

Spis Treści

1. KOMUNIKATY

Informacja o śmierci Urszuli Krzyżanowskiej-Łagowskiej	2
Informacja w sprawie PIT-8C	3
Stanowisko nr 18 NRPiP w sprawie w sprawie podjęcia działań przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia mających na celu opracowanie nowego produktu świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej na rzecz mieszkańców tych domów i korespondencja będąca odpowiedzią na to stanowisko z MZ i MRPIPS	4 – 9
Stanowisko nr 19 Prezydium NRPiP w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącego przekazania dodatkowych środków na podwyższenie wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych	10
Stanowisko Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie w sprawie realizacji postulatów poprawy warunków pracy i płacy grupy zawodowej pielęgniarek i położnych	11 – 12
Porozumienie pomiędzy Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych i Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych a Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia	13 – 20
List otwarty do członków NSZZ „Solidarność” oraz wszystkich, którym na sercu leży dobro polskiej ochrony zdrowia	21
Pismo z MZ w sprawie eliminowania pielęgniarek systemu ze składu zespołów ratownictwa medycznego	22 – 23
Informacja na temat możliwości służby pielęgniarek i pielęgniarzy w Wojskach Obrony Terytorialnej	24 – 25
Kącik historyczny	26 – 36

2. ARTYKUŁY

Schizofrenia i ciąża- związek nierealny?	37 – 39
Fizjologia starzenia się	39 – 42

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

ODESZŁA OD NAS NA ZAWSZE URSZULA KRZYŻANOWSKA-ŁAGOWSKA



11 SIERPNIĄ 2018 ROKU ODESZŁA OD NAS NA ZAWSZE

URSZULA KRZYŻANOWSKA-ŁAGOWSKA

dr n. hum., pielęgniarka, absolwentka Wydziału Prawa i Administracji UW,
stypendystka Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w Genewie oraz nauczyciel
akademicki.

**Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pierwszej kadencji samorządu
pielęgniarek i położnych (w latach 1991–1995)**

Przypadło Jej w udziale budowanie struktur samorządu, który powstał niemalże równoległe z nurtem przeobrażeń ustrojowych i demokratycznych w naszym kraju. Pragnęła transformacji polskiego pielęgniarstwa i nie szczędziła sił, aby walczyć o budowanie samodzielności oraz prestiżu zawodu pielęgniarki i położnej. Miała duszę pionierki oraz wizjonerki, a przy tym odwagę, by podejmować się trudnych wyzwań.

Czas tworzenia samorządu opisywała słowami piosenki: „To były piękne dni, naprawdę piękne dni” i dodawała przy tym: „Tylko do tego musieliśmy mieć: zdrowie, silne nerwy, motywację i wiarę, że podołamy”.

Była autorką wielu publikacji, m.in. „Organizacja opieki pielęgniarstwa w Polsce na tle porównawczym” (1991), „Znać swój los” (1994), „Wartości duchowe w etosie pielęgniarstwa” (2005), „Idea samorządności – wspomnienia, rozmowy, fakty” (2011). Wydała dwa tomiki wierszy: „Wyrazić siebie” (1993) i „Pobądź ze mną” (1995).

Niemalże do ostatnich swoich dni nie traciła kontaktu z samorządem pielęgniarek i położnych, aktywnie uczestniczyła w wielu samorządowych uroczystościach, konferencjach organizowanych w całym kraju.

Pozostanie w naszej pamięci i sercach.

Będzie nam Jej brakowało.

Rodzinie i Bliskim składamy najserdeczniejsze wyrazy współczucia.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej

INFORMACJA W SPRAWIE PIT-8C

Szanowni Państwo
Koleżanki i Koledzy

Uprzejmie informuję, że Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej otrzymała interpretację przepisów prawa podatkowego dotyczącą podatku dochodowego od osób fizycznych w zakresie skutków podatkowych uczestnictwa w nieodpłatnych lub częściowo odpłatnych kursach i szkoleniach organizowanych, finansowanych w całości lub części, albo refundowanych w całości lub części przez Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych ze składek członkowskich oraz związanych z tym obowiązków płatnika dotyczących sporządzania i wystawienia informacji PIT-8C.

Z treści interpretacji indywidualnej Dyrektora Krajowej Informacji Skarbowej 0114-KDIP3-3.4011.92.2018.1.AK z dnia 17 maja 2018 r. wynika, że po stronie pielęgniarek i położnych uczestniczących w nieodpłatnych lub częściowo odpłatnych kursach i szkoleniach organizowanych, finansowanych w całości lub części albo refundowanych w całości lub części przez Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych ze składek członkowskich, nie powstaje przychód w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, a na Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych nie ciąży obowiązek sporządzania dla tych osób informacji PIT-8C.

W związku z powyższym Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej od 2018 r. nie będzie wystawiała PIT-8C osobom korzystającym w OIPiPZS z refundacji / dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego.

Pełna treść interpretacji indywidualnej Dyrektora Krajowej Informacji Skarbowej 0114-KDIP3-3.4011.92.2018.1.AK z dnia 17 maja 2018 r. dostępna jest na stronie www.oipipsieradz.pl

Anna Augustyniak
Przewodnicząca ORPiPZS

Stanowisko nr 18

Naczelnej Rady pielęgniarek i Położnych z dnia 19 czerwca 2018 roku

w sprawie podjęcia działań przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia mających na celu opracowanie nowego produktu świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki zatrudnione a domach pomocy społecznej na rzecz mieszkańców tych domów

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych apeluje o niezwłoczne podjęcie działań mających na celu zapewnienie osobom niepełnosprawnym, niezdolnym do samodzielnej egzystencji i wymagających długotrwałej opieki pielęgnacyjnej równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, realizowanych przez pielęgniarki w domach pomocy społecznej.

Domy pomocy społecznej, jako jednostka organizacyjna pomocy społecznej nie jest finansowana ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 1938) w zw. z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 160 z późn. zm.). W konsekwencji powyższego, nie jest możliwe finansowanie i rozliczanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, w tym świadczeń zdrowotnych w czasie choroby, udzielanych przez pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej. Według obowiązującego wykazu podstawowych usług, który został określony w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 sierpnia 2012 r. w sprawie domów społecznych (tj. Dz. U. z 2018 r., poz. 734) *dom pomocy społecznej niezależnie od typu świadczy usługi opiekuńcze polegające na pielęgnacji*. Obecnie w domach pomocy społecznej coraz mniej jest mieszkańców samodzielnych a coraz więcej osób powyżej 75 roku życia z coraz bardziej ograniczoną sprawnością funkcjonalną, osób leżących z koncentracją problemów zdrowotnych (wielochorobowości) w zakresie zdrowia somatycznego, psychicznego lub z niepełnosprawnością intelektualną. Taki stan wymaga od pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej, nie tylko pielęgnacji, ale realizowania świadczeń zdrowotnych w zakresie zapobiegania i profilaktyki powikłań, ograniczenia niedołęstwa starczego, diagnozowania i leczenia w ramach posiadanych kwalifikacji i na zlecenie lekarza. Czynności wykonywane przez pielęgniarki w domach pomocy społecznej w rzeczywistości nie różnią się od tych, które podejmowane są w zakładach opieki długoterminowej. W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych świadczenia zdrowotne realizowane przez pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej powinny być kontraktowane i finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia jako odrębny produkt zapewniający całodobową opiekę pielęgniarzką.

W związku z powyższym, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnioskuje o jak najszybsze opracowanie, rzetelną wycenę i wdrożenie dodatkowego produktu zapewniającego całodobowe świadczenia pielęgniarzkie na rzecz mieszkańców domów pomocy społecznej.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Zofia Malas



Ministerstwo Zdrowia
Departament Pielęgniarek
i Położnych

Warszawa, dnia 10-07-2018 r.

PPA.0762.8.2018/BW



Pani Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes!

Odpowiadając na pismo z dnia 5 lipca 2018 r., znak: NIPIP-NRPIP-DS.015.124.2018.MG, przy którym przekazane zostało stanowisko nr 18 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 czerwca 2018 r. w sprawie podjęcia działań mających na celu opracowanie nowego produktu świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej na rzecz mieszkańców tych domów oraz w nawiązaniu do pisma z dnia 21 maja 2018 r., znak: NIPIP-NRPIP-DM.002.51.2018.TK, Departament Pielęgniarek i Położnych przedstawia poniżej następujące informacje w przedmiotowej sprawie.

Odnosząc się do pisma znak: NIPIP-NRPIP-DM.002.51.2018.TK, które zawierało wnioski z Ogólnopolskiej Konferencji na temat „Zabezpieczenia mieszkańców domów pomocy społecznej w świadczenia pielęgniarskie” oraz prośbę o rozważenie zorganizowania spotkania Pana Ministra z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Panią Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Departament informuje, że odpowiedź na przedmiotową korespondencję została udzielona Pani Prezes pismem z dnia 28 czerwca 2018 r., znak: PPA.0762.8.2018/BW (kopia pisma w załączeniu).

W odniesieniu do przedstawionego stanowiska nr 18, dotyczącego opracowania nowego produktu świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej na rzecz mieszkańców tych domów, Departament uprzejmie wyjaśnia, że w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), osoby przebywające w domach pomocy społecznej mogą korzystać z kontraktowanych przez

Ministerstwo Zdrowia Telefon: (22) 86 01 115
ul. Miodowa 15 e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
00-952 Warszawa www.mz.gov.pl

niepodlega

Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach ogólnych, dotyczących wszystkich świadczeniobiorców. Mieszkańcy domów pomocy społecznej, którzy dokonali wyboru pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie deklaracji wyboru, mogą być objęci kompleksową i odpowiednią do stanu zdrowia opieką pielęgniarską, zgodnie z zakresem kompetencji pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

Świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej realizowane są zgodnie z ustalonym dla świadczeniobiorcy indywidualnym planem opieki. Zgodnie z § 16 ust. 5 zarządzenia nr 122/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 grudnia 2017 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, sprawowanie przez pielęgniarkę poz opieki nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami przebywającymi w DPS obejmuje:

- 1) współdziałanie w uzgodnieniu i tworzeniu przez zespół opiekuńczo-terapeutyczny DPS indywidualnych planów opieki dla jego mieszkańców;
- 2) edukację personelu DPS w zakresie wynikającym z potrzeb ustalonych planami opieki;
- 3) realizację świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych i leczniczych wynikających z diagnozy pielęgniarskiej oraz zleceń lekarskich.

Należy także zauważyć fakt, że świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej finansowane są w oparciu o roczną stawkę kapitałową korygowaną współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej świadczeniobiorcy albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy. W odniesieniu do osób przebywających w DPS lub placówce socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej – stawka kapitałowa korygowana jest współczynnikiem 3,5.

Natomiast wobec osób wymagających wzmożonej opieki udzielane są świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej realizowanej w domu świadczeniobiorcy tj. w domu pomocy społecznej.

Departament nadmienia, że zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta pomiędzy świadczeniodawcą, a dyrektorem oddziału wojewódzkiego, w postępowaniu przeprowadzonym w trybie konkursu ofert lub rokowań. Umowa, określa m.in.: rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, warunki ich udzielania, zasady rozliczeń pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy.

Biorąc pod uwagę powyższe, należy zauważyć, że dom pomocy społecznej, ze względu na podleganie innemu, niż podmiot leczniczy, reżimowi prawnemu nie zawiera z Narodowym

Funduszem Zdrowia umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych, ma jednak obowiązek umożliwienia i zorganizowania mieszkańcom pomocy w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów.

W sytuacji gdy dom pomocy społecznej decyduje się na świadczenie usług pielęgniarских na swoim terenie, a więc także na zatrudnianie pielęgniarek, stają się one pracownikami samorządowymi i podobnie jak pozostali pracownicy podlegają przepisom ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 902.) oraz przepisom rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 maja 2018 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 936).

Niezależnie od powyższych informacji Departament wskazuje, że mając na uwadze przekazywane do Ministerstwa Zdrowia wnioski dotyczące uregulowania zasad finansowania opieki pielęgniarской w domach pomocy społecznej, Ministerstwo Zdrowia podjęło współpracę z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie przeprowadzenia prac analitycznych na temat zabezpieczenia opieki pielęgniarской mieszkańcom domów pomocy społecznej.

Z uwagi na początkowy etap prac oraz roboczy charakter działań, w chwili obecnej nie jest możliwe przekazanie szczegółowych informacji na temat projektowanych rozwiązań w tym obszarze.

Z poważaniem

Z upoważnienia Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Dorota Zinkowska
Rada ministra



Ministerstwo Zdrowia
Departament Pielęgniarek
i Położnych

Warszawa, dnia 28-06-2018 r.

PPA.0762.7.2018/BW

Pani Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Kierowno Pani Prezes!

Nawiązując do pisma z dnia 21 maja 2018 r., znak: NIPIP-NRPIP-DM.002.51.2018.TK, w którym zostały przedstawione wnioski z Ogólnopolskiej Konferencji na temat „Zabezpieczenia mieszkańców domów pomocy społecznej w świadczenia pielęgniarskie” oraz prośba o rozważenie zorganizowania spotkania Pana Ministra z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Panią Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, że Ministerstwo Zdrowia podjęło współpracę z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie przeprowadzenia prac analitycznych na temat zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej mieszkańcom domów pomocy społecznej. Z uwagi na początkowy etap prac oraz roboczy charakter działań, w chwili obecnej nie jest możliwe przekazanie szczegółowych informacji na temat projektowanych rozwiązań w tym obszarze.

Mając na uwadze powyższe, Departament uprzejmie dziękuje za przekazane informacje oraz wyrażoną gotowość do wspólnej pracy w zakresie realizacji postulatów zgłoszonych przez uczestników Konferencji.

Z poważaniem

DYREKTOR
Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Beata Cholewka
dr n. o zdr. Beata Cholewka

Ministerstwo Zdrowia Telefon: (22) 86 01 115
ul. Miodowa 15 e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
00-952 Warszawa www.mz.gov.pl

niepodlega



MINISTERSTWO RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ
DEPARTAMENT POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ
ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa, tel. +48 22 661 12 77, fax +48 22 661 12 76
www.mpips.gov.pl, e-mail: sekretariat.dps@mpips.gov.pl

DPS.V.076.14.2018.WW

Warszawa, 8 sierpnia 2018 r.

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Izby Pielęgniarek
i Położnych

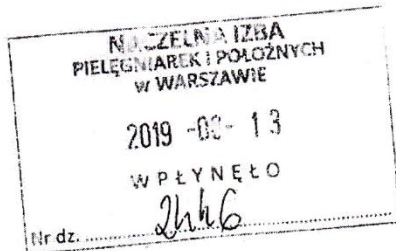
Szanowne Pani Prezes!

Nawiązując do pisma z dnia 5 lipca 2018 r., znak NIPiP-NRPiP-DS.015.125.2018.MG, przekazującego Stanowisko nr 18 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 czerwca 2018 r., skierowane do Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia pragnę podziękować za apel w tej sprawie.

Uprzejmie informuję, że trwają wstępne wspólne prace pracowników Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i pracowników Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia w sprawie przygotowania nowego produktu - koszyka usług adresowanego do mieszkańców domów pomocy społecznej, który zakładałby całodobowe świadczenie usług w domach pomocy społecznej, w wymiarze adekwatnym do potrzeb, łączący w sobie usługi podstawowej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej.

Zakłada się również, że najwłaściwszym rozwiązaniem byłby kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia podpisywany przez dyrektora domu pomocy społecznej. Trwają prace w tym zakresie.

W opinii Ministerstwa nierówności w wynagradzaniu tej grupy pracowników wynikają z tego, że pielęgniarki w domach pomocy społecznej w przeważającej liczbie są pracownikami samorządowymi. Trudna sytuacja finansowa samorządów często uniemożliwia podniesienie wysokości wynagrodzeń nie tylko pielęgniarek, ale także innych pracowników domów pomocy społecznej.



Z. Jankowiak
DIREKTOR
Departamentu Pomocy
i Integracji Społecznej
Krysztyna Wyrwicka

Stanowisko nr 19

Naczelnej Rady pielęgniarek i Położnych z dnia 20 czerwca 2018 roku

w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącego przekazania dodatkowych środków na podwyższenie wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych

NRPiP po zapoznaniu się z propozycjami przedstawionymi przez Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie poprawy warunków pracy i wynagrodzenia pielęgniarek i położnych nie akceptuje treści projektu porozumienia, gdyż przekazane propozycje są niewystarczające do wyprowadzenia z kryzysu Polskiego Pielęgniarstwa i Położnictwa.

NRPiP oczekuje, że kwota 1200 zł. zostanie włączona do podstawy wynagrodzenia zasadniczego od 01.09.2018 r. i w kolejnych latach zabezpieczone będą środki finansowe na wzrost wynagrodzenia pielęgniarek i położnych plus 5 transza od 01.01.2019 r. i kolejne.

NRPiP podtrzymuje Stanowisko Prezydium NRPiP z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Wskaźniki zaproponowane dla grupy zawodowej pielęgniarek i położnych powinny zostać zapisane na poziomie :

- dla pielęgniarki z tytułem magistra pielęgniarstwa lub położnej z tytułem magistra położnictwa, z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – 2,0 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłoszonego przez Prezesa GUS;
- dla pielęgniarki z tytułem magistra pielęgniarstwa lub położnej z tytułem magistra położnictwa albo pielęgniarki lub położnej z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – 1,75 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłoszonego przez Prezesa GUS;
- dla pielęgniarki lub położnej bez tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – 1,5 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłoszonego przez Prezesa GUS.

Oczekujemy, że osiągnięcie kwot we wskazanych współczynnikach powinno następować stopniowo zgodnie ze wzrostem nakładów na ochronę zdrowia (6% PKB do roku 2024).

Uwzględnienie powyższej propozycji wpłynie na poprawę warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych oraz zapewni bezpieczeństwo zdrowotne polskiego społeczeństwa.

NRPiP popiera stanowisko Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie z dnia 13.06.2018 r. w sprawie realizacji postulatów poprawy warunków pracy i płacy grupy zawodowej pielęgniarek i położnych.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Zofia Malas

**OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
ZARZĄD KRAJOWY**

Bydgoszcz, dnia 13.06.2018 r.

ZK-623/VII/2018

**S T A N O W I S K O
ZARZĄDU KRAJOWEGO
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
w Warszawie**

**w sprawie realizacji postulatów poprawy warunków pracy i płacy grupy
zawodowej pielęgniarek i położnych**

Działając w imieniu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, po zapoznaniu się z końcowymi propozycjami przedstawionymi przez Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącymi poprawy warunków pracy i płacy grupy zawodowej pielęgniarek i położnych oraz po przeprowadzeniu dyskusji, zmuszeni jesteśmy odrzucić zaproponowany pakiet zmian.

Ocena Zarządu Krajowego OZZPiP jest jednoznaczna. Przekazane propozycje są w naszym przekonaniu NIEWYSTARCZAJĄCE, w szczególności z dokonywanymi równoległe zmianami zasad wynagradzania innych grup zawodowych, w tym lekarzy i ratowników medycznych, a także wysoce niekorzystnymi i dyskryminującymi pielęgniarki i położne zapisami ustawy z 08.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1473), które, przypominamy, wprowadzone były w brzmieniu nieakceptowanym przez OZZPiP.

Zarząd Krajowy OZZPiP zwraca również uwagę, że propozycja końcowa Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ jako warunki brzegowe do zawarcia Porozumienia w żaden sposób nie spowoduje odwrócenia negatywnych trendów dotyczących zmniejszania się liczebności grupy zawodowej pielęgniarek i położnych zdiagnozowanych w opracowanym przez Ministerstwo Zdrowia dokumencie pn. „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”.

W ocenie Zarządu Krajowego OZZPiP konieczna jest zatem ponowna ocena działań, jakie chce osiągnąć Rząd RP w celu zapewnienia właściwego miejsca pielęgniarkom i położnym w systemie świadczeń opieki zdrowotnej, w jaki sposób Rząd RP zamierza w rzeczywistości zadbać o bezpieczeństwo i jakość opieki nad pacjentami, w jaki sposób Rząd RP zabezpieczy ilość wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej i położniczej na należytych poziomach oraz jakie podejmie działania powodujące wzrost atrakcyjności zawodu pielęgniarki i położnej.

Zarząd Krajowy OZZPiP stara się szukać różnych możliwości rozwiązania KRYZYSU, jaki powstał w Polsce w kwestii wykonywania zawodu pielęgniarek i położnych. W tych warunkach domagamy się wprowadzenia przez stronę rządową i NFZ zmian w następujących obszarach :

1). Zmiany ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach

lecniczych przynajmniej w zakresie znacznego podwyższenia współczynników pracy przypisanych dla grupy zawodowej pielęgniarek i położnych. Szczególnie wrażliwa jest kwestia pozostawienia na niezmiennym poziomie współczynnika pracy 0.64 w Lp. 9 Załącznika do ustawy. W tej grupie jest najwięcej czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych. Pozostawienie najliczniejszej grupy pielęgniarek i położnych – wykwalifikowanych specjalistów, wykonujących zawody w pełni samodzielnie, regulowane prawem krajowym i europejskim, na takim poziomie wynagrodzenia jak zawody pozbawione tych cech (np. opiekun medyczny czy sekretarka medyczna) jest nie do pogodzenia z zasadami współżycia społecznego.

2). Potwierdzenia gwarancji działania podwyżki 4 x 400,-zł. brutto brutto po 31.08.2019 r., ale także strategicznej decyzji nakazującym pracodawcom włączenie od 01.09.2018 r. pielęgniarkom i położnym w/w kwot przynajmniej kwoty 1.200,-zł. miesięcznie brutto do wynagrodzenia zasadniczego.

3). Podniesienia rangi zawodu pielęgniarki i położnej m.in. poprzez realizację propozycji rozszerzenia podwyżki 4 x 400,- zł. brutto brutto o kolejne dodatkowe kwoty przekazywane przez NFZ świadczeniodawcom na podstawie OWU. Decyzja o terminie uruchomienia tej wypłaty musi być szybsza niż pierwotna propozycja strony rządowej i winna obejmować wszystkie rodzaje świadczeń dla których działa obecna podwyżka 4 x 400,- zł. brutto brutto.

4). Wprowadzenia w życie zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 2295). Oczekujemy, aby końcowy efekt zmian spowodował nałożenie na świadczeniodawców obowiązku spełnienia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych (w tym wprowadzenie obowiązku posiadania odpowiednich kwalifikacji), od spełnienia którego uzależnione będzie otrzymanie lub utrzymanie kontraktu z NFZ na świadczenia medyczne z zakresu leczenia szpitalnego. Zakresy minimalnych norm zostały już wynegocjowane w Ministerstwie Zdrowia jeszcze w 2015 r. i oczekiwane jest bezwzględne wprowadzenie ich do realizacji.

5). Uzgodnienia pomiędzy Stronami ponownej oceny realizacji warunków ewentualnego Porozumienia oraz zrewaluowania realizacji jego postanowień najpóźniej w styczniu 2020 r.

OZZPiP domaga się również pilnej realizacji innych kwestii zdiagnozowanych w dokumencie pn. „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” w różnych pozostałych obszarach negocjowanych przez Strony, jednak warunki brzegowe do zawarcia ewentualnego porozumienia zostały określone w w/w punktach.

Przewodnicząca
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego
Pielęgniarek i Położnych

Krystyna Ptok

NIPiP WRAZ Z OZZPiP PODPISAŁY POROZUMIENIE Z MINISTREM ZDROWIA I NARODOWYM FUNDUSZEM ZDROWIA

Po trwających pół roku negocjacjach w dniu 9 lipca 2018 r. zostało zawarte porozumienie pomiędzy

Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Ministrem Zdrowia oraz Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie :

- Włączenia dotychczasowych dodatków do wynagrodzenia zasadniczego;
- Wprowadzenia rozporządzenia dotyczącego norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych od 1 stycznia 2019 roku;
- Wprowadzenia porady pielęgniarskiej jako świadczenia gwarantowanego, finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- Zagwarantowania 6-dniowego, płatnego urlopu szkoleniowego od stycznia 2019 roku;
- Nowelizacji rozporządzenia w sprawie sposobu przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych oraz innych działań mających na celu poprawę warunków pracy pielęgniarek i położnych w Polsce;

Strony zobowiązały się do wspólnej pracy nad dokumentem „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” w celu jego dostosowania do bieżących potrzeb środowiska oraz wypracowania jego finalnej wersji w terminie do dnia 31 grudnia 2018 r., celem przedłożenia Radzie Ministrów.

W załączeniu treść porozumienia.

P O R O Z U M I E N I E

Zawarte w dniu 9 lipca 2018 r. w Warszawie pomiędzy :

Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych z siedzibą 00-252 Warszawa, ul. Podwale 11, reprezentowanym przez Panią Krystynę Ptok – Przewodniczącą Zarządu Krajowego OZZPiP, zwanym dalej „OZZPiP”,

i

Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych z siedzibą 02-757 Warszawa, ul Pory 78/10, reprezentowaną przez Panią Zofię Małas – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, zwaną dalej „NIPiP”

a

Ministrem Zdrowia – Panem Łukaszem Szumowskim, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, zwanym dalej „Ministrem Zdrowia”,

i

Narodowym Funduszem Zdrowia z siedzibą 02-952 Warszawa, ul Grójecka 186, reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Pana Andrzeja Jacynę, zwanym dalej „NFZ”, zwane łącznie „Stronami”.

Mając na uwadze :

1. przepisy ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1881)

2. art. 22 ust. 1 pkt 6 i 12 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 916)
3. art. 38 ust. 1 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działaniach administracji rządowej (Dz. U. z 2018 r. poz. 762)
4. art. 102 ust. 5 pkt 22 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.)

- Strony dokonały analizy Porozumienia zawartego pomiędzy Stronami w dniu 23 września 2015 r., którego celem było m.in. zapewnienie właściwego miejsca pielęgniarkom i położnym w systemie świadczeń opieki zdrowotnej, potrzeba zadbania o bezpieczeństwo i jakość opieki nad pacjentami a także stworzenia warunków powodujących wzrost atrakcyjności zawodów pielęgniarki i położnej dla nowych, napływających do zawodu kadr i doszły do wniosku, że dotychczasowe rozwiązania w tym zakresie nie spełniły oczekiwań środowiska pielęgniarek i położnych. Niezbędne jest zatem podjęcie działań zmierzających do stabilizacji wynagrodzeń pielęgniarek i położnych poprzez włączenie dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne do podstawy wynagrodzenia.

Dodatkowo zawarcie niniejszego Porozumienia poprzedziła analiza wniosków wynikających z dokumentu pn. „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” opracowanego przez Ministerstwo Zdrowia.

Strony potwierdzają, że konieczne były działania mające na celu przyspieszenie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia do 6% Produktu Krajowego Brutto (PKB) w sposób określony w ustawie z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Mając na uwadze powyższe Strony zawierają niniejsze Porozumienie o następującej treści :

§ 1

1. Minister Zdrowia na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dokona nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), w celu zapewnienia pielęgniarkom i położnym, których mowa w tych rozporządzeniach, zatrudnionym na podstawie stosunku pracy, wzrost wynagrodzenia zasadniczego w wysokości nie niższej niż 1200 zł. miesięcznie od dnia 1 lipca 2019 r. w przeliczeniu na jeden etat, z tym, że od dnia 1 września 2018 r. – w wysokości nie niższej niż 1100 zł. miesięcznie w przeliczeniu na jeden etat. Wzrost wynagrodzenia zasadniczego będzie pokrywany ze środków NFZ przeznaczonych na średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zgodnie z mechanizmem określonym w ww. rozporządzeniach, również po dniu 31 sierpnia 2019 r. Dotyczy to także innych pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej.

Mechanizm ten nie będzie podlegał zmianom :

1.w zakresie sposobu podziału środków, w szczególności zostanie zachowana zasada równego ich podziału w równej miesięcznej wysokości w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki lub położnej (w razie nieosiągnięcia porozumienia albo braku opinii pozytywnej),

2. w stosunku do pielęgniarek i położnych objętych ww. rozporządzeniami wykonujących zawód na podstawie innej niż stosunek pracy,

3. w zakresie stosowania stanowiska Ministra Zdrowia stanowiącego załącznik do Porozumienia z dnia 23 września 2015 r.

Wzrost wynagrodzenia zasadniczego, o którym powyżej, uwzględni dotychczasową wysokość wzrostu tego wynagrodzenia pokrywaną w okresie od dnia 1 września 2015 r. do dnia wejścia w życie zmian w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 137 ust.2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ze środków finansowych, o których mowa w tych rozporządzeniach. Informacje o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących u danego świadczeniodawcy zawód będą przekazywane dwa razy do roku.

2. W celu dokonania zmian w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych Minister Zdrowia zapewni wejście w życie nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295)w terminie od dnia 1 stycznia 2019 r. zgodnie z równoważnikami zatrudnienia na łóżko nie niższymi niż określone w projekcie rozporządzenia, który przy piśmie z dnia 12 kwietnia 2018 r. (znak ASG.4082.68.2018.KoM) został przekazany do konsultacji publicznych. Dodatkowo Minister Zdrowia zapewnia, że w wydanym rozporządzeniu w oddziałach pediatrycznych równoważniki na łóżko zostaną podwyższone od dnia 1 lipca 2019 r. do poziomu 0,8 w oddziałach zachowawczych oraz 0,9 w oddziałach zabiegowych.

3.We wrześniu 2018 r. Minister Zdrowia zapewni wejście w życie zmian w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r. poz. 1386 i 1610), zgodnie z wypracowanymi w Ministerstwie Zdrowia w 2015 r. równoważnikami na łóżko. Minister Zdrowia zastrzega sobie w tym zakresie wypracowanie rozwiązań przejściowych na podstawie zebranych danych.

4.We wrześniu 2018 r. Strony rozpoczną dialog dotyczący wprowadzenia zmian w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w następujących rodzajach świadczeń : ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza, leczenie uzdrowiskowe, stacjonarne świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

5.Minister Zdrowia zapewni realizację projektu pn. „Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków”, w ramach III edycji konkursu ogłoszonego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia. Działanie 5.5 Rozwój usług pielęgniarstwa”, zgodnie ze zmienionymi zasadami przyznawania stypendiów dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwa i położnictwa oraz wynagradzania opiekunów grup.

6. Minister Zdrowia podejmie działania mające na celu wprowadzenie nie później niż do dnia 1 stycznia 2019 r. tzw. porady pielęgniarskiej do świadczeń gwarantowanych z wybranych zakresów, po zasięgnięciu opinii OZZPiP oraz NIPiP.

7. Minister Zdrowia podejmie działania mające na celu wprowadzenie płatnego urlopu szkoleniowego dla pielęgniarek i położnych w wymiarze 6 dni rocznie od dnia 1 stycznia 2019 r., w szczególności w celu udziału w konferencjach, szkoleniach oraz kursach naukowych.

8. Minister Zdrowia rozważy zmianę przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia regulującego sposób przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownicze w niektórych podmiotach leczniczych w zakresie składu komisji konkursowych, po przedłożeniu pisemnej propozycji przez OZZPiP oraz NIPiP.

9. Strony deklaruja, że w ramach Rady Dialogu Społecznego w terminie trzech miesięcy od dnia zawarcia niniejszego Porozumienia zainicjują prace nad zmianą współczynników pracy określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473), tak aby współczynniki te odzwierciedlały wykształcenie, kompetencje oraz odpowiedzialność.

10. NFZ dokona nowelizacji odpowiednich zarządzeń w celu realizacji niniejszego Porozumienia i znowelizowanych rozporządzeń dotyczących ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

11. NFZ przeznaczy w planach finansowych NFZ środki finansowe umożliwiające realizację ust. 1.

12. Minister Zdrowia podejmie działania zmierzające do zwiększenia liczby pielęgniarek i położnych podejmujących dobrowolnie służbę w Wojskach Obrony Terytorialnej.

13. Minister Zdrowia zapewni w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia finansowanych z budżetu państwa wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zgodnie z dotychczasową praktyką. To samo będzie dotyczyć pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w stacjach sanitarno-epidemiologicznych.

14. Minister Zdrowia deklaruje, że zamierza przeprowadzić ogólnopolskie kampanie informacyjne promujące wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej i zaprasza w tym zakresie do współpracy OZZPiP oraz NIPiP.

15. Minister Zdrowia deklaruje wolę konsultacji ze środowiskiem pielęgniarek i położnych przy wprowadzaniu kolejnych zmian systemowych w ochronie zdrowia.

§ 2

1. Strony zgodnie oświadczają, że akceptują ustalenia określone w niniejszym Porozumieniu i będą zgodnie współdziałać w ich realizacji w ramach kompetencji własnych i wyłącznych danej Strony wynikających z przepisów ustawowych oraz przepisów prawa wewnętrznego.

2. OZZPiP zobowiązuje się do niepodejmowania ogólnokrajowych akcji protestacyjnych od dnia podpisania niniejszego Porozumienia do dnia 1 stycznia 2021 r., pod warunkiem realizacji postanowień niniejszego Porozumienia.

3.Strony zgodnie oświadczają, że będą dążyć do wspólnego rozwiązywania lokalnych sporów w podmiotach leczniczych, w których uczestniczą środowiska pielęgniarek i położnych.

4.W styczniu 2020 r. Strony odbędą oficjalne spotkania robocze mające na celu ocenę realizacji postanowień zawartych w § 1.

5.Strony przystąpią do prac nad projektem ustawy, który zastąpi regulacje zawarte w rozporządzeniach dotyczących ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie określonym w § 1 ust. 1, w marcu 2019 r.

6.Strony zobowiązują się do pracy nad dokumentem pt. „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” w celu jego dostosowania do bieżących potrzeb środowiska oraz wypracowania jego finalnej wersji w terminie do dnia 31 grudnia 2018 r. celem przedłożenia Radzie Ministrów.

§ 3

Porozumienie sporządzono w czterech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

§ 4

Porozumienie wchodzi w życie z dniem 9 lipca 2018 r.

I N F O R M A C J A **w sprawie POROZUMIENIA z dnia 09-07-2018r.**

Porozumienie z dnia 09 lipca 2018r. zawarte w Warszawie pomiędzy OZZPiP oraz NIPiP, a Ministrem Zdrowia i Prezesem NFZ ma na celu doprowadzić do sukcesywnego polepszenia dotychczasowych warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w Polsce.

Porozumienie obejmuje następujące obszary:

Wynagrodzenia:

W celu trwałej gwarancji wypłaty podwyżki 4 x 400 brutto brutto po 2019 roku, wychodząc naprzeciw żądaniom środowiska ze sporów zbiorowych w roku 2015 (wzrost wynagrodzeń zasadniczych o 1500 zł), strony porozumiały się, że środki finansowe przekazywane przez NFZ do świadczeniodawców na podstawie OWU będą nadal przekazywane także po 31-08-2019r. tj. w kwocie po 1.600,-zł. brutto brutto miesięcznie na jeden etat lub równoważnik etatu.

Uzgodniono, że pielęgniarki i położne zatrudnione na podstawie stosunku pracy (umowy o pracę zawarte na podstawie Kodeksu pracy), które otrzymują aktualnie środki z podwyżki 4 x 400,-zł. brutto brutto otrzymają na ich podstawie **od 01-09-2018r.** wzrost miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w kwocie **nie mniejszej niż 1.100,-zł.** w przeliczeniu na pełen etat. Dodatkowo dla tej grupy osób **od 01-07-2019r.** miesięczne wynagrodzenie zasadnicze wzrośnie jeszcze **o dalsze 100,-zł.** (łącznie, zatem o kwotę 1.200,-zł.). Te obligatoryjne wzrosty wynagrodzenia może pracodawca pokryć z kwoty 1.600,-zł. brutto brutto, jaką będzie otrzymywał od 01-09-2018r. z NFZ na podstawie OWU.

Jeżeli w wyniku podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego o kwotę 1.100,-zł. (a od 01-07-2019r. o kolejne 100,-zł.) koszty tej podwyżki dla danej pielęgniarki lub położnej **nie przekroczą łącznie z pochodnymi i składkami ZUS obciążającymi pracodawcę kwoty 1.600,-zł. brutto brutto to pracodawca będzie zobowiązany tej pielęgniarce lub położnej dopłacać nadal dodatek miesięczny do wynagrodzenia** (chyba, że będzie inne porozumienie w tej sprawie z Zakładową lub Międzyzakładową Organizacją Związkową OZZPiP). Wynika to z uzgodnienia, że w pozostałym zakresie warunki przekazywania świadczeń z OWU nie ulegną zmianie, w tym pozostaną niezmienione mechanizmy podziału środków w danym podmiocie leczniczym (**UWAGA! Zostaje zachowana zasada równego ich podziału w równej miesięcznej wysokości w przeliczeniu na etat lub równoważnik etatu**).

Przykład:

W przykładzie najbardziej skrajnym pielęgniarka nowo zatrudniona (po studiach), na pełnym etacie, która nie ma dodatku stażowego i która pracuje w podstawowym systemie czasu pracy (zatem nie ma dodatków świątecznych oraz za prace w porze nocnej) otrzyma:

Pracodawca ma dla niej mieć od 01-09-2018r. do dyspozycji na wzrost miesięcznego wynagrodzenia kwotę 1.600,-zł. brutto brutto.

Zgodnie z zawartym porozumieniem od 01-09-2018r. pielęgniarka ta otrzyma podwyżkę wynagrodzenia zasadniczego o kwotę 1.100,-zł. miesięcznie. Zatem koszt tej podwyżki dla pracodawcy wynosi:

1.100,-zł. powiększone o składki ZUS obciążające pracodawcę (łącznie koszt pracodawcy w tym przypadku tzw. brutto brutto to) = ok. 1.330,-zł. – (a winno być brutto brutto 1600 zł.). Wobec tego pielęgniarka **będzie musiała otrzymać jeszcze dodatek wyrównujący do miesięcznego wynagrodzenia, na który pracodawca przeznaczy kwotę około 270 zł** (według wyliczenia 1.600,-zł. – 1.330 zł.). Przypominamy o potrąceniu z tych kwot składek ZUS i US po stronie pracownika.

Podkreślamy, zatem że żadna z osób pracujących na etacie, które będą miały włączone dotychczasowe dodatki do pensji zasadniczej od 01.09.2018 nie straci, a przeciwnie może w perspektywie roku 2018-2019 zyskać na pochodnych wynikających ze stażu pracy, godzin nocnych, świątecznych, funkcyjnych i nadgodzin, często obecnie podbieranych z kwoty dodatku 3 x 400=1200 brutto brutto. Kwoty na cele tej regulacji będą ujęte w nowelizacji Rozporządzenia MZ oraz w planach finansowych NFZ.

Porozumienie z 09-07-2018r. **nie zmienia zasady** dalszego przekazywania środków na podstawie OWU do pielęgniarek i położnych zatrudnionych **na podstawie umów zlecenia**.

Porozumienie nie kwestionuje również zasady udziału pielęgniarek i położnych w podziale środków przekazywanych na podstawie OWU, **jeżeli pracują w kilku miejscach pracy** w wymiarze przekraczającym miesięcznie jeden etat lub równoważnik etatu.

Informacja bardzo ważna i korzystna dla środowiska pielęgniarek i położnych zatrudnionych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ). Porozumienie z 09-07-2018r. reguluje zasady wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie stosunku pracy w POZ.

1/ Pielęgniarki i położne środowiskowe oraz pielęgniarki szkolne otrzymają podwyżkę wynagrodzenia zasadniczego od 01-09-2018r. o kwotę 1.100,-zł. (od 01-07-2019r. o dalszą kwotę 100,-zł.) **także w sytuacji, gdy z uwagi na zbyt niską liczbę zapisanych pacjentów wzrost stawki kapitałowej, jaki otrzymuje dla tych osób pracodawca z NFZ nie wystarczy na pokrycie tej podwyżki.**

2/ Dodatkowo **taki sam wzrost wynagrodzeń zasadniczych** otrzymają również pozostałe pielęgniarki i położne POZ (nie mające tzw. aktywnych list pacjentów, a pracujące w gabinetach lekarskich lub punktach szczepień tzw. **pielęgniarki praktyki**).

Strony w terminie 3 miesięcy powrócą na forum Rady Dialogu Społecznego do rozmów celem zmiany obowiązujących obecnie współczynników pracy **tak, aby odzwierciedlały one wykształcenie, kompetencje oraz odpowiedzialność pracowników.**

Duży wpływ na wynagrodzenia będzie mieć uzyskana zgoda Ministra Zdrowia oraz przede wszystkim Prezesa NFZ, aby **świadczoniodawcy dwa razy w roku uaktualniali zgłaszane do NFZ listy pielęgniarek i położnych na potrzeby uzyskania środków na podstawie OWU.** Ma to znaczenie szczególnie dla nowo wchodzących do zawodu pielęgniarek i położnych, które prawo do wykonywania zawodu otrzymują po 1 sierpnia danego roku. Zapis ten ma również znaczenie dla pielęgniarek i położnych, które w trakcie roku będą chciały zmienić pracodawcę, co może być jeszcze częstsze po wprowadzeniu obligatoryjnych norm zatrudnienia w lecznictwie szpitalnym.

Uzyskano również deklarację Ministra Zdrowia, że zapewni w **jednostkach podległych lub nadzorowanych przez MZ** finansowanych z budżetu państwa (a nie z NFZ) wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych **zgodnie z dotychczasową praktyką.** Pielęgniarki i położne w tych podmiotach były poza działaniem podwyżki 4 x 400,-zł. (bo ich pracodawca nie miał kontraktu z NFZ), ale dotąd praktyką było uzyskiwanie przez te pielęgniarki i położne analogicznych podwyżek wynagrodzeń, przy czym wymagało to, co roku rozmów z MZ. Ponadto MZ zgodził się objąć tą zasadą także pielęgniarki i położne wykonujące zawód **w stacjach sanitarno – epidemiologicznych.**

Ustalono wprowadzenie od 01-01-2019r. nowego świadczenia kontraktowanego przez NFZ tzw. **porady pielęgniarskiej.**

Warunki pracy:

Strony uzgodniły **wejście w życie z dniem 01-01-2019r. norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, jako warunku kontraktowania świadczeń przez NFZ w zakresie świadczenia lecznictwo szpitalne** (uzgodnienie obejmuje zasadę wyliczania zatrudnienia w oparciu o równoważniki zatrudnienia 0,6 w oddziałach zachowawczych i 0,7 w oddziałach zabiegowych na łóżko, **przy czym od 01-07-2019 r. dla oddziałów pediatrycznych równoważniki zatrudnienia będą wyższe – 0,8 w oddziałach zachowawczych i 0,9 w oddziałach zabiegowych na łóżko).**

Strony uzgodniły również **sukcesywne wprowadzenie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w obszarach opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza, leczenie uzdrowiskowe, stacjonarne świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz opieka paliatywna i hospicyjna.**

Uzgodniono **wprowadzenie od 01-01-2019r. płatnego urlopu szkoleniowego w wymiarze 6 dni rocznie,** który mogą pielęgniarki i położne przeznaczyć na indywidualne dokończanie się, w szczególności na udział w konferencjach, szkoleniach oraz kursach naukowych.

Pozostałe kwestie:

Minister Zdrowia ma zapewnić **realizację wsparcia wejścia do zawodu pielęgniarek i położnych poprzez wypłaty stypendiów dla studentów i absolwentów podejmujących pracę w Polsce.**

Minister Zdrowia **akceptuje postulat zmiany przepisów regulujących przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze w niektórych podmiotach leczniczych.**

Minister Zdrowia ma podjąć działania umożliwiające **zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych podejmujących służbę w Wojskach Obrony Terytorialnej** (uatrakcyjni ofertę podjęcia częściowo odpłatnej służby), ale będzie zachowana zasada **całkowitej dobrowolności** (służbę w WOT podejmować będą tylko osoby tym zainteresowane).

Strony porozumiały się także, że w przypadku dokonywania w przyszłości zmian systemowych w ochronie zdrowia, zmiany te będą konsultowane ze środowiskiem pielęgniarek i położnych.

Dodatkowo strony umówiły się, że od marca 2019r. rozpoczną prace nad projektem ustawy, która docelowo zastąpi rozwiązania zawarte w rozporządzeniach dotyczących OWU. Ponadto Strony uznały, że jest potrzeba **dostosowania dokumentu „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”, a także przedłożenia jego finalnej wersji – w terminie do 31-12-2018r. – do przyjęcia przez Radę Ministrów do realizacji, jako program rządowy.**

OZZPiP zobowiązał się do niepodejmowania ogólnokrajowych akcji protestacyjnych do dnia 01-01-2021r., ale pod warunkiem realizacji postanowień Porozumienia. Dodatkowo strony umówiły się, że w styczniu 2020r. podejmą rozmowy mające ocenić realizację postanowień Porozumienia. Zawarte Porozumienie i związane z nim przekazanie zewnętrznych środków na wzrosty wynagrodzeń grupy zawodowej pielęgniarek i położnych oraz poprawa warunków pracy mają być jedynie **pomocą dla pracodawców do wdrożenia w swoich zakładach pracy własnych indywidualnych rozwiązań.**

Podane w Porozumieniu wzrosty wynagrodzeń zasadniczych **zostały zapisane, jako nie niższe.** Porozumienie z dnia 09-07-2018r. **nie zabrania i nie ogranicza możliwości prowadzenia w poszczególnych zakładach pracy negocjacji dot. przekazania dodatkowych środków (pochodzących od pracodawcy) dla uzupełnienia puli środków przekazywanych na podstawie w/w Porozumienia.** Zakładowe i Międzyzakładowe Organizacje Związkowe OZZPiP mają prawo prowadzić teraz jak i w przyszłości negocjacje płacowe, a także negocjacje dotyczące warunków pracy grupy zawodowej pielęgniarek i położnych, czy to w trybie zwykłym tj. z wykorzystaniem ustawy o związkach zawodowych, czy też w trybie nadzwyczajnym tj. z wykorzystaniem ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych. Oczywiście Porozumienie z 09-07-2018r. nie zabrania i nie ogranicza również naszych Zakładowych i Międzyzakładowych Organizacji Związkowych OZZPiP do udziału w negocjacjach płacowych, jakie będą prowadzić w przyszłości pracodawcy ze wszystkimi innymi organizacjami związkowymi dotyczącymi ogólnozakładowych wzrostów wynagrodzeń.

OZZPiP i NRPIP zobowiązały się natomiast, że będą pomagały rozwiązywać lokalne spory w podmiotach leczniczych, w których uczestniczyć będą środowiska pielęgniarek i położnych.

List otwarty do członków NSZZ „Solidarność” oraz wszystkich, którym na sercu leży dobro polskiej ochrony zdrowia

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych jest oburzona wypowiedzią Przewodniczącego NSZZ „Solidarność” Piotra Dudy z dnia 8 sierpnia 2018 r. W opinii NRPiP jest to nakłanianie strony rządowej do nieprzestrzegania zapisów Porozumienia z dnia 9 lipca 2018 r., które gwarantują pielęgniarkom i położnym poprawę warunków pracy i płacy. Przewodniczący Duda odmawia samorządowi pielęgniarek i położnych ustawowego prawa do prowadzenia rozmów oraz podpisywania porozumień ze stroną rządową w imieniu tego środowiska. Podkreślamy, że NRPiP od lat podejmuje szereg działań zmierzających do powstrzymania deprecjonowania zawodów pielęgniarek i położnych.

Porozumienie zawarte pomiędzy Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Zarządem Krajowym Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, a Ministerstwem Zdrowia oraz Narodowym Funduszem Zdrowia daje nadzieję na rozwiązanie najbardziej palących problemów naszego środowiska zawodowego. Mowa w nim m. in. o wdrożeniu norm zatrudnienia, regulacji płac, płatnych urlopach szkoleniowych, stypendiach dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwa i położnictwa, wypracowaniu strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa. Takie gwarantowane rozwiązania wpłyną bezpośrednio na płace, warunki i bezpieczeństwo pracy każdej pielęgniarki i położnej w Polsce. Zatem są to działania na rzecz pracowników, które NSZZ „Solidarność” powinna wspierać, tymczasem Przewodniczący Duda – wspólnie z organizacjami pracodawców – próbuje zablokować wejście w życie Porozumienia. Chcemy również wyraźnie podkreślić, że nigdy nie negowaliśmy i nie negujemy działań innych organizacji reprezentujących interesy swoich środowisk.

Oburzające słowa Przewodniczącego Dudy padały w sierpniu, miesiącu szczególnym dla każdego członka Solidarności. 38 lat temu ogłoszono „21 postulatów Solidarności”. Jesteśmy przekonani, że nasze starania wpisują się w ich realizację. Mając na uwadze publiczne wystąpienie liderów NSZZ „Solidarność”, należy zapytać, czy sierpniowe postulaty są w dalszym ciągu dekalogiem organizacji, którą reprezentują? Rodzi się także kolejne pytanie o to, dlaczego „Solidarność” pozwoliła w ostatnim dwudziestoleciu na tak drastyczne deprecjonowanie zawodów medycznych?!

Apelujemy do członków Solidarności o solidarność z pielęgniarkami i położnymi, które inicjują pozytywne zamiany w ochronie zdrowia, liderów zaś o zaprzestanie prowadzenia negatywnej kampanii, dewaluującej działania Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Do wiadomości:

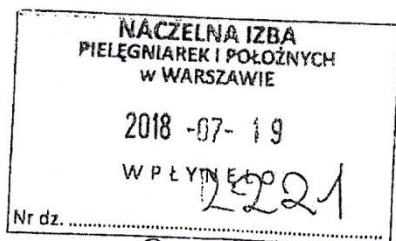
1. Mateusz Morawiecki, Premier RP
2. Łukasz Szumowski, Minister Zdrowia
3. Andrzej Jacyna, Prezes NFZ
4. Krystyna Ptok, Przewodnicząca OZZPiP
5. Dorota Gardias, Przewodnicząca Forum Związków Zawodowych



Minister Zdrowia

PPK.0213.41.2018.JJ

Warszawa, 12 -07- 2018



Pani
Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 25 czerwca 2018 r. zawierającego Stanowisko nr 21 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 czerwca 2018r. w sprawie eliminowania pielęgniarek systemu ze składu zespołów ratownictwa medycznego w systemie Państwowe Ratownictwa Medycznego, uprzejmie informuję, iż w Ministerstwie Zdrowia swoimi działaniami w żaden sposób nie ogranicza liczby pielęgniarek pracujących w systemie PRM.

Obowiązek zapewnienia należytej i zgodnej z prawem organizacji pracy w podmiocie leczniczym spoczywa przede wszystkim na kierowniku tego podmiotu, który zgodnie z art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018r. poz. 160) ponosi odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

Natomiast ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195), która określa zasady organizacji i funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego, nie wprowadza żadnych ograniczeń dotyczących zatrudniania pielęgniarek systemu, czy ratowników medycznych. Zgodnie z obowiązującymi przepisami do wykonywania medycznych czynności ratunkowych uprawnieni są wszyscy członkowie zespołu ratownictwa medycznego, czyli lekarze systemu, ratownicy medyczni oraz pielęgniarki systemu. Jedynie w ramach systemu ratownictwa medycznego ratownik medyczny i pielęgniarka systemu posiadają równorzędne uprawnienia do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Zatem decyzję o sprawach kadrowych podejmuje kierownik podmiotu i on odpowiada za zatrudnienie na danym stanowisku pracy osoby posiadającej wymagane przepisami kwalifikacje.

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl



Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie danego podmiotu leczniczego, powinien określać regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika. Minister Zdrowia nie ma uprawnień do ingerowania w wewnętrzną politykę kadrową podmiotu leczniczego.

Ponadto należy wskazać, że niezależnie od formy działalności podmiotu leczniczego, każdy świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców, określonymi w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczeniodawcy, którzy podpisali z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są zobowiązani do przestrzegania przepisów dotyczących zatrudnienia i podlegają nadzorowi oraz kontroli uprawnionych organów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Reasumując uprzejmie informuję, że w Ministerstwie Zdrowia nie trwały i nie są prowadzone żadne prace mające na celu zmianę składu osobowego zespołów ratownictwa medycznego w systemie PRM.

z pozdrowieniami

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
J. Szczurek
Józefa Szczurek-Żelazko



Informacja na temat możliwości służby pielęgniarek i pielęgniarzy w Wojskach Obrony Terytorialnej

1 stycznia 2017 roku utworzono w Polsce Wojska Obrony Terytorialnej, które są V Rodzajem Sił Zbrojnych. Misją formacji jest obrona i wspieranie lokalnych społeczności. Formacja ma charakter lekkiej piechoty, a niemal co szósty z żołnierzy ma specjalność związaną z medycyną. Mając na uwadze powyższe, pielęgniarki i pielęgniarze są naturalnymi kandydatami do służby w Wojskach Obrony Terytorialnej. Służba ta obejmuje szkolenie przez dwa dni w miesiącu w systemie weekendowym i jest pełniona w miejscu zamieszkania.

Wymagania ustawowe wobec kandydatów do służby w WOT są następujące:

- posiadanie obywatelstwa polskiego;
- pełnoletność (wiek co najmniej 18 do 55 lat w korpusie szeregowych, do 63 lat w korpusie podoficerów i oficerów);
- posiadanie dobrego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego;
- niekaralność;
- brak przydziału kryzysowego lub brak reklamacji od służby wojskowej.

Pielęgniarki i pielęgniarze, którzy wstąpią do WOT mogą rozwijać się zawodowo poprzez:

1. uczestnictwo w bezpłatnych kursach i szkoleniach specjalistycznych takich jak:
 - kurs „wkłucia doszpicowe — zaawansowane techniki ratujące życie”,
 - kurs doskonalący z zaawansowanych zabiegów ratujących życie w obrażeniach ciała w opiece - przedszpitalnej,
 - kurs USG FAST w urazach,
 - kurs doskonalący z zakresu zapobiegania chorobom zakaźnym i odzwierzęcym,
 - kurs doskonalący z zakresu polowego ratownictwa i stanów zagrażających życiu.
2. dofinansowanie kosztów kształcenia podyplomowego zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej dotyczy również pielęgniarek i pielęgniarzy czynnych zawodowo posiadających prawo wykonywania zawodu i obejmuje m.in.:

szkolenia specjalizacyjne czyli specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa lub medycyny: pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki, pielęgniarstwo operacyjne, pielęgniarstwo chirurgiczne, pielęgniarstwo ratunkowe, pielęgniarstwo epidemiologiczne oraz w dziedzinie ochrona zdrowia pracujących — dla osób pracujących w zawodzie co najmniej przez 2 lata w okresie ostatnich 5 lat.

kursy kwalifikacyjne:

w dziedzinie pielęgniarstwa lub medycyny: pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki, pielęgniarstwo operacyjne, pielęgniarstwo chirurgiczne, pielęgniarstwo ratunkowe, pielęgniarstwo epidemiologiczne oraz w dziedzinie ochrona zdrowia pracujących — dla osób posiadających co najmniej 6-miesięczny staż pracy w zawodzie.

kursy specjalistyczne:

leczenia ran, pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, szczepienia ochronne, wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy przeźnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego, resuscytacja krążeniowo-oddechowa, ordynowanie leków i wypisywanie recept, terapia bólu ostrego u dorosłych, wykonanie i interpretacja zapisu EKG u dorosłych, wywiad i badanie fizykalne.

kursy dokształcające:

aspekty leczenia ran, bezpieczna linia naczyniowa, warunki sanitarne i utrzymanie higieny.

3. dofinansowanie lub zwrot kosztów studiów:

Studia wyższe licencjackie na kierunku pielęgniarstwo oraz studia wyższe magisterskie na kierunku pielęgniarstwo — możliwe jest uzyskanie dofinansowania lub zwrot kosztów studiów. Wsparcie obejmowałoby okres kształcenia (studia licencjackie i/lub magisterskie) w czasie pełnienia Terytorialnej Służby Wojskowej.

4. świadczeń finansowych oraz ubezpieczenia zdrowotnego:

Za każdy dzień spędzony w wojsku podczas szkolenia żołnierz otrzymuje od 90 zł wwyż od stopnia szeregowego; dodatkowo żołnierzom WOT przysługuje dodatek za „gotowość bojowa:” w wysokości 320 zł za każdy miesiąc służby. Daje to łącznie minimum 500 zł za dwa dni szkoleniowe i utrzymanie gotowości. Kwota ta nie jest opodatkowana.

Niezależnie od rozwoju aktywności zawodowo — medycznej, pielęgniarki i pielęgniarze w WOT mogą być kierowani na kury oficerskie lub szkolenie specjalistyczne, stosownie do potrzeb Sił Zbrojnych i jednostki wojskowej.

Ponadto, żołnierz Obrony Terytorialnej pełniący terytorialną służbę wojskową przez okres co najmniej trzech lat, może być powołany do służby kandydackiej lub zawodowej służby wojskowej na zasadach określonych dla żołnierzy rezerwy, na zasadach pierwszeństwa powołania do tych służb przed innymi osobami.

Kandydaci do służby zgłaszają się do właściwych dla miejsca zameldowania Wojewódzkich Komend Uzuppełnień na ogólnie obowiązujących zasadach.

Więcej informacji na stronie: <https://terytorialsi.wp.mil.pl/>

Kontakt:

Dowództwo Wojsk Obrony Terytorialnej

ul. Dymińska 13
01- 783 Warszawa

Sekretariat:

tel. 261 877 405

fax. 261 877 770

dwot.sekretariat@mon.gov.pl



„TERYTORIALSI - zawsze gotowi, zawsze blisko”

Kącik historyczny

Odcinek III. Historia Starego Szpitala przy ul. Nenckiego 2



Dzisiejszy odcinek poświęcony jest historii powstania i działalności starego szpitala przy ul. Nenckiego 2. Istnieje kilka opracowań poświęconych tej historii, z którymi warto się zapoznać. Są to min.: Opracowanie księdza prałata Walerego Pogorzelskiego, wieloletniego dziekana i proboszcza sieradzkiego, autora pierwszej monografii Sieradza z roku 1927 zatytułowanej „Sieradz” oraz „Szkice z dziejów sieradzkiego” – praca zbiorowa wydana przez PWN w 1977r., w niej opracowanie Stefana Chmiela: „Z problemów opieki sanitarno - zdrowotnej w sieradzkim w XIX i XX w.” i Raptularz sieradzki z 1990r., w nim opracowanie Andrzeja Tomaszewicza „Służba zdrowia w Sieradzu (1416 – 1939)”. Na podstawie wyżej wymienionych publikacji postaram się wielkim skrócie przedstawić historię szpitala.

Pierwsze szpitale na terenie Polski zakładali zakonnicy. W klasztorach bardzo często wydzielano pomieszczenia dla chorych. Średniowieczne szpitale były nie tylko miejscem leczenia chorych, ale także schronieniem dla bezdomnych, niezdolnych do pracy, starców czy pielgrzymów. Rozwój miast spowodował powstawanie nowych instytucji charytatywnych. Wiele z nich nadal prowadzone były przez duchowieństwo w sąsiedztwie kościoła i nazywano je prepozyturą, a prowadzący szpital prepozytem.

Prepozytura p.w. Ducha Świętego, przytułek od roku 1416

Na pamiątkę zwycięskiej bitwy pod Grunwaldem rycerstwo ziemi sieradzkiej ufundowało w 1416r. drewniany kościółek Ducha Świętego. Przy tym kościele Kasztelan Sieradzki Marcin Zaręba przy pomocy mieszczan sieradzkich wybudował mały szpital- przytułek.

Zapisy na rzecz szpitala potwierdził Władysław Jagiełło wydając stosowny dokument podczas swojego pobytu w Brodni w dniu 21 marca 1418r.

Na przestrzeni kolejnych 200 lat kościół p.w. Ducha Świętego wraz ze szpitalem otrzymywał darowizny, zapisy od zamożnych osób lub rady miasta, z których utrzymywał się. Mieścił się za miastem przy skrzyżowaniu dzisiejszych ulic Warckiej i Sienkiewicza. Opiekę duszpasterską i organizację życia codziennego w tym szpitalu prowadzili zakonnicy Bożogrobcy zwani również Miechowitami. Zakon Bożogrobców powstał w XII w., zakonnicy zajmowali się opieką Grobu Pańskiego, w Polsce osiedlili się w Miechowie koło Krakowa.

Pierwszy szpitalik przy kościele Ducha Świętego – jego przeobrażenia

Pierwszy opis szpitala i kościoła szpitalnego pochodzi z 1636r., który wnosi, że szpital i kościół był drewniany. Więcej szczegółów brak.

Kolejny opis pochodzi z 1683r. sporządzony jest przez wizytującego parafię sieradzką księdza archidiakona uniejowskiego, który wnosi, że kompleks szpitalny z przyległym cmentarzem znajdował się na przedmieściu w kierunku zachodnim. Budynek szpitala był drewniany, składał się z jednej izby, obok był ogród, obora, spichlerz i inne budynki gospodarcze. Kościół p.w. Ducha Świętego posiadał trzy ołtarze z wmurowanymi mensami i ozdobione obrazami.

Kolejny wizytator w roku 1712 podaje, że budynek szpitalny prawdopodobnie niedawno wybudowany posiada jedną dużą izbę, w której podczas wizytacji mieszkało czterech ubogich, oraz dwie inne puste izby. Według wizytatora w szpitalu mogło zamieszkać i korzystać z zapisanych na rzecz szpitala dochodów 12 i więcej osób. Niestety spłonął on w 1741r. wraz z kościołem, odbudowany trzy lata później w 1744r. i posiadał sień, dwie izby i pokoje. Przez kolejne 30 lat swojego funkcjonowania szpital powoli popadał w ruinę, a dobra jego, pola, inwentarz, dochody w znacznej części przechodziły w prywatne ręce.

Nowi prowizorzy Walenty Urbański i Majcher Drozdowicz w 1779r. wyremontowali budynek szpitalny, odnowili inwentarz szpitalny i zasiewy. Zakupili dwa woły i dwie krowy, obsiali grunty szpitalne.

Okoliczności powstania szpitala z prawdziwego zdarzenia

W kolejnych latach Sieradz nawiedzały epidemie dżumy, ospy i cholery. Liczba mieszkańców zmalała, wzrosła liczba bezdomnych i ubogich. Szpitalik przy kościele Ducha Świętego nadal opiekował się potrzebującymi, których w 1791r. szacowano na 43 osoby.

Kolejne lata przyniosły poprawę w zakresie opieki nad chorymi. Rozwój nauk medycznych spowodował wprowadzenie w życie urzędu lekarza obwodowego, który z urzędu sprawował nadzór sanitarny nad wyznaczonym obwodem oraz miał obowiązek przyjmować i leczyć ubogich pacjentów.

Pierwszym odnotowanym przed 1830r. lekarzem obwodu sieradzkiego był Michał Morgenstern. Spis urzędowy z roku 1843 wymienia lekarzy: Adama Badowskiego, Edwarda Bilinga, Jana Janiszewskiego, felczera Józefa Zwejka, aptekarzy sieradzkich: Józefa Graffa, Edwarda Henkelmana oraz akuszerki Julianę Maskarską i Franciszkę Zaburzyńską.

Pojawiła się pilna potrzeba budowy szpitala z prawdziwego zdarzenia. Od roku 1842 wszelkie decyzje w sprawie kapitałów i nieruchomości będących własnością powiatu podejmuje Rada Główna Opiekuńcza. Powstaje fundusz szpitalny na konto którego wpływają środki, darowizny i nieruchomości od prywatnych darczyńców. Wymienić można Anastazego Roko zatrudnionego w handlu, Wiktora Wołowicza - właściciela dóbr ziemskich Strońsko z przyległościami i wiele innych znacznych osób.

W roku 1845 władze miasta przeznaczyły na potrzeby przyszłego szpitala grunt z pałacem i oranżerią po byłym fabrykancie Adolfie Heczerze. Adaptację i powiększenie istniejących budynków powierzono kaliskiemu architektowi J. Jenschowi, który wykonał tę pracę za 7 tysięcy rubli. Większość środków na ten cel przekazał Antoni Olszewski - ówczesny właściciel Niechmirowa.

Szpital pod wezwaniem Św. Józefa

W roku 1851 zostaje oddany do użytku szpital z prawdziwego zdarzenia pod wezwaniem Św. Józefa, usytuowany na górcie przy ul. Warckiej. Posiada 30 łóżek i 9 osób personelu, w tym 1 lekarz. Nadzór nad szpitalem oraz finansowanie organizuje i zapewnia Powiatowa Rada Opiekuńcza Zakładów Dobroczynnych podporządkowana Radzie Głównej Opiekuńczej.

W roku 1852 następuje kasacja zakonu Bożogrobców. Kościół p.w. Ducha Świętego zostaje rozebrany i przeniesiony na nowopowstały cmentarz, gdzie stoi do dnia dzisiejszego.



Oficjalnie szpital zostaje przekazany na „użytek cierpiącej ludności” 20 marca 1852r. W szpitalu na parterze znajdowały się dwie sale dla chorych kobiet, pomieszczenie apteczne, laboratorium, lekarski pokój przyjęć, łazienka, a na drugiej kondygnacji trzy sale dla mężczyzn. W suterenie i w przybudówkach umieszczono kuchnię, spiżarnię i zaplecze gospodarcze. Pierwszym ordynatorem nowo otwartego szpitala został lekarz Edward Bieling powołany przez Radę Główną Opiekuńczą. W kolejnych latach szpital dysponował już szerokim zestawem narzędzi chirurgicznych i aparaturą do skłádania złamanych nóg, podręczną biblioteką składającą się z 12 pozycji między innymi „Wiadomości o ratowaniu osób w stanie pozornej śmierci będących” A. Janikowskiego, wyd. z 1858r. W kolejnych latach zabiegano o poprawę opieki dla chorych, ale bezskutecznie. Szpital był w coraz gorszym stanie, a warunki bytowania chorych tragiczne.

Srowadzenie Sióstr Miłosierdzia zwanych Szarytkami

Proboszcz i dziekan sieradzki ks. Franciszek Zieliński przekazał znaczną sumę pieniędzy na fundację szpitala Św. Józefa w Sieradzu, w tym na utrzymanie sióstr szarytek. Wykonawcą woli fundatora był ks. Zenon Chorodyński, któremu udało się ze znacznym wysiłkiem sprowadzić do Sieradza Siostry Szarytki z Warszawy. Trzy pierwsze s. Maria Mianowska, s. Władysława Kowalska, s. Helena Ostrowska przyjechały 18 listopada 1884r., czwarta siostra Maria Motz przyjechała w późniejszym terminie. Siostry rozpoczęły kwesty na rzecz szpitala, same podjęły się pracy zarobkowej, np. przyjmując roboty krawieckie. Szpital został w pełni odnowiony, pozyskał nowe sienniki, bieliznę pościelową, polepszyły się warunki higieniczne dla chorych. Siostry tworzyły powoli własne gospodarstwo, posiadały już dwie krowy, konie kury i ogród z warzywami.





W 1887r. dobudowano do szpitala skrzydło posiadające 20 łóżek, co łącznie dawało 50 łóżek.

W 1911r. wybudowano pawilon zakaźny na 16 łóżek. Szpital liczył już 66 łóżek.





Szpital w okresie XX-lecia międzywojennego

Wybuch I-ej wojny światowej spowodował ogromne zmiany. Lekarze A. Murzynowski i intendent St. Kamiński uciekli w głąb kraju, pozostały tylko siostry Szarytki. Od czerwca 1916r. po przejęciu władzy przez władze samorządowe, powiatowym lekarzem został dr Z. Lorentz.

Ze względu na rannych żołnierzy niemieckich rozbudowano oddział operacyjny i wyposażono w narzędzia chirurgiczne. Do pracy skierowano jeńca dr Bronisława Szybowskiego, utalentowanego chirurga, chorobami zakaźnymi zajął się dr Marek Zaleski, od roku 1918 pełniący obowiązki lekarza powiatowego.

Publiczny Szpital Powiatowy

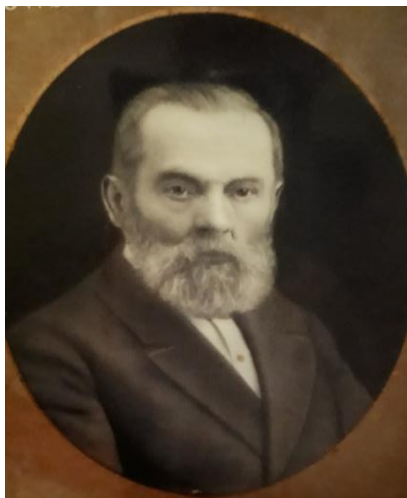
Po uzyskaniu przez Polskę niepodległości w 1918r. szpital przeszedł w zarząd Powiatowego Związku Komunalnego i nazywał się Publiczny Szpital Powiatowy pod wezwaniem św. Józefa. Liczba personelu wzrosła do 24 osób, w tym 2 lekarzy, 7 pielęgniarek i 15 osób personelu pomocniczego.

Od roku 1919 następuje podział łóżek na wewnętrzne, ginekologiczne, chirurgiczne, zakaźne i dziecięce.

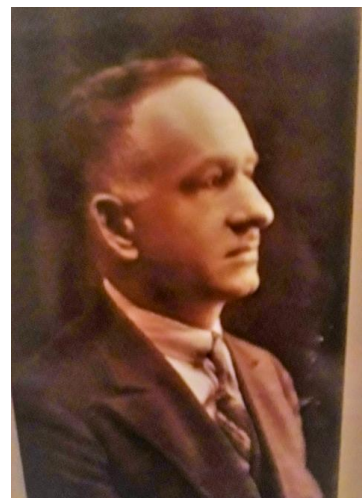
Ordynatorem szpitala jest dr Aleksander Murzynowski, a od roku 1922 dyrektorem chirurg Antoni Schroeder.



dr Marek Zaleski



dr Aleksander Murzynowski



dr Antoni Schroeder

Od roku 1929 szpital posiada 80 łóżek, salę operacyjną, aparat rentgenowski, gabinet leczenia fizykalnego, lampę kwarcową i solux. Szpital prowadzi rozbudowane gospodarstwo hodowlano – ogrodnicze.

Kolejni dyrektorzy to dr Tadeusz Szamota –chirurg –ginekolog w latach 1932- 1937
dr Tadeusz Strawiński - w latach 1937- 1939 – zginął w Katyniu.



dr Tadeusz Szamota



dr Tadeusz Strawiński

W latach trzydziestych kilkunastu młodych lekarzy podjęło pracę w Szpitalu Powiatowym w Sieradzu. W roku 1938 przeprowadzono aż 425 operacji. Operowali: T. Strawiński, B. Kaszubska, R. Styczyński, T. Szamota, E. Ferber. Funkcję instrumentariuszek pełniły: Zofia Szonertowicz, J. Jankowska i Władysława Kędzierska. Narkozą zajmowały się ss szarytki: s. Helena, s. Klara, s. Anna. Średnio w roku leczyło się 400 pacjentów, w ciągu dnia przebywało od 60 do 80 pacjentów.



dr Marek Prawdzic Zaleski z żoną oraz pierwsze pielęgniarki pracujące w szpitalu.

Pielęgniarki posiadają nakrycie głowy w postaci chusty. Znany nam czepek pielęgniarski z czarnym paskiem został wprowadzony ustawą o zwodzie pielęgniarki w 1935r.



Okres okupacji niemieckiej w latach 1939-1945

1 września 1939r. armia niemiecka przekroczyła granice Polski jednocześnie od zachodu, północy i południa. Następnego dnia personel szpitala wraz z Siostrami Szarytkami opuścił Sieradz. Chorzy zostają rozesłani do domów. W szpitalu pozostają tylko ci nienadający się do ewakuacji. W kolejnym dniu Sieradz opuszczają siostry Urszulanki z klasztoru przy ul. Dominikańskiej. Przy chorych w szpitalu pozostaje jedna siostra Szarytka oraz sześć sióstr Urszulanek pracujących na dwie zmiany. W kolejnych dniach do Sieradza przybywają Niemcy. W szpitalu Św. Józefa zostają ulokowani ranni niemieccy żołnierze. W szpitalu rozpoczyna pracę niemiecki personel medyczny.





Na dziedzińcu szpitalnym od lewej stoją: dr Jan Felchner, dr Leopold Maiditsch, pielęgniarka operacyjna Władysława Kędzierska, sanitariusz Lukwik Laszczyk, dr Marian Krzywicz

W następnych dniach września powstaje szpital polowy dla rannych żołnierzy niemieckich i polskich w pomieszczeniach klasztornych i szkoły przyklasztornej im. Królowej Jadwigi przy ul. Dominikańskiej.

Trzeci prowizoryczny szpital dla ludności cywilnej uruchomiono w domu Fiszera przy ul. Warckiej 15.

Od 24 grudnia 1939r. nadzór nad szpitalem Św. Józefa przyjmuje austriacki lekarz chirurg Leopold Maiditsch, bardzo przychylny dla Polaków. Wspomnieć należy również dr Bernarda Hartunga niosącego pomoc pacjentom szpitali oraz osadzonym w sieradzkim więzieniu.



dr Leopold Maiditsch



dr Jan Felchner

Ponadto pracowali dr Roman Świetlik, dr Marian Krzywiec. Dr Jan Felchner-chirurg uczestniczył w kampanii wrześniowej, wzięty do niewoli w bitwie nad Bzurą trafił do szpitala polowego dla polskich jeńców w sieradzkim klasztorze. Po likwidacji szpitala i krótkim pobycie w obozie w Ostrzeszowie podjął pracę w sieradzkim szpitalu dzięki wstawiennictwu dr Leopolda Maiditscha. Pracował do końca wojny. Po ucieczce personelu niemieckiego przejął kierowanie szpitalem, operował nawet w najcięższych warunkach. Po wojnie pełnił okresowo funkcje dyrektora szpitala powiatowego, prowadził oddział chirurgiczny, organizował budowę nowego szpitala i domu dla lekarzy. Dr Jan Kaszyński wzięty do niewoli po bitwie na Bzurą trafił do szpitala dla jeńców w gimnazjum potem w klasztorze sióstr Urszulanek w Sieradzu. W dniu 12 stycznia 1940r. wywieziony do obozu w Ostrzeszowie, a następnie w Hadamarze. Do Sieradza wrócił 21 lipca 1946r. i pozostał tu na stałe, pełniąc po wojnie funkcję ordynatora oddziału chirurgicznego.

W okresie okupacji wybudowano w ogrodzie szpitalnym trzy baraki w których mieściły się: oddział wewnętrzny męski, dziecięcy i zakaźny.

Szpital w latach 1945-1952

Po wojnie szpital posiada, poza trzema wymienionymi oddziałami mieszczącymi się w barakach w budynku zasadniczym: internę dla kobiet, oddział położniczo-ginekologiczny, chirurgię z blokiem operacyjnym, laboratorium, klauzury sióstr Szarytek i kaplicę szpitalną, kuchnię, stołówkę, na poddaszu aptekę i 2 pokoje służbowe dla pielęgniarek.

Poza wymienionymi lekarzami Janem Felchnerem, Janem Kaszyńskim, leczeniem pacjentów i wszelką organizacją życia szpitala zajmowali się dr Kazimierz Trybuchowski – specjalista chorób zakaźnych i wewnętrznych, który w 1945 roku powrócił z Generalnej Guberni, gdzie został wysiedlony oraz doc. dr med. Władysław Milewicz – ginekolog –położnik.

Okres świetności Szpitala w Sieradzu przy ul. Nenckiego 2

W dniu 22 lipca 1952r została oddana do użytku nowa część szpitala posiadająca trzy kondygnacje, które zajmowały oddziały szpitalne, wysokie poddasze z mieszkaniami i suterene.



Wtedy to rozpoczyna się okres największej świetności tego szpitala. Przez 40 lat będzie on najważniejszą instytucją w tym mieście, niosącą mieszkańcom poczucie bezpieczeństwa i pracę.

Do Sieradza napływają młodzi lekarze, rozwijają się nowe specjalizacje, przybywają pielęgniarki i położne oraz laboranci i fizjoterapeuci. Tworzy się szkoła medyczna kształcąca pielęgniarki, z czasem też inne zawody.

W Sieradzu powstaje nowy szpital przy ul. Armii Krajowej do którego zostaje przeniesiona większa część oddziałów szpitalnych.

W roku 1992 kończy się okres przenoszenia większości oddziałów szpitalnych.

Tuż przed przeprowadzką w 1989r. szpital przy ul. Nenckiego 2 posiadał 10 oddziałów, o łącznej liczbie 442 łóżka, 703 pracowników, w tym 56 lekarzy, 178 pielęgniarek, 47 położnych oraz poradnie specjalistyczne mieszczące się od 1961r. przy ul. Orzechowej.

Opowieść o tym okresie wymaga zupełnie innego opracowania.

Elżbieta Pokora

Schizofrenia i ciąża- związek nierealny?

Planowanie potomstwa oraz dziewięciomiesięczny okres ciąży, dla kobiet chorych na schizofrenię jest niezwykle trudnym okresem w życiu. Schizofrenia, zwana również psychozą schizofreniczną oraz chorobą Bleurera to choroba z kategorii przewlekłych. Należy ona do grupy tak zwanych zaburzeń psychotycznych, potocznie nazywanych psychozami, które objawiają się stanami charakteryzującymi się między innymi nieadekwatnym odbiorem, przeżywaniem oraz postrzeganiem rzeczywistości. Wśród rozpoznanych i opisanych w klasyfikacji DSM-IV można wymienić pięć rodzajów schizofrenii: rezydualną (jest to typ obrazu który powstaje w wyniku długoletniego przebiegu choroby, pozytywne objawy pojawiają się dość rzadko, głównie występują objawy negatywne oraz różnego rodzaju dziwaczności, nieracjonalne wypowiedzi oraz zachowanie), paranoidalna (głównym objawem są urojenia oraz omamy, brak szczególnych zaburzeń behawioralnych), zdeorganizowana (wcześniej określana hebefreniczną, dominują cechy dezintegracji poszczególnych funkcji psychicznych), katatoniczna (głównym objawem jest występowanie stuporu katatonicznego oraz giętkości woskowej), nieodróżnicowana (mają miejsce objawy różnorodne z wyżej wymienionych grup, nie klasyfikujące się konkretnie pod powyższe grupy).

W Polsce najczęściej występującą schizofrenią jest ta o charakterze paranoidalnym. Prawdopodobieństwo zachorowania na każdy z typów u każdego człowieka wynosi 1%. Jest to jednak choroba, która w dużej mierze dotyka ludzi młodych, czyli tych, którzy planują założenie rodziny oraz potomstwo. Średnim wiekiem zachorowań u kobiet jest przedział wieku pomiędzy 25 a 34 rokiem życia. Schizofrenia jest chorobą, która powinna zostać zdiagnozowana przez lekarza psychiatrę oraz zakwalifikowana natychmiastowo do leczenia. W związku z tym, że objawy choroby mogą być zarówno pozytywne (urojenia i omamy, zwane pseudohalucynacjami) jak i negatywne (abulia czyli bezczynność, szybka rezygnacja z założonego celu, abolicja: brak własnej woli), opieka lekarska jest nierozłącznym elementem.

Kobiety planujące ciążę, przede wszystkim powinny znać swój typ choroby oraz jego aktualny stan. Niestety, w przypadku schizofrenii, ani pacjentka ani lekarz nie jest w stanie przewidzieć całkowitego przebiegu choroby. Ważnym elementem w planowaniu ciąży jest wcześniejsza obserwacja zachowań, przyjmowanych leków oraz dostosowania jak największej liczby elementów, po to aby zapanować nad niespodziewanym zaognieniem się objawów choroby.

Pierwszy trymestr ciąży to dla kobiety przede wszystkim nowa sytuacja, nowe spojrzenie na siebie przez kobietę. To zauważanie w sobie nie tylko kobiety w roli żony, partnerki, topowego pracownika, ale również przyszłej matki, która będzie odpowiedzialna za nowe życie. Tutaj wielokrotnie pojawia się lęk, strach przed niepodołaniem nowo zaistniałej roli. Niejednokrotnie, ciąża u kobiet chorujących jest wytworem ich umysłu. Mamy wtedy przykład ciąży urojonej, która nie może być zlekceważona ani przez lekarza prowadzącego pacjentkę, ani przez jej partnera. W wielu przypadkach ciąża urojona może wiązać się z niespełnioną chęcią zostania

matką, bądź ma związek z wcześniejszymi poronieniami. Poronienia w pierwszym trymestrze ciąży u kobiet chorujących mają związek ze zbyt silnymi emocjami, niepojmowaniem stanu rzeczy, bądź chęcią zmiany tego stanu, który jest stanem budzącym lęk i strach u kobiety. Możliwy jest przypadek poronienia, który ma miejsce w zaognionym stadium choroby, a okres po wystąpieniu poronienia przypada na „lepszy” okres choroby. Wtedy dodatkowo zalecana jest pomoc psychologa, który ma na celu pomóc zrozumieć sytuację oraz nie doprowadzić do poważniejszych konsekwencji które mogłyby wynikać z zaistniałego faktu.

Kwestią, która jest niezwykle ważna podczas zarówno planowania jak i już podczas noszenia ciąży przez kobietę, jest jej leczenia farmakologiczne. Wszystkie neuroleptyki, którymi leczy się zaburzenia schizofreniczne, wpływają negatywnie na ciążę. Najbezpieczniejszą drogą dla planowania potomstwa, jednak nie bezpośrednio dla matki, jest stopniowe oraz całkowite odstawienie leków, oraz skierowanie leczenia na drogę psychoterapii. Dodatkowo można dopasować inne wsparcie nefarmakologiczne. Tutaj dużą rolę odgrywa wsparcie partnera, którego głównym zadaniem jest wspomagać partnerkę, zapewniać jej spokój, regularny sen, zdrową dietę oraz aktywność fizyczną.

Decyzja o podjęciu starań o potomstwo powinna być tym bardziej przemyślana, jeśli występuje ryzyko wyboru życia. W przypadku ostrych stanów choroby, lekarz może postawić przyszłych rodziców w sytuacji, gdzie będą musieli dokonać wyboru, czy ważniejsze jest zdrowie matki czy życie dziecka. Podczas wprowadzania silnych leków, wzrasta ryzyko wystąpienia poronienia. Dodatkowo lekarz może również zalecić odłożenie starania się o dziecko na późniejszy okres.

Potocznie schizofrenia, kojarzona przez wielu ludzi z chorobą podobną do depresji jednak z aspektami dziwactwa, kojarzy się również z samobójstwami. Podczas ciąży takie ryzyko również występuje. Dodatkowo jest ono potęgowane nowo zaistniałym stanem rzeczy. Tutaj również potrzebna jest ciągła obserwacja przyszłej matki przez jej najbliższe otoczenie. Dzięki szczególnej opiece jaka ma miejsce ze strony partnera, ryzyko jest sprowadzane do minimum, jednak ważne jest by nie lekceważyć nawet najmniejszych przesłanek.

Drugi oraz trzeci trymestr ciąży jest już okresem kiedy kobieta jest świadoma posiadania płodu oraz tego, że zostanie matką. W tym okresie również jest prawdopodobieństwo nasilenia się choroby, jednak dochodzi do niego rzadziej niż w podczas pierwszego trymestru. Niezwykle ważne jest aby kobieta była pod ciągłą, regularną opieką zarówno lekarza ginekologa jak i psychiatry, który zna historię jej choroby. Podjęte przez lekarzy działania w pierwszym trymestrze powinny być weryfikowane i dostosowywane do aktualnego stanu rzeczy.

Kiedy ciąża zostanie donoszona, pojawia się kolejne wyzwanie. Opieka nad nowonarodzonym dzieckiem, nie należy do sytuacji łatwych. Po raz kolejny pomoc partnera jest ważna, jednak warto tutaj popracować również nad relacjami w związku. Co się stanie, kiedy u kobiety po porodzie pojawią się nowe objawy, zaostrożą się poprzednie, bądź będzie miał miejsce epizod choroby, wyłączający całkowicie kobietę z opieki nad nowonarodzonym dzieckiem? Partner musi mieć, również przed podjęciem starań o ciążę, pełną świadomość tego, co może się zdarzyć

po porodzie. Musi posiadać wiedzę jak w takich sytuacjach zająć się najlepiej żoną oraz dzieckiem. Może również zdarzyć się epizod, który będzie trwał przed dłuższy okres. Przypadnie on wtedy na pierwsze miesiące życia dziecka, oraz stanie się sprawdzianem dla całej trójki. Dodatkową pomocą może okazać się terapia, którą będzie objęta nie tylko matka ale i jej rodzina. Pozytywnym aspektem urodzenia, poza samym posiadaniem potomstwa, jest możliwość powrotu do leczenia farmakologicznego. Dzięki powrotowi do przyjmowania neuroleptyków, matka ma możliwość zmniejszenia ryzyka wystąpienia objawów choroby, bądź zmniejszenia skutków ubocznych.

Ciąża kobiet chorych psychicznie jest niewątpliwie dużym sprawdzianem człowieczeństwa oraz aspektu kobiecości. Nie ma podstaw do odbierania choremu kobiecie możliwości zostania matką, jednak jest to duże ryzyko, nie tylko przekazania genu choroby potomkowi, ale również ryzyko związane ze stanem zdrowia matki. Dzięki ciągłemu wsparciu lekarza prowadzącego ciążę oraz lekarza psychologa, a także partnera, który zna pozytywy oraz negatywy związane z poczęciem potomstwa, kobieta jest w stanie urodzić zdrowe dziecko i prowadzić życie, które przybliży ją do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie.

MONIKA CYBULSKA

FIZJOLOGIA PROCESU STARZENIA SIĘ

Starzenie się – stopniowe zmniejszanie się rezerw czynnościowych ustroju, utrudniające adaptację do zmian środowiskowych i prowadzące do pogarszania się sprawności fizycznej. Zależy od czynników genetycznych, stylu życia, środowiska (fizycznego i społecznego).

Proces starzenia się bez współistnienia chorób określa się jako starzenie naturalne. Jest to proces fizjologiczny, w przebiegu którego charakterystyczne jest zmniejszenie aktywności biologicznej komórek, spowolnienie procesów regeneracyjnych, spadek zdolności adaptacyjnych i odporności na stres. Przebiega z widocznymi i odczuwalnymi stratami, deficytami, bez widocznej patologii. Starzenie jest osobniczo zróżnicowane- tempo zmian, ich zakres i występowanie- przebiega bardzo indywidualnie. Dotyczy to zarówno indywidualnego tempa zmian u każdej osoby, jak i zmian w obrębie poszczególnych narządów, układów starzejącego się organizmu.

NARZĄDOWE ZMIANY STARCZE:

UKŁAD KRAŻENIA:

Dochodzi do:

- Przerostu i włóknienia mięśnia sercowego;
- Zmniejszenia objętości rozkurczowej serca;
- Przerostu mięśnia lewej komory;
- Osłabienia i niewydolności zastawek żylnych- większa skłonność do tworzenia się żylaków;
- Obniżenia szczelności i wytrzymałości włókniczek- skłonność do obrzęków;

UKŁAD ODDECHOWY:

Zmiany w układzie oddechowym powodują zmniejszenie rezerwy oddechowej oraz sprzyjają szybkiej dekompensacji. Następuje:

- Zmniejszenie ruchomości klatki piersiowej;
- Kostnienie połączeń chrzęstno-kostnych;
- Zmniejszenie przestrzeni międzykręgowych;
- Zmniejszenie masy i wytrzymałości mięśni oddechowych;
- Spłaszczenie przepony;

Zmiany czynnościowe:

- Upośledzenie sprężystości tkanki płucnej powoduje zapadanie się końcowych odcinków dróg oddechowych podczas wydechu- „pułapka powietrzna”;
- Zapadają się drobne oskrzela;
- Nierównomierna wentylacja pęcherzyków;
- Zmniejsza się powierzchnia wymiany tlenu i dwutlenku węgla;
- Spada wrażliwość an tlen o 50% i CO₂ o 40%;
- Osłabienie reakcji odruchowych w obrębie górnych dróg oddechowych powoduje:
 - wzrost ryzyka zachłyśnięcia się treścią pokarmową,
 - osłabienie odruchu kaszlu, sploty oddech, zmniejszenie klirensu rzęskowego oraz zmniejszenie produkcji śluzu, utrudniona wentylacja zwiększa ryzyko rozwoju infekcji płuc i oskrzeli oraz sprzyjają powstaniu niedodmy;
- Usztywnienie klatki piersiowej;
- Osłabienie siły mięśni międzyżebrowych;
- Brzuszny tor oddychania;

UKŁAD MOCZOWY:

Zmiany zachodzące w obrębie nerek zwiększają ryzyko ostrej ich niewydolności. Zmiany anatomiczne i strukturalne nerek:

- Spadek masy z 250g do 180g;
- Wzrost liczby kłębuszków nieczynnych;
- Szklwienie i stwardnienie;

Zaburzenia czynności nerek:

- Zmniejszenie czynności około 1% z każdym rokiem;
- Spadek przepływu krwi przez nerki nawet do 50%;
- Zmniejszenie wielkości filtracji kłębuszkowej;
- Zmniejsza się zdolność do zagęszczania i rozcieńczania moczu;

Zmiany w dolnych drogach moczowych:

- Zmniejszenie pojemności pęcherza;
- Zwiększenie objętości moczu zalegającego po oddaniu moczu;
- Skrócenie cewki moczowej u kobiet i rozluźnienie zwieracza;
- Łagodny przerost prostaty mężczyzn;
- Nocne oddawanie moczu;
- Częste oddawanie moczu;
- Skłonność do infekcji dróg moczowych;
- Wysiłkowe nietrzymanie moczu;
- Trudności z rozpoczynaniem i kończeniem mikcji;
- Przerwany strumień (u mężczyzn);

UKŁAD POKARMOWY:

Charakterystyczne są:

- Wysychanie śluzówek jamy ustnej jako skutek niedomykania ust, zmniejszonego wydzielania śliny;
- Zmniejszona reakcja ośrodka pragnienia, ryzyko odwodnienia;
- Ubytki w uzębieniu, stany zapalne dziąseł powodują trudności w żuciu pokarmów;
- Odruch gardłowy jest mniej sprawny- zwiększone ryzyko zachłyśnięć;
- Zwolnienie perystaltyki przełyku i jelit, spadek napięcia mięśni jelit, wydłużone przechodzenie treści pokarmowych, skłonność do zaparć;
- Pogorszenie powonienia i słabsze odczuwanie smaku;
- Spadek wydzielania soku żołądkowego;
- Mniejsza liczba komórek powierzchni wchłaniania w jelicie cienkim- zaburzenia we wchłanianiu (niedobory witamin, minerałów), mogą prowadzić do anemii, osteoporozy;
- Niedobór witaminy B12;
- Niedobór laktazy w jelicie cienkim, prowadzi do biegunki po spożyciu mleka;
- Spadek napięcia zwieracza odbytu prowadzi do nietrzymania stolca;

UKŁAD NERWOWY:

- Zmniejszenie masy i objętości mózgu (5%/dekadę od 40r.ż);
- Uogólniona utrata neuronów;
- Opóźniony czas reakcji;
- Degradacja osłonek mielinowych;
- Wzrost ryzyka krwawienia wewnątrzczaszkowego;

UKŁAD DOKREWNY:

- Zwolniona przemiana materii;
- Opóźnienie wyrzutu insuliny;
- U kobiet po menopauzie spadek hormonów płciowych;

UKŁAD RUCHU:

- Struktura kości staje się bardziej luźna, ściętsze istota zbita, kości stają się porowate, kruche, łamliwe;
- Zmniejszenie masy kostnej;
- Zwiększenie sztywności ścięgien;
- Ograniczenie ruchu w stawach;
- Zmiany zwyrodnieniowe stawów;
- Zmniejszenie masy mięśniowej- sarkopenia;
- Zmiana postawy ciała, środek ciężkości przesuwa się ku przodowi, zmniejsza to równowagę i zmusza do poruszania się małymi kroczkami;

SŁUCH:

- Woskowina u 30% osób jako przyczyna zaburzeń słuchu;
- Stopniowa utrata słuchu w zakresie wysokich tonów;

WZROK:

- Pogorszenie ostrości wzroku wskutek nadwzroczności;
- Obwódka starcza (szaro-biały pierścień cholesterolu i złogów soli wapnia wokół tęczówki);
- Spowolnienie reakcji na światło;
- Zmniejszenie siły akomodacji;
- Spowolnienie reakcji psycho-motorycznej;
- Soczewka sztywnieje i mętnieje, pole widzenia zmniejsza się, odbiór kolorów traci na ostrości;

SKÓRA I JEJ WYTWORY:

- Traci gładkość, jest wiotka, pomarszczona, szorstka pokryta łuszczącym lub zrogowaciałym naskórkiem;
- Obecność brunatnych przebarwień;
- Zmniejsza się ilość tkanki podskórnej;
- Powierzchniowe naczynia stają się bardziej kruche;
- Gruczoły potowe ulegają zanikowi;
- Paznokcie są pogrubione;
- Włosy siwieją lub wypadają;

W okresie starzenia się u seniora dochodzi do wielu różnych zmian w sferze psychologicznej. Zmiany rozwojowe związane ze starzeniem się charakteryzuje współwystępowanie regresu z rozwojem, złożoność, niejednoznaczność objawów, duże zróżnicowanie i indywidualizacja. Z wiekiem słabnie wrażliwość zmysłów. Słabnie selektywność uwagi i zdolność jej koncentracji. Wydłuża się czas reakcji na bodźce. Z czasem obniża się w ogóle odbieranie. Senior wolniej też wykonuje wszystkie czynności. Z czasem obniża się sprawność psychomotoryczna. Charakterystyczne jest obniżanie się zdolności zapamiętywania- największy deficyt dotyczy pamięci mechanicznej i bezpośredniej. Osłabiona jest pamięć świeża. Zaburzona zostaje możliwość magazynowania i odtwarzania faktów z ostatniego okresu. Natomiast pamięć długoterminowa ulega osłabieniu w znacznie mniejszym stopniu. W miarę starzenia się obniżeniu ulega tzw. Ogólny iloraz inteligencji. Postępuje tendencja spadkowa dotycząc sprawności myślenia formalno- logicznego (myślenie indukcyjne, wyobrażenia przestrzenne, koordynacja wzrokowo-ruchowa). Dochodzi do obniżenia procesów poznawczych. Osoby starsze są rzadko pozytywnie nastawione do zmian. Prezentują upór, który jest tu mechanizmem obronnym. Wraz z upływem lat zmniejsza się zdolność do sterowania uczuciami, ogranicza się chęć kontaktów z innymi ludźmi oraz intensywność przeżyć. Zmiana osobowości wyraża się labilnością emocjonalną, huśtawkami nastrojów. Uczuciowość nie związana z własną osobą słabnie. Charakterystyczny jest egocentryzm- skupianie się na sobie. Ludzie starsi pragną być zauważani, doceniani, być w centrum zainteresowania, Senior może wykazywać egoizm, chęć posiadania. Zbiera i gromadzi w nadmiarze różne przedmioty, bezużyteczne rzeczy. Starzenie nie powoduje zmian charakteru. Zmiany polegają na jaskrawym wyostrzeniu się cech charakteru. Z czasem występuje nasilenie cech charakteru widocznych w młodości- występują tzw. Cechy karykaturalne. Typowa jest tendencja do narzekania i zrzedliwości. Często występuje nadmierna pobudliwość emocjonalna, płaczliwość, przecenianie własnych zasług. Z wiekiem ulega zacieśnieniu krąg zainteresowań do spraw czysto osobistych (egotyzm starczy). Ograniczanie aktywności społecznej, kontaktów i spotkań sprzyja izolacji społecznej, samotności i osamotnieniu. Osoby starsze retrospektywnie odbierają rzeczywistość. Wszystko odnoszą do przeszłości, idealizują wręcz swoją młodość, w stosunku do innych zwłaszcza młodych stają się podejrzliwi i nieufni.

*„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 emerytowana Pielęgniarka

BOGUSŁAWA GAWRON

Rodzinie i Bliskim wyrazy głębokiego współczucia składają koleżanki i koledzy

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

Z głębokim żalem i smutkiem żegnamy naszą koleżankę Pielęgniarkę

URSZULĘ WŁODARCZYK

Rodzinie i Bliskim wyrazy głębokiego współczucia składają koleżanki i koledzy

*„Mimo, że odeszłaś,
w sercach naszych pozostaniesz na zawsze”*

Z głębokim żalem i smutkiem żegnamy
Wieloletnią Pielęgniarkę Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc

ELŻBIETĘ POPŁONIKOWSKĄ

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