

Spis Treści

1. KOMUNIKATY :

Konkursy na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych	2
Sprawozdanie z obrad XXX Zjazdu Delegatów OIPiPZS	3-9
Komunikaty w sprawie uruchomienia Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych	9-17
III Międzyszkolny Konkurs Pierwszej Pomocy Przedmedycznej Szkół Podstawowych „Ratuj – to ważne”	18-19
Relacja z debaty poświęconej problemom współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce	20 - 22
Trwają prace nad strategią na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce	22
Informacje dotyczące prac nad projektem ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych	23 - 29
Spotkanie założycielskie Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Położnych Rodzinnych	30 - 31

2. ARTYKUŁY

Płynoterapia w pracy pielęgniarki	32-35
Zostań dawcą szpiku kostnego	36-39
Różnice między klasyfikacją etiologiczną a objawową	40-41

3. Z ŻAŁOBNEJ KARTY	42-43
----------------------------------	--------------

Konkursy na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych

Przedstawiciele Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej uczestniczyli w dniu 30 marca 2017 r. w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Kardiologicznego z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej Szpitala Wojewódzkiego im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu.

W związku z przeprowadzonym postępowaniem konkursowym stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Kardiologicznego z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej Szpitala Wojewódzkiego im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu objęła **Pani mgr MAŁGORZATA SALATA**.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej serdecznie Pani gratuluje oraz życzy wielu sukcesów i satysfakcji z realizacji zadań przewidzianych na objętym stanowisku.



Gratulujemy

Sekretarz Rady OIIPZS – Anna Kulesza informuje :

**Sprawozdanie z obrad XXX Zjazdu Delegatów
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej**

W dniu 24 marca 2017 roku w Sali Starostwa Powiatowego w Sieradzu odbył się XXX Zjazd Sprawozdawczy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej.

Wśród zaproszonych gości swoją obecnością zaszczyli Nas :

- Pan Sebastian Irzykowski – Wice-Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- Pan Jarosław Sobieszak – Przedstawiciel Marszałka Województwa Łódzkiego
- Pan Wojciech Stolarski – Przedstawiciel Dyrektora Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
- Pan Marek Kanicki - Wice-Starosta Powiatu Sieradzkiego
- Pani Teresa Wesołowska – Starosta Powiatu Łaskiego
- Pani Barbara Lisik – Przedstawiciel Starostwa Powiatowego w Zduńskiej Woli
- Pan Paweł Osiewała – Prezyden Miasta Sieradza
- Pani Halina Pecyna – Kierownik ds. Pielęgniarstwa Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu
- Pani Agnieszka Krzywańska – Z-ca Kierownika ds. Pielęgniarstwa Centrum Psychiatrycznego w Warcie
- Pani Beata Małgorzata Wróbel – Naczelną Pielęgniarką NZOZ Powiatowego Centrum Medycznego w Wieruszowie
- Pani Bożena Sulima – Pielęgniarka Oddziałowa Ośrodka Rehabilitacyjno – Leczniczego w Rafałowie
- Pani Halina Pawlak – Wice-Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Sieradzu
- Pani Ewa Olejnik – Pielęgniarka Koordynująca Domu Pomocy Społecznej w Biskupicach
- Pani Anna Filipczak – Przewodnicząca Zespołu Medycyny Szkolnej
- Pan Zbigniew Miśkiewicz - Asystent Biura Posła na Sejm RP Pana Łukasza Rzepeckiego
- Pan Arkadiusz Góraj - Asystent Biura Posła na Sejm RP Pana Cezarego Tomczyka

W czasie trwania obrad Delegaci na Zjazd podjęli następujące uchwały w sprawie :

- Regulaminów Organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej
- zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej oraz z wykonania budżetu za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 roku
- zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Komisji Rewizyjnej od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 roku
- zatwierdzenia sprawozdania Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 roku
- zatwierdzenia sprawozdania Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 roku
- zatwierdzenia sprawozdania finansowego za rok obrotowy 2016
- zasad gospodarki finansowej i budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej na rok 2017 oraz prowizorium budżetowego na pierwszy kwartał 2018 r.

Ponadto Delegaci XXX Zjazdu Sprawozdawczego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej przyjęli apele, które zamieszczamy poniżej.

APEL NR 1

XXX ZJAZDU DELEGATÓW Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej z dnia 24 marca 2017 roku

w sprawie: propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia w zawodzie pielęgniarki

skierowany do:

Ministra Zdrowia,
Ministra Edukacji Narodowej
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Klubów Parlamentarnych

Delegaci XXX Okręgowego Zjazdu OIPiPZS wyrażają stanowczy sprzeciw wobec proponowanych zmian w systemie kształcenia zawodowego pielęgniarek.

Uzasadnienie:

Obecnie funkcjonujący system kształcenia pielęgniarek na poziomie studiów wyższych zawodowych został dostosowany do wymagań Unii Europejskiej i gwarantuje wysoki poziom przygotowania zawodowego, co zapewnia wysokie standardy świadczonych usług pacjentom.

Zmiana modelu kształcenia polegająca na wprowadzeniu trzyletniej szkoły asystentek pielęgniarek, a następnie trzyletniej pielęgniarskiej szkoły branżowej spowoduje rażący spadek poziomu kształcenia pielęgniarek. Doprowadzi to do degradacji zawodu pielęgniarki. Zawód jeszcze bardziej straci na atrakcyjności i zmniejszy się liczba chętnych do wykonywania tego zawodu.

W polskim systemie opieki zdrowotnej brakuje wysoko wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej, a uzupełnianie tych braków asystentkami pielęgniarskimi nie zapewni wystarczającego poziomu świadczonych usług pacjentom.

Ciągły postęp w rozwoju nauk medycznych wymusza kształcenie kadr na możliwie najwyższym poziomie. Natomiast proponowane przez Ministerstwo Zdrowia zmiany w kształceniu przeddyplomowym pielęgniarek niweczą wysiłek i długoletnią pracę przedstawicieli naszego samorządu w budowaniu pozycji zawodowej i społecznej zawodu pielęgniarki.

Delegaci XXX Okręgowego Zjazdu OIPiPZS wnoszą o podjęcie stosownych działań mających na celu zablokowanie propozycji Ministerstwa Zdrowia w zakresie zmiany systemu kształcenia pielęgniarek i utrzymanie kształcenia przeddyplomowego na poziomie studiów wyższych I II stopnia w zawodzie pielęgniarki.

Sekretarz Zjazdu
Barbara Andrzejewska

Przewodnicząca Zjazdu
Hanna Malik

APEL NR 2

XXX ZJAZDU DELEGATÓW Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej z dnia 24 marca 2017 roku

w sprawie: wprowadzenia zmian systemowych zmierzających do uregulowania kwestii wzrostu wynagrodzeń zasadniczych pielęgniarek i położnych.

skierowany do:

Prezesa Rady Ministrów,
Ministra Zdrowia,
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
Ministra Obrony Narodowej
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Klubów Parlamentarnych

Delegaci XXX Okręgowego Zjazdu OIPiPZS apelują o przyspieszenie działań w celu wprowadzenia zmian systemowych dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, pozwalających na wdrożenie mechanizmów gwarantujących wynagrodzenie zasadnicze pielęgniarek i położnych zgodnie z przygotowaniem zawodowym i uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym oraz zgodnie z zakresem zadań realizowanych w praktyce zawodowej i zakresem odpowiedzialności.

Uzasadnienie:

Zarobki polskich pielęgniarek i położnych w porównaniu z krajami UE są niskie i zniechęcają potencjalnych kandydatów do podjęcia nauki zawodu pielęgniarki i zawodu położnej. Sytuacja ta wymusza na pielęgniarkach i położnych podejmowanie dodatkowego zatrudnienia, co ma niekorzystny wpływ na efektywność i jakość świadczonych usług.

Uzyskany w chwili obecnej wzrost płac pielęgniarek i położnych jako realizacja zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w większości podmiotów leczniczych jest wypłacany w formie dodatku do wynagrodzenia. Nie ma zatem żadnych gwarancji zachowania tych podwyżek na stałe, a tym bardziej ich dalszego systematycznego wzrostu.

Projekt ustawy, który określa minimalny poziom wynagrodzeń pracowników medycznych, ustala płace pielęgniarek i położnych na zbyt niskim poziomie w stosunku do średniej krajowej. Takie zapisy nie mogą uzyskać naszej akceptacji. Ponadto z pewnością nie staną się zachętą dla absolwentów studiów na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo do podejmowania pracy w polskich placówkach służby zdrowia.

Delegaci XXX Okręgowego Zjazdu OIPiPZS wnoszą o wprowadzenie zapisów w aktach prawnych gwarantujących odpowiedniej wysokości wskaźniki wynagrodzenia zasadniczego dla pielęgniarek i położnych w stosunku do średniej płacy krajowej zgodnie z przygotowaniem zawodowym i uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym.

Sekretarz Zjazdu
Barbara Andrzejewska

Przewodnicząca Zjazdu
Hanna Malik

APEL NR 3

XXX ZJAZDU DELEGATÓW Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej z dnia 24 marca 2017 roku

w sprawie: podjęcia działań zmierzających do uregulowania kwestii norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych

skierowany do:

Prezesa Rady Ministrów,
Ministra Zdrowia,
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Klubów Parlamentarnych

Delegaci XXX Okręgowego Zjazdu OIPiPZS apelują o przyspieszenie prac w celu opracowania i wdrożenia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych opartych na wskaźnikach w poszczególnych zakresach świadczeń.

Uzasadnienie:

Obecny stan prawny dotyczący norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych jest nieefektywny i nie zapewnia bezpieczeństwa pacjentom, podmiotom leczniczym i pracownikom. System ten doprowadza do sytuacji, gdzie na oddziale kilkudziesięciolóżkowym pracuje jedna pielęgniarka. Zbyt mała obsada pielęgniarek i położnych na zmianie może doprowadzić do szeregu zdarzeń niepożądanych, wypadków przy pracy oraz obniżenia jakości świadczeń pielęgniarских i położniczych.

Normy zatrudnienia powinny być opracowane w sposób jednoznaczny, nie budzący wątpliwości i jednolite dla wszystkich podmiotów leczniczych zarówno publicznych jak i niepublicznych.

Apelujemy o szybkie opracowanie i wdrożenie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych opartych na wskaźnikach w poszczególnych zakresach świadczeń, które zagwarantowałyby poziom zatrudnienia pielęgniarek i położnych stosownie do zabezpieczenia potrzeb pacjenta.

Sekretarz Zjazdu
Barbara Andrzejewska

Przewodnicząca Zjazdu
Hanna Malik

APEL NR 4

XXX ZJAZDU DELEGATÓW Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej z dnia 24 marca 2017 roku

w sprawie: zagwarantowania samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych kontraktujących świadczenia z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa podstawowej opieki zdrowotnej

skierowany do:

Ministra Zdrowia,
Prezesa NFZ
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Delegaci XXX Okręgowego Zjazdu OIPiPZS apelują o zagwarantowanie samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych kontraktujących świadczenia z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa podstawowej opieki zdrowotnej

Uzasadnienie:

Środowisko pielęgniarek i położnych domaga się, aby w dalszych pracach legislacyjnych nie ograniczono samodzielności tej grupy zawodowej przy kontraktowaniu świadczeń z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa podstawowej opieki zdrowotnej.

Pielęgniarki i położne wykonujące zawód w ramach praktyk zawodowych są głęboko zaniepokojone docelowym kierunkiem zmian w podstawowej opiece zdrowotnej. Projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej ze względu na ogólnikowe zapisy daje wiele możliwości interpretacyjnych oraz budzi wątpliwości. Według projektu ustawy wiodącą rolę w systemie podstawowej opieki zdrowotnej przypisana jest lekarzowi, który ma być koordynatorem.

Propozycja tworzenia wspólnych list (deklaracji) pacjentów zagraża samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych, narusza zasadę wolności gospodarczej, swobodę wyboru świadczeniodawcy przez pacjentów, a w efekcie może doprowadzić do likwidacji wykonywania działalności przez pielęgniarki i położne.

Nasze obawy związane są również z brakiem aktów wykonawczych do ustawy oraz brakiem określenia zasad współpracy członków zespołu podstawowej opieki zdrowotnej – istotne z uwagi na możliwość wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej odrębnie u różnych świadczeniodawców.

Apelujemy, aby w dalszych pracach nad ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej oraz w aktach wykonawczych znalazły się zapisy o roli, kompetencjach i samodzielności kontraktowania świadczeń pielęgniarek i położnych w systemie podstawowej opieki zdrowotnej.

Sekretarz Zjazdu
Barbara Andrzejewska

Przewodnicząca Zjazdu
Hanna Malik





KOMUNIKAT DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W SPRAWIE URUCHOMIENIA SYSTEMU MONITOROWANIA KSZTAŁCENIA PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH (SMK)

Zgodnie z ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r. poz. 1991 z późn. zm.) od dnia 1 maja 2017 r. zaczął obowiązywać **System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK)**.

SMK jest systemem teleinformatycznym wspomagającym przebieg procesu kształcenia podyplomowego kadr medycznych, w tym pielęgniarek i położnych. Gromadzone w Systemie informacje umożliwią podmiotom zaangażowanym w proces kształcenia podyplomowego kadr medycznych skuteczną organizację, planowanie i monitorowanie tego procesu, prowadzenie analiz dotyczących zapotrzebowania w zakresie kadr medycznych, w systemie ochrony zdrowia oraz ocenę jakości i skuteczności kształcenia. W przypadku kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych będą w nim przetwarzane dane w oparciu o art. 67, art. 71-73, art. 76-79, art. 80 i 82 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251 z późn. zm.) oraz § 40 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. poz. 1761). Oznacza to min., że **postępowanie kwalifikacyjne na wszystkie rodzaje kształcenia, rozpoczynające się od dnia 1 lipca 2017 r., będą się odbywały wyłącznie za pośrednictwem systemu SMK.**

W celu korzystania z SMK niezbędne będzie posiadanie :

- 1) dostępu do Internetu,
- 2) zainstalowanej wersji oprogramowania Java 7 z najnowszą aktualizacją,
- 3) przeglądarki internetowej Mozilla Firefox, Internet Explorer (najnowsze wersje)

W celu dokonywania czynności w SMK niezbędne będzie :

1) założenie własnego konta w tym systemie, za pośrednictwem strony internetowej smk.ezdrowie.gov.pl,

2) uwierzytelnienie tożsamości, czego będzie można dokonać na kilka sposobów:

- za pomocą kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub za pomocą darmowego profilu zaufanego ePUAP (szczegółowe informacje na temat profilu dostępne na stronie epuap.gov.pl/wsp/portal),
- przez właściwego organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych prowadzącego kształcenie,
- przez właściwą, z uwagi na przynależność, okręgową izbę pielęgniarek i położnych lub Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych,

3) zweryfikowanie uprawnień – w tym celu należy złożyć wniosek, za pośrednictwem SMK, do właściwej, z uwagi na przynależność, okręgowej izby pielęgniarek i położnych.

Po dopełnieniu powyższych czynności możliwym będzie np.: złożenie wniosku o zakwalifikowanie na konkretny rodzaj kształcenia, u wybranego organizatora.

W celu uzyskania bardziej szczegółowych informacji należy kontaktować się z właściwą, z uwagi na przynależność, okręgową izbą pielęgniarek i położnych lub Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych albo wybranym organizatorem kształcenia.

Jacek Chojnacki
Radca Prawny

Maria Jolanta Królak
Dyrektor CKPPiP

KOMUNIKAT W SPRAWIE PROWADZENIA KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH ZA POŚREDNICTWEM SMK

W związku z wejściem w życie z dniem 1 maja 2017 r. Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych przedstawia stanowisko dotyczące prowadzenia kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, uzgodnione z Departamentem Prawnym oraz Departamentem Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia.

Kształcenie rozpoczęte do dnia 30 czerwca 2017 r. będzie kontynuowane do chwili jego zakończenia na dotychczasowych zasadach.

Oznacza to, że jeśli Organizator prowadzi kształcenie na podstawie planów kształcenia oraz harmonogramów, w których wskazał kształcenie do 30 czerwca 2017 r., kontynuuje to kształcenie poza systemem SMK.

Kształcenie rozpoczynające się od dnia 1 lipca 2017 r. będzie prowadzone wyłącznie za pośrednictwem SMK.

Oznacza to, że plany kształcenia na II półrocze, tj. na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. będą przesyłane przez Organizatorów za pośrednictwem SMK. Plany te należy przesłać do 30 czerwca 2017 r.

Zamieszczenie planów w SMK, umożliwi zainteresowanym pielęgniarce i położnym składanie wniosków o zakwalifikowanie do wybranego rodzaju kształcenia, które to wnioski od dnia 1 lipca 2017 r. także będą składane za pośrednictwem SMK.

Kolejną czynnością będzie przesłanie harmonogramu kształcenia za pośrednictwem SMK na co najmniej 7 dni przed rozpoczęciem kształcenia, po uprzednim dokonaniu kwalifikacji uczestników za pośrednictwem SMK.

Maria Jolanta Królak - Dyrektor
Centrum Kształcenia Podyplomowego
Pielęgniarek i Położnych
Jacek Chojnacki - Radca Prawny

INFORMACJA NACZELNEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

OD 1 MAJA 2017 R. ZMIANY W KSZTAŁCENIU PODYPLOMOWYM PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK) jest systemem teleinformatycznym tworzonym przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia na podstawie ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jego zadaniami są:

- gromadzenie informacji pozwalających na określenie zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe w określonych dziedzinach medycyny i farmacji oraz w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia;
- monitorowanie kształcenia podyplomowego pracowników medycznych;
- monitorowanie przebiegu kształcenia specjalizacyjnego pracowników medycznych;
- wspomaganie procesu zarządzania systemem kształcenia pracowników medycznych;
- wsparcie przygotowania i realizacji umów, o których mowa w art. 16j ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w ramach modułu System Informatyczny Rezydentur.

Poza tym w przypadku pielęgniarek i położnych przetwarzane są w nim dane określone w przepisach wydanych na podstawie **art. 67, art. 71-74, art. 76-79 i art. 82** ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

INFORMACJA DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Zgodnie z ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1991 z późn. zm.), od dnia 1 maja 2017 r. za pośrednictwem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych zwanego dalej SMK będą przeprowadzane:

- postępowania kwalifikacyjne dopuszczające do specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego, specjalistycznego i dokształcającego,
- składanie wniosków o dopuszczenie do egzaminu państwowego.

Do korzystania z SMK niezbędne będą:

- dostęp do Internetu,
- adres e-mail,
- zainstalowana wersja oprogramowania Java 7 z najnowszą aktualizacją,
- przeglądarka internetowa Mozilla Firefox, Internet Explorer (najnowsze wersje).

Założenie konta w SMK.

W celu dokonywania czynności w SMK konieczne będzie **założenie konta w tym systemie**. Należy wejść na stronę <https://smk.ezdrowie.gov.pl/> i kliknąć założyć konto



Wypełniamy wniosek o założenie konta użytkownika a następnie naciskamy przycisk złoż wniosek o założenie konta.

Wniosek o założenie konta użytkownika

Dane osobowe

Imię

Drugie imię

Imię w dopełniaczu

Nazwisko

Nazwisko rodowe

Nazwisko w dopełniaczu

Miejscowość urodzenia

Kraj urodzenia

<Wybierz>

Data urodzenia



Płeć

▼

PESEL

☐ Brak PESEL

Rodzaj dokumentu

▼

Nr dokumentu

Kraj wydania

Obywatelstwo

Afganistan
Albania
Algieria
Andora
Angola
Antigua i Barbuda
Antyle Holenderskie

Złóż wniosek o założenie konta


ekranu logowania

Powinniśmy otrzymać komunikat:

Poprawnie złożono wniosek o założenie konta.

OK

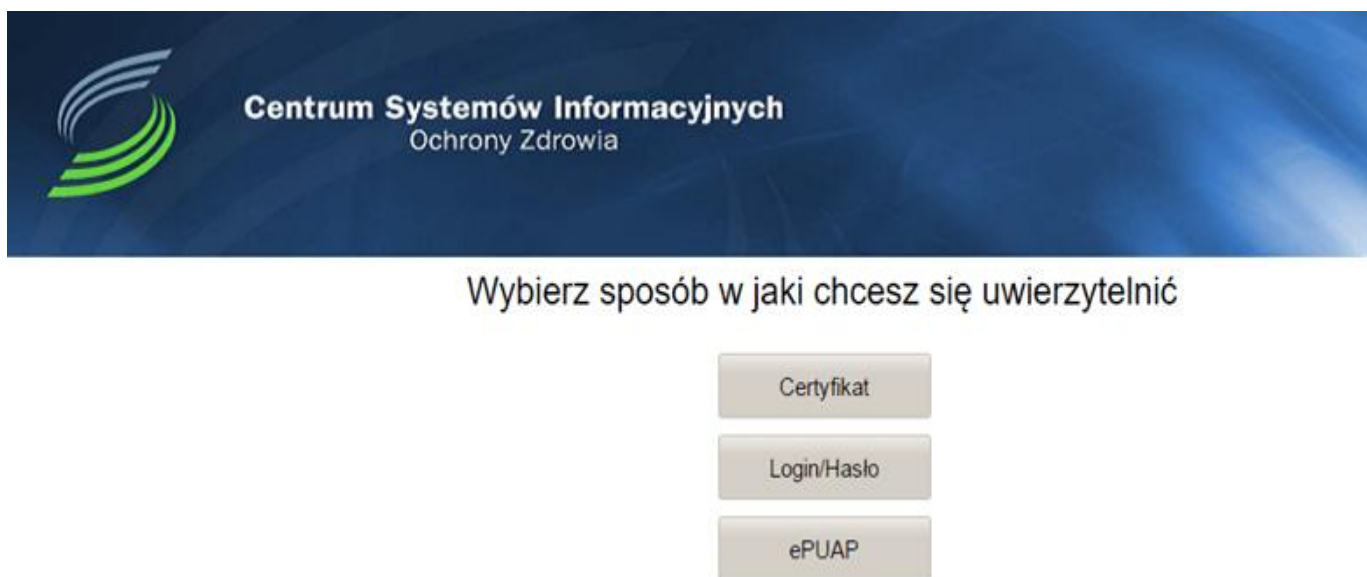
Na podany we wniosku adres e-mail przesłana zostanie informacja na temat założonego w SMK konta oraz informacja o założeniu konta na P2 SA.

W wiadomości dotyczącej założenia konta na P2 SA zostanie przesłane hasło, które należy zmienić podczas pierwszego logowania (szczegóły procesu zostaną wskazane w wiadomości od P2 SA).

Następnie należy ponownie wejść na stronę <https://smk.ezdrowie.gov.pl/> i kliknąć przycisk zaloguj w P2



Następnie klikamy Login/Hasło i za pomocą hasła które otrzymaliśmy na adres e-mail podany we wniosku logujemy się.

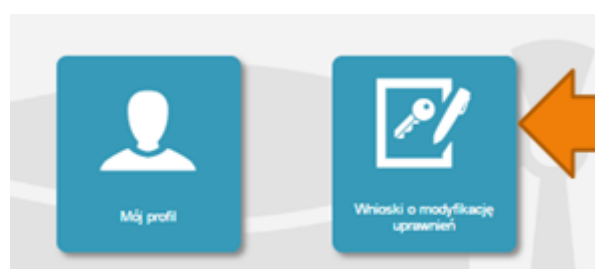


Po zalogowaniu się do systemu będziemy mieli możliwość wyboru kontekstu pracy (po założeniu konta będziemy mieli tylko jedną rolę), którą należy wybrać.

Wybierz kontekst pracy

Nazwa roli	Grupa biznesowa	Grupa funkcjonalna	Podmiot	
Rola zerowa	Rola bez uprawnień	Użytkownik		Wybierz

Po wybraniu roli zerowej należy kliknąć na kafelek Wnioski o modyfikację uprawnień



Na kolejnej stronie klikamy Nowy wniosek o modyfikację uprawnień



Start



Wnioski o modyfikację uprawnień



Nowy wniosek o modyfikację uprawnień

Filtrowanie

Imię

Nazwisko

Stan

Wyczyść Szukaj

Po wypełnieniu pól we wniosku o modyfikację uprawnień należy w części dodatkowe informacje zaznaczyć następujące pozycje:

Jako grupa biznesowa odpowiednio:

- Pielęgniarka

- Położna

Grupa funkcjonalna:

- Użytkownik

Dodatkowe informacje

Grupa biznesowa

- Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych
- Lekarz
- Lekarz dentysta
- Ministerstwo Obrony Narodowej
- Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
- Ministerstwo Zdrowia
- Naczelna Izba Aptekarska
- Naczelna Izba Lekarska
- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
- Okręgowa Izba Aptekarska
- Okręgowa Izba Lekarska
- Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
- Organizator kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych
- Pielęgniarka**
- Placówka szkoleniowa
- Położna
- Ratownik medyczny
- Uczelnia
- Urząd Wojewódzki

Grupa funkcjonalna

- Użytkownik
- Kierownik Specjalizacji
- Użytkownik**

Jednostka akceptująca wniosek:

- OIPiP

i klikamy wybierz

Jednostka akceptująca wniosek

OIPiP

☒

NIPiP

☐

OIL

☐

NIL

☐

OIA

☐

NIA

☐

Nazwa

Wybierz

Na wyświetlonej liście Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych wyszukujemy Izby do której aktualnie należymy i klikamy na przycisk w kolumnie akcje a następnie po rozwinięciu w przycisk wybierz.

Pełna nazwa podmiotu							
Pełna nazwa podmiotu	Skrócona nazwa podmiotu	Pełna nazwa jednostki	Skrócona nazwa jednostki	Województwo	Miasto	Nip	Akcje
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej	OIPiP w Białej Podlaskiej	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej	OIPiP w Białej Podlaskiej	Lubelskie	Biała Podlaska		⌵
Wybierz							
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku	OIPiP w Białymstoku	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku	OIPiP w Białymstoku	Podlaskie	Białystok	5422084766	⌵

Po wybraniu Okręgowej Izby klikamy dalej

Podmiot Wybierz

☐ Nowy podmiot

Anuluj Dalej 

Na następnej stronie podajemy dane o numerze PWZ (Numer PWZ składa się z 7 cyfr plus litera A lub P na końcu) a w liście specjalizacji dane o ukończonych kształceniach. Pole tytuł naukowy uzupełniamy tylko w przypadku posiadania tytułu profesora.

Wniosek o modyfikację uprawnień

Pielęgniarka

Numer PWZ 

Izba pielęgniarska która wystawiła pwz

Wystawca

Rodzaj stałe ▼

Lista specjalizacji

Dodaj 

Pozostałe dane

Tytuł naukowy	Stopień wojskowy	Uczelnia
------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------

Następnie klikamy zapisz i powinniśmy zobaczyć komunikat:

Poprawnie wykonano akcję: Zapisz.

Dalej

Po kliknięciu dalej należy wybrać opcję podpisania wniosku w zależności od posiadanych podpisów:

- Podpis EPUAP (**bez konieczności przychodzenia do OIPiP**). (szczegółowe informacje na temat profilu zaufanego można zobaczyć tutaj <http://epuap.gov.pl/wps/portal>)
- Podpis kwalifikowany (**bez konieczności przychodzenia do OIPiP**).
- Wniosek papierowy (najpierw drukuj potem złóż wniosek papierowy, **konieczna wizyta w OIPiP**).

Powrót

Anuluj

Podpisz podpisem EPUAP i wyślij

Podpisz podpisem kwalifikowanym i wyślij

Edytuj

Drukuj

Złóż wniosek papierowy

Po podpisaniu wniosku zobaczymy potwierdzenie o poprawnym wykonaniu akcji.

Teraz musimy poczekać aż Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych zweryfikuje wniosek. Jeśli wszystkie dane będą poprawnie wprowadzone to po kolejnym zalogowaniu oprócz roli zerowej będą mogli Państwo wybrać rolę Pielęgniarki/Położnej na której będą mogli Państwo już pracować w systemie.

III MIĘDZYSZKOLNY KONKURS PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ SZKÓŁ PODSTAWOWYCH „RATUJ – TO WAŻNE!”

W dniu 18 maja 2017 r. w Zespole Szkolno – Przedszkolnym nr 1w Zduńskiej Woli odbył się III Międzyszkolny Konkurs Pierwszej Pomocy pt.: „Ratuj – to ważne” adresowany do uczniów szkół podstawowych. Zachęcając uczniów do zmagania konkursowych chcielibyśmy już wśród najmłodszych kształtować prawidłowe reakcje wobec osób poszkodowanych oraz poczucie odpowiedzialności za zdrowie i życie własne i innych. Ważnym elementem było również doskonalenie praktycznych umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

W konkursie wzięło udział osiem zespołów:

- SP nr 1 z Sieradza – 2 zespoły
- SP z Krobanowa
- SP z Prusinowic
- SP nr 13 ze Zduńskiej Woli
- SP z Zapolic
- SP z Wojsławic
- oraz SP nr 6 ze Zduńskiej Woli.

Konkurs składał się z części teoretycznej i części praktycznej. W części pierwszej każdy indywidualnie w określonym czasie rozwiązywał test składający się z 24 pytań. Część druga konkursu miała charakter praktyczny, zadaniem zawodników było podjęcie właściwych działań ratowniczych w określonym zdarzeniu. Działania te uczniowie wykonywali na symulantach, którymi między innymi byli nasi absolwenci Szkoły Podstawowej nr 6 w Zduńskiej Woli.

Jury składające się z dwóch pań pielęgniarek z **Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej: Doroty Waszczyńskiej i Karoliny Wojtysiak** oraz dwóch strażaków z Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej: kpt. Michała Mirowskiego i asp. Łukasza Łudczaka, wyłoniło laureatów:

- I miejsce drużyna ze Szkoły Podstawowej nr 6 w Zduńskiej Woli
- II miejsce drużyna ze Szkoły Podstawowej w Prusinowicach
- III miejsce drużyna ze Szkoły Podstawowej w Krobanowie.

Wszyscy uczestnicy konkursu otrzymali dyplomy i nagrody, a najlepsi puchary. Każdy uczestnik otrzymał również koszulkę. Dzięki naszym sponsorom mogliśmy również poczęstować wszystkich pysznymi ciasteczkami i dobrym sokiem.

Nagrody ufundowali:

- Miasto Zduńska Wola
- Społeczna Akademia Nauk – Oddział Zamiejscowy w Zduńskiej Woli
- Fortuna Sp. Z O.O
- Niepubliczny zakład Opieki Zdrowotnej „REMED”
- Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej

Organizatorami konkursu były: Anna Filipczak i Małgorzata Cieślak.





W dniu 20 maja 2017 r. Szkoła Podstawowa nr 6 w Zduńskiej Woli wzięła udział w **XI Ogólnopolskim Konkursie Udzielania Pierwszej Pomocy „RATUJEMY ŻYCIE”**. Konkurs ten od lat odbywa się w Bydgoszczy. Drużyna reprezentująca Szkołę Podstawową nr 6 pomimo dużego stresu spisala się znakomicie, za co została wyróżniona i otrzymała **NAGRODĘ WOJEWODY KUJAWSKO – POMORSKIEGO**.

WIELKIE GRATULACJE!

Opiekunowie: Anna Filipczak i Małgorzata Cieślak



Przewodnicząca Zespołu
Medycyny Szkolnej OIPiPZS
Anna Filipczak

PROBLEMY PIELEGNIARSTWA SĄ PROBLEMAMI CAŁEGO KRAJU, DLATEGO NIE MOŻNA ICH LEKCEWAŻYĆ!



**27 marca 2017 roku odbyła się debata poświęcona problemom współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, zorganizowana przez Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, przy współudziale Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, a także Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Celem spotkania było przedstawienie kierunku działań oraz możliwości promocji zawodu, a także projektów zmian w tzw. „Rozporządzeniu koszykowym”.
Strategia kluczowych problemów wg Ministerstwa Zdrowia**

Debatę otworzył Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł, który już na samym początku zaznaczył, iż problemy pielęgniarstwa są problemami całego kraju, dlatego nie można ich lekceważyć. Ministerstwo Zdrowia widzi potrzebę określenia strategii, z uwzględnieniem kluczowych problemów, na podstawie której będą planowane działania poprawiające status pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. Jednym z najważniejszych problemów według Ministra jest zbyt mała liczba pielęgniarek i położnych w systemie zdrowia. Obecnie w szpitalach, przez niedobór kadry, na jednej zmianie pracują najczęściej dwie pielęgniarki, zdecydowanie za mało, by zapewnić pacjentom należytą, bezpieczną opiekę. Kolejny problem dotyczy społecznego postrzegania tych zawodów. Zamiarem Ministerstwa jest wzmocnienie prestiżu poprzez zaproszenie różnych środowisk medycznych do prowadzenia wspólnej kampanii społecznej. Problem stanowi również nadmierna biurokracja w środowisku medycznym, zabierająca zbyt dużo czasu pielęgniarkom i położnym. W debacie udział wzięli również Wicepremier Jarosław Gowin, który zapewnił oficjalnie, że nie przewiduje zmian w kształceniu przeddyplomowym, czyli tworzeniu szkół branżowych jako antidotum na braki pielęgniarek i położnych.

Koncepcja stworzenia zawodu pomocniczego dla pielęgniarek i położnych

Jednym z ważnych tematów poruszanych podczas debaty przez wszystkich jej uczestników była koncepcja stworzenia zawodu pomocniczego dla pielęgniarek i położnych. Celem kształcenia osób w tym kierunku byłaby przede wszystkim możliwość uzupełniania brakującej siły w szpitalach oraz możliwość zastępowania pielęgniarek i położnych w czynnościach, które nie wymagają ich profesjonalnej wiedzy i doświadczenia. Dzięki temu będą mogły poświęcać więcej czasu pacjentom, którzy naprawdę potrzebują ich pomocy. Irena Wrońska, Przewodnicząca Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych zaznaczyła, iż pomocnik/asystent nie musi mieć ukończonych studiów wyższych, edukacja na poziomie szkoły policealnej/pomaturalnej będzie wystarczająca. Izabela Pyra, Dyrektor Medyczo-

Spolecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Rzeszowie, dodaje: – *Szkoły policealne mają znakomitą bazę oraz kadre, dlatego warto właśnie tam kształcić asystentów pielęgniarских. Na uniwersytetach kształćmy pielęgniarki i położne, natomiast pomocników w szkołach pomaturalnych.*

Godne warunki pracy dla pielęgniarek i położnych w Polsce

Każdy z prelegentów zgodził się, iż polskie pielęgniarki i położne są bardzo dobrze wykształcone. Jednak warunki pracy, z którymi zmagają się na co dzień oraz zbyt niskie płace, często są powodem ich emigracji. Pielęgniarka zarabia brutto: w Skandynawii średnio 4 300 euro, a w Niemczech 2 800 euro. Natomiast średnia pensja polskiej pielęgniarki to jedynie brutto 800 euro brutto. Zawód ten jest zawodem publicznego zaufania, dlatego powinien być odpowiednio opłacany. Jest to jednym z głównych powodów, przez który młode kobiety go nie wybierają, a jeśli absolwentki ukończyły tak trudny i kosztowny zawód to decydują się na wyjazd zagranicę zamiast pracować w Polsce.

– *Z tegorocznego raportu NIPiP wynika, że obecnie na rynku funkcjonuje jedynie 2% osób do 30. roku życia, co jest stanowczo za mało. Trzeba zwiększyć tę liczbę poprzez stworzenie dobrej oferty dla absolwentów, by chcieli pozostać i pracować w Polsce, ponieważ młodzież jest chętna do studiowania pielęgniarstwa czy położnictwa, ale zdaje sobie sprawę, co może czekać ją po skończeniu studiów. Dodatkowo średnia wieku pielęgniarek i położnych jest coraz wyższa – obecnie wynosi prawie 51 lat, natomiast jeszcze w 2015 roku – 48 lat. Aktualnie ponad 42 tys. z nich jest uprawnionych do świadczeń emerytalnych, jednak jeśli przeszłyby na emeryturę, nie byłoby komu pracować, a najbardziej ucierpiliby na tym pacjenci – uważa Zofia Małas, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Jak wynika z raportu, co roku kształconych jest średnio około 5 tysięcy absolwentów, natomiast do zawodu przystępuje ok 2-3 tysiące pielęgniarek.*

Zawody dużej odpowiedzialności społecznej, a wciąż niedoceniane

Dodatkowym czynnikiem zniechęcającym jest niski prestiż zawodów, z którym wiążą się niskie płace i trudne warunki pracy. Młode osoby coraz rzadziej widzą pozytywne strony tych profesji, są zniechęcone niskimi zarobkami, rosnącą biurokracją, brakiem wsparcia w środowisku medycznym oraz zbyt długimi godzinami pracy. – *Pierwszym krokiem powinno być ułożenie relacji pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami, by lekarze w końcu zaakceptowali pielęgniarki jako równoległego partnera. Również w promocję tego zawodu warto byłoby zaangażować rząd, by wspólnie stworzyć profesjonalną kampanię społeczną, ukazującą młodym ludziom jak ważne dla środowiska są pielęgniarki i położne – zauważa Grażyna Wójcik, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Beata Pięta, prof. Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Położnych dodaje: – Duża część społeczeństwa nadal nie darzy zaufaniem pielęgniarek i położnych, a one same nie zawsze czują przynależność do zespołu medycznego i odpowiedni szacunek. Dlatego potrzebna jest kampania społeczna, która uświadomi ludziom potrzebę tych osób w ochronie zdrowia oraz pozwoli określić od nowa ich rolę zawodową. Chcąc promować owe zawody należy określić ścieżkę kariery zawodowej połączonej z finansową czy opracować odpowiednie informatory, które udzielałyby pomocy osobom na początku ich kariery zawodowej.*

Wykorzystanie nowych technologii do usprawnienia służby zdrowia

Istotnym tematem poruszonym podczas debaty była cyfryzacja w systemie ochrony zdrowia. Coraz więcej szpitali decyduje się na wprowadzenie dokumentacji elektronicznej, co jest ułatwieniem zarówno dla pacjentów, jak i lekarzy. Dzięki temu w czytelny sposób będzie można odczytać zalecenia lekarskie, postawioną diagnozę, przepisane leki oraz dawkę. Dodatkowym atutem dokumentacji umieszczonej w tzw. chmurze jest to, iż wiedza o stanie zdrowia pacjenta będzie dostępna dla wszystkich ekspertów medycznych, niezależnie od przychodni czy nawet kraju. – *Warto fragmenty dokumentacji zachowywać w chmurze (w internecie), gdyż wiadomo, że papierowe dane czy te na serwerze mogą zniknąć lub zostać przez przypadek zniszczone – uważa Tomasz Krzysztyński, Członek Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Z pewnością*

nie należy bać się informatyzacji. Jego zadaniem informatyzacja będzie dużym ułatwieniem w pracy pielęgniarek i położnych, a nie jej utrudnieniem. Dzięki oszczędności pracy będą mogły poświęcić więcej czasu dla swoich pacjentów.

Zawód pielęgniarki i położnej powstał po to, by zaopiekować się pacjentem, a celem debaty było zaproponowanie polepszenia opieki. Ważny jest dialog różnych środowisk medycznych, a nie konkurencja, gdyż tylko współpraca zaowocuje poprawą warunków i statusu pielęgniarek i położnych. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych od roku zabiegała o spotkanie różnych środowisk, dla których problemy pielęgniarstwa i położnictwa są niezwykle ważne. We wspólnym interesie jest znalezienie rozwiązań, które następnie zostaną wprowadzone w życie, by zapewnić pielęgniarkom i położnym takie warunki zatrudnienia, aby coraz więcej młodych osób chciało podejmować w Polsce pracę w tych zawodach. Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł zadeklarował, że w ciągu trzech miesięcy ma zostać opracowana strategia działań. Jej przygotowaniem zajmie się specjalnie powołany zespół ds. pielęgniarstwa, na czele z wiceminister Józefą Szczurek-Żelazko, w skład którego wejdą m.in. przedstawiciele środowiska pielęgniarek i położnych, prawnicy i przedstawiciele rządu.

TRWAJĄ PRACE NAD STRATEGIĄ NA RZECZ ROZWOJU PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA W POLSCE

Środowiska medyczne podczas licznych konferencji oraz debat alarmowały, iż przyszłość zawodów pielęgniarki i położnej jest zagrożona. Przedstawiciele NRPIP zamiast słów i deklaracji domagali się konkretnych rozwiązań, które sprawią, iż warunki pracy i płac pielęgniarek i położnych ulegną poprawie. Powołanie przez Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła zespołu pracującego nad strategią na rzecz rozwoju tych zawodów, to efekt ponad rocznych zabiegów NRPIP.

– Problemów polskich pielęgniarek i położnych nie sposób dłużej ignorować – tymi słowami Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, rozpoczęła w lutym br. cykl konferencji i spotkań współorganizowanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, podczas których dyskutowano o najważniejszych kwestiach związanych z obecną kondycją polskiego pielęgniarstwa i położnictwa. Celem spotkań było zwrócenie większej uwagi na problemy tych zawodów, dopuszczenie do głosu przedstawicieli środowisk medycznych, wspólne określenie problemów oraz nakreślenie ich rozwiązań.

– Dużym osiągnięciem była dla nas marcowa debata, którą współorganizowaliśmy wraz z Ministerstwem Zdrowia. Doprowadziła do dyskusji wszystkich zaangażowanych stron oraz do uzyskania oficjalnego zapewnienia od Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła, iż słowa zostaną przekute w czyny – mówi Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Zgodnie z deklaracją złożoną podczas debaty, został powołany Zespół ds. opracowania strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. Na jego czele stanęła wiceminister Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko, a w jego skład weszli m.in. przedstawiciele środowiska pielęgniarek i położnych, prawnicy oraz przedstawiciele rządu. Pierwsze posiedzenie odbyło się 16 maja 2017 r. Zadowolona z powodu powołania zespołu nie ukrywała Wiceminister Zdrowia, zaś Minister Zdrowia podkreślił, iż w najpoważniejszym problemem, z którym zmierzyć się będzie musiał zespół jest niedobór pielęgniarek i położnych. Powiedział: – Mam nadzieję, że dzisiejsze rozpoczęcie prac nad strategią na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce będzie rzeczywiście historycznym krokiem w kierunku rozwiązania różnych problemów, które towarzyszą wykonywaniu tych zawodów.

Wierzmy, że szereg konsultacji oraz powołanie Zespołu na czele z wiceminister Zdrowia Józefą Szczurek-Żelazko to pierwszy poważny krok w stronę pozytywnych zmian w polskim pielęgniarstwie i położnictwie.



Minister Zdrowia

PPK.0762.8.2017.JJ

04-05-2017

Warszawa.....

12 V 2017
dnia 18/1/17
Luz
podpis *Juliusz Arno*

Pani
Anna Augustyniak
Przewodnicząca Rady
Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych Ziemi Sieradzkiej

Szanowna Pani Przewodnicząca

W odpowiedzi na pismo skierowane do Prezesa Rady Ministrów Pani Beaty Szydło (znak: OIPiPZS/129/2017 z dnia 4.04.2017r.), a przesłane zgodnie z kompetencjami do Ministerstwa Zdrowia, przekazujące Apel XXX Zjazdu Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej z dnia 24 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia zmian systemowych zmierzających do uregulowania kwestii wzrostu wynagrodzeń zasadniczych pielęgniarek i położnych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Porozumienie zawarte w dniu 23 września 2015 r. pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych a Prezesem NFZ i Ministrem Zdrowia, jak również wynikające z niego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146), zwane dalej „rozporządzeniem OWU” i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), zapewniają dodatkowe środki finansowe na świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne.

W ramach ww. rozporządzeń zapewniono coroczny (do 2019 r.) wzrost średniego miesięcznego wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych w wysokości 400 zł rocznie (4 x 400) oraz wprowadzono mechanizm gwarantujący utrzymanie uzyskanych podwyżek po 2019 roku.

Obecnie realizowana jest druga transza podwyżki, czyli 800 zł od dnia 1 września 2016 roku do dnia 31 sierpnia 2017 roku. Zgodnie z rozporządzeniem OWU kolejne etapy zapewniające dalszy średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi zaplanowano:

- 1) od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r. o 1200 zł,
- 2) od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r. o 1600 zł.

Poza tym rozporządzenie w sprawie OWU w celu zapewnienia ciągłości podwyżek po dniu 31 sierpnia 2019 r. doprecyzowuje zasady ustalania współczynnika korygującego, za pomocą którego od 1 września 2019 r. mają być ustalane kwoty przeznaczone na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

Ponadto uprzejmie informuję, że w celu wprowadzenia gwarantowanego (podlegającego ochronie prawnej) poziomu najniższych wynagrodzeń zasadniczych oraz wyrównania dysproporcji płacowych pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Projekt ten dyskutowany był już społecznie w ramach konsultacji publicznych, opiniowania i uzgodnień, a obecnie znajduje się na etapie dalszych prac rządowych.

Przedmiotowy projekt zakłada podział pracowników medycznych na 10 grup zawodowych i określenie dla poszczególnych grup współczynników pracy, wedle których obliczane ma być ich najniższe wynagrodzenie zasadnicze. Wśród wspomnianych grup wyodrębnione zostały trzy grupy pielęgniarek i położnych, podzielone w oparciu o kryterium poziomu wykształcenia oraz posiadanej specjalizacji - wymaganych od danego pracownika na zajmowanym stanowisku.

Poniższa tabela przedstawia porównanie obecnych wynagrodzeń pielęgniarek i położnych do ich planowanych („docelowych”) - zgodnie z projektowaną ustawą najniższych wynagrodzeń zasadniczych:

Grupa zawodowa	Obecne wynagrodzenie zasadnicze brutto - średnia dla grupy	Najniższe wynagrodzenie zasadnicze brutto do 31 grudnia 2019 r.	Najniższe wynagrodzenie zasadnicze brutto w 2021 r.
Pielęgniarka / położna z tytułem magistra ¹ ze specjalizacją	2726	4 095	5251
Pielęgniarka / położna ze specjalizacją	2579	2 847	3651
Pielęgniarka / położna bez specjalizacji	2369	2 496	3201

Projekt ustawy określa zasady, zgodnie z którymi pracodawcy (podmioty lecznicze) obowiązani będą podwyższać wynagrodzenie zasadnicze pracowników wykonujących zawody medyczne do 31 grudnia 2021 r. Od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych nie będzie mogło być niższe, niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone na dzień 31 grudnia 2021 r. Od dnia 1 stycznia 2022 r. nie będzie ulegała zmianie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych, która będzie pozostawała na poziomie ustalonym na dzień 31 grudnia 2021 r.

Ponadto sposób podwyższania wynagrodzenia osoby zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględniać powinien wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.).

Przepisy projektowanej ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych stanowiąc będą zatem nie tylko gwarancję stopniowego podwyższania najniższych wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, ale również czynić zadość postulatowi usankcjonowania w akcie rangi ustawowej wzrostów wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zawartych obecnie tylko w akcie prawnym rangi rozporządzenia.

Jednocześnie należy podkreślić, że w przygotowanej przez Ministerstwo Zdrowia ustawie z dnia 26 kwietnia 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844), która przewiduje utworzenie

¹ na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo

tw. systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (sieci szpitali), nie ma postanowień zmieniających w zakresie zasad otrzymywania środków na wzrosty wynagrodzeń przez pielęgniarki i położne.

Reasumując uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia – Pan Konstanty Radziwiłł wielokrotnie zapewniał, że niezależnie od rodzaju płatnika i formy płatności, podwyżki wynikające z rozporządzenia OWU będą realizowane. Natomiast projekt ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, zakłada uwzględnienie wzrostu miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki i położnej zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie OWU.

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Józefa Szczurek-Żelazko

Do wiadomości:

Kancelaria Prezesa Rady Ministrów – dotyczy pisma znak: SPRM.222.12.26.2017.MG z dnia 14.04.2017r.



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko Nr 7

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 16 marca 2017 r.

w sprawie określenia minimalnego wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych

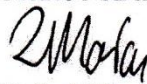
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że należy wnioskować o zapisy w aktach prawnych gwarantujące wynagrodzenie minimalne dla pielęgniarek i położnych na poziomie przeciętnego minimalnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale poprzedniego roku ogłoszonego przez Prezesa GUS przy zachowaniu następującej krotności:

- 1) dla pielęgniarek/położnych – 1,5 przeciętnego minimalnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale poprzedniego roku ogłoszonego przez Prezesa GUS.
- 2) dla pielęgniarek/położnych z tytułem magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa lub z tytułem specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa - 1,75 przeciętnego minimalnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale poprzedniego roku ogłoszonego przez Prezesa GUS.
- 3) dla pielęgniarek/położnych z tytułem magistra pielęgniarstwa , magistra położnictwa i z tytułem specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa - 2,0 przeciętnego minimalnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale poprzedniego roku ogłoszonego przez Prezesa GUS.

Sekretarz NRPiP


Joanna Walewander

Prezes NRPiP


Zofia Małas



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPIP-DM.0025.149.2017

Warszawa, dnia 9 czerwca 2017r.

Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z procedowaniem Komisji Zdrowia nad rządowym projektem ustawy *o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (druk nr 1583)*, w imieniu środowiska pielęgniarek i położnych, zwracam się z prośbą o zgłoszenie i poparcie zaproponowanych zmian do wyżej wymienionego projektu ustawy.

W tabeli zawartej w załączniku do projektu ustawy określającej współczynniki pracy proponujemy nowe następujące brzmienie pozycji nr 8 i 9:

8.	Pielęgniarka lub położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo albo pielęgniarka lub położna, ze specjalizacją	1,00
9.	Pielęgniarka lub położna, bez specjalizacji	0,73

Uzasadnienie

Projekt w obecnym kształcie zakłada, iż pielęgniarki i położne są jedyną grupą zawodową, dla której ustala się najniższe współczynniki pracy, co będzie skutkowało najniższymi wynagrodzeniami wśród pracowników medycznych. W stosunku do innych grup pracowników medycznych zostało wprowadzone rozgraniczenie wskaźników pracy dla osób z wyższym wykształceniem lub osób z wykształceniem średnim. W przypadku pielęgniarek i położnych obecny projekt zakłada, iż w jednej grupie (pozycja nr 9) będą pielęgniarki z tytułem magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa, licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa

a także z wykształceniem średnim – dla których przewidziano najniższe wynagrodzenie o wskaźniku 0,64, co – biorąc pod uwagę przyjętą kwotę bazową w wysokości 3.900,00 zł – daje kwotę 2.496,00 zł brutto (około 1.685,00 zł netto). Wobec powyższego, w opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych taka konstrukcja projektu stanowi deprecjonowanie zawodów pielęgniarki i położnej, przy założeniu, iż od 2000 roku pielęgniarki i położne są kształcone na poziomie studiów wyższych, po ukończeniu których otrzymują tytuł magistra pielęgniarstwa lub położnictwa albo tytuł licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa. Wraz ze zmianą kształcenia zwiększył się zakres ich kwalifikacji i kompetencji.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę na fakt, iż w związku z drastycznie i systematycznie rosnącymi niedoborami personelu pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia w Ministerstwie Zdrowia powołano Zespół do spraw opracowania strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, którego zadaniem jest wypracowanie systemowych rozwiązań pozwalających na przeciwdziałanie stale rosnącemu deficytowi pielęgniarek i położnych.

Przypomnieć należy, iż w kolejnych pięciu latach uprawnienia emerytalne uzyska około 80 tysięcy pielęgniarek, co przy obecnym stanie 200 tysięcy zatrudnionych pielęgniarek w systemie, będzie stanowiło około 40 % pielęgniarek, które prawdopodobnie przejdą na emeryturę. Nieatrakcyjne warunki pracy i płacy powodują, iż rocznie tylko około 30 % absolwentów podejmuje pracę w tym zawodzie. Należy bezwzględnie podjąć działania, które zachęcałyby absolwentów studiów pielęgniarstwa i położnictwa do podejmowania zatrudnienia w kraju, poprzez między innymi zwiększenie poziomu wynagradzania tych zawodów do warunków i poziomu istniejących w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Zuzanna Szauwke

Prezes NRPiP

Z. Małas

Zofia Małas

OGÓLNOPOLSKIE STOWARZYSZENIE
POŁOŻNYCH RODZINNYCH
64-500 Szamotuły, ul. Romana Maya 56
NIP 7872117610 REGON 366933679
KRS 0000671357

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej
3-go Maja 7
98-200 Sieradz
Przewodnicząca Anna Augustyniak

Mamy zaszczyt poinformować, że w dniu 24 lutego 2017 roku w miejscowości Szamotuły odbyło się spotkanie założycielskie Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Położnych Rodzinnych. W zebraniu wzięło udział 11 położnych rodzinnych z całej Polski. Uczestniczki podjęły uchwałę o powołaniu Stowarzyszenia, dokonały wyboru jego władz.

Stowarzyszenie, jako organizacja o charakterze społecznym, pragnie w szczególności zwrócić uwagę na budowanie prestiżu zawodowego polskiej położnej rodzinnej, co ściśle powiązane jest z dbałością o dobro kobiety i jej rodziny na każdym etapie jej życia. Główne cele stowarzyszenia zobowiązujemy się realizować poprzez:

- Ochronę zawodu położnej, w szczególności położnej rodzinnej.
- Podejmowanie działań rzeczniczych, w tym reprezentowanie interesu położnych rodzinnych, świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej wobec Narodowego Funduszu Zdrowia lub innych instytucji kształtujących politykę zdrowotną w kraju oraz wspieranie interesów kobiet w ciąży i matek.
- Informowanie i edukowanie Polaków, Polek o dobrowolnym wyborze położnej rodzinnej, jako odrębnego, niezależnego świadczeniodawcy.
- Doskonalenie zawodowe położnych rodzinnych, w tym doradztwo i pomoc naukową dla członków i przedstawicieli innych podmiotów zainteresowanych działalnością Stowarzyszenia.
- Zachęcanie członków stowarzyszenia oraz położnych niezrzeszonych do samokształcenia oraz systematycznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez udział w różnych formach doskonalenia zawodowego.
- Integrowanie osób, instytucji i organizacji działających na rzecz opieki okołoporodowej oraz realizacji standardu opieki okołoporodowej;
- Inicjowanie i organizowanie seminariów, kursów, wykładów, szkoleń, warsztatów, konferencji oraz poradnictwa, w obszarze zbieżnym z celami statutowymi stowarzyszenia.
- Inicjowanie, organizowanie kursów, wykładów, warsztatów przeznaczonych dla personelu medycznego placówek położniczych oraz dla osób zajmujących się edukacją i opieką perinatalną.
- Tworzenie, współdziałanie na rzecz edukacji i działań profilaktycznych dla kobiet, ich rodzin i otoczenia.
- Tworzenie i realizacja programów profilaktycznych na rzecz edukacji seksualnej, w tym profilaktyki ciąży wśród nastolatek, chorób przenoszonych drogą płciową oraz profilaktyki HIV/AIDS;

- Popieranie, organizowanie, współtworzenie prac naukowo-rozwojowych w zakresie położnictwa rodzinnego.
- Współudział w ustalaniu kierunków rozwoju praktyki położnych rodzinnych.
- Opiniowanie projektów aktów normatywnych, występowanie z wnioskami legislacyjnymi dotyczącymi ochrony zdrowia oraz kształcenia i wykonywania zawodu położnej
- Współuczestniczenie w opracowywaniu i wdrażaniu założeń, programów oraz udział w konsultacjach polityk publicznych w obszarze zdrowia.
- Współpracę w tworzeniu wspólnych stanowisk, opinii, standardów, wytycznych z przedstawicielami środowisk działających na rzecz opieki położniczej i ochrony zdrowia kobiet oraz przedstawicielami organów stanowiących przepisy prawa.
- Upowszechnianie wiedzy za pomocą nowoczesnych mediów i technik informatycznych.
- Prowadzenie stron, serwisów, portali internetowych popularyzujących i udostępniających wiedzę z zakresu zgodnego z celami działalności stowarzyszenia.
- Diagnoza potrzeb i praw kobiet oraz ich rodzin w opiece okołoporodowej w Polsce. Gromadzenie informacji o warunkach opieki nad matką i dzieckiem, panujących w poszczególnych placówkach położniczych na terenie kraju.
- Monitorowanie działalności instytucji i placówek świadczących usługi z zakresu opieki okołoporodowej.
- Prowadzenie działalności wydawniczej.
- Współpraca ze środkami masowego przekazu.
- Rozwój międzynarodowej współpracy w dziedzinie położnictwa rodzinnego.
- Prowadzenie innych działań służących poprawie, jakości pracy położnych rodzinnych i poziomu opieki perinatalnej w kraju.

Do wypełniania powyższych założeń pragniemy zaprosić wszystkie położne rodzinne oraz organizacje społeczne, które pragną działać na rzecz dobra samodzielności zawodowej położnej rodzinnej i prawidłowej realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjenta.


OGÓLNOPOLSKIE STOWARZYSZENIE
POŁOŻNYCH RODZINNYCH
mgr Agnieszka Kamińska-Nowak
PREZES

PLYNOTERAPIA W PRACY PIELEŃNIARKI

Płynoterapia jest zabiegiem polegającym na dożylniej podaży płynów pacjentowi, mającym na celu zapewnienie adekwatnej objętości krwi krążącej. Jest często stosowana zarówno w leczeniu szpitalnym, jak i w pomocy doraźnej. Wielu pacjentów zgłaszających się do szpitala oczekuje, że po podłączeniu kroplówki ich objawy chorobowe ustąpią. Jednak należy pamiętać że kroplówka nie powoduje ustąpienia wszelkich dolegliwości, a każde przetoczenie płynów jest procedurą leczniczą i powinno być stosowane tylko w określonych sytuacjach.

Podstawowy cel stosowania płynoterapii to uzupełnienie łożyska naczyniowego. Ma ona doprowadzić do normalizacji tzw. obciążenia wstępnego. Uzyskanie pozytywnej odpowiedzi organizmu na szybkie podanie płynów (wzrost ciśnienia tętniczego krwi, normalizacja tętna, poprawa stanu pacjenta) oznacza zasadność prowadzonej terapii. Jeśli stan pacjenta po chwilowej poprawie uległ pogorszeniu należy kontynuować podawanie płynów, jednocześnie starając się opanować przyczynę ich utraty.

Woda stanowi od 45 do 65% masy ciała człowieka. Jej zawartość w organizmie jest zależna od wieku. U noworodków stanowi 76%, u dzieci powyżej 1 roku - 65%, natomiast powyżej 65 roku życia - 50% masy ciała. Zawartość wody jest także inna w poszczególnych narządach ludzkiego ciała. Najwięcej wody zawiera krew – 83%, a także nerki oraz płuca. Natomiast najniższą zawartością wody charakteryzują się tkanki kostna i tłuszczowa.

Przetaczanie płynów jest stosowane w następujących celach:

1. W celu uzupełniania utraty płynów;
2. W celu utrzymania podstawowej diurezy;
3. W celu uzyskania umiarkowanej diurezy;

Wskazania do podaży płynów są bardzo różne, stąd w tak wielu sytuacjach stosuje się resuscytację płynową. Do podstawowych stanów wymagających płynoterapii należą:

- wszelkie postacie wstrząsu – najczęściej wstrząs hipowolemiczny, ale także anafilaktyczny, septyczny, neurogeny;
- odwodnienie na skutek wzmożonej utraty płynów – biegunki, wymioty - są szczególnie groźne u dzieci, gdyż w tej grupie wiekowej mogą szybko doprowadzić do stanu zagrożenia życia;
- oparzenia – zwiększenie przepuszczalności naczyń w przypadku oparzeń powoduje utratę płynów przez pacjenta;
- inne stany niedoboru płynów w organizmie.

Cele prowadzenia płynoterapii to:

- uzupełnianie płynów;
- uzupełnianie elektrolitów i substancji odżywczych;
- podaż leków w połączeniu z płynami, w sytuacji gdy dany lek powinien być podawany przez kilkadziesiąt minut lub w dużym rozcieńczeniu.

Podstawowa zasada płynoterapii mówi, iż powinno się stosować takie płyny, jakie zostały utracone. Jeżeli pacjent w wyniku ciężkiego urazu stracił określoną objętość krwi, przetoczonym płynem powinna być krew. Nie zawsze jest to jednak możliwe, zwłaszcza w warunkach pomocy udzielanej na miejscu zdarzenia lub szpitalnego oddziału ratunkowego. Wtedy najczęściej podawanymi płynami są krystaloidy lub koloidy.

Celem płynoterapii jest:

- przywrócenie natlenienia tkanek
- próba zahamowania możliwych zaburzeń krzepnięcia
- ochrona czynności nerek

ŚRODKI KRWIOZASTĘPCZE

1. KRYSTALOIDY
2. KOLOIDY:
 - DEKSTRAN
3. PREPARATY ŻELATYN
 - HYDROKSYETYLOSKROBIA (HES)

Krystaloidy

Krystaloid to roztwór składający się z elektrolitów albo węglowodanów. Wskazaniem do użycia krystaloidów jest zapewnienie podstawowego zapotrzebowania na płyny i wyrównanie ich straty. Istotne informacje o tej grupie płynów to:

- Mogą dyfundować przez naczynia włosowate co skutkuje pozostaniem w łożysku naczyniowym niewielkiego procenta całej objętości podanej pacjentowi (po 60 minutach w naczyniach pozostaje 20%).
- 80% przetoczzonej objętości przechodzi poza naczynia, tym samym nie uzupełniając strat organizmu.
- Zawartość sodu w krystaloidach powoduje powstanie obrzęków (z powodu zmian osmolarności w komórkach).
- Paradoksalnie może dojść do zaburzeń perfuzji tkankowej i utlenowania tkanek z powodu ucisku kapilar przez obrzęki.
- Nadmiar chloru w płynach infuzyjnych może prowadzić do kwasicy (hiperchloremicznej).
- Przykłady krystaloidów: 5% glukoza, 0,9% NaCl, mleczan Ringera, roztwór Ringera, PWE.

Stosowanie krystaloidów jest jednak zasadne podczas ratowania chorego we wstrząsie, szczególnie, że to jedyne płyny, które samodzielnie wolno zastosować w ZRM „P” oraz to środek, dzięki któremu można utrzymać stan pacjenta do czasu dostępu do preparatów krwi.

Obecnie najczęściej stosowanymi krystaloidami są:

1. **Natrium chloratum 0,9%** (sól fizjologiczna) - fizjologiczny roztwór chlorku sodu jest płynem zbliżonym pod względem ciśnienia osmotycznego i zawartości sodu do osocza krwi i płynu pozakomórkowego. Chlor i sód są elektrolitami niezbędnymi dla prawidłowego funkcjonowania organizmu, a ich niedobór może być przyczyną wielu poważnych stanów, które wymagają szybkiego wyrównywania. Podany pozajelitowo powoduje krótkotrwale zwiększenie objętości krwi krążącej i nieznaczne nasilenie diurezy. Wskazaniami do jego podania są: odwodnienie izotoniczne, odwodnienie hipotoniczne, utrata jonów sodu i chloru przez organizm, uzupełnianie utraconych płynów po zabiegach operacyjnych, wymiotach, bieguncie, wstrząs pourazowy, oparzenia.
2. **Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny, tzw. PWE** – jest to izotoniczny roztwór, uzupełniający niedobory wody i elektrolitów. Zawiera sole sodu, potasu, wapnia i magnezu. Skład płynu jest zbliżony do składu elektrolitowego osocza. 100 ml dostarcza 14,15 mmol sodu, 10,9 mmol chloru, 0,51 mmol potasu, 0,2 mmol wapnia, 0,1 mmol magnezu oraz 3,4 mmol octanów i 0,3 mmol cytrynianów. Osmolarność wynosi 301 mosmol/l. Wskazaniami do jego podania są niedostateczna doustna podaż płynów, nawadnianie w okresie pooperacyjnym, nadmierna utrata płynów i elektrolitów na skutek wymiotów i biegunek.
3. **Glucosum 5%** - 5% roztwór glukozy stosowany jest we wlewach dożylnych jako środek krótkotrwale wypełniający łożysko naczyniowe w hipowolemii (np.

w krwotokach, biegunkach, oparzeniach).

4. **Injectio Solutionis Ringeri** – płyn Ringera to hipertoniczny roztwór elektrolitowy przeznaczony do wyrównywania niedoborów elektrolitowych i odwodnienia izo- oraz hipotonicznego. Wskazaniami do jego stosowania są biegunki przebiegające z odwodnieniem hipo- i izotonicznym, uzupełnianie utraty płynów przez przetoki żółciowe, jelitowe i okrężnicze, nawadnianie pacjentów w okresie okołoperacyjnym. We wstrząsie - do wstępnego wypełnienia łożyska naczyniowego. Wśród roztworów koloidowych jednym z najczęściej stosowanych obecnie jest HES.

Na rynku istnieją różne typy tego roztworu. Przykładowo 1000 ml 10% roztworu zawiera 100 g hydroksyetyloskrobi (HES 200/0,5) w izotonicznym roztworze chlorku sodu (9g NaCl). Preparat powoduje wzrost ciśnienia tętniczego, poprawia mikro- i makrokrażenie, zmniejsza lepkość krwi i agregację erytrocytów; zmniejsza wartość hematokrytu, poszerza i uszczelnia kapilary, zmniejsza opór płucny i zwiększa objętość wyrzutową serca. W efekcie dochodzi do wyraźnej poprawy perfuzji tkankowej i zwiększenia zużycia tlenu. Wskazaniami do jego podania są leczenie i zapobieganie hipowolemii oraz wstrząsowi spowodowanym zabiegami chirurgicznymi, urazami, zakażeniami, oparzeniami.

Dożylna podaż płynów jest uważana za jedną z podstawowych procedur leczniczych i stosowana jest w lecznictwie bardzo często. W wielu sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia powoduje szybką poprawę stanu pacjenta. Istnieje wiele płynów które możemy przetaczać, a ich wybór powinien mieć odzwierciedlenie w stanie pacjenta.

Koloidy

Ta grupa płynów z kolei służy do zastępowania osocza i wyrównywania objętości wewnątrznaczyniowych. Dzielą się na naturalne (albuminy, świeżo mrożone osocze) i sztuczne (hydroksyetylowana skrobia i roztwory żelatyny). Istotne kwestie w sprawie koloidów:

- Mają zdolność do wiązania cząsteczek wody, jednocześnie nie przechodzą przez błonę naczyń włosowatych.
- Pozostają dłużej niż krystaloidy w naczyniach.

Zwiększają objętość osocza z powodu przemieszczania płynu ze śródmiaższu do naczyń krwionośnych.

ŚRODKI KRWIOZASTĘPCZE

Dzielą się na środki zastępcze osocza, stosowane głównie w celu zwiększenia objętości krwi krążącej (dekstran, żelatyna, hydroksyetylowana skrobia, poliwinylpirolidon, elektrolity) oraz preparat posiadający zdolność odwracalnego wiązania tlenu (Fluosol DA).

► DEKSTRAN

Jest wielocukrem pochodzenia bakteryjnego, zawierającym 200-400 reszt glukozy w cząsteczce. Dzięki podobieństwu budowy do albumin ma zdolność wiązania wody – około 20-25 ml/1 g dekstranu.

Zastosowanie kliniczne wynika z zdolności zwiększania objętości osocza, polepszenia przepływu krwi (hemodilucja, zmniejszenie lepkości i hematokrytu) oraz działania przeciwzakrzepowego (antyagregacyjne działanie na płytki krwi).

► DEKSTRAN

W leczeniu mają zastosowanie: 10% roztwór dekstranu o masie cząsteczkowej 40 000 (Dekstran 40), 4 i 6% roztwory dekstranu o masie cz. 70 000 (Dekstran 70) oraz 4% roztwór dekstranu o masie cz. 110 000 (Dekstran 110).

Wskazaniem do stosowania roztworów dekstranu 70 jest profilaktyka i leczenie wstrząsu urazowego, krwotocznego, oparzeniowego, zapobieganie powikłaniom zatorowo-zakrzepowym, leczenie zakrzepicy żył głębokich i zakrzepów tętniczych, zabiegi operacyjne na naczyniach krwionośnych.

► DEKSTRAN

Dawkowanie: zależy od stanu chorego i rodzaju schorzenia. Najczęściej podaje się: 1-1.5 g/kg m.c.

Roztwór 10% dekstranu 40 jest środkiem poprawiającym przepływ w obrębie mikrokrażenia

i obszarach objętych zastojem. Stosuje się go w późniejszej fazie wstrząsu, rozległych urazach, zawale mięśnia sercowego, w zabiegach na naczyniach i w zakrzepach mózgowych.

Dekstran 110 jest podawany wyłącznie w stacjach krwiodawstwa u dawców krwi w celu wytworzenia koncentratów płytkowo-białokrwinkowych.

► **DEKSTRAN**

Przeciwwskazaniem do stosowania preparatów dekstranu jest nadwrażliwość na preparaty, skaza krwotoczna, niewydolność nerek, zastoinowa niewydolność krążenia. Obserwowane niekiedy powikłania to: odczyny alergiczne i anafilaktyczne, przeciążenie krążenia, zaburzenia krzepnięcia krwi, hipalbuminemia.

Preparaty żelatyn

Żelatyna jest produktem degradacji kolagenu. Preparaty stosowane w lecznictwie są odpowiednio chemicznie modyfikowane. Rozróżniamy roztwory:

1. **Oksypolizelatin (Gelifundol)**
2. **Płynnej modyfikowanej żelatyny (Gelafundin)**
3. **Żelatyny zmostkowanej mocznikiem (Hemaccel)**

Zachowują stabilność w temperaturze 5-20°C przez 7 lat. Żelatyny o masie cz. 30 000, stosowane

w stężeniu 3-5% , działają krótkotrwale (do 3 h) jako środki zastępcze osocza.

Wskazania: Hipowolemia (wstrząs, oparzenia). Okołooperacyjne wyrównanie krążenia, krążenie pozaustrojowe.

► **HYDROKSYETYLOSKROBIA**

Silnie rozgałęziony polimer glukozy o m. cz. 450 000. Podaje się ją w postaci 6 lub 10% roztworu

w 0.9% NaCl. Zwykle stosuje się do 20 ml/kg m.c. na dobę (około 500-1000 ml roztworu). HES poprawia reologiczne i hemodynamiczne właściwości krwi, normalizuje proces krzepnięcia, rozszerza i uszczelnia kapilary, zwiększa pojemność wyrzutową serca. Podanie preparatu zwiększa objętość osocza o co najmniej 100-140%.

► **HYDROKSYETYLOSKROBIA**

Wskazania: Utrata krwi, osocza (urazy, zabiegi chirurgiczne, oparzenia, wstrząs septyczny), hemodylucja, perfuzja narządowa, leczenie i profilaktyka wstrząsu hipowolemicznego.

Działania niepożądane: Zaburzenia krzepnięcia krwi, rzadziej odczyny anafilaktyczne.

Preparaty: HAES Steril, HES-hemodil (roztwory 6 i 10%), Plasmasteril (roztwór 6%)

► **HYDROKSYETYLOSKROBIA**

Wskazania: Utrata krwi, osocza (urazy, zabiegi chirurgiczne, oparzenia, wstrząs septyczny), hemodylucja, perfuzja narządowa, leczenie i profilaktyka wstrząsu hipowolemicznego.

Działania niepożądane: Zaburzenia krzepnięcia krwi, rzadziej odczyny anafilaktyczne.

Preparaty: HAES Steril, HES-hemodil (roztwory 6 i 10%), Plasmasteril (roztwór 6%)

► **HYDROKSYETYLOSKROBIA**

HES daje niezgodności z antybiotykami z grupy cefalosporyn (cefamandol, cefotaksyn, cefazolina, cefoperazon), aminoglikozydów (amikacyna I gentamycyna), penicylin (ampicylina, penicylina benzylowa, karbenicylina) oraz doksycyliną, ranitydyną i teofiliną.

► **FLUSOLDA**

Nazywany również „**sztuczną krwią**”. Stanowi emulsję związków perfluorokarbonowych posiadających zdolność przenoszenia tlenu cząsteczkowego na drodze rozpuszczania.

Konieczne jest podawanie chorym tlenu do oddychania (zdolność transportu tlenu zależy od jego ciśnienia parcjalnego i różnicy żylna-tętniczej). 20% roztwór Fluosolu DA podaje się w ilości 20 ml/kg mc. Stosowany **w przypadku braku odpowiedniej grupy krwi, w ostrej niedokrwistości, ze względów religijnych (świadkowie Jehowy).**

Literatura tematu u autorki.

Zostań dawcą szpiku kostnego

Procedura pobrania komórek krwiotwórczych jest bezpłatna dla dawcy. Dawca przekazuje część siebie dostaje w zamian świadomość uratowania drugiemu człowiekowi życia i ofiarowania mu dalszego lepszego życia, które nie było by możliwe bez tego "podarunku".

Aby zostać dawcą szpiku należy:

Należy wybrać ośrodek najbliższy miejscu zamieszkania i umówić się telefonicznie na konkretny termin badania kwalifikacyjnego.

Każdy zgłaszający swoją gotowość zostania honorowym dawcą szpiku zostaje poinformowany o warunkach kwalifikujących go do wciągnięcia na listę:

- wiek 18 - 60 lat (dawca pozostaje aktywny w rejestrze do ukończenia 60 roku życia, limit wieku w momencie rekrutacji ustala ODS)
- ogólny dobry stan zdrowia

Ważne: Potencjalny dawca szpiku może zgłosić się tylko do jednej bazy. W poszukiwaniu dawcy niespokrewnionego dla konkretnego chorego przeszukiwana jest baza światowa obejmująca wszystkie istniejące rejestry. Dodanie tej samej osoby do 2 lub 3 rejestrów dawców szpiku powoduje przekłamanie w wynikach przeszukiwania.

Procedura kwalifikacji nie jest skomplikowana, trwa około 15-20 minut.

1. Aby zostać potencjalnym dawcą szpiku należy: wypełnić "Kartę ewidencyjną" oraz "Kwestionariusz dla krwiodawców".
2. Po wypełnieniu formularzy zgłosić się na badanie lekarskie.
3. Po zakwalifikowaniu przez lekarza pobiera się ok. 10 ml krwi żyłnej na badanie antygenów zgodności tkankowej (układu HLA).
4. Wynik badania i dane osobowe zostają zapisane w bazie kandydatów na dawcę szpiku kostnego POLTRANSPLANTU.
5. Potencjalny dawca szpiku otrzyma zawiadomienie o wpisie do rejestru po około 2-3 miesiącach od pobrania krwi na badanie.

Podstawowe kryteria dyskwalifikujące dawcę:

- **zakażenie wirusem HIV** (lub przynależność do grupy zwiększonego ryzyka zakażenia tym wirusem)
- **obecność antygeny HBs, przeciwciał anti-HCV** przy obecności HCV RNA
- **aktywna gruźlica** w okresie minionych 2 lat
- **cukrzyca** - nie akceptowalna na etapie rekrutacji
- **aktywna astma** wymagająca podawania leków sterydowych (jeśli kandydat nie miał napadu astmy przez ostatnie 5 lat i nie zażywa doustnie leków sterydowych, może być zakwalifikowany)
- **przebyty zawał serca**, choroba wieńcowa, zabiegi naczyniowe na sercu (pomostowanie) i inne schorzenia wymagające ciągłego podawania leków (wypadanie płatków zastawki dwudzielnej, zaburzenia rytmu nie wymagające leczenia są akceptowalne)

- **epilepsja** (jeżeli epilepsja występuje w wywiadzie, ale pacjent nie zażywa leków p/padaczkowych i w ciągu minionego roku nie wystąpił atak padaczkowy, dawca może być zakwalifikowany)
- **nadciśnienie** - jeżeli jest utrzymywane na prawidłowym poziomie przez leki to kandydat może być zaakceptowany)
- **stosowanie leków hormonalnych** (konsultacja z lekarzem Poradni Przeszczepowej)
- **ciąża** - ciąża i laktacja bezwzględnie dyskwalifikuje dawcę (czasowo)
- **łuszczyca** (akceptowalna, jeżeli występuje w postaci łagodnej, wymagającej tylko miejscowego leczenia)
- **tatuaż** (jeżeli upłynął co najmniej rok od jego wykonania, tatuaż nie jest przeciwwskazaniem)
- **pobyt w zakładzie karnym lub poprawczym** (i do 6 m-cy od jego opuszczenia)

W przypadku jakichkolwiek wątpliwości co do możliwości zostania potencjalnym dawcą szpiku zostaną one wyjaśnione przez lekarza podczas kwalifikacyjnej konsultacji medycznej.

Procedura doborowa polega na potwierdzeniu lub wykluczeniu zgodności antygenowej dawcy z chorym, co wiąże się z:

- ponownym kontaktem z dawcą,
- ustaleniem jego stanu zdrowia,
- potwierdzeniem chęci oddania szpiku kostnego
- przeprowadzeniem szczegółowych badań.

Jeżeli potwierdzi się zgodność między dawcą a chorym, rozpoczyna się procedura **Workup**, czyli ostateczna kwalifikacja medyczna odbywająca się w jednym z ośrodków transplantacyjnych najbliższej miejsca zamieszkania dawcy, po której następuje pobranie szpiku lub komórek macierzystych z krwi obwodowej. (Treść zgodna i zaczerpnięta ze strony POLTRNPLANTU).

Procedura pobrania komórek krwiotwórczych (szpiku) do transplantacji

Potencjalny dawca szpiku to osoba, która jest kandydatem na dawcę szpiku lub komórek macierzystych czyli spełnia warunki wpisu do Centralnego Rejestru Niepokrewnionych Dawców Szpiku prowadzonego przez "POLTRANSPLANT".

• **Przeszczep szpiku kostnego**

✓ Rodzaje przeszczepów:

- allogeniczny- dawca spokrewniony lub niespokrewniony, których szpik jest genetycznie najzgodniejszy ze szpikiem chorego (dawca i biorca zgodni tkankowo)
- synergiczny(Izogeniczny) dawca szpiku jest identyczny- jednojajowy bliźniak. Bliźniacy tacy są z definicji perfekcyjne zgodni w zakresie antygenów zgodności tkankowej.
- autogeniczny- to odpowiednio przygotowany, oczyszczony szpik własny pacjenta.

✓ Wskazania do przeszczepu:

- chłoniaki nieziarnicze
- ziarnica złośliwa- choroba Hodgkina
- białaczki przewlekłe
- zespoły mielodysplastyczne
- szpiczak mnogi
- ostre białaczki

- histocytozy
- anemia aplastyczna
- rak piersi
- rak jajnika
- rak jądra

✓ **Badania**

- oznaczenie antygenów zgodności tkankowej – HLA

Biorca

- obecność przeciwciał HBV i HCV
- Cytomegalii-CMV
- Herpeswirusom –HSV EBV HHV
- Retrowirusom – HIV

Biorca i dawca

- grupa krwi ABO

Dawca

- badanie lekarskie
- EKG
- Rtg kl. piersiowej
- przeciwciała dla chorób przenoszonych drogą płciową

- ✓ Pobranie szpiku kostnego- komórek krwiotwórczych odbywa się w warunkach bloku operacyjnego lub w stacji krwiodawstwa

W przypadku zgodności genetycznej dawcy i biorcy pobiera się:

- komórki macierzyste z krwi obwodowej przy użyciu urządzenia o nazwie separator.

Pobranie komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej

Zabieg ten jest wykonywany po wcześniejszym podaniu dawcy przez 4-6 kolejnych dni leku mobilizującego komórki krwiotwórcze ze szpiku do krwi obwodowej. Kolejnym etapem jest pobranie komórek krwiotwórczych podczas zabiegu aferezy. Sam zabieg nie wymaga znieczulenia ogólnego i jest bezpieczny dla dawcy. Zabieg trwa w sposób ciągły przez 3-4 godziny. Zabieg ten z technicznego punktu widzenia jest identyczny jak powszechnie wykonywane od wielu lat pobieranie płytek krwi w stacjach krwiodawstwa. Przeważnie niezbędne jest do uzyskania odpowiedniej liczby komórek krwiotwórczych wykonanie od 1 do 2 zabiegów. Pobranie komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej w porównaniu do pobrania szpiku ma następujące zalety:

- możliwość pobrania materiału przeszczepowego bez potrzeby zastosowania znieczulenia ogólnego, co stanowi mniejsze obciążenie dla dawcy
- możliwość wykonania zabiegu w warunkach ambulatoryjnych, gdyż dawca zgłasza się do Kliniki Hematologicznej jedynie na czas wykonania zabiegu,
- po wykonanym zabiegu dawca komórek krwiotwórczych może udać się do własnych zajęć (do domu)

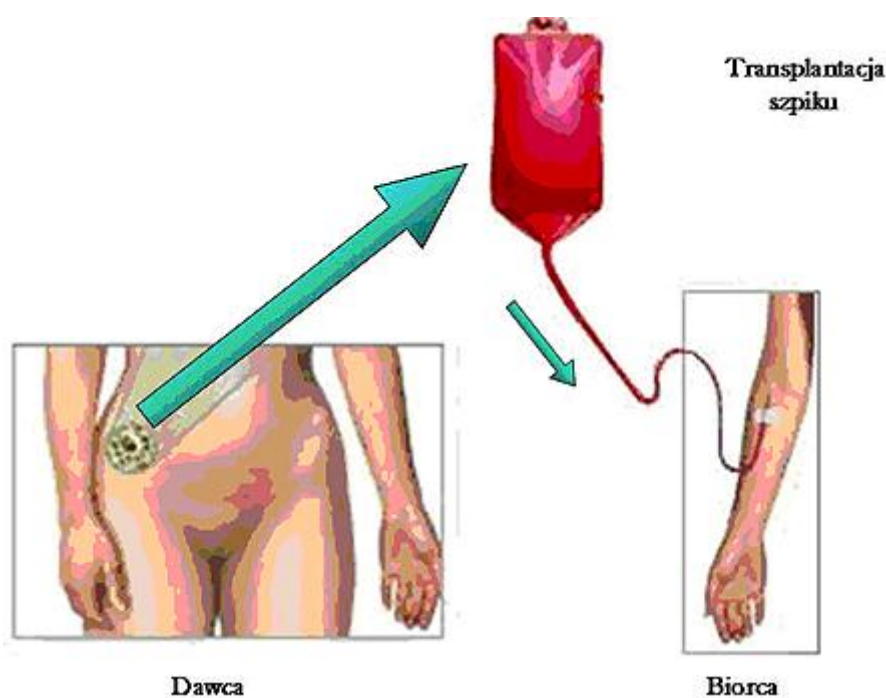
- szpik jako źródło komórek macierzystych - w znieczuleniu ogólnym poprzez nakłucia talerzy biodrowych. Pobieranie szpiku łącznie ze znieczuleniem trwa zwykle 60-90 minut. Dawca przyjmowany jest na oddział rano w dniu pobrania szpiku i opuszcza szpital dzień po pobraniu szpiku.

Pobieranie szpiku kostnego

Jeśli dawca zdecyduje się na tą procedurę pobrania szpiku jest on przyjmowany do kliniki, która znajduje się jak najbliżej miejsca jego zamieszkania z reguły dzień wcześniej lub w dniu pobrania. Następnego dnia po zabiegu zwalniany jest do domu. Jednak kilkanaście dni wcześniej przed planowanym pobraniem dawca zostaje zaproszony do stacji krwiodawstwa, gdzie zostanie pobrana od niego krew do autotransfuzji (ok. 450 ml), która

następnie zostanie mu podana bezpośrednio po zabiegu pobrania szpiku. Termin pobrania musi być zsynchronizowany z przygotowaniem pacjenta do transplantacji, a pobrany od dawcy szpik dostarczany jest do Kliniki Transplantacyjnej przez specjalnego kuriera i podawany pacjentowi drogą kroplówki.

Pobieranie szpiku wykonuje się w znieczuleniu ogólnym lub zewnątrzoponowym aspirując szpik strzykawkami przez igły wklute do kołców biodrowych tylnych. Zwykle są to dwa wklucia przez skórę (niekiedy połączone z jej niewielkim nacięciem długości około 5 mm) i wielokrotne nakłucia kości. Zwykle podczas zabiegu średnio pobiera się 1000 ml szpiku, lecz całkowita jego objętość uzależniona jest za każdym razem od indywidualnej sytuacji klinicznej i związana jest głównie z masą biorcy, jak również masą dawcy i liczbą komórek w pobranym szpiku. Pobranie szpiku wraz ze znieczuleniem trwa zwykle 60-90 minut, a sam szpik pobierany jest do specjalnego zbiornika z płynem konserwującym a następnie jest filtrowany i podany dalszej obróbce w przypadku zajścia takiej potrzeby. Należy mieć na uwadze, że w następstwie znieczulenia ogólnego mogą wystąpić (lecz nie u wszystkich dawców) niepożądane objawy takie, jak: nudności, wymioty i ból głowy. Natomiast po samym zabiegu pobrania może wystąpić ból, obrzęk czy tkliwość w obrębie nakłucia wywołany uszkodzeniem tkanek w trakcie pobrania szpiku. U dawcy pełna regeneracja szpiku lub komórek macierzystych następuje w ciągu 2-3 tygodni.



**I Ty możesz zostać honorowym dawcą szpiku
i uratować czyjeś życie!**

Mariola Ostenda – absolwentka studiów podyplomowych z zakresu Logopedii w Wyższej Szkole Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych w Łodzi.

Różnice między klasyfikacją etiologiczną a objawową

Klasyfikacja przyczynowa (etiologiczna) według Ireny Styczek obejmuje:

1. Zaburzenia mowy **zewnątrzpochodne** (egzogenne, środowiskowe), gdzie nie występują defekty anatomiczne.
2. Zaburzenia mowy **wewnątrzpochodne** (endogenne), takie jak:
 - **dysglosja** - zniekształcenie dźwięków mowy lub niemożność ich wytwarzania na skutek nieprawidłowej budowy narządów mowy lub obniżenia słyszalności;
 - **dyzartria (anartria)** - zniekształcenie dźwięków mowy lub niemożność ich wytwarzania na skutek uszkodzenia ośrodków i dróg unerwiających narządy mowne;
 - **dyslalia (alalia)** - opóźnienie w przyswajaniu sobie języka na skutek opóźnionego wykształcenia się funkcji pewnych struktur mózgowych;
 - **afazja** - utrata częściowa lub całkowita znajomości języka na skutek uszkodzenia pewnych struktur mózgowych;
 - **jąkanie** - zaburzenie płynności mowy (rytmu i tempa);
 - **nerwice mowy (logoneurozy)** - mutyzm, afonia, jąkanie, zaburzenia tempa mowy, modulacji siły i wysokości głosu u osób cierpiących na nerwice;
 - **oligofazja** - niedokształcenie mowy spowodowane upośledzeniem umysłowym;
 - **schizofazja** - mowa u osób chorych psychicznie;

Klasyfikacja objawowa według Leona Kaczmarka:

W każdej wypowiedzi można wyróżnić trzy części składowe:

- treść;
- formę językową;
- substancję foniczną.

Połączenie treści i formy umożliwia przekazywanie myśli. Substancja foniczna jest nośnikiem dla myśli. Wszystkie trzy części składowe wypowiedzi determinują trzy rodzaje zaburzeń mowy:

1. **zaburzenia treści** - powstają w wyniku chorób umysłowych, psychicznych; objawiają się m.in. brakiem logiki w budowanych tekstach, zakłóceniami w procesie uogólniania i abstrakcji, niespójnością występującą w zbudowanych tekstach;
2. **zaburzenia językowe (zaburzenia formy)** - są skutkiem ogniskowych uszkodzeń mózgu; objawiają się niedokształceniem mowy lub jej brakiem, np.: alalia, afazja;
3. **zaburzenia substancji fonicznej**: w płaszczyźnie:
 - suprasegmentalnej - jąkanie, rynolalia, bełkot, bradylalia, tachylalia, itp.;
 - segmentalnej (spowodowane np.: upośledzeniem słuchu, uszkodzeniem obwodowych narządów mowy i obwodowych narządów nerwowych, wpływami środowiska, itp.) - dyslalia;
 - suprasegmentalnej i segmentalnej - palatolalia, mutyzm.

Zestawienie pozytywów i negatywów znanych klasyfikacji mowy.

W literaturze dotyczącej zaburzeń mowy spotykamy wiele różnych jej klasyfikacji. Mimo wielu prób i licznych podziałów zaburzeń mowy, nie udało się opracować klasyfikacji, która oddawałaby pełny obraz odbiegających od normy zachowań językowych zarówno systemowych, jak i komunikacyjnych.

W opinii I. Styczek klasyfikacje proponowane przez różnych autorów są mało precyzyjne i nieprzydatne w praktyce. Te, które uwzględniają jedynie objawy są w niedostatecznym stopniu uwzględniają przyczyny, natomiast podziały oparte na przyczynach mało logicznie porządkują zaburzenia mowy ze względu na ich objawy. Irena Styczek jest zdania, że „wskazane nieścisłości w poszczególnych typach klasyfikacji utrudniają działania diagnostyczne. W takiej sytuacji optymalną mogłaby się wydawać klasyfikacja, w której obok objawów uwzględnione zostaną przyczyny wywołujące dane zaburzenie. Nie jest to jednak możliwe, gdyż nie zawsze te ostatnie są w pełni rozpoznane oraz dlatego, że jedna przyczyna może wywoływać różne objawy, a ponadto ten sam objaw może być następstwem wielu przyczyn”.

Zdaniem S. Grabiasa trudności we właściwej klasyfikacji zaburzeń mowy wynikają z faktu, że od stuleci w opisach zaburzeń mowy panuje ściśle biologiczne ujęcie. Połączenie różnych, często rozbieżnych i sprzecznych poglądów jest mało precyzyjnym narzędziem klasyfikowania zaburzeń mowy, ponieważ wiązanie tak wielowymiarowego zjawiska, jakim jest mowa z dysfunkcją jakiejś przyczyny biologicznej i przypisywania jej określonego zbioru zachowań językowych nie jest łatwe, gdyż nawet różne natężenia tej samej dysfunkcji prowadzą do rozmaitych anormalnych zachowań językowych. Ma tu miejsce również operowanie analogicznymi wiązkami przyczyn przy objaśnieniu różnych dysfunkcji. Kolejne aspekty, na które zwraca uwagę autor to: „brak precyzji w określeniu zakresu pojęcia zachowania językowe odbiegające od normy, różne ujmowanie kwestii funkcjonowania języka, co wynika z przyjętego podejścia teoretycznego, różnego ujęcia mowy i jej zaburzeń, czyli analizowania tych zjawisk, np. tylko z perspektywy biologicznej, psychicznej lub społecznej, ograniczenia zapisu zaburzeń tylko do systemu językowego najczęściej do jego poziomu fonologicznego bez uwzględnienia systemu komunikacyjnego, nieanalizowania zaburzeń mowy na tle pełnego obrazu komunikacji językowej, nieuwzględnienia możliwości komunikacyjnych, którymi pomimo dysfunkcji dysponuje osoba z zaburzeniami mowy i wreszcie zamętu terminologicznego oraz różnorodności kryteriów, według których klasyfikuje się zaburzenia mowy”.

Różne sposoby i ujęcia podziału zaburzeń mowy oraz skomplikowany układ wywołujących je czynników, zarówno biologicznych jak i społecznych wpływają zdaniem B. Sawy na złożoność podziału zaburzeń mowy. Według niej kategoryzacji dokonuje się najczęściej na podstawie objawów, które łatwiej można uchwycić niż czynnik etiologiczny, stanowiący kryterium drugiej grupy podziałów.

Obecnie obok rodzimych zaczynają obowiązywać w Polsce klasyfikacje międzynarodowe. Do najważniejszych z nich należy klasyfikacja, ICD – 10, która obowiązuje w środowisku medycznym. Można pokusić się o stwierdzenie, że wyżej wspomniana klasyfikacja jest najbardziej klarowna i czytelna. Porządkuje ona i ujmuje zaburzenia w grupy wg przebiegów, w których ujawniają się nieprawidłowości w rozwoju mowy.

*„Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,
A wspomnień nikt nam nie zabierze,
Zawsze będą z nami”*

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że odeszła od nas nasza koleżanka,
wieloletnia Pielęgniarka Izby Przyjęć „Starego Szpitala”

HENRYKA KUPIS

Rodzinie i Bliskim wyrazy głębokiego współczucia
składają koleżanki i koledzy
ze Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu

*Śpieszmy się kochać ludzi,
tak szybko odchodzą ...*

Z głębokim żalem i smutkiem żegnamy
Wieloletnią Pielęgniarkę Oddziałową Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc

TERESE NOWICKĄ

Rodzinie i Bliskim wyrazy głębokiego współczucia
składają koleżanki i koledzy
ze Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu

*„To nic, że odszedłeś,
w moim sercu będziesz żył zawsze”*

Wyrazy głębokiego współczucia i wsparcia
dla naszej Koleżanki

MONIKI POSMYK

z powodu śmierci

M E Ż A

Składają koleżanki i koledzy
Dom Pomocy Społecznej w Sieradzu, w Witowie

*„Ludzie, których kochamy zostają na zawsze,
bo zostali w naszych sercach”*

Wyrazy głębokiego współczucia i wsparcia
dla naszej Koleżanki

KAZIMIERY OLEJNICZAK

z powodu śmierci

M A M Y

Składają koleżanki i koledzy
Szpital Wojewódzki w Sieradzu

*„Nie umiera ten, kto pozostaje
w naszych sercach”*

Wyrazy głębokiego współczucia i wsparcia
dla naszej Koleżanki

MAŁGORZATY KAŁUZIŃSKIEJ

z powodu śmierci

M E Ż A

Składają koleżanki i koledzy
Stacja Dializ w Sieradzu
