpowiedzialności za własne zdrowie oraz o sposobie korzystania z opieki zdrowotnej. Podstawa programowa takich lekcji musi uwzględniać konieczność budowania kompetencji zdrowotnych, czyli umiejętności pozwalających na wdrożenie zasad zdrowego stylu życia.

Należy rozważyć wprowadzenie systemu motywacyjnego zachęcającego do korzystania z badań profilaktycznych i szczepień finansowanych ze środków publicznych.

Od kilku lat odsetek Polaków uczestniczących w populacyjnych badaniach przesiewowych jest na niewystarczającym poziomie. Dotyczy to głównie nowotworów (np. raka piersi, raka szyjki macicy, raka jelita grubego), które są drugą najczęstszą przyczyną zgonów Polaków. Kierowanie imiennych list z zaproszeniami do pacjentów okazało się nieskuteczne, dlatego konieczne jest podejmowanie innych działań.

Należy rozszerzyć kompetencje medycyny pracy poprzez powierzenie jej obowiązków w zakresie wczesnego wykrywania chorób przewlekłych i cywilizacyjnych (np. cukrzyca, nadciśnienia tętniczego, miażdżycy, chorób metabolicznych, nowotworów).

Obecnie problemem w Polsce jest zbyt późne wykrywanie chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca, choroby układu krążenia czy zaburzenia lipidowe. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy w odniesieniu do osób czynnych zawodowo jest brak wykorzystania potencjału medycyny pracy do działań profilaktycznych.

3. BEZPIECZEŃSTWO, JAKOŚĆ I EFEKTYWNOŚĆ

Kluczowym wyzwaniem dla polskiego systemu opieki zdrowotnej jest zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa przy korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych poprzez wprowadzenie rozwiązań poprawiających ich jakość i efektywność.

Należy wprowadzić regulacje dotyczące jakości i bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej.

Należy określić rozwiązania dotyczące skuteczności leczenia i efektywności klinicznej, systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych oraz modelu edukacji na temat bezpieczeństwa pacjenta obowiązującego na wszystkich poziomach kształcenia personelu medycznego.

5 M. Lalonde, A new perspective on the health of Canadians, Minister of Supply and Services, Canada 1981, s. 31-35. Por. M.J. Wysocki, M. Miller, Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne, „Przegląd Epidemiologiczny”, 2003, 57(3), s. 505-512, gdzie Autorzy twierdzą, że wywodząca się prawdopodobnie z koncepcji Lalonde'a próba oszacowania procentowego wpływu czynników określanych jako biologiczne, środowiskowe, związane ze stylem życia oraz z działaniem systemu ochrony zdrowia została przedstawiona w 1995 r. przez B. Badurę, który szacował, że czynniki te wpływają na umieralność z powodu chorób układu krążenia odpowiednio w wymiarze 25% (biologia), 9% (środowisko), 54% (styl życia) i 12% (ochrona zdrowia). W przypadku nowotworów odsetki te wynosiły odpowiednio 29%, 24%, 37% i 10%, a w umieralności ogólnej 20%, 20%, 50% i 10%.

2 Raport Najwyższej Izby Kontroli: SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN, 2019 r., str. 7

3 Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477

4 Por. G. Uścińska, Świadczenia z zabezpieczenia społecznego w regulacjach międzynarodowych i polskich. Studium porównawcze, Warszawa 2005, s. 90 i n.

Należy poprawić efektywność systemu zdrowia poprzez wprowadzenie zmian nakierowanych na osiąganie wyników zdrowotnych leczenia (outcome oriented care; PROMS).

Obecny system finansowania świadczeń przez publicznego płatnika preferuje przede wszystkim realizację jak największej liczby świadczeń przy braku oceny ich jakości oraz celowości i efektywności. Należy jasno określić cele zdrowotne na wszystkich poziomach opieki (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, rehabilitacja, opieka długoterminowa) wraz z miernikami ich realizacji, dla których należy opracować jednolite słowniki i formaty przekazywania danych, co możliwe będzie przy wdrożeniu elektronicznej dokumentacji medycznej.

Najwyższa Izba Kontroli w raporcie „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian” postuluje, żeby „Wprowadzić system oceny jakości udzielanych świadczeń. Zbuduje to zaufanie do systemu, a jednocześnie będzie stanowiło bodziec dla podmiotów leczniczych do poprawy jakości udzielanych świadczeń”.⁶

Należy wprowadzić rozwiązania premiowania przez NFZ świadczeniodawców ze względu na osiągnięte efekty zdrowotne i jakość świadczeń.

Obecnie wartość wynagrodzenia za procedury medyczne finansowane przez płatnika publicznego nie uwzględnia elementu jakości osiąganego przez świadczeniodawców. Brak tego zróżnicowania nie jest istotnym bodźcem dla podnoszenia jakości świadczeń zdrowotnych, które związane jest często z wyższymi kosztami. Najlepszym źródłem wiarygodnych danych są rejestry kliniczne (bazy danych gromadzące dane indywidualnych pacjentów).

Konieczne jest utworzenie systemu klinicznych rejestrów dedykowanych ocenie i poprawie jakości leczenia.

Najwyższa Izba Kontroli w raporcie „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian” postuluje, żeby „Wprowadzić zasadę odpłatności za jakość leczenia i jego efekt, a nie za samo wykonanie procedury medycznej”, ponieważ „bodźce ekonomiczne (płatność za poszczególne procedury) skłaniają podmioty lecznicze do wielokrotnego przyjmowania pacjentów; wyleczenie, czy zdecydowana poprawa stanu zdrowia, przestaje być celem samym w sobie”.⁷

Należy wprowadzić możliwość oceny podmiotów leczniczych przez pacjentów.

Od lat, zarówno w Polsce, jak i wielu krajach na całym świecie, deklaruje się i dąży do tego, aby system opieki zdrowotnej był zorientowany na pacjenta i jego potrzeby zdrowotne.

Zdecydowana większość obywateli negatywnie ocenia obecny system ochrony zdrowia, dlatego istotne jest monitorowanie pozytywnych i negatywnych doświadczeń pacjentów związanych z korzystaniem z systemu ochrony zdrowia.

Należy wprowadzić skuteczne mechanizmy finansowe ograniczające wydatki na leczenie szpitalne i zwiększające na leczenie ambulatoryjne.

Nadmierna liczba hospitalizacji jest przyczyną powstawania nieuzasadnionych kosztów oraz występowania zdarzeń niepożądanych. Coraz więcej procedur wykonywanych obecnie w leczeniu szpitalnym może być realizowanych również w warunkach ambulatoryjnych. Zmiana trybu udzielania wielu świadczeń jest szansą na znaczące zwiększenie dostępności, skrócenie czasu diagnostyki i poprawę wyników leczenia.

Koszt takich świadczeń jest wielokrotnie niższy niż takich samych usług medycznych wykonywanych w ramach hospitalizacji; są one także bezpieczniejsze i mniej obciążające dla chorego.

Najwyższa Izba Kontroli w raporcie „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian” wskazuje, że „utrzymuje się niekorzystna struktura kosztów świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków NFZ, z ponad 50% udziałem kosztów leczenia szpitalnego. W latach 2010–2017 nastąpił wzrost udziału tego rodzaju leczenia, które jest najdroższe w kosztach świadczeń o 3,17 punktu procentowego.

Świadczy to o niedostatecznej roli ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz zbyt częstym diagnozowaniu i leczeniu pacjentów w trybie hospitalizacji. W porównaniu z krajami Unii Europejskiej, Polska ma jeden z najwyższych współczynników liczby łóżek szpitalnych przypadających na 100 tys. mieszkańców”.⁸

Należy wprowadzić zmiany dotyczące opracowania planu finansowego NFZ zmniejszającego corocznie udział w wydatkach na leczenie szpitalne. Jednocześnie należy zwiększyć udział w wydatkach NFZ świadczeń ambulatoryjnych i jednodniowych, co spowoduje poprawę efektywności systemu.

AOS powinien pełnić rolę konsultacyjną dla lekarzy POZ i objąć stałą opieką wybranych pacjentów w oparciu o ich stan kliniczny oraz obiektywne wytyczne przygotowane przez ekspertów i towarzystwa naukowe. Zadaniem poradni przyszpitalnych powinno być przede wszystkim przygotowanie i kwalifikacja do hospitalizacji oraz zapewnienie opieki poszpitalnej.

Całościowej zmiany wymaga obecna wycena świadczeń w AOS w kierunku premiowania jego konsultacyjnej roli.

Należy wprowadzić ogólnopolski system monitorowania zdarzeń niepożądanych.

Statystyki światowe wskazują, że corocznie ok. 7-12% pacjentów hospitalizowanych doświadcza szkody z powodu zdarzeń niepożądanych (ZN)⁹; jednocześnie 40-70% zdarzeń niepożądanych można uniknąć. W Polsce zgłaszalność zdarzeń niepożądanych jest niska, co nie oddaje rzeczywistego obrazu zjawiska. Powinny temu służyć rejestry prowadzone w każdym podmiocie leczniczym.

W związku z tym niezbędne jest stworzenie warunków sprzyjających zgłaszaniu zdarzeń niepożądanych i wprowadzaniu rozwiązań dla poprawy bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego poprzez:

- wprowadzenie rozwiązań prawnych zapewniających brak sankcji wobec osób zgłaszających zdarzenia niepożądane,
- reformę istniejącego, lecz niesprawnego, systemu odpowiedzialności za zdarzenia medyczne poprzez przyjęcie odpowiedzialności na zasadzie „no fault”, czyli pozasadowego systemu nakierowanego na szybkie uzyskiwanie odszkodowania i zadośćuczynienia bez potrzeby wykazania winy osoby/osób, które spowodowały szkodę,
- ograniczenie dostępu do dokumentacji powstałej w ramach analizy zdarzeń niepożądanych,
- wprowadzenie krajowego systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych, którego celem będzie gromadzenie danych dotyczących liczby i rodzaju zdarzeń niepożądanych w systemie oraz opracowywanie zaleceń minimalizacji ryzyka na poziomie krajowym,
- zawarcie tematyki bezpieczeństwa pacjenta i poprawy jakości w kształceniu medycznym, tak przeddyplomowym, jak i podyplomowym i ustawicznym,
- zainicjowanie podnoszenia wiedzy pacjentów na temat zdarzeń niepożądanych poprzez stopniowe wprowadzenie możliwości ich udziału w systemie zgłaszania zdarzeń.

6 Raport Najwyższej Izby Kontroli: SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN, 2019 r., str. 17

7 Raport Najwyższej Izby Kontroli: SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN, 2019 r., str. 18

8 Raport Najwyższej Izby Kontroli: SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN, 2019 r., str. 29

9 Polska: 7,24% zdarzeń niepożądanych (2015): 47,37% zdarzeń możliwych do uniknięcia (CMJ, Projekt BSBP www.cmj.org.pl)

4. WŁASNOŚĆ I ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Problemem finansowym dla wielu samorządów, w szczególności powiatowych, jest narastające zadłużenie szpitali, dla których są one organem właścicielskim. Także trudności we wprowadzaniu programów restrukturyzacyjnych, polegających na dostosowaniu potencjału szpitali do potrzeb zdrowotnych, są największe na szczeblu powiatowym. W 2016 roku powołano Wojewódzkie Rady ds. Potrzeb Zdrowotnych, które mają współdziałać z wojewodą przy tworzeniu map potrzeb zdrowotnych i ustalaniu na ich podstawie priorytetów zdrowotnych dla każdego województwa.

Należy skoordynować i zwiększyć odpowiedzialność regionów w kształtowaniu polityki zdrowotnej na terenie województwa poprzez powołanie Wojewódzkich Rad Zdrowia upoważnionych do planowania strategicznego i współdecydowania o przeznaczeniu środków finansowych na opiekę zdrowotną.

W opinii Rady Społecznej inicjatywy „Wspólnie dla Zdrowia”, jak i NIK, wyrażonej w ostatnim raporcie na temat systemu ochrony zdrowia w Polsce, należy wzmocnić podejmowanie kluczowych decyzji w polityce zdrowotnej na poziomie wojewódzkim. Zgodnie z raportem NIK, w celu skoordynowania działań obejmujących tworzenie i funkcjonowanie podmiotów leczniczych, należy wprowadzić skuteczne mechanizmy koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu województwa, tak aby wyeliminować nieefektywne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia w regionie. Powinno się to odbyć poprzez zwiększenie kompetencji Wojewódzkich Rad ds. Potrzeb Zdrowotnych i przekształcenie ich w Wojewódzkie Rady Zdrowia, złożone z przedstawicieli NFZ, wojewody, samorządu województwa, konwentu powiatów, przedstawicieli Rady Dialogu Społecznego, reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców oraz pacjentów.

Jak wskazuje NIK, dotychczasowe – dwudziestoletnie – próby skoordynowania działań pomiędzy różnymi podmiotami leczniczymi oraz ich organami właścicielskimi nie przyniosły pozytywnych rezultatów dla procesu leczenia i efektywnego gospodarowania środkami publicznymi. W wielu przypadkach na tym samym terenie występują podmioty lecznicze udzielające identycznych świadczeń, co prowadzi do zmniejszenia jednostkowych kontraktów NFZ zawieranych z tymi podmiotami i pogorszenia ich sytuacji finansowej. Zaradzić temu może proces przejmowania przez samorząd wojewódzki szpitali powiatowych i miejskich (gminnych), który powinien być połączony z oddłużeniem przejmowanych szpitali. Konsolidacja uprawnień właścicielskich w przypadku szpitali samorządowych umożliwi koordynację i optymalizację wykorzystania bazy materialnej i kadrowej systemu.

Pochodną zbyt dużej liczby szpitali w Polsce, których publicznymi właścicielami są dwa szczeble samorządu terytorialnego (wojewódzki i powiatowy) oraz trzy ministerstwa (MZ, MON i MSWiA), a także kilkanaście uczelni medycznych w całym kraju, jest zbyt duża liczba łóżek szpitalnych określanych mianem krótkoterminowych. Jednocześnie Polska dysponuje zdecydowanie zbyt małą liczbą łóżek stacjonarnej opieki długoterminowej, która dodatkowo jest obszarem aktywności zarówno podmiotów leczniczych (publicznych i niepublicznych) w postaci Zakładów Opiekuńczo-Leczniczych (ZOL), jak i JST szczebla powiatowego w postaci Domów Opieki Społecznej (DPS). W zakresie finansowania stacjonarnej opieki długoterminowej w postaci ZOL i DPS obowiązują różne zasady, a instytucjami finansującymi są zarówno NFZ, jak i budżety JST.

System opieki zdrowotnej w Polsce powinien, w możliwie krótkim czasie, zostać zintegrowany z systemem opieki społecznej nad osobami niesamodzielnymi, w tym osobami w wieku senioralnym, by w nadchodzących latach największych potrzeb

zdrowotnych i opiekuńczych Polaków w podeszłym wieku dysponował odpowiednią do potrzeb organizacją i strukturą zasobów.

5. ORGANIZACJA I ZARZĄDZANIE OPIEKĄ ZDROWOTNĄ

Polski system opieki zdrowotnej charakteryzuje się silną fragmentacją i niedostatkiem systemowych rozwiązań organizacyjnych, finansowych i informatycznych, które sprzyjałyby ciągłości opieki nad pacjentem oraz współpracy między personelem medycznym, a placówkami działającymi na różnych szczeblach opieki zdrowotnej.

Jednym z zasadniczych problemów pozostaje niewystarczająca dostępność ambulatoryjnych usług zdrowotnych oraz przestarzała wewnętrzna struktura systemu. Niezbędne wydaje się przeniesienie ciężaru na medycynę ambulatoryjną i jednodniową. Wymaga to wzmocnienia podstawowej opieki zdrowotnej i nałożenia na nią nowych zadań. Konieczne jest określenie roli sektora prywatnego w ochronie zdrowia w celu wykorzystania jego potencjału i zwiększenia efektywności całego systemu.

5.1. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) powinna odgrywać kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia, stanowiąc miejsce gromadzenia podstawowych informacji na temat pacjenta i jego problemów zdrowotnych oraz koordynacji procesu opieki nad pacjentem. Zespół POZ powinien być rzeczywistym przewodnikiem pacjenta po systemie ochrony zdrowia.

Należy zapewnić rozwój podstawowej opieki zdrowotnej poprzez:

- stopniowe zwiększanie zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych w zakresie działań profilaktycznych i opieki nad chorymi przewlekle,
- wypracowanie motywującego systemu finansowania składającego się oprócz stawki kapitałowej z innych składowych,
- przywrócenie integracji między POZ i innymi poziomami opieki medycznej, motywującą do przenoszenia kompetencji na najniższy poziom opieki,
- przeciwdziałanie procesowi narastających braków kadrowych i powstawania „białych plam” w dostępie do POZ, poprzez stworzenie systemu zachęt dla personelu medycznego do pracy na obszarach deficytowych, we współpracy z samorządami lokalnymi.

W ocenie raportu NIK takie rozwiązanie może przyczynić się do wykrywania chorób we wczesnym etapie ich rozwoju i poprawić skuteczność leczenia.

Nie można też, proponując rozwiązania krótko- i średnioterminowe, abstrahować od przekonań Polaków co do wyższości leczenia przez lekarzy specjalistów. Zmiana tego przekonania wymagać będzie czasu oraz edukacji personelu medycznego i pacjentów.

5.2. AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

Usprawnienie polskiego systemu ochrony zdrowia wymaga wprowadzenia zasady koordynacji działania poszczególnych sektorów systemu i części świadczeniodawców, a także budowy systemu wymiany informacji medycznej pomiędzy nimi. Należy opracować nowe zasady współpracy AOS z POZ i szpitalami.

Należy utrzymać obecną lokalizację AOS, zarówno przy szpitalach, jak i w lecznictwie otwartym, rozdzielając jednak ich funkcje. AOS przyszpitalny powinien zajmować się przede wszystkim kwalifikacją i przygotowaniem chorych do hospitalizacji oraz ograniczoną w czasie opieką poszpitalną. Należy wydzielić z ryczaftu szpitalnego oddzielny budżet na poradnie przyszpitalne z możliwością sumowania kosztów diagnostyki.

5.3. PODSTAWOWE ZABEZPIECZENIE ZDROWOTNE (PZZ)

W dyskusji o opiece zdrowotnej na poziomie podstawowym konieczne jest rozstrzygnięcie relacji pomiędzy POZ, AOS i szpitalem powiatowym. Jednym z rozwiązań jest funkcjonalna integracja ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ze szpitalami, promująca stworzenie systemu podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego jako zaplecza diagnostyczno-terapeutycznego dla podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). **Należy wprowadzić system Podstawowego Zabezpieczenia Zdrowotnego (PZZ), który polega na współpracy i wymianie informacji podmiotów wchodzących w skład POZ, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz szpitali pierwszego poziomu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego.**

PZZ powinno zapewnić: całodobową pomoc medyczną dla zdarzeń nagłych i zachorowań (obecną nocną i świąteczną opiekę zdrowotną), hospitalizacje w specjalnościach określonych dla poziomu I Podstawowego Zabezpieczenia Szpitalnego, opiekę jednodniową w zakresie tych specjalności, poradnictwo ambulatoryjne, diagnostykę stanów nagłych i najczęstszych chorób przewlekłych, rehabilitację zarówno stacjonarną jak i dzienną, ambulatoryjną i domową, opiekę długoterminową, poradnictwo ambulatoryjne w zakresie zdrowia psychicznego oparte o Centra Zdrowia Psychicznego. PZZ winno również zapewniać hospitalizacje w zakresie chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii, ewentualnie ginekologii i położnictwa oraz innych specjalności związanych ze szczególnymi potrzebami zdrowotnymi regionu. Powodem hospitalizacji winny być nie tylko stany nagłe, lecz także wybrane problemy diagnostyczne.

5.4. OPIEKA SZPITALNA

Na jednym obszarze działają często szpitale należące do wielu podmiotów publicznych (organów samorządu, ministerstw, uczelni), co powoduje, że wykorzystanie zasobów ludzkich i finansowych staje się nieoptymalne. Publiczni właściciele wykazują przy tym skłonność do ciągłego rozszerzania działalności, powiększania możliwości leczniczych i skupiania coraz większego pakietu świadczeń we własnych placówkach. W rezultacie szpitale rozwijają swoje zasoby niezależnie od siebie, konkurują o kadry medyczne, środki inwestycyjne i kontrakty NFZ. Wprowadzone w ostatnich latach rozwiązania planistyczne (mapy zdrowotne, IOWISZ, sieć szpitalna) w pewnym stopniu rozwiązały ten problem w zakresie nowych inwestycji.

W celu skoordynowania funkcjonowania podmiotów leczniczych należy wprowadzić skuteczne mechanizmy koordynacji działania szpitali na szczeblu województwa, tak aby wyeliminować nieefektywne wykorzystanie zasobów.

Należy wprowadzić mechanizm umożliwiający przejmowanie najbardziej zadłużonych szpitali przez krajową instytucję specjalnego przeznaczenia, np. agencję restrukturyzacji szpitali. Trzeba rozważyć podporządkowanie szpitali jednemu podmiotowi. Do rozstrzygnięcia pozostaje, czy powinien to być samorząd województwa. Proces przejścia szpitali powinien być połączony z oddłużeniem, a także restrukturyzacją polegającą na konsolidacji bazy materialnej i kadrowej jednostek.

W raporcie NIK „System ochrony zdrowia – stan obecny i pożądane kierunki zmian” z maja 2019 podkreślono, że należy „*Wprowadzić skuteczne mechanizmy koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu województwa, tak aby wyeliminować nieefektywne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia w regionie (...) w tym należy rozważyć przeniesienie prawa własności szpitali powiatowych oraz miejskich (gminnych) na jednostki samorządu województwa*”.¹⁰

10 Raport Najwyższej Izby Kontroli: SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE –

5.5. OPIEKA WYSOKOSPECJALISTYCZNA (SZPITALY OGÓLNOPOLSKIE, WOJEWÓDZKIE)

Należy określić zadania i uporządkować organizację opieki wysokospecjalistycznej.

Według map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla zdecydowanej większości oddziałów szpitalnych liczba łóżek krótkoterminowych jest zbyt duża. Raport NIK „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian” pokazuje, że: „*W porównaniu z krajami Unii Europejskiej, Polska ma jeden z najwyższych współczynników liczby łóżek szpitalnych przypadających na 100 tys. mieszkańców*”.¹¹

Liczba ostrych łóżek szpitalnych, szczególnie wysokospecjalistycznych, jest zbyt duża. Łóżka w szpitalach wysokospecjalistycznych powinny być docelowo wykorzystywane przede wszystkim do świadczeń o tym charakterze. Dla niektórych chorób, zwłaszcza rzadkich, oraz wybranych procedur opiekę należy oprzeć na centrach doskonałości powstających na poziomie makroregionu czy nawet kraju. Z tego powodu należy rozważyć finansowanie wyżej wymienionych świadczeń na poziomie Centrali NFZ lub wprost z budżetu państwa. Z drugiej strony, pilną potrzebą jest jak najszybsze rozwiązanie deficytu i problemu finansowania łóżek intensywnej terapii.

Koncentracja infrastruktury i kadr wysokospecjalistycznych powinna dotyczyć szpitali klinicznych, resortowych, niektórych wojewódzkich oraz centrów klinicznych o uznanym międzynarodowym dorobku naukowym i usługowym. Niezbędna jest racjonalizacja rozmieszczenia usług wysokospecjalistycznych uwzględniająca stopień zabezpieczenia podstawowego, infrastrukturę regionu, demografię i występowanie regionalnych czynników ryzyka chorób.

W raporcie NIK „System ochrony zdrowia – stan obecny i pożądane kierunki zmian” z maja 2019 podkreślono, że należy „*Wykonywać poszczególne procedury leczenia pacjentów na określonych szczeblach referencyjnych systemu. Rozwiązanie to podnosi poziom bezpieczeństwa pacjentów i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych*”.¹²

Rozwój nowoczesnych technologii i znaczenie doświadczenia w ich stosowaniu wymusza konieczność tworzenia, tzw. centrów kompetencji i doskonałości oraz powrót do zasady referencyjności szpitali w leczeniu różnych chorób (np. nowotworów o określonej lokalizacji narządowej, kompleksowego leczenia chorób serca w zaawansowanym stadium albo po ostrych epizodach, udarów czy chorób autoimmunologicznych). Wymaga to dobrej koordynacji i koncentracji diagnostyki i leczenia pacjentów na danym obszarze. Dlatego centra powinny być powołane w oparciu o obiektywne, powszechnie znane kryteria i odpowiednie doświadczenie. Centra kompetencji i doskonałości należy objąć odrębnym systemem finansowania, np. wprost z budżetu państwa lub z centralnego budżetu NFZ. Proces ich powoływania musi być zatem w pełni transparentny i rzetelny.

Należy premiować działania w celu uzależnienia finansowania od wyników leczenia, mierzonych obiektywnymi wskaźnikami (ang. Value Based Healthcare).

Rosnące koszty opieki zdrowotnej wskutek starzenia się społeczeństw oraz presji generowanej przez nowe technologie medyczne skutkują koniecznością wdrażania opieki zdrowotnej opartej na wartości, tj. nakierowanej na pacjenta i jego rzeczywiste potrzeby. Oznacza to przejście z generowania coraz to większej liczby wizyt, hospitalizacji i różnego rodzaju procedur, na rzecz poprawy wyni-

STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN, 2019 r., str. 15

11 Raport Najwyższej Izby Kontroli: SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN, 2019 r., str. 8

12 Raport Najwyższej Izby Kontroli: SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN, 2019 r., str. 17

ków leczenia pacjentów ujmowanych w sposób kompleksowy, przy jednoczesnej racjonalizacji jego kosztów.

5.6. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

Wobec szybko rosnącej liczby osób w podeszłym wieku konieczne jest podjęcie szerokich działań, które spowodują, że osoby te zostaną objęte wsparciem adekwatnie do zmieniających się potrzeb i na poziomie, który jest optymalny z punktu widzenia zasobów systemu, ale i nakierowany na jak najdłuższe utrzymanie ich samodzielności.

Należy zbudować wszechstronny system świadczeń zdrowotnych oraz społecznych, który będzie:

- w maksymalnym stopniu wspierał samodzielność podopiecznych,
- wspierał opiekunów nieformalnych,
- angażował wsparcie sąsiedzkie i środowiskowe,
- tworzył elastyczne modele form opieki profesjonalnej (mieszane, stacjonarne i domowe, dzienne, opieka „wytchnieniowa” (ang. respite care), wspomagane zamieszkanie (ang. assisted living),
- wykorzystywał nowoczesne technologie do celów nadzoru nad osobami mieszkającymi samotnie.

W związku z rosnącymi potrzebami w zakresie opieki długoterminowej, należy przekształcić nadmiar łóżek szpitalnych na potrzeby nowo tworzonych oddziałów opieki długoterminowej.

5.7. REHABILITACJA

Według definicji WHO, rehabilitacja jest kompleksowym postępowaniem w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie: pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym.

Rehabilitacja powinna być oparta na 4 zasadach:

- powszechności,
- kompleksowości,
- wczesności,
- ciągłości.

Problemem dla pacjentów jest ograniczony dostęp do rehabilitacji, w szczególności po hospitalizacji.

Należy skoordynować rehabilitację z leczeniem stacjonarnym i ambulatoryjnym.

Powinno się zabezpieczyć niezwłoczny dostęp do rehabilitacji, m.in.: dla ofiar wypadków, pacjentów po udarach mózgu i zawałach serca czy poważnych zabiegach operacyjnych, w tym w zakresie narządu ruchu. W szczególności powinno się promować model kompleksowej opieki specjalistycznej, w którym jednym z elementów leczniczych jest rehabilitacja.

Należy rozwijać telerehabilitację jako istotne narzędzie poprawy dostępności.

Nowoczesne narzędzia teleinformatyczne są w stanie zapewnić efektywną rehabilitację pacjentów w warunkach domowych.

6. KADRY W OCHRONIE ZDROWIA

Narastającym problemem systemu ochrony zdrowia w Polsce są niedobory wykwalifikowanego personelu medycznego oraz jego nierównomierne rozmieszczenie. Funkcjonujący system kształcenia i szkolenia zawodowego kadr medycznych nie zapewnia przygotowania wystarczającej liczby odpowiednio wykształconych specjalistów, stosownie do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

6.1. ZARZĄDZANIE KOMPETENCJAMI

Należy zmniejszyć obecną liczbę specjalizacji lekarskich oraz wprowadzić certyfikaty umiejętności.

Zmniejszenie liczby specjalizacji lekarskich do stanu zbliżonego do listy specjalności automatycznie uznawanych w krajach członkowskich Unii Europejskiej znacznie poprawi efektywność w wykorzystaniu kadry lekarskiej. Wprowadzenie certyfikatów umiejętności zagwarantuje wysoką jakość kształcenia w węższych dziedzinach medycyny oraz wykonywaniu wybranych procedur medycznych.

Należy utworzyć nowy zawód medyczny „technik pielęgniarstwa”.

Ogromnym wyzwaniem dla polskiego systemu ochrony zdrowia jest pogłębiający się niedobór personelu pielęgniarstwa. Według analiz opublikowanych w ramach map potrzeb zdrowotnych średni wiek pielęgniarki w Polsce przekroczył w wielu województwach 50 lat. Wskazuje to na konieczność wprowadzenia nowych rozwiązań, mających na celu pilne uzupełnienie personelu pielęgniarstwa i wprowadzenie nowych zawodów medycznych, które zastąpią pielęgniarki przy wykonywaniu części procedur medycznych.

Technik pielęgniarstwa wykonywałby procedury medyczne tylko pod nadzorem pielęgniarki z wyższym wykształceniem. Samodzielnie mógłby wykonywać zawód wyłącznie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Należy utworzyć nowy zawód medyczny „asystent lekarza”.

Problemem dla personelu lekarskiego i kadry zarządzającej placówkami ochrony zdrowia jest obciążenie lekarzy pracą administracyjną oraz koniecznością wykonywania prostych procedur leczniczych. W wielu państwach wprowadzono zawód asystenta lekarza, mający na celu zwiększenie efektywności pracy personelu medycznego.

Asystent lekarza wspomagałby lekarzy w pracy administracyjnej oraz wykonywałby określone procedury medyczne początkowo pod nadzorem lekarza i wyłącznie w zakresie powierzonych mu kompetencji.

Należy zwiększyć kompetencje magistrów farmacji poprzez możliwość realizacji opieki farmaceutycznej.

Idea opieki farmaceutycznej powstała w 1975 roku Stanach Zjednoczonych jako pomoc dla pacjentów w celu zapewnienia bezpiecznego i racjonalnego stosowania leków. Jej założeniem była zmiana orientacji zawodu farmaceuty ze sprzedawcy na partnera lekarza i aktywnego współtwórcę procesu leczenia.

Nowe świadczenie finansowane ze środków publicznych pod nazwą „usługi opieki farmaceutycznej” polegałoby na udokumentowanym i ustandaryzowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, udzielałby świadczeń zdrowotnych (obejmujących także proste testy diagnostyczne) i porad uzupełniających.

6.2. TECHNOLOGICZNE WSPARCIE KADR

Wzrost wydajności pracy w medycynie opiera się na osobistych interakcjach pomiędzy pracownikiem medycznym (lekarzem, pielęgniarką, itp.) a pacjentem.

Należy wdrażać rozwiązania, które będą oszczędzać czas pracowników medycznych, tak aby mogli wykorzystywać go w większym stopniu na opiekę nad pacjentami.

Należy poprawić efektywność pracy personelu medycznego poprzez:

- przegląd i dokonanie zmian w zakresach kompetencji tradycyjnie przypisanych poszczególnym zawodom medycznym,
- dostarczanie informacji dla wsparcia samodzielnych decyzji pacjenta,

- obsługę administracyjną pacjenta,
- gromadzenie danych z wywiadu pacjenta,
- telemedycynę,
- rejestrowanie i transkrypcję mowy,
- robotykę i rzeczywistość wirtualną oraz modelowanie 3D w chirurgii,
- rozpoznawanie obrazów,
- urządzenia mobilne monitorujące parametry zdrowotne.

6.3. KADRY A PŁACE

Niskie wynagrodzenie jest jednym z kluczowych powodów emigracji pracowników z sektora ochrony zdrowia. Choć doszło w tym zakresie do znacznej poprawy, sytuacja nie poprawiła się we wszystkich zawodach medycznych. Znacznym problemem jest ogromne rozwarstwienie płac, także w obrębie tych samych zawodów medycznych. Brak systemowego rozwiązania wynagrodzeń pracowniczych powoduje liczne napięcia społeczno-polityczne, dlatego:

Należy kontynuować prace nad rozwiązaniem systemowym o sposobie ustalania najniższego zasadniczego wynagrodzenia pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, jak i podjąć działania nad opracowaniem kompleksowego systemu płac w ochronie zdrowia, np. w formie ponadzakładowego układu zbiorowego.

7. FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA

Bezdyskusyjna jest konieczność dalszego wzrostu publicznych nakładów na polską ochronę zdrowia. Środki te powinny być w szczególności przeznaczone na poprawę dostępu do:

- profilaktyki zdrowotnej,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- opieki psychiatrycznej,
- rehabilitacji leczniczej,
- opieki długoterminowej,
- nowoczesnych technologii medycznych.

Należy kontynuować działania, które zbliżą nakłady na ochronę zdrowia do średniego europejskiego poziomu. Powinny towarzyszyć temu kroki skierowane w stronę lepszego ich wykorzystania. W tym celu należy zmierzać do finansowania świadczeń zdrowotnych uzależnionego od ich jakości.

Wzrost nakładów na zdrowie jest możliwy przy zastosowaniu alternatywnych lub komplementarnych rozwiązań, tj.:

- stopniowym zwiększaniu publicznych nakładów na zdrowie (pochodzących ze składki na ubezpieczenie zdrowotne (pierwotnie planowany poziom składki zdrowotnej w 1999 r. szacowano na 11%),
- zwiększeniu składki na ubezpieczenie zdrowotne poprzez wprowadzenie dodatkowego powszechnego ubezpieczenia opiekuńczego,
- rozważeniu dodatkowych przychodów, które będą przeznaczone na finansowanie ochrony zdrowia (np. podatek od napojów o wysokiej zawartości cukru, od wyrobów tytoniowych i e-papierosów oraz alkoholu).

Zaproponowane rozwiązania utrzymują mieszany model finansowania ochrony zdrowia z dominującym udziałem przychodów ze składki zdrowotnej. W opinii ekspertów system ubezpieczeniowy zwiększa gwarancje środków przeznaczanych na zdrowie w długiej perspektywie i jest obciążony mniejszym ryzykiem wpływów politycznych na decyzje w tym obszarze. System mieszany pozwala z kolei na większą elastyczność.

Racjonalność prywatnych wydatków na zdrowie w Polsce budzi poważne wątpliwości.

Należy:

- rozważyć wprowadzenie ulgi podatkowej od wydatków prywatnych na świadczenia zdrowotne o udowodnionej skuteczności,

- rozważyć wprowadzenie możliwości pobierania dopłaty do świadczeń o wyższym niż gwarantowany standardzie, także poprzez umożliwienie dopłat z dobrowolnego ubezpieczenia dodatkowego, co pozwoli zwiększyć dostęp do nowoczesniejszego leczenia,
- rozważyć wprowadzenie możliwości uzyskania ulgi podatkowej dla pracodawców od ich wydatków na opiekę zdrowotną nad pracownikami,
- opracować nowy algorytm podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ, uwzględniający zarówno dane z map potrzeb zdrowotnych, prognozy demograficzne, jak również nowy model organizacji lecznictwa szpitalnego,
- zdefiniować uzupełniającą rolę sektora prywatnego w publicznym systemie ochrony zdrowia oraz ustalić warunki współpracy obu sektorów,
- rozszerzyć obowiązek sprawozdawczy w zakresie kluczowych problemów zdrowotnych, jak np. nowotwory, choroby zakaźne i szczepienia na świadczeniodawców działających w sektorze prywatnym.

8. REKOMENDACJE KOŃCOWE

Konieczne jest podjęcie dobrze zaplanowanej i spójnej reformy systemu ochrony zdrowia o ewolucyjnym i stopniowym charakterze. Reforma ta nie będzie możliwa bez zaangażowania profesjonalistów medycznych oraz ogółu pacjentów i obywateli, a także budowy ich świadomości na temat uwarunkowań zdrowotnych i działania systemu ochrony zdrowia.

1. **Należy przypisać odpowiedzialność za koordynację całości zadań z zakresu zdrowia publicznego jednej instytucji.**
2. **Należy zmienić model organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia poprzez wprowadzenie mechanizmów opartych na jakości i gwarantujących zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów.**
3. **Należy zwiększyć odpowiedzialność województw za kształtowanie regionalnej polityki zdrowotnej.**
4. **Należy dokonać zmiany w organizacji szpitali i lecznictwa ambulatoryjnego w Polsce, dostosowując je do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych obywateli w celu zwiększenia dostępności świadczeń i poprawy opieki długoterminowej.**
5. **Należy wesprzeć obecnych profesjonalistów medycznych poprzez współdzielenie kompetencji pomiędzy zawodami, a także utworzyć nowe zawody medyczne.**
6. **Należy kontynuować działania, które zbliżą nakłady na ochronę zdrowia do średniego europejskiego poziomu. W tym celu konieczne jest podjęcie decyzji o wprowadzeniu nowych mechanizmów finansowania systemu oraz przeznaczeniu dodatkowych środków, w szczególności na profilaktykę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, opiekę psychiatryczną, rehabilitację leczniczą, opiekę długoterminową oraz nowoczesnych technologii medycznych.**

Proponujemy zdefiniować powyższy projekt hasłem:
„WSPÓLNIE POPRAWIAMY
POLSKĄ OCHRONĘ ZDROWIA”

Załącznik 1

Stanowisko odrębne Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie wprowadzenia nowego zawodu „technik pielęgniarstwa”

W toczącej się obecnie w Polsce dyskusji nad zasobami kadrowymi w sektorze opieki zdrowia wskazuje się na potrzebę wpro-

wadzania owych zawodów, które miałyby odciążyć lekarza, pielęgniarkę i zwiększyć jakość opieki nad pacjentem. W dokumencie zaproponowano m.in. utworzenie dwóch nowych zawodów: „asystent lekarza” i „technik pielęgniarstwa”.

Wprowadzenie nowego zawodu „asystenta lekarza” zostało zaproponowane przez środowisko lekarskie z pełnym uzasadnieniem utworzenia takiego zawodu. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych popiera wprowadzenie takiego zawodu.

Odnosnie wprowadzenia nowego zawodu „technika pielęgniarstwa” Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych w imieniu środowiska pielęgniarstwa wyraża kategoryczny sprzeciw i żąda nieprocedowania tego rodzaju propozycji.

PRAGNIEMY ZAUWAŻYĆ CO NASTĘPUJE:

W związku z zaistniałą i prognozowaną sytuacją kadrową w sektorze opieki zdrowotnej propozycja „technika pielęgniarstwa” jest kolejnym zawodem zaproponowanym w ostatnim roku w ramach „usprawniania pracy w sektorze opieki zdrowotnej”, obok zawodów: „asystent osoby niesamodzielnej”, „asystent medyczny” czy „coaching medyczny”. Z dotychczasowych obserwacji wynika, iż wymienione powyżej propozycje nie mają merytorycznego uzasadnienia i nie mają nic wspólnego z polepszaniem jakości opieki pielęgniarstwa nad pacjentem. Są raczej realizacją indywidualnych stanowisk czy lobbingsową inicjatywą.

Obecne niedobory kadry pielęgniarstwa są następstwem wieloletnich zaniedbań władzy publicznej w zakresie polityki kadrowej środowisk medycznych, a nie następstwem niewłaściwego systemu kształcenia osób chcących wykonywać zawód pielęgniarki.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych wielokrotnie podnosiła, iż obecny system kształcenia kadry pielęgniarstwa jest optymalny, zgodny ze standardami prawa europejskiego. Obecnie zakończyły się w Ministerstwie Zdrowia prace nad ewaluacją systemu kształcenia przeddyplomowego i rozpoczynają się prace nad systemem kształcenia podyplomowego.

Z merytorycznych i praktycznych ustaleń wynika jednoznacznie, iż całkowicie błędne i zbyt proste jest założenie, iż trzeba upraszczać ścieżkę kształcenia zawodu pielęgniarstwa na wzór niektórych krajów. Należy podkreślić, iż każdy kraj ma własny model opieki zdrowotnej, różnie usytuowana jest rola władzy publicznej w systemie, dlatego kierowanie się argumentami, że w innych krajach istnieje dochodzenie do zawodu pielęgniarki „od dołu” – jest niemerytoryczne. Polska już miała taki model „od dołu” po II wojenniej światowej.

Każdy kraj ma własną historię i tradycje w zakresie kształcenia kadry pielęgniarstwa, nie ma potrzeby burzyć polskiego wypracowanego latami modelu.

Jednoznaczne stanowisko w sprawie wsparcia pielęgniarek w codziennej pracy przez wprowadzenie nowego zawodu zostało określone w dokumencie „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”, wypracowanego przez przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych oraz inne organizacje zrzeszające

pielęgniarki i położne w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia. Wypracowany dokument jest wdrażany do polityki rządu, jako dokument „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”, Warszawa Grudzień 2018 (dalej: Polityka). Tym zawodem jest zawód: „opiekuna medycznego”. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża głębokie przekonanie, iż wspomniany dokument jest dokumentem wiążącym dla władzy publicznej i dla Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, a poczynione tam ustalenia są wyrazem kompromisu w formie społecznej umowy bezpieczeństwa w zakresie opieki nad pacjentem.

Przedłożoną propozycję „technika pielęgniarstwa” uważamy za kolejną próbę podważenia jednoznacznego stanowiska Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyrażonego już na pierwszym organizacyjnym spotkaniu „WSPÓLNIE DLA ZDROWIA”, iż nie ma powrotu do kształcenia kadry pielęgniarstwa na poziomie średnim w ramach szkół systemu oświatowego.

Przedłożona propozycja wskazuje, iż „technik pielęgniarstwa” ma być zawodem o charakterze technicznym, czyli wykonawczym, co oznaczałoby w praktyce „samodzielne” wykonanie polecenia lekarza. Jednocześnie z zapisu wynika, że „technik pielęgniarstwa” ma wykonywać procedury medyczne pod nadzorem pielęgniarki z wyższym wykształceniem(?), ale już w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej „technik pielęgniarstwa” mógłby wykonywać zawód samodzielnie, czyli bez nadzoru ze strony pielęgniarki. Innymi słowy, zastąpi pielęgniarkę w opiece pozaszpitalnej.

WNIOSKI:

Obecnie w polskim pielęgniarstwie zmniejsza się liczba kadry pielęgniarstwa ze średnim wykształceniem. Po wielu latach ciężkiej pracy środowisko pielęgniarstwa wypracowało przejrzysty model kształcenia na poziomie licencjackim i magisterskim oraz dąży do wykonywania zawodu opartego na dowodach naukowych. Polskie pielęgniarki nabyły wiele uprawnień i kompetencji wymagających wiedzy medycznej oraz umiejętności twórczego i krytycznego myślenia. Wypracowano zasady „diagnozy pielęgniarstwa”, jako jednego z kluczowych elementów procesu świadczenia zdrowotnego. Pielęgniarka stała się współodpowiedzialna za proces medyczny w ramach zespołu terapeutycznego.

Natomiast propozycja wprowadzenia „technika pielęgniarstwa” jest kolejną próbą powrotu do kształcenia kadry pielęgniarstwa na średnim poziomie, czyli cofnięcia kadry pielęgniarstwa do systemu kształcenia z lat siedemdziesiątych XX wieku, tzw. średni personel medyczny nakierowany na czynności wykonawcze jako pomoc lekarska.

W świetle przyjętej Polityki wprowadzenie zawodu „technika pielęgniarstwa” nie zawiera żadnego uzasadnienia systemowego, merytorycznego i praktycznego, natomiast wprowadza poczucie niepokoju i burzy wypracowany w drodze negocjacji spokój społecznej homeostazy, pomiędzy władzą publiczną, a środowiskiem pielęgniarstwa.

Reasumując, wnosimy jak na wstępie o odrzuceniu przedłożonej propozycji.

Serdeczne podziękowania dla wszystkich osób, które wspierały nas i pomagały podczas choroby mojej żony Agnieszki oraz uczestnikom uroczystości pogrzebowej

Piotr Hamerlak



Kształcenie Podyplomowe Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych – Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Kadr Medycznych

Szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych w 2019 r. finansowane ze środków Ministra Zdrowia w województwie świętokrzyskim

1. Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie **Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki” dla pielęgniarek**. Ośrodek Kształcenia Podyplomowe Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. ul. Rymanowska 3, 25-083 Rzeszów, sekretariat: 508 867 703, e-mail: rzeszow@okppip.pl
2. Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie **Pielęgniarstwo chirurgiczne” dla pielęgniarek**. Akademia Zdrowia Izabela Łajs, ul. IX Wieków Kielc 8/24, tel. 41 368 00 66, e-mail: kielce@akademia-zdrowia.pl
3. Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie **Pielęgniarstwo internistyczne” dla pielęgniarek**. Akademia Zdrowia Izabela Łajs, ul. IX Wieków Kielc 8/24, tel. 41 368 00 66, e-mail: kielce@akademia-zdrowia.pl
4. Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie **Pielęgniarstwo rodzinne” dla pielęgniarek**. Akademia Zdrowia Izabela Łajs, ul. IX Wieków Kielc 8/24, tel. 41 368 00 66, e-mail: kielce@akademia-zdrowia.pl
5. Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie **Ochrona zdrowia pracujących dla pielęgniarek**. Ośrodek Kształcenia Kadr „Hipokrates” Joanna Strzałka , ul. Adama Mickiewicza 10, 25-352 Kielce, Tel/ fax. 41 341 52 65, e-mail: hipokrateskielce2@poczta.onet.pl

W II półroczu 2019 roku w OKPKM ŚIPIP zaplanowane zostały następujące formy kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:

Lp.	Nazwa kursu	Termin i ilość edycji
Kursy kwalifikacyjne w dziedzinie:		
1.	Pielęgniarstwo rodzinne – dla pielęgniarek	I E Ostrowiec Św. (termin do uzgodnienia)
2.	Pielęgniarstwo rodzinne – dla położnych	I E - 12.11.2019r. -10.03.2020r. (trwa nabór)
Kursy specjalistyczne w zakresie:		
3.	Wywiad i badanie fizykalne- dla pielęgniarek i położnych	II E 17.11.2019r.- 29.01.2020r.
4.	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych – dla pielęgniarek i położnych	II E listopad/grudzień 2019r.
5.	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa - dla pielęgniarek i położnych	I E – 08.11-13.12.2019r. Kielce II E 22.11- 14.12.2019r. Busko Zdrój
Szkolenia warsztatowe - bezpłatne dla członków SIPIP regularnie optacujących składki		
6.	Techniki opiekuńczo-rehabilitacyjne wspomagające rozwój wcześniaka, noworodka i niemowlęcia dla pielęgniarek i położnych. Szkolenie obejmuje teoretyczne podstawy i praktyczną naukę nowoczesnych technik stosowanych w opiece nad niemowlęciem oraz dzieckiem – układanie, obracanie, przemieszczanie wg. najnowszej wiedzy medycznej.	30.11- 01.12.2019r. o godz. 9.00 Szkolenie prowadzi dr n. med. Agata Michalska – fizjoterapeuta. Dla uczestników szkolenia przewidziane są certyfikaty. Jest możliwość zapisania się pod nr telefonu: 662-282-958.
7.	Warsztaty z wiązania chusty- składa się z dwóch części teoretycznej i praktycznej 1. Panel wiedzy teoretycznej, w którym przybliżamy ideę bliskości, odpowiadamy na trudne pytania, które otrzymujemy od rodziców, porozmawiamy o zaletach wynikających z noszenia dzieci w chustach i poruszymy wiele innych zagadnień dotyczących chustonoszenia (czas trwania -około dwóch godzin z krótką przerwą) 2.Panel praktyczny – nauka dwóch wiązań(chusta tkana-kieszonka i chusta elastyczna).Na tą część również przeznaczamy dwie godziny.	I E 28.10.2019r. w godz.10.00-14.00 warsztaty prowadzone zostaną przez firmę LennyLamb (lista zamknięta). Szkolenie skierowane jest do pielęgniarek i położnych pracujących na oddziałach neonatologicznych, ginekologiczno- położniczych. Dla uczestników szkolenia przewidziane są certyfikaty. II E 25.11.2019r. w godz. 10.00-14.00 warsztaty prowadzone zostaną przez firmę LennyLamb. Szkolenie skierowane jest do pielęgniarek i położnych pracujących na oddziałach neonatologicznych, ginekologiczno- położniczych. Dla uczestników szkolenia przewidziane są certyfikaty. Jest możliwość zapisania się pod nr telefonu: 662-282-958.
8.	Agresja w ochronie zdrowia- profilaktyka, aspekty prawne, przeciwdziałanie- szkolenie skierowane do personelu pielęgniarskiego pracującego w warunkach szczególnego narażenia na agresję ze strony pacjentów.	Termin do uzgodnienia. Szkolenie zostanie poprowadzone przez INTERRMEN Piotr Kaczmarczyk. Szkolenie skierowane jest do pielęgniarek/ położnych pracujących na SOR-ach, oddziałach psychiatrycznych.
9.	Kompetencje żywieniowe pielęgniarki Podczas spotkania zostaną poruszone następujące tematy: 1. „Leczenie żywieniowe w praktyce” dr n. med. Jarosław Matykievicz – kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej w Świętokrzyskim Centrum Onkologii. 2. „Leczenie żywieniowe - rola pielęgniarki (kwalifikacja pacjenta, opieka nad pacjentem, rodzaje dostępów, pielęgnacja, zapobieganie zakażeniom, powikłania)” mgr Iwona Fołyn- Klinika Chirurgii i Żywnienia Szpital im. Orłowskiego w Warszawie. 3. „Leczenie żywieniowe – dostępne produkty” dr Zbigniew Patela – dyrektor ds. Medycznych Fresenius.	14.11.2019 r. w godzinach 14.00 - 17.00. w siedzibie Izby na II piętrze zorganizowane przez firmę Fresenius Kabi. Szkolenie skierowane jest do pielęgniarek z oddziałów chirurgii, neurologii, anestezjologii i intensywnej opieki, chorób wewnętrznych i innych. Dla uczestników szkolenia przewidziane są certyfikaty. Jest możliwość zapisania się pod nr telefonu: 662-282-958.



*„Coś się kończy...
Coś odchodzi w dal...
Szare życie musi dalej trwać...
Serce płacze, słowa milkną lecz tak musi być...”*

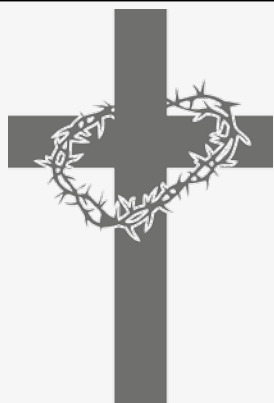
Z ogromnym smutkiem żegnamy Koleżankę

śp. BEATĘ LAMCZYK

*Odeszłaś za wcześnie, nagle i bez pożegnania...
Nikt z nas nie zasługuje na takie zakończenie...
Kiedy Anioł bierze człowieka za rękę...
Gdy bierze go w ramiona ...
Przekazuje mu część raję...
Niech taki Anioł będzie zawsze przy Tobie...”*



Pielęgniarki ZOLiR w Bilczy



*„Tak trudno żegnać na zawsze Kogoś
Kto jeszcze mógł być razem z nami”*

Z głębokim smutkiem i żalem
żegnamy naszą drogą ko-
leżankę położną

BOŻENĘ ŻMUDZIŃSKĄ

wspaniałą koleżankę i współpracownicę

*Personel Świętokrzyskiego Centrum
Matki i Noworodka*



Pani

Beacie Puk

wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

MAMY

składają:
Dyrekcja, pielęgniarki i położne
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach

*„Umiera się nie dlatego by przestać żyć,
Lecz po to, by żyć inaczej...”*

Koleżance

Ani Kaczmarczyk

Szczere wyrazy współczucia z powodu śmierci

TATY

składa:
Naczelna Pielęgniarka oraz koleżanki
ze Szpitala św. Leona w Opatowie

*„Nie odchodzi się tak naprawdę i zupełnie,
Bo mimo wszystko – pozostaje się w czyjejś pamięci
i czyimś czekaniu”*

Panu

Piotrowi Hamerlakowi

wyrazy współczucia z powodu śmierci

ŻONY

składa:
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Kielcach

*„Człowiek odchodzi, lecz miłość zostaje,
mimo wielkiej rozpaczki pozwala żyć dalej...”*

Pani



Henryce Majkowskiej

wyrazy szczerzego współczucia
z powodu śmierci

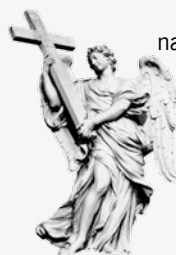
BRATA

składa:

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Kielcach

*Wiemy, że nic nie ukoji Twojego bólu i smutku.
My sercem jesteśmy z Tobą*

Koleżance



Heni Majkowskiej

najszczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

BRATA

składają:

koleżanki z pracy

*„Czasami brak słów by wypowiedzieć ból,
czasami brak łez by wyplakać żal”*

Koleżance

Edytce Nowak

z głębi płynące wyrazy współczucia z powodu śmierci

TATY

składają:

Marzena, Ewa i Dorota

*„Zamknęły się ukochane oczy, spoczęły spracowane ręce,
przestało bić kochane serce”*

Koleżance

Marcie Ludew

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

MAMY ROZALII

składają:

Pielęgniarki, Położna oraz pracownicy Przychodni „Zdrowie”
w Skarżysku-Kamiennej

*„Nie odchodzi się tak naprawdę i zupełnie,
Bo mimo wszystko – pozostaje się w czyjeś pamięci
i czyimś czekaniu”*

Z głębokim smutkiem żegnamy Naszą Koleżankę

Bożenę Sitarską

która 18 czerwca 2019 roku odeszła po ciężkiej chorobie

Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa oraz Pielęgniarki
z I Kliniki Psychiatrii w Morawicy

Mimo, że odchodzą w sercach naszych pozostają na zawsze

Koleżance

Renacie Kaczmarczyk

wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci

TATY

składają:

pielęgniarki z oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej
im. Św. Łukasza w Końskich

Koleżance

Dorocie Malidze

wyrazy głębokiego żalu i współczucia
z powodu śmierci

SIOSTRY

składają:

Pielęgniarki i Położne ZOZ w Busku – Zdroju

*„Człowiek odchodzi, lecz miłość zostaje,
Mimo wielkiej rozpaczki pozwala żyć dalej...”*

Koleżance

Marioli Grzybowskiej

wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci

TATY

składają:

pielęgniarki z oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej
im. Św. Łukasza w Końskich

Koleżance

Ewie Bład

wyrazy żalu i współczucia
z powodu śmierci

TATY

składają:
Pielęgniarki i Pomożnicy ZOZ w Busku – Zdroju

Koleżance

Anecie Chłóście

wyrazy żalu i współczucia
z powodu śmierci

TATY

składają:
Pielęgniarki i Pomożnicy ZOZ w Busku – Zdroju

Koleżance

Marii Nowackiewicz

wyrazy żalu i współczucia
z powodu śmierci

MĘŻA

składają:
Pielęgniarki i Pomożnicy ZOZ w Busku – Zdroju

*„Umiera się nie dlatego by przestać żyć,
Lecz po to, by żyć inaczej”
Paulo Coelho*

Pani

Marcie Kasper

Przełożonej Pielęgniarek i Pomożnic

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

TEŚCIOWEJ

składa:
Dyrekcja oraz pracownicy SPZOZ w Kazimierzy Wielkiej

„Życie odchodzi pamięć pozostaje”

Koleżance

Annie Madej

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

BRATA

składa:
Dyrekcja, pielęgniarki i pomożnicy
oraz pracownicy SPZOZ w Kazimierzy Wielkiej

*„Ci których kochamy nie umierają nigdy
bo miłość to nieśmiertelność”*

Koledze

Piotrowi Hamerlakowi

wyrazy szczerego współczucia i słowa wsparcia
z powodu śmierci

ŻONY

składają:
dyrektor ds. pielęgniarstwa Bogusławą Cwalina-Rzadkowska
koleżanki i koledzy Pawilonu B ŚCP w Morawicy

Koledze

Piotrowi Hamerlakowi

wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

ŻONY

składają:
koledzy i koleżanki ŚCP w Morawicy

„To nie był czas, to nie była pora”

Koledze

Grzegorzowi Góździowi

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

MAMY

składają:
dyrektor ds. pielęgniarstwa Bogusławą Cwalina-Rzadkowska
koleżanki i koledzy Pawilonu B ŚCP w Morawicy

Koleżance

Urszuli Potrząsaj

wyrazy szczerego współczucia i słowa wsparcia
z powodu śmierci

MAMY

składają:
koleżanki i personel oddziału otolaryngologii
Szpitala w Skarżysku-Kamiennej

Koleżance

Wandzie Cichoń

wyrazy żalu i współczucia
z powodu śmierci

TATY

składają:
koleżanki oddziału wewnętrznego
Szpitala w Skarżysku-Kamiennej

Pani

Barbarze Rek-Żak

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

MAMY

składa:
personel SOR-u Szpitala w Skarżysku-Kamiennej

Pani

Małgorzacie Potkańskiej

wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

BRATA

składa:
personel SOR-u Szpitala w Skarżysku-Kamiennej

*„Co ma przeminąć to przeminie jak liść jesienny,
co z drzewa musi spaść. Szczęście, miłość,
ból i cierpienie ma w życiu swój czas...”*

Koleżance

Barbarze Mazur

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

TATY

składa:
Pielęgniarki ZOLiR Bilcza

*„Odeszłaś cicho, bez słów pożegnania.
Tak, jakbyś nie chciała swym odejściem smucić,
tak, jakbyś wierzyła w godzinę rozstania,
że niebawem z dobrą wieścią wrócisz”*

Koleżance

Mirosławie Komar

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

MAMY

składa:
Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa oraz personel
Bloku Operacyjnego i Oddziału Anestezjologii
i Intensywnej Terapii ZOZ w Pińczowie

*„Zamknęły się ukochane oczy, spoczęły spracowane ręce,
przestało bić kochane serce.”*

Koleżance

Annie Osiewale-Maciuk

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

MAMY

składa:
Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa oraz personel
Bloku Operacyjnego i Oddziału Anestezjologii
i Intensywnej Terapii ZOZ w Pińczowie

*„Śpisz cicho Mamo kochana, bez smutków i bez cierpienia.
Nie płaczmy – to wola Pana wszystko na świecie zmienia.”*

Koleżance

Grażynie Maszewskiej

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

MAMY

składają:
Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa oraz personel
Poradni Specjalistycznych ZOZ w Pińczowie

Koleżance

Marcie Bartosik

pielęgniarce ZOL-U
w związku z przejściem na emeryturę
życzenia zdrowia, radości, spokoju
oraz wszelkiej pomyślności w życiu osobistym

składają

**Dyrekcja, Pielęgniarka Naczelna
oraz koleżanki ZOZ Skarżysko-Kamienna**



Koleżance

Elżbiecie Sochackiej

położnej oddziału Położniczo-ginekologicznego
Szpitala w Skarżysku-Kamiennej
w związku z przejściem na emeryturę
serdeczne podziękowania za miłą współpracę,
życzliwość wraz z życzeniami zdrowia
i samych radosnych dni

składają

**Dyrekcja, Pielęgniarka Naczelna
oraz koleżanki pielęgniarki i położne**



Położnej Skarżyskiego Szpitala

Danucie Nodze

w związku z przejściem na emeryturę
pragniemy złożyć serdeczne podziękowania
za długoletnią współpracę,
codzienny uśmiech, życzliwość i zaangażowanie.

**Dyrekcja, Pielęgniarka Naczelna
oraz koleżanki oddziału Położniczo-Ginekologicznego**



Koleżance

Elżbiecie Sudomirskiej

położnej oddziału Położniczo-Ginekologicznego
Skarżyskiego Szpitala
w związku z przejściem na emeryturę
składamy podziękowania za długoletnią
pracę zawodową, poświęcenie, pomoc, radę

**Dyrekcja, Pielęgniarka Naczelna
oraz koleżanki pielęgniarki i położne**

